universität wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

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

verfasst von / submitted by

Johann Frederick Emanuel Flegel, BSc

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

Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna 2021

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

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 6
1.1 Hintergrund 6
1.2 Relevanz 6
1.3 Problemstellung 7
1.4 Methode und Aufbau der Arbeit 9
2. Theoretischer Hintergrund 11
2.1 Kindheitstraumata 11
2.1.1 Arten von Traumata 12
2.1.2 Definition des sexuellen Kindheitstraumas. 12
2.1.3 Prävalenz. 14
2.1.4 Die Diagnose von sexuellen Kindheitstraumata. 17
2.1.5 Folgen von sexuellen Kindheitstraumata. 18
2.2 Stress 26
2.2.1 Stressantwort. 26
2.2.2 CSA und Stress 27
2.2.3 Stress und Sexualität 28
2.2.4 Stress messen: Biomarker vs. Stressempfinden 30
2.3 Ziele der vorliegenden Arbeit 31
2.4 Fragestellung und Hypothesen 33
3. Methode 36
3.1 Studiendesign. 36
3.2 EMA Paradigma. 36
3.3 Stichprobe 37
3.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien 37
3.3.2 Rekrutierung 37
3.3.3 Gepoolte finale Stichprobe 38
3.4 Studienablauf 39
3.5 Ethische Aspekte 40
3.6 Messung der Variablen 41
3.6.1 Messmethoden 41
3.6.2 Verwendete Konstrukte 42
3.6.3 Ambulantes Assessment 45
3.7 Statistische Herangehensweise 46

4. Ergebnisse 50
4.1 Vorbereitende Datenanalyse 50
4.2 Deskriptive Beschreibung der Stichprobe 50
4.2.1 Unterteilung der Stichprobe: CSA vs. CSA 50
4.2.2 Demografische Daten 51
4.2.3 Deskriptive Angaben zu Partnerschaft und Sexualität 51
4.2.4 Childhood Trauma Questionnaire 54
4.2.5 Deskriptive Statistik zu sexuellem Erleben und Verhalten im Alltag 55
4.2.6 Gruppenvergleiche hinsichtlich Stress 56
4.2.7 Beschreibung der Einzelfälle 60
4.3 Untersuchung der Hypothesen 68
4.3.1 Generelle Gruppenvergleiche 68
4.3.2 Unterschiede der Häufigkeit sexueller Aktivität in Abhängigkeit zu CSA 69
4.3.3 Stresserleben in Abhängigkeit zu sexueller Aktivität und CSA 72
4.3.4 Vergleich der Stressveränderung in zeitlicher Assoziation zu sexueller Aktivität verschiedener Ausprägungen von CSA 74
4.3.5 Zusammenfassung der Hypothesen 75
5. Diskussion 76
5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 76
5.2 Betrachtung der Ergebnisse 77
5.2.1 Stichprobe 77
5.2.2 Hypothesen 78
5.2.3 Einzelfälle 83
5.3 Reflexion über die Forschungsarbeit 86
5.3.1 Studiendesigns und Messverfahren 87
5.3.2 Stichprobe 88
5.4 Ausblick und Implikationen 90
5.4.1 Forschung 90
5.4.2 Praxis 92
Literaturverzeichnis 94
Abbildungsverzeichnis 115
Tabellenverzeichnis 116
Zusammenfassung 117
Abstract 119

Anhang 120

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Schaut Mensch zurück auf den Beginn der modernen Befassung mit „Seelischen Erkrankungen“, so wurden anfangs frühe Erfahrungen und vor allem die Ereignisse der Kindheit einer Person in starken Bezug zu den „Erkrankungen der Seele“ gestellt und es wurde in diesen die Ursache und Lösung seelischer Erkrankungen gesucht. Insbesondere die auf dem Gebiet der Behandlung von psychischen Erkrankungen wegbereitende Psychoanalyse betonte den Zusammenhang von frühkindlichen Erfahrungen und der Psychopathologie des Erwachsenenalters (Leuzinger-Bohleber, 2009).

In der weitergehenden Erforschung von psychischen Erkrankungen wurde die Determinierung der Entstehung von Symptomen alleinig durch frühkindliche Erfahrungen zunehmend durch Hinzunahme von breiteren Modellen der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen relativiert und der Fokus auf die frühesten Erfahrungen eines Menschen, durch Hinzunahme von einer Vielzahl von Faktoren (spätere Lernerfahrungen, Resilienz oder Vulnerabilitäten, Biologie, Soziale Umstände etc.) auf ein integrativeres Modell von Psychischen Störungen verschoben (Egger, 2005).

Was jedoch feststeht ist, dass tatsächlich heutzutage als traumatisch bezeichnete Erfahrungen als ursächlich für psychische Probleme angesehen werden können und drastische Einschränkungen in psychischer und geistiger Gesundheit zur Folge haben können (Cloitre et al, 2006, Bolton et al., 2004).

Besonders der Thematik des kindlichen sexuellen Missbrauchs („child sexual abuse“ CSA) wurde innerhalb der letzten 30 Jahre zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt (Briere & Elliott, 2003; Follette, & Vechiu, 2017). Insbesondere relevant erscheint dies, beachtet man, dass das Vorliegen von sexuellen Traumata einen bedeutenderen Einfluss auf die psychische Gesundheit zu haben scheint als andere Formen von Trauma zu haben (Birkeland, Skar, & Jensen, 2021). Untersuchungen legen etwa nahe, dass ein hoher Anteil (55%) der CSA-Opfer an Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) erkranken und schwerwiegende Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen erleiden (Maercker, & Michael, 2009; Elklit, & Christiansen, 2010).

1.2 Relevanz

In der Literatur zur Sexualität von Frauen mit Missbrauchserfahrungen wurde oft von einem starken Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und einem veränderten Verhalten und Erleben betreffend Sexualität berichtet (Aaron, 2012, Bange, & Schlingmann, 2016; Stephenson, Hughan, & Meston, 2012). Dabei wird mit großer Mehrheit

von negativen Veränderungen für Sexualität und sexuelle Gesundheit berichtet (Leonard, & Follette, 2002), auch wenn es wenige Stimmen gibt, die etwa wie Rind und Tromovitch, (1997, S. 237) belegt zu finden glauben “CSA is not associated with pervasive harm and that harm, when it occurs, is not typically intense”.

Besonders auffällig ist die Zweiteilung der Befundlage, in denen auf der einen Seite von erhöhter sexueller Aktivität bis hin zu hypersexuellem Verhalten unter dem Stichwort der „Hypersexualität“ berichtet wird (Schwart, Masters, & Galperin, 2003; Vaillancourt-Morel et al., 2015; Vaillancourt-Morel et al., 2016¸ dos Reis, & de Tubino Scanavino, 2017; Labadie et al., 2018) und auf der anderen Seite betont wird, dass Opfer sexuellen Missbrauchs hinsichtlich sexuellen Themen Vermeidungsverhalten zeigen (Labadie et al., 2018), ihre eigene Sexualität ablehnen (Wohl, & Kirschen, 2018) und vermeidendes Verhalten bei der Aufnahme von sexuellen oder intimen Handlungen aufweisen (Vaillancourt-Morel et al., 2015), was im Allgemeinen unter dem Stichwort „Hyposexualität“ gefasst wird (Wohl, & Kirschen, 2018).

Die Erklärung dieser bipolaren und scheinbar paradoxen Folgen von CSA liefern Schwartz und Galperin (2002), die Hyposexualität und Hypersexualität als "two sides of the same coin," beschreiben, wobei das zugrundeliegende Prinzip in Furcht und Vermeidung bewusst erlebter Intimität und Sexualität zu finden ist. Dies geschieht nach Ansicht einiger Autor*innen aus Vermeidung möglicher Assoziationen zum geschehenen Missbrauch, wobei angenommen wird, dass das sexuelle Geschehen als Stressor oder Trigger erlebt wird (Adams-Clark, Rosenthal, & Freyd, 2019; Vaillancourt-Morel et al., 2016; Schwart & Galperin, 2003).

1.3 Problemstellung

Hinsichtlich der Rolle von Stress im Geschehen um Sexualität bei Missbrauchsopfern wurde Stress häufig als Mediatorvariable betrachtet, die den Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Missbrauchserfahrungen und verschiedenen sexuellen Variablen wie sexuellen Funktionen (Meston, & Lorenz, 2013), sexuellem Begehren, sexueller Erregung (Zollman, Rellini, & Desrocher, 2013) oder sexueller Befriedigung (Godbout et al., 2020), mediiert. Die umgekehrte Herangehensweise, ob die sexuelle Aktivität, unter dem Vorliegen von sexuellen Traumata, als Ursache von Stress im Sinne eines Triggers wirkt und ob sich dies in zeitlich hochauflösenden Stress Verlaufsmessungen nachweisen lässt, wurde bisher nicht untersucht. Auch ob die verschiedenen Symptomprofile der Hyposexualität und Hypersexualität unterschiedliche Stressverläufe in zeitlicher Nähe zu sexueller Aktivität zeigen, wurde bislang nie erforscht.

Zwar konnten Orr et al. (1998) verstärkte psychophysiologische Stressreaktionen bei Frauen mit einem Hintergrund sexuellen Missbrauchs und PTBS bei der Imagination ihrer

sexuellen Trauma Erfahrungen feststellen und Rellini und Hamilton (2009) stellten fest, dass während sexueller Erregung, induziert mittels visueller sexueller Stimuli, das Cortisollevel bei nicht sexuell missbrauchten Personen abflacht, bei Personen mit CSA jedoch ansteigt.

Somit scheint, wenn man die Dynamik der Traumafolge-Symptome genauer betrachtet, die Vorstellung, dass eine negative Trauma Assoziation von Sexualität, das sexuelle Stresserleben beeinflussen könnten, demnach nachvollziehbar zu sein (O'Driscoll, & Flanagan, 2016):

Erstens könnten intrusive Flashbacks des Traumas die Sexualität beeinträchtigen, weil Trauma bezogene Stimuli durch Assoziation aversive Emotionen und körperliche Reaktionen vor, während oder nach der sexuellen Interaktion hervorrufen könnten, die sich durch Stress vermitteln könnten (Van Berlo, & Ensink, 2000; Wohl, & Kirschen, 2018). Insbesondere dann, wenn die Traumatisierung sexueller Natur war, könnten sexuelle Situationen selbst zu Intrusionen, vermeidenden Verhaltensweisen oder erhöhtem Stressempfinden führen, welches wiederum als aversiv erlebt werden könnte (Büttner et al., 2014).

Zweitens könnte das im Rahmen von Traumafolgen beschriebene Vermeidungsverhalten sowohl auf äußere als auch auf innere Reize hin verstanden werden. So können sexuelle Situationen nicht nur als externe, sondern auch als interne Stimuli fungieren, sodass schon Indikatoren sexueller Erregung (schnelleres Atmen, höhere Herzschlagfrequenz) als aversiv wahrgenommen werden können, wenn sie mit einem Trauma in Verbindung stehen (Yehuda, Lehrner, & Rosenbaum, 2015). Die Vermeidung interner Stimuli mag so zudem zu einer emotionalen Betäubung führen, so dass angenehme Erfahrungen wie die Nähe zu einem Partner nicht wahrgenommen, oder gar vermieden werden können.

Drittens könnten Veränderungen der Erregung und der sexuellen Reaktionsfähigkeit die normale sexuelle Funktion direkt beeinflussen, da biologische Prozesse wie die optimale Aktivierung des Sympathikus beeinträchtigt sein können (Yehuda et al., 2015).

Somit stellt sich für diese Arbeit die Frage ob und wie sexueller Missbrauch Sexualität als aversiven Stimulus prägt und inwieweit sich dies in Verhalten (Vermeidung oder Übertreibung von sexueller Interaktion) und Erleben (Stress, verminderte Intimität und Zufriedenheit) nachweisen lässt.

Als konkrete Forschungsfrage ergibt sich somit: *„Zeigen sich Unterschiede in der Häufigkeit und dem sexuellen Erleben in Assoziation zu sexueller Aktivität bei Frauen mit einem Hintergrund von sexuellem Missbrauch und ist sexuelle Aktivität dabei an sich als Stressor zu verstehen?“* und als Unterfrage: *„Zeigen sich dabei Unterschiede im Stresserleben, abhängig von der Häufigkeit der sexuellen Interaktionen?“*

1.4 Methode und Aufbau der Arbeit

Generell werden aktuelle Erkenntnisse im Rahmen von sexuellem Missbrauch und dessen Folgen im Erwachsenenalter mit Fokus auf die Sexualität und das Stresserleben von Betroffenen in einer Literaturübersicht zusammengefasst. Dabei soll auf den Begriff des Traumas im Allgemeinen und dem sexuellen Trauma im Speziellen eingegangen werden und wichtige Aspekte wie Konzeption, Prävalenz, Diagnostik von Traumata und insbesondere den Folgen für Psyche und Gesundheit eingegangen werden. Insbesondere den Folgen für intime Beziehungen und die Sexualität soll besonderes Augenmerk geschenkt werden.

Die Rolle von Stress wird in diesem Rahmen in einem eigenen Kapitel aufgeführt werden, wobei in einer Literaturübersicht dessen Bedeutung und Rolle hinsichtlich Sexualität und sexuellen Traumata geschildert und beschrieben wird, inwieweit unterschiedliche Konzeptionen des komplexen Konstrukts Stress unterschiedliche Herausforderungen und Herangehensweisen für dessen Erforschung mit sich bringen.

Diese Masterarbeit ist im Rahmen der ambulanten Assessment Studie (Stress und Sexualität im Alltag) angesiedelt, die sexuelles Erleben und Verhalten im Alltag und der Rolle von Stress befasst, wobei soziodemographische Querschnittsdaten und studienrelevante Variablen mittels computergestützter Befragung und psychologischen Fragebögen zu verschiedenen Themen erhoben werden. Eine 14-tägige ambulante Erhebung längsschnittlicher alltagsnaher Daten, zu sexuellem Erleben, Verhalten und Stress, sowie Sexualität und des partnerschaftlichen Erlebens der Versuchspersonen, wird durchgeführt.

Diese Daten werden in Gruppen, je nach Vorliegen verschiedener Schweregrade von sexuellem Missbrauch, deskriptiv analysiert und statistisch verglichen werden, zudem sollen in Einzelfällen besonders typische Vertreter*innen der CSA-Überlebenden betrachtet werden, um Aspekte der Folgen sexueller Traumatisierungen hochauflösend zu beobachten.

Die Literatur hinsichtlich der Folgen sexuellen Missbrauchs bezieht sich zu einem überwiegend großen Anteil nur auf Frauen. In dieser Studie wird sich demnach, aufgrund der fehlenden Studienlage hinsichtlich der Folgen für Männer, nur auf die Zusammenhänge von CSA, Sexualität und Stress bei Frauen bezogen.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Kindheitstraumata

Das Wort "Trauma" ist im Feld der psychischen Gesundheit und der Populärkultur allgegenwärtig geworden und wurde mittlerweile zum Modewort für eine jede unangenehme oder schwierige Situation, der Menschen begegnen. Auch wenn dieses Wort etwas leichtfertig und manchmal achtlos gebraucht wird, sind die Auswirkungen für diejenigen, die ein Trauma erfahren habe, mit jemandem zusammenleben oder jemanden lieben, der traumatische Belastung erfahren hat, real und können langfristig beeinträchtigend sein: "Being traumatized means continuing to organize your life as if the trauma is still going on – unchanged and immutable - as every new encounter or event is contaminated by the past" (van der Kolk, 2014, S.53). Das Erleben traumatischer Ereignisse oder Situationen kann potenziell jeden Menschen betreffen, unabhängig von Alter Ethnizität, sozioökonomischem Status oder Bildungshintergrund.

Im klinischen Sinne konstituiert „Kindheitstrauma“ im weitesten Sinne, einen starken seelischen Einschnitt als Reaktion auf eine Extrembelastung, welcher oft noch über lange Zeit kritische Auswirkungen auf Psyche, Körper, Soziale Beziehungen, Emotionen und Kognitionen, Erleben und Verhalten und auf eine Vielzahl an Lebensbereichen mit sich bringt. Dabei wird ein traumatisches Ereignis definiert als eine Erfahrung, die die körperlich-, geistig-, seelische Unversehrtheit eines Menschen bedroht, in extreme Angst und Hilflosigkeit versetzt und die normalen Anpassungs- und Bewältigungsstrategien überfordert (van der Kolk, 2014).

Potenziell traumatische Ereignisse im Kindesalter umfassen physischen (körperliche Gewalt), sexuellen (alle Handlungen sexueller Art mit einem Kind) oder psychischen (Ablehnung, Verängstigung, Isolation) Missbrauch und physische oder psychische Vernachlässigung (Fürsorgepflicht wird unterlassen, physische und psychische Integrität des Kindes wir d nicht sicher gestellt) (Bernstein & Fink, 1998).

Die Folgen des traumatisierenden Ereignisses sind dabei abhängig von vielen verschiedenen Faktoren, welche sich teils aus den objektiven Umständen der Traumatisierung (Art, Dauer, Schwere), individuellen Voraussetzungen (Vulnerabilitäten, Ressourcen, Vorliegen psychiatrischer Störungen, die Vorgeschichte der Person, Alter, Geschlecht und genetische Faktoren) und dem subjektiven Erleben und Reagieren in der Situation ergeben (van der Kolk, 2014; Slavin et al., 2020)

Eine einheitliche Definition des Begriffs „Kindheitstraumata“ fehlt bis heute, wobei die Definitionen der Klassifikationssysteme des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013) und der *International*

Classification of Diseases 11 (ICD-11; World Health Organization, 2018) eine gewisse Einigung nahelegen. So beschreibt das ICD-11 ein Trauma als „ exposure to an extremely threatening or horrific event or series of events“ (WHO, 2018) und im DSM-V findet sich die Definition eines Traumas als „Exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violence“ (APA, 2013).

2.1.1 Arten von Traumata

In der Literatur wird zwischen zwei Arten von traumatischen Erfahrungen unterschieden: Typ-I-Traumata und Typ-II-Traumata. Typ-I-Traumata, beschreiben eine einzelne traumatische Erfahrung und Typ-II-Traumata mehrfache und/oder wiederkehrende und andauernde traumatische Erfahrungen, die chronisch und zwischenmenschlich sein können, wie wiederholte Misshandlungen oder Vernachlässigung im Kindesalter (Pausch & Matten, 2018). Die im DSM-V neu hinzugekommene Diagnose der Entwicklungstraumastörung trägt dem Fakt Rechnung, dass die Folgen von Typ II Traumata, besonders bei frühkindlichen, interpersonellen, lang andauernden und sexuelle Misshandlungen, zu einem tiefgreifenden Muster zwischenmenschlicher Probleme, Symptome affektiver und physiologischer Dysregulation, Probleme bei der Verhaltens- und Aufmerksamkeitssteuerung, Schwierigkeiten der Selbstwertregulation und Beziehungsgestaltung und Teilbeeinträchtigungen verschiedener Lebensbereiche führen können (Schmid et al., 2010). Auch eine tiefgreifend gestörte Selbstwahrnehmung etwa durch Scham- und Schuldgefühle, eine gestörte Wahrnehmung von Täter*innen[1], Beziehungsprobleme wie Selbstisolation und anhaltendes Misstrauen und Probleme mit Sexualität sind oft Folgen der Anpassung an frühe und vor allem sexuell-interpersonelle Traumata (Van der Kolk, 2005).

2.1.2 Definition des sexuellen Kindheitstraumas.

Es gibt eine Unmenge von Definitionen von CSA. Tatsächlich verwenden verschiedene Studien sich nur wenig überschneidende Definitionen (Follette, & Vechiu, 2017). Seit Ende der 1970er Jahre wurden bei der Entwicklung einer operationalen Definition von CSA mehrere Kriterien berücksichtigt (Goodyear-Brown et al., 2012). Zum einen wird häufig der Schwerpunkt auf die Altersdiskrepanz zwischen dem Kind und der Täter*in, die ausbeuterische Natur des sexuellen Aktes und das Vorkommen von Gewalt, Bedrohung, Täuschung oder das

[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 (Tompkins, 2014).

Ausnutzen einer Autoritätsbeziehung gelegt (Goodyear-Brown et al., 2012). Zum anderen definieren etwa Cummings, Berkowitz und Scribano (2012) CSA als jede Art von Missbrauch, der entwicklungsmäßig unangemessene oder erzwungene sexuelle Kontakte beinhaltet.

Über die vielen Definitionen von CSA hinweg wird häufig eine Unterscheidung betreffend der sexuellen Handlung hinsichtlich physischem Kontakt oder Nichtkontakt zwischen dem Kind und dem Täter getroffen (Landolt et al., 2016). Der Missbrauch durch Berührung beinhaltet eine körperliche Interaktion, wohingegen der berührungslose Missbrauch ein breites Spektrum anderer sexueller Verhaltensweisen betrifft, darunter: sexualisierte Gespräche, das Aussetzen eines Kindes gegenüber pornografischem Material, das Fotografieren eines Kindes zu sexuellen Zwecken, das Exponieren von Genitalien gegenüber einem Kind und das Masturbieren oder sonstiges sexuelles Verhalten vor dem Kind (Negriff et al., 2014). Jedoch haben gerade Definitionen, die einen objektiven Zugang zum Vorliegen oder nicht Vorliegen von CSA zu finden versuchen, mit der Subjektivität von traumatischen Erfahrungen zu kämpfen, da häufig nicht objektive Vorkommnisse, sondern vielmehr das subjektive Erleben einer Situation ursächlich für deren Wirkung als Traumatisierung ist (Danese, & Widom, 2020).

Kurz: Trotz der vielen Bemühungen um eine Klassifizierung von CSA gibt es derzeit keine einheitlich akzeptierte Definition (Christmann, 2020). Während alle früheren Definitionen zwar zu unserer gegenwärtigen Konzeptualisierung des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit beigetragen haben, schlagen Forscher*Innen heutzutage vor, dass nicht nur ein allgemeiner definitorischer Rahmen für den Umgang mit sexuellem Missbrauch eingesetzt wird, sondern eine Offenheit bestehen muss für die Berichte von Überlebenden über ihre subjektiven Erfahrungen (Rellini, 2008).

Der Klarheit halber wird in dieser Studie dennoch die folgende Leitdefinition verwendet: CSA ist jede Handlung sexueller Natur, die von einem Individuum einem Kind auferlegt wird und bei der ein Ungleichgewicht von Macht und Kontrolle besteht. Obwohl diese Definition weit gefasst ist, bietet sie Raum für vielfältige Darstellungen und Erfahrungen mit CSA. Anstatt spezifische Kriterien für die Altersdiskrepanz zwischen dem Täter und dem Kind aufzuerlegen oder das Vorliegen von Kontakt- gegenüber kontaktlosem Missbrauch zu spezifizieren, bildet die Erfahrung, sich als Kind sexuell missbraucht gefühlt zu haben, die sinnvolle Definition für diese Studie.

Sexueller Missbrauch in der Kindheit kann besonders destruktiv sein, weil er Ausbeutung und Übergriffe mit dem vermischt, was ein Beweis für Liebe und Zuneigung sein kann (Hunter, 2006). sexueller Missbrauch in der Kindheit ist daher in den meisten Fällen ein

Trauma vom Typ II oder ein komplexes Trauma (Simons, & Herpertz-Dahlmann, 2008). Überlebende von sexuellem Missbrauch in der Kindheit berichten über Depressionen, Angstzustände, Drogenmissbrauch, selbstschädigendes Verhalten, geringes Selbstwertgefühl, Misstrauen, Beziehungsschwierigkeiten und sexuelle Funktionsstörungen (Trickett, Noll, & Putnam, 2011).

2.1.3 Prävalenz.

Der sexuelle Missbrauch von Kindern hat eine lange Geschichte und Hinweise auf dessen Existenz wurden in fast allen Zeiten gefunden. Dennoch begann die wissenschaftliche Befassung mit der Thematik erst in jüngster Zeit. Noch vor vier Jahrzehnten berichtete ein bekanntes psychiatrisches Lehrbuch, dass die Prävalenz dieses Phänomens bei einem Fall pro Millionen Menschen liegt (Henderson, 1975).

Tatsächlich herrscht in der Literatur allgemeine Übereinstimmung darüber, dass selbst die heutigen berichteten Prävalenzraten das wahre Ausmaß von CSA erheblich unterschätzen (Werbeloff et al., 2021).

Frühere Studien, die versuchten die Prävalenz von CSA abzuschätzen, wie die von Kinsey et al. (1953) und Landis (1956), wurden nach Ansicht von Herman (1981) damals weitgehend ignoriert. Anfang der 1970er Jahre rückte das Problem des Kindesmissbrauchs jedoch aufgrund der sich entwickelnden feministischen Bewegung in den Vordergrund (Olafson, Corwin, & Summit, 1993). Autoren wie Herman und Hirschman (1977) griffen die früheren Prävalenzstudien wieder auf, um die offiziellen Statistiken in Frage zu stellen und die öffentliche Haltung zum Thema CSA in Frage zu stellen. Sie wiesen darauf hin, dass die offiziellen Zahlen überwiegend Fälle aus armen und zerrütteten Familien aufzeichneten. Unter der Aufsicht von Kinderschutzbehörden fehlten diesen Familien häufig die Mittel, um den sexuellen Missbrauch von Kindern zu verbergen (Herman, & Hirschman, 1977). Unter Bezugnahme auf die Prävalenzstudie von Kinsey et al. (1953), die auf den selbstberichteten Fällen von weißen Frauen aus der Mittelschicht basierte, argumentierten Herman und Hirschman (1977), dass die offiziellen Zahlen die von der Studie ermittelten, höheren Raten von CSA nicht erfassen. Darüber hinaus betonten sie, dass die durch die Studie aufgedeckten Missbrauchsmeldungen vornehmlich in Familien der Mittelschicht vorkämen, die ausnahmslos der Aufmerksamkeit der sozialen Einrichtungen entgangen seien.

Das neue Bewusstsein der Gesellschaft für das Problem des Kindesmissbrauchs seit den frühen 1970er Jahren, insbesondere des sexuellen Missbrauchs in Nordamerika (Olafson et al., 1993), löste eine Flut von Forschungsaktivitäten aus, um das Ausmaß des Problems abzuschätzen (Pereda et al., 2009). Kanada, Europa, Australien und andere westliche Länder

folgten schnell dieser Entwicklung (Goldman & Padayachi, 2000). Die Zunahme der gemeldeten Fälle löste eine Debatte aus, in der diskutiert wurde, ob die Zunahme der Fälle auf die Aufdeckung eines bereits bestehenden und weit verbreitete, aber bisher verborgenen Problems oder auf eine Epidemie fiktiver Berichte zurückzuführen sei (Lindsay, & Read, 1994).

Fakt ist jedoch: CSA kommt in allen ethnischen, gesellschaftlichen, sozioökonomischen und religiösen Gruppen vor (Stoltenborgh et al., 2011) und kam historisch gesehen in allen Kulturen und Gesellschaften vor (Pereda et al., 2009). Zwar zeigen Studien widersprüchliche Ergebnisse hinsichtlich der spezifischen Statistiken über CSA (Pereda et al., 2009), doch die Erhebungen weisen darauf hin, dass CSA ein weit verbreitetes Problem ist und dass selbst die niedrigsten Zahlen darauf hindeuten, dass eine große absolute Zahl von Personen Opfer von CSA sind (Pereda et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011).

Es kommt zudem erschwerend hinzu, dass die Häufigkeit von CSA tendenziell unterschätzt wird, besonders aufgrund von nicht gemeldeten Fällen wegen Scham, strafrechtlichen Sanktionen, denen der Täter ausgesetzt sein könnte, und dem jungen Alter der Opfer (Werbeloff et al., 2021). Die Schätzungen über die Prävalenz von CSA gehen weit auseinander. Auf internationaler Ebene reichen die Schätzungen von 2% bis 62% (Andrews et al., 2004). Diese Abweichung ist möglicherweise zum Teil auf die Untersuchungsmethode, die Auswahl der Stichprobe und die Antwortrate sowie auf die verwendeten Definitionen von CSA zurückzuführen - die Studien unterscheiden sich in der Frage, welche Handlungen als CSA gelten und in der Definition von Tätern (hinsichtlich der Frage, ob nur Erwachsene der Definition von Täter*innen genügen, oder auch Minderjährige Täter*innen sein können) - was sich auf die gemeldeten Zahlen auswirkt.

Zwei Aspekte der Datenerhebung werden von Goldman und Padayachi (2000) als Ursache für potenzielle Diskrepanzen in den Prävalenzraten beschrieben. Der erste Aspekt, den sie aufzeigen, bezieht sich auf die Art und Weise, in der Informationen gesammelt werden, wie etwa persönliche Interviews oder selbst ausgefüllte Fragebögen. Goldman und Padayachi (2000) gehen zum Beispiel davon aus, dass persönliche Befragungen im Gegensatz zu Onlinefragebögen mit größerer Wahrscheinlichkeit valide Informationen liefern.

Die Eigenschaften der erhobenen Stichprobe sind ebenfalls Faktoren, von denen anzunehmen ist, dass sie die Varianz der Prävalenzraten erklären. Beispiele hierfür sind geschlechtsspezifische oder geographische Merkmale, die in der Literatur hervorgehoben werden. Dies gilt auch für die Stichprobengröße oder den Stichprobentyp, wie etwa Convenience-Stichproben, die auf Hochschulen oder Universitäten beschränkt sind, oder im Gegensatz dazu, Zufallsstichproben, die aus der breiteren, repräsentativeren Bevölkerung

ausgewählt werden. Einige der größten Unterschiede in den Prävalenzraten werden abhängig von der jeweiligen Region angegeben. Die höchsten globalen Prävalenzraten, insbesondere für Jungen, wurden in Afrika gefunden, die niedrigsten in Asien für Jungen sowie Mädchen (Stoltenborgh et al., 2011). Kulturelle Unterschiede werden von Stoltenborgh et al. (2011) als ein möglicher Mechanismus identifiziert, der solchen geografischen Trends zugrunde liegt.

Eine bevölkerungsrepräsentative Studie für den deutschsprachigen Raum wurde etwa von Häuser et al. im Jahr 2011 durchgeführt. In Summe 2504 Erwachsene (Mindestalter 14 Jahre) wurden mithilfe der deutschen Version des Childhood Trauma Questionnaires (CTQ, Bernstein & Fink, 1998) nach Traumatisierungen im Zeitraum bis 18 Jahren befragt. Mittels Regressionen wurden dabei Relationen mit demografischen Variablen wie etwa Alter und Geschlecht untersucht. In dieser Untersuchung berichteten 1.6% der Fälle gravierenden emotionalen Missbrauch, 2.8% beschrieben schweren körperlichen Missbrauch und 1.9% der befragten Personen gaben schweren sexuellen Missbrauch an. Alle genannten Formen von Traumata wiesen signifikante Zusammenhänge auf ($p < .001$), wobei die stärkste Verbindung zwischen emotionalem und physischem Missbrauch ($r = .67$) bestand. sexueller Missbrauch stellte dabei die Form des Traumas dar, die am ehesten gesondert von anderen Missbrauchsarten vorzukommen schien (Häuser et al., 2011).

Die Untererfassung von CSA ist kein Problem, das auf bestimmte Kulturen beschränkt ist. Das Problem der hohen Dunkelziffer wird auch als inhärentes Problem, sowohl von Inzidenz- als auch von Prävalenzstudien zu CSA, gesehen (Radford et al., 2011; Pereda et al., 2009) und insbesondere von Studien über CSA bei Männern (Sumner et al., 2016). Während die Forschung darauf hinweist, dass signifikant mehr Mädchen als Jungen missbraucht werden (Barth et al., 2012; Radford et al., 2011), wird in der Literatur die Nichtaufdeckung von Misshandlungen von Männern als möglicher Faktor für diese deutliche Diskrepanz angesehen (Romano et al., 2019).

2.1.4 Die Diagnose von sexuellen Kindheitstraumata.

Das DSM-V (APA, 2013) bekannt, ist eines der am weitesten verbreitete Diagnosemanuale, das von Kliniker*Innen und Forscher*Innen gleichermaßen zur Klassifizierung von psychischen Störungen verwendet wird. Im DSM-V (2013, S. 715) gibt es einen Abschnitt mit dem Titel "Other Conditions that May be a Focus of Clinical Attention". Die CSA-Diagnose lautet V61.21: "Sexueller Missbrauch von Kindern" (American Psychiatric Association, 2013, S. 718). Zu den Kriterien gehört, dass es sich nicht um eine psychische Störung handelt und dass das missbrauchte Kind ein Opfer von nicht-elterlichem sexuellem Missbrauch ist (American Psychiatric Association, 2013, S. 718). Das ICD-11 (World Health

Organization, 2018) enthält die Klassifikationen für psychische Gesundheit sowie andere medizinische Codes für Abrechnungszwecke. Der ICD-11-Code für V61.21 „Sexueller Missbrauch von Kindern“ lautet dabei Z69.020 (WHO, 2018). In der Oktober-Ausgabe 2013 des American Journal of Psychiatry überprüften Teicher und Samson (2013) die Fachliteratur zu sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung und anderen Formen des psychischen Missbrauchs im Zusammenhang mit der Diagnose von Angststörungen, Depressionen und anderen Störungen bei Kindern und Erwachsenen.

Diejenigen Kinder, die sexuell missbraucht wurden, wiesen laut Teicher und Samson (2013) die schwersten Formen der untersuchten Störungen auf. Diejenigen, die an psychiatrischen Störungen litten und zusätzlich sexuell missbraucht worden waren, wiesen messbare Veränderungen im Gehirn auf, während bei denjenigen, die zwar an Störungen litten, aber nicht missbraucht worden waren, keine Veränderungen im Gehirn festgestellt werden konnten (Teicher & Samson, 2013). Personen mit einer Missbrauchsvorgeschichte und einer psychiatrischen Störung sprachen oft auf andere Behandlungen an als Personen mit einer psychiatrischen Störung ohne Missbrauchsvorgeschichte (Kaplan, 2014). All dies gibt der Kondition einer Vergangenheit sexuellen Missbrauchs eine Sonderposition in der Betrachtung von frühkindlichen Traumatisierungen.

2.1.5 Folgen von sexuellen Kindheitstraumata.

Menschen, die an CSA leiden, haben im Erwachsenenalter oft mit komplexen psychischen, physischen und sozialen Problemen zu kämpfen, die ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität beeinträchtigen (Fergusson et al., 2013; Singh et al., 2014; Hailes, Danese & Fazel, 2019). Die Liste der langfristigen möglichen Folgen, die mit dem Vorliegen von sexuellen Kindheitstrauma assoziiert sind, sind nicht auf eine begrenzte Anzahl von Symptomen oder psychiatrischen Diagnosen zu beschränken und umfassen eine große Bandbreite primärer Beeinträchtigungen, entstehender Vulnerabilitäten und sekundärer Folgen. Das Ergebnis solcher Erfahrungen kann die Überlebenden bis weit ins Erwachsenenalter hinein beeinflussen (van der Kolk, 2014). In den folgenden Abschnitten werden die negativen Folgen von CSA bei Erwachsenen in Bezug auf Psychopathologie, Substanzmissbrauch, Gesundheit und Arbeit beschrieben.

2.1.5.1 Psychische Probleme

Es hat sich gezeigt, dass CSA ein wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung einer Reihe von psychischen Gesundheitsproblemen im späteren Leben ist. Eine Metaanalyse von 37 Längsschnittstudien konnte zeigen, dass CSA unter andrem mit einer erhöhten Lebenszeitprävalenz von Angstzuständen, Depressionen, Essstörungen, posttraumatischen

Belastungsstörungen und Schlafstörungen assoziiert war (Chen et al., 2010). CSA wurde auch mit einer höheren Inzidenz von Persönlichkeitsstörungen (Hailes et al., 2019), Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen (Rhodes et al., 2018), Selbstmordversuchen und vollendetem Selbstmord (Liu et al., 2017) sowie mit erhöhten Raten von problematischem Alkohol- und Drogenkonsum in Verbindung gebracht (Liu et al., 2017).

Das Vorliegen von CSA kann auch den Verlauf einer bestehenden Psychopathologie beeinflussen: in einer Studie von Gladstone et al. (2004) konnte gezeigt werden, dass Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA, bei denen eine Depression diagnostiziert worden war, im Vergleich zu nicht missbrauchten Frauen mit Depressionen häufiger Selbstmordversuche unternommen oder sich selbst verletzt hatten.

Schließlich scheint die Inanspruchnahme von psychiatrischen Angeboten unter Überlebenden von CSA signifikant erhöht zu sein; in einer prospektiven Studie suchte fast ein Viertel der Personen mit einer Vorgeschichte von CSA öffentliche psychiatrische Dienste auf, mehr als dreimal so viele wie in einer gesunden Kontrollgruppe (Cutajar et al., 2010). Einige Studien bieten jedoch widersprüchliche Evidenz; so fand beispielsweise eine Studie an einer klinischen Stichprobe von CSA-Überlebenden keinen Zusammenhang zwischen Missbrauchsmerkmalen und dem Schweregrad psychischer Störungen (Bak-Klimek et al., 2014).

Möglicherweise stellt CSA eher einen unspezifischen Risikofaktor für die Psychopathologie als ein kausales Ereignis dar; eine Überprüfung der Metaanalysen von Mandelli, Petrelli, & Serretti (2015) sowie von Hailes, Danese und Fazel (2019) ergab, dass der Effekt von CSA klein bis mittel war und sich je nach Studienmethodik und operativen Definitionen des Missbrauchs unterschied. Der Zusammenhang zwischen CSA und psychischer Gesundheit kann unter anderem auch durch andere konfundierende Faktoren wie Neurotizismus, Impulsivität, Emotionsregulation, Körperunzufriedenheit, Selbstkritik und Überaktivierung der hypothalamisch-hypophysären Achse vermittelt werden (siehe etwa Şimşek et al., 2016).

2.1.5.2 Körperliche Probleme

CSA wurde mit erhöhten Raten von körperlichen Gesundheitsproblemen in Verbindung gebracht. Eine Metaanalyse von Hailes et al. (2019) fand heraus, dass CSA signifikant mit einer Reihe von körperlichen Gesundheitsproblemen, einschließlich gastrointestinaler, Schmerz- und neurologischer Symptome, in Verbindung gebracht wurde.

Eine andere populationsbasierte Studie zeigte, dass CSA unabhängig mit Kopfschmerzen/Migräne, Asthma, Diabetes, kardiovaskulären Symptomen und chronischer

Müdigkeit assoziiert war, selbst wenn für andere Formen des Missbrauchs kontrolliert wurde (Norman et al., 2012). Insbesondere chronische Schmerzen wurden mit einer Vorgeschichte von CSA in Verbindung gebracht (Paras et al., 2009).

Die Forschung deutet auch darauf hin, dass Überlebende von CSA mit größerer Wahrscheinlichkeit an Adipositas im Erwachsenenalter erkranken, wobei jedoch die Schwere des Missbrauchs ein ausschlaggebender Faktor ist (McLeod et al., 2018). McCarthy und McCarthy (2014) berichteten zusätzlich, dass der Body-Mass-Index als Vermittler zwischen CSA und späteren körperlichen Gesundheitsproblemen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes dienen kann.

Eine zentrale Konsequenz von CSA ist auch die Beeinträchtigung sexueller Gesundheit, wobei sich die Erfahrung von Missbrauch sich auch auf das Sexualverhalten Erwachsener auswirkt. Eine Studie von Abajobir et al. (2017) untersuchte die Beziehung zwischen sexuell übertragbaren Krankheiten und CSA und ermöglichte einen Überblick über die Auswirkungen von CSA auf das Sexualverhalten. Das generelle Auftreten von riskantem Sexualverhalten im Erwachsenenalter war bei Überlebenden von CSA 1,59-mal höher als bei nicht Betroffenen. Es gab einen vergleichbar starken Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit im Allgemeinen und späterem riskantem Sexualverhalten bei Frauen und Männern. Die Studie ergab auch, dass die Opfer von CSA seltener Kondome benutzten, häufiger Drogen im Zusammenhang mit Sex konsumierten, mehr Sexualpartner im Laufe ihres Lebens hatten und insgesamt mehr verschiedene Geschlechtskrankheiten hatten als diejenigen ohne eine Vorgeschichte von CSA.

2.1.5.3 Folgen für intime Beziehungen.

Zusätzlich zu den somatisch-gesundheitlichen Folgen von CSA können auch zwischenmenschliche Beeinträchtigungen resultieren. Überlebende berichten mit großer Regelmäßigkeit über zahlreiche Probleme in Bezug auf ihre Beziehungen zu anderen Menschen und insbesondere auf intime Beziehungen (Rumstein-McKean, & Hunsley, 2001), einschließlich höherer Trennungs- und Scheidungsraten (Nguyen, Karney, & Bradbury, 2017).

Besonders die Gefahr von „Reinszenierungen des Missbrauchs“ oder der Missbrauchsdynamik, die sich innerhalb der Beziehung abspielen, wird in der klinischen Literatur genannt (Lahav et al., 2019; Nasim & Nadan, 2013). Diese Reinszenierungen können unbewusst passieren oder auf Fragmenten von sensorischen und motorischen Wahrnehmungen aufbauen, die durch Triggerreize oder Assoziationen zu Traumainhalten wachgerufen werden (Nasim & Nadan, 2013). Die/der Partner*in ist sich möglicherweise der Reinszenierungen und der Rolle, die sie in der Beziehungsdynamik spielen, nicht bewusst (Nasim & Nadan, 2013).

Solche Beziehungsdynamiken können sich zwischen Partner*innen abspielen und die Qualität der Beziehung und das Erleben von Sexualität insgesamt beeinträchtigen (Lahav et al., 2019; Nasim & Nadan, 2013).

Eine Gefahr besteht darin, dass Partner*innen der CSA-Überlebenden unbeabsichtigt mit den Täter*innen des Missbrauchs in Verbindung gebracht werden. Oftmals wenden Täter*innen im Rahmen von CSA psychologischen Manipulation in Form von Liebe und Zuneigung an, um die missbrauchende Beziehung aufrechtzuerhalten (Cobia et al., 2004). Wenn der*die Überlebende erwachsen wird, können diese Liebes- und Missbrauchsdynamiken weiterbestehen und sogar in neue intime Beziehungen übertragen werden. Diese Übergeneralisierung der Missbrauchsdynamik kann sich erheblich auf die sexuelle Intimität auswirken (Noll, Trickett, & Putnam, 2003).

Als Folge des mangelnden Vertrauens haben sowohl Traumaüberlebende als auch ihre Partner*innen berichtet, dass die Überlebenden von CSA das Verhalten aufweisen, zU-Testen, ob der andere die Beziehung vorzeitig beenden würde (Henry et al., 2011). Überlebende haben erklärt, dass diese Art von Verhalten durch Unsicherheiten aus früheren Beziehungen sowie durch den Missbrauch motiviert sei (Henry et al., 2011). Das Ausloten der Grenzen einer Beziehung deutet auf mangelndes Vertrauen in die*den andere*n Partner*in hin und kann teilweise die höheren Scheidungsraten unter den Paaren erklären. Die Schwierigkeit, bei Paaren mit einer CSA-Geschichte Vertrauen zu kultivieren, kann sowohl aus der Wahrnehmung der*des Partner*in durch die Überlebenden als auch aus einem Gefühl des Verrats herrühren.

Wie bereits erwähnt, umfassen die Symptome einer PTBS Über-Erregung, Intrusionen, Vermeidungsverhalten sowie negative Kognitionen und Stimmungen, die sich nicht nur auf die*den Überlebende*n, sondern auch auf die*den Partner*in und die intime Beziehung auswirken können. PTBS kann das gesamte Beziehungsgeschehen beeinflussen, weil die*der Überlebende möglicherweise Symptome wie Dissoziation, Hypervigilanz, emotionale Betäubung, Distanzierung und Flashbacks erlebt, die die Kontaktaufnahme und den Beziehungsaufbau zu einem*einer Partner*in erschweren oder unmöglich machen können (Büttner, 2020). Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass diejenigen Überlebenden, die PTBS entwickeln, eine um 60% erhöhte Beziehungsinstabilität haben (Donnellan, Murray, & Holland, 2014).

CSA kann im Erwachsenenalter zu verstärkter Selbstkritik führen, was auf eine Tendenz zur Verinnerlichung einer kritischen Haltung gegenüber dem Selbst hindeutet (Lassri et al., 2018). Verstärkte Selbstkritik kann wiederum mit verminderter Zufriedenheit in intimen Beziehungen verbunden sein (Lassri et al., 2018). Beziehungsunzufriedenheit könnte dann die

Tendenzen zur Vermeidung von Bindungen weiter verstärken, was im Laufe der Zeit zu einem kontinuierlichen Rückgang der Beziehungszufriedenheit führen könnte (Lassri et al., 2018). CSA kann zu einem chronischen Teufelskreis im Zusammenhang mit intimen Beziehungen führen, und zwar über einen indirekten Effekt, der von Selbstkritik zu unbefriedigenden intimen Beziehungen führt.

Überlebende von CSA und deren Partner*innen können auch Schwierigkeiten bei der Kommunikation miteinander haben. Einige Forschungsarbeiten deuten darauf hin, dass diese Herausforderungen in direktem Zusammenhang mit Schamgefühlen, Stigmatisierung und Minderwertigkeitsgefühlen stehen, die Überlebende erleben (Finkelhor, 1988; Kim, Talbot, & Cicchetti, 2009). Eine andere Studie bestätigte den Zusammenhang von Beziehungsproblemen mit dem Gefühl der Scham, nannte jedoch zusätzlich Probleme mit Vertrauen in die Absichten der*des Anderen und dem geringen Selbstwertgefühl, die zu Kommunikationsproblemen beitragen (Maltz, 2002).

Eines der am weitesten verbreiteten Themen, über die berichtet wurde, war die Schwierigkeit, ihren Partner*innen Emotionen zu kommunizieren (Nielsen et al., 2018). Die Autor*innen MacIntosh und Johnson (2008) erklären dieses Phänomen als einen Bewältigungsmechanismus für den Missbrauch in der Kindheit. Misshandelte Kinder schrecken möglicherweise davor zurück, intime Details oder Emotionen mitzuteilen, um sich selbst zu schützen. Leider kann dieser Coping-Mechanismus als Hindernis wirken, wenn er weiterhin in intimen Beziehungen von Erwachsenen eingesetzt wird. Die Prävalenz von Kommunikationsproblemen wurde in einer Studie von Mullen et al. (1994) untersucht, in der festgestellt wurde, dass beinahe ein Viertel der CSA-Überlebenden (gegenüber unter 6% der nicht betroffenen Personen) angaben, keine bedeutsame Kommunikation mit ihren Partner*innen zu haben.

2.1.5.4 Folgen für die Sexualität

Eine der umfangreichsten Forschungen über die Folgen von CSA konzentriert sich auf den Zusammenhang zwischen dem sexuellem Missbrauch in der Kindheit und sexuellen Problemen im Erwachsenenalter. Die Literatur teilt sich weitgehend in Studien zu zwei getrennten Bereichen von möglichen Folgen von CSA auf:

1. Externalisierende Symptomatik mit erhöhtem sexuellem Risiko-/Impulsverhalten bis hin zu Hypersexualität (Aaron, 2012; Vaillancourt-Morel et al., 2016).
2. Internalisierende Symptomatik mit sexuellen Funktionsstörungen, Hyposexualität, Aversion gegenüber sexuellen Stimuli, Vermeidungs- und Angstverhalten (Aaron, 2012; Vaillancourt-Morel et al., 2016).

In Bezug auf sexuelle Risikoverhaltensweisen wurde CSA zum Teil mit erhöhten Raten von ungeschütztem Geschlechtsverkehr, einem früheren Alter beim ersten Geschlechtsverkehr und einer größeren absoluten Zahl von Sexualpartner*innen (Merrill et al., 2003), bis hin zu kompulsiven sexuellen Verhalten in Verbindung gebracht (Arriola et al., 2005). Zu den sexuellen Problemen im Zusammenhang mit gesteigerter Sexualität oder externalisierten sexueller Symptome gehören zudem auch zwanghafte sexuelle Gedanken und insbesondere die Instrumentalisierung von Sex als Mittel zur Erreichung nicht-sexueller Ziele (Schwart, & Galperin, 2003; Vaillancourt-Morel et al., 2015; Vaillancourt-Morel et al., 2016¸ dos Reis, & de Tubino, & Scanavino, 2017; Labadie et al., 2018; Brown, Kessel, Lourie, & Ford, 1997; Einbender, & Friedrich, 1989). In Bezug auf die Hypersexuelle Ausprägung gibt es bisher nur wenige Studien und Schätzungen über die Prävalenz unter CSA-Überlebenden gehen von 3–6% aus (Kaplan & Krueger 2010; Slavin et al., 2020). Viel mehr Hinweise zu Folgen von CSA bei Frauen gibt es hinsichtlich der Internalisierenden Symptomatik:

Die wissenschaftliche Untersuchung der Folgen von CSA hat starke Hinweise darauf gefunden, dass CSA mit erhöhten Raten von sexuellen Funktionsstörungen oder gar sexueller Vermeidung assoziiert ist (Leonard, Iverson &, Follette 2008). Mehrere Studien berichten, dass Überlebende von CSA signifikant mehr Probleme mit sexuellem Verlangen, Erregung und dem Erreichen von Orgasmen haben (Leonard et al., 2008; Wohl & Kirschen, 2018). Andere konnten weniger absolute Sexualpartner nachweisen (Merrill et al., 2003). In verschiedenen repräsentativen Erhebungen konnten etwa Prävalenzen von bis zu 40% für sexuelle Appetenzstörungen, bis zu 35% für Erregungsstörungen und bis zu 39% für Orgasmusstörungen gefunden werden (DeRogatis & Burnett 2008).

Auf physiologischer Ebene wurde in einer Reihe von Studien festgestellt, dass Überlebende von CSA eine verminderte Reaktionsfähigkeit auf sexuelle Stimuli zeigen, was sich in einer verminderten vaginalen Durchblutung (häufig in Verbindung mit sexueller Erregung) und einem vermuteten Anstieg des Stresshormons Cortisol und dem Erleben von negativer Affektivität als Reaktion zu sexuellen Reizen äußern kann (Rellini et al., 2012; Rellini, et al., 2009; Rellini & Meston, 2006). Insbesondere CSA-Überlebende, die auch über sexuelle Probleme berichten, zeigen auf sexuelle Stimuli die geringste vaginale Reaktion. Darüber hinaus zeigte eine Studie von Lorenz, Hart und Meston (2015), dass Frauen, die CSA erlebt haben, eine erhöhte Reaktion des sympathischen Nervensystems (d.h. eine verminderte Herzfrequenzvariabilität) als Reaktion auf sexuelle Stimuli zeigten, was auf Angst, Stress und Furcht basierende Reaktionen auf sexuelle Reize schließen lässt. Darüber hinaus erleben Frauen

mit einer CSA-Vergangenheit häufig eine psychologische Dissoziation oder Flashbacks in Bezug auf ihren Missbrauch während sexueller Aktivitäten (Hall, 2007; 2017).

Rellini (2014) stellt zudem die Vermutung auf, dass Überlebende von CSA Unterschiede in physiologisch-sexuellen Reaktionen, insbesondere auf sexuelle Erregung, im Vergleich zu nicht missbrauchten Personen mit sexuellen Funktionsstörungen aufweisen können. Rellini (2014) stellt fest, dass frühe negative sexuelle Erfahrungen im Zusammenhang mit Missbrauch eine stärkere implizite Verbindung zwischen sexuellen Hinweisreizen und negativen oder vermeidenden Reaktionen fördern können.

In einer Studie über Sildenafilzitrat, an der Frauen mit und ohne CSA-Vorgeschichte untersucht wurden, zeigten die Frauen mit CSA-Vorgeschichte ein geringeres Ansprechen auf die Behandlung, und von den Frauen mit CSA-Erfahrung, die mit gesteigerter sexueller Erregung reagierten, berichteten 14%, dass die verstärkte Erregung aversiv erlebt wurde (Berman et al., 2001). Frauen mit Missbrauchsvorgeschichten berichten zudem von mehr Angst, Wut und Ekel während sexueller Erregung als nicht missbrauchte Frauen (Schloredt et al., 2003; Meston, Rellini & Heiman 2006).

Die kognitive Verarbeitung von sexuellen Reizen bei Frauen mit CSA-Vorgeschichte wurde in Studien über unbewusste Assoziationen untersucht. Meston und Heiman (2000) nutzten eine Kategorisierungsaufgabe, bei der positive und negative Selbstinformationen und sexuell relevante Informationen kategorisiert werden mussten. Sie konnten feststellen, dass Frauen mit einer CSA-Vorgeschichte sexuellen Stimuli seltener eine positive Bedeutung zuschreiben als nicht missbrauchte Frauen. Eine andere Studie, die unbewusste Assoziationen mit dem Impliziten Assoziationstest evaluierte, fand heraus, dass bei Frauen ohne Missbrauchsgeschichte sexuelle Bilder stärker mit positiver Valenz assoziiert wurden als neutrale Bilder, wohingegen bei Frauen mit CSA Vorgeschichte keine Unterschiede in der Valenz zwischen den sexuellen und neutralen Bildern bestanden (Rellini & Meston, 2011).

Einige Autoren (Merrill et al., 2003; Leonard & Follette, 2008) argumentieren, dass sowohl externalisierende als auch vermeidende Bewältigungsstrategien als funktional vermeidendes Verhalten interpretiert werden können. Aus dieser theoretischen Perspektive können sowohl die Bewältigungsstrategien als auch die damit verbundenen Muster sexueller Schwierigkeiten als Verhaltensweisen verstanden werden, die darauf abzielen, die Erfahrung unangenehmer innerer Ereignisse, einschließlich schmerzhafter Gedanken, Distress, schmerzhafter Gefühle und Erinnerungen, zu vermeiden oder zu verändern (Leonard & Follette, 2008).

Vermeidungsstrategien in Bezug auf Sexualität oder hyposexuelles Verhalten in Assoziation zu CSA lassen sich nach Ansicht einiger Autor*innen demnach so verstehen, dass sie dazu dienen, Reize zu vermeiden, insbesonders sexuelle Reize, wenn diese mit dem Missbrauch verbunden werden. Externalisierende Bewältigungsstrategien und die damit verbundene Hypersexualisierung, können in diesem Sinne auch als funktional vermeidend für das Erleben von Intimität verstanden werden (Vaillancourt-Morel et al., 2016, Merrill et al., 2003; Leonard & Follette, 2008).

Insbesondre wurde angenommen, dass eine abweichende Stressreaktion, erhöhtes Stresserleben und das subjektive Stresslevel der Überlebenden von CSA einen entscheidenden Beitrag zu Erklärung der beschriebenen Probleme in Bezug auf die Sexualität bei Überlebenden von CSA liefern kann. Der Zusammenhang zwischen CSA, Stress und sexuellen Dysfunktionen etwa wurde bei Markert (2016) für den Zusammenhang von CSA und sexuellen Problemen beschrieben, bei dem höhere chronische Stresslevel bei CSA-Überlebenden als Mediator von CSA und sexuellen Dysfunktionen in Zusammenhang gebracht wurden.

Bird und Kolleg*innen (2014) stellten fest, dass Überlebende von sexuellen Übergriffen in der Kindheit über eine deutlich geringere sexuelle Erregung berichteten und führten dies auf den Zusammenhang zwischen veränderter Stressreaktion und sexuellem Missbrauch zurück. Ebenso stellten beispielsweise Rellini, Hamilton, Delville und Meston (2009) fest, dass Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA bei sexueller Erregung durch sexuelle Reizen eine geringere Absenkung des Cortisolspiegels aufweisen als Frauen, die keine Vorgeschichte von CSA haben. Interessanterweise konnte Rellini (2008) herausfinden, dass ein Teil der Frauen, die CSA erlebt haben, bei der Betrachtung sexueller Stimuli, eine Aktivierung des Stress-Systems zeigt. Frühere Forschungen haben jedoch zu uneindeutigen Ergebnissen hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen CSA und der Stressreaktion geführt, wobei einige Studien eine gesteigerte Stressreaktion und andere eine gedämpfte Stressreaktion festgestellt haben (Carpenter et al., 2011; MacMillan et al., 2009).

Interventionen, die darauf abzielen sexuelle Probleme bei CSA-Überlebenden zu verbessern, basieren häufig auf der Hypothese, dass die Überlebenden aufgrund der Art des Traumas eine negative Reaktion auf sexuelle Stimuli zeigen, welche als ursächlich für die Probleme angesehen wird (Maltz, 2002). Obwohl diese Annahme theoretisch einleuchtet und etwa über assoziatives Lernen erklärt werden könnte, gibt es nur sehr wenige empirische Beweise, die diese Hypothese prüfen (etwa bei Meston & Heiman, 2000). Hinweise auf das vermutete aversive Erleben von Sexualität finden sich jedoch bei Berman et al. (2001), Schloredt et al. (2003), Meston et al. (2006), und Rellini und Meston (2011).

Studien deuten darauf hin, dass die physiologische Reaktion auf sexuelle Stimuli bei CSA-Überlebenden im Vergleich zu Frauen ohne Missbrauchsgeschichte geringer ist, was häufig auf ein aversives Erleben von Sexualität zurückgeführt wird, dass sich etwa in einem erhöhten Stresserleben äußeren und so auf das Verhalten und Erleben auswirken kann (Laan & Everaerd, 1995; Rellini & Meston, 2006). Gegenwärtig gibt es jedoch keinen direkten Beweis für eine mögliche Stressreaktion oder ein verändertes Stresserleben hinsichtlich sexueller Stimuli und die Auswirkung, die dies auf die sexuelle Erregung, Vermeidungsverhalten, sexuelle Befriedigung oder die Wahrnehmung von Sexualität von CSA-Überlebenden haben könnte. Insbesondere Studien jenseits von Laborbedingungen und mit realen sexuellen Aktivitäten stehen aus.

2.2 Stress

“Stress is a pervasive phenomenon that accompanies the everyday lifes of humans and animals. Under acute conditions, the experience of stress is an important starting point from which resources are activated that enable an organism to tackle the presenting threats and challenges appropriately.“ (Ali & Nater, 2020, S. 337).

Demnach ist Stress generell ein adaptives Phänomen als Reaktion auf Stressoren, welches den Umgang mit Herausforderungen ermöglicht, in dem Ressourcen zur Bewältigung von Aufgaben aktiviert werden. Problematisch wird Stress dann, wenn er entweder über einen längeren Zeitraum besteht, da dies die Wahrscheinlichkeit erhöht das damit verbundene schädliche Auswirkungen auftreten, die letztlich zu Gesundheitsproblemen führen können (Ali & Nater, 2020), oder eine Stressreaktion oder -empfindung hinsichtlich Reizen (Stressoren) stattfindet, welche keine Aktivierung der mit Stress verbundenen Systeme bedürfen und somit Stress als nicht adaptives, sondern maladaptives Phänomen konstituieren, wie es etwa im Rahmen von Traumafolgestörungen beschrieben wird (Christopher, 2004).

2.2.1 Stressantwort.

Grundsätzlich dient Stress adaptiven Funktionen und ist durch die Aktivierung zweier wichtiger neurobiologischer Systeme gekennzeichnet: des sympathischen Nervensystems (SNS) und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA) (Christopher, 2004).

Bei Aktivierung löst die HPA-Achse die Ausschüttung der Stresshormone Cortisol und Katecholamin aus. Anschließend wird die Kampf-oder-Flucht-Reaktion ausgelöst, die zu adaptiven physiologischen Veränderungen führt, die Energie mobilisieren, um Flucht und Überleben zu fördern (Lupien & Seguin, 2013).

Obgleich das, was als Stressursache fungiert, bei jedem Menschen anders ist, ist die "Stressantwort" - die Auswirkung größtenteils - universell. Angesichts eines bedeutenden

Stressors (intern oder extern) geht der Körper in einen "Kampf- oder Fluchtmodus" über. Während dieses "Kampf- oder Fluchtmodus" werden das sympathische Nervensystem und die HPA aktiviert (Christopher, 2004). Diese Aktivierung führt zur Freisetzung der Stresshormone Cortisol und Katecholamin und zu adaptiven physiologischen Veränderungen (wie der Bereitstellung von Blutzucker und die Anpassung der Herzschlagrate), die Energie mobilisieren, um Flucht und Überleben zu fördern, um mit der Bedrohung umzugehen. Wenn die Bedrohung beseitigt ist, wird ein weiteres System, das parasympathische Nervensystem, aktiviert, um dem Körper bei der Rückkehr zur Homöostase, einem gesunden Gleichgewicht beider Systeme, zu helfen (Christopher, 2004).

2.2.2 CSA und Stress.

Im Rahmen von Traumafolgen wie sie auch im Rahmen von CSA beschrieben wurden, insbesondere bei der Traumafolgestörung der Posttraumatischen Belastungsstörung und der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung, spielt Stress eine zentrale Rolle in (O'Connor, Thayer, & Vedhara, 2021).

Die Frage hinsichtlich der Relevanz von Stress und Stressreaktionen in Bezug auf CSA ist: warum und wie führt CSA zu den beschriebenen schädlichen Auswirkungen, die bis ins Erwachsenenalter vorherrschen? Eine mögliche Erklärung für die Langzeitfolgen von CSA wird in den Auswirkungen von CSA auf das Gehirn und insbesondere der Verarbeitung und Auslösung von Stress vermutet (O'Connor, Thayer, & Vedhara, 2021). Studien an Tieren und Menschen haben gezeigt, dass während der Kindheit das Gehirn besonders empfindlich auf Stress reagiert (Pechtel & Pizzagalli, 2011). Traumata werden als extreme Stressereignisse verstanden, die die Kapazitäten der Verarbeitung eines Individuums übersteigen und so gerade bei Menschen in Entwicklungsphasen langfristig Dysregulationen in der Verarbeitung von Stressoren, ein dauerhaft erhöhtes Stresslevel und maladaptive Stressreaktionen auslösen können.

So berichten etwa Agorastos et al. (2019; 2018) eine dysregulierte, stärker und leichter aktivierbare und persistentere Stressreaktion bei Individuen mit CSA und Şimşe et al. (2016) wiesen signifikant höhere Cortisolspiegel bei Personen mit einem Hintergrund von sexuellem Kindesmissbrauch nach. Dem entgegen stehen die Ergebnisse von Trickett et al. (2010) die, obwohl für Depressionen und Angststörungen kontrolliert wurde, eine Abschwächung der Cortisollevel ab der Adoleszenz mit signifikant niedrigeren Cortisolwerten im frühen Erwachsenenalter bei Frauen mit einem Hintergrund von CSA nachwiesen, jedoch zeigen konnten, dass die Cortisollevel in zeitlicher Nähe zu dem Traumaereignis anfänglich signifikant

höher waren. Dies könnte eine Berücksichtigung der Zeit, die seit der initialen Traumatisierung vergangen ist, als entscheidende Größe in der Erforschung von Stressleveln bei CSA etablieren.

Eine zunehmende Anzahl von Forschungsarbeiten zeigt zudem eine Verbindung zwischen CSA und diversen strukturellen und funktionellen Unterschieden im Gehirn von Betroffenen und nicht Betroffenen auf. CSA scheint die Entwicklung von Hirnregionen und Signalweiterleitungswegen zu verändern, was wiederum zu Veränderungen in der Stressreaktion führt und zum Entstehen von psychiatrischen Störungen im Erwachsenenalter beiträgt (Teicher et al., 2016).

Zusätzlich wird die Hypothese aufgestellt, dass aus evolutionärer Sicht die durch CSA verursachten Veränderungen im Gehirn adaptiven Zwecken dienen sollten, um in risikoreichen und gefährlichen Lebensumgebungen zu überleben (Christopher, 2004). Veränderungen in der neuronalen Entwicklung scheinen das Auftreten von intensiven Kampf-oder-Flucht-Reaktionen zu ermöglichen, um auf die Anforderungen in gefährlichen Umgebungen zu reagieren zu können. Nachteilig werden diese Veränderungen jedoch in nicht mehr traumatischen Umgebungen, wenn eine höhere Stressanfälligkeit nicht mehr erforderlich ist wie etwa in einer intimen Beziehung (Teicher et al., 2003). Dennoch können maladaptive Stressreaktionen gerade hier einen gravierenden Einfluss haben.

Dabei wird die maladaptive Stressreaktion entweder auf eine dysregulierte, stärker und leichter aktivierbare und persistentere Stressreaktion (Agorastos et al., 2019, 2018), eine Verknüpfung von traumaassoziierten Reizen mit Gefahr und damit mit maladaptiven Stressreaktionen (Spaccarelli, 1994) oder durch das Trauma fehlangepassten Beurteilungsstrategien gegenüber Reizen (Gómez de La Cuesta et al., 2019) zurückgeführt.

Diese Veränderungen in der Stressresponsivität - der Reaktion auf spezifische Traumaassoziiere Reize - und den Stressleveln zeigen sich im Rahmen von Traumatisierungen insbesondere bei Personen mit PTBS und kPTBS, jedoch auch für subklinische Populationen (Yarvis & Schiess, 2008; Beilharz et al., 2020).

2.2.3 Stress und Sexualität

Die Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Stress und sexueller Aktivität sind begrenzt und die Ergebnisse nicht eindeutig (Bodenmann et al., 2010). Einige Forschungsergebnisse deuten beispielsweise darauf hin, dass sexuelles Interesse, sexuelle Funktionsfähigkeit (Markert, 2016) und sexuelle Aktivität tendenziell abnehmen, wenn Menschen Stresserleben (Bodenmann et al., 2010), und zunehmen, wenn geringer Stress erlebt wird (Burleson, Trevathan, & Todd, 2007).

Andere Untersuchungen zeigten ein entgegengesetztes Muster und deuten darauf hin, dass die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs positiv mit dem täglichen Stressniveau assoziiert ist, so dass mehr Stress mit erhöhter sexueller Aktivität verbunden ist (Bancroft et al., 2003; Michael & O'Keane, 2000). Da ein Großteil der Forschung zu Stress und sexueller Aktivität auf korrelativen und größtenteils querschnittlichen Designs basiert, ist es schwierig, Rückschlüsse auf die möglichen Prozesse zu ziehen, die dem Zusammenhang zwischen Stress und sexueller Aktivität zugrunde liegen (Bodenmann et al., 2010).

Insbesondere aber in Bezug auf den umgekehrten Zusammenhang von Stress und Sexualität, wurde vorgeschlagen, dass sexuelle Aktivität in der Lage ist dazu beizutragen Stress und negative Stimmungen auszugleichen und sogar zu einem erhöhten Sinnerleben führen kann (Ein-Dor & Hirschberger, 2012; Kashdan et al., 2018). Tatsächlich wurde in Tagebuchstudien sexuelle Aktivität als positive Erfahrung bei Angststörungen festgestellt, welche subjektiv zu einer Besserung von Stress und Angstzuständen führen kann (Kashdan et al., 2014; Kashdan et al., 2018).

In einer Reihe von Forschungsbeiträgen konnte festgestellt werden, dass der Cortisolspiegel als Reaktion auf sexuelle Stimuli abnimmt oder zumindest gleichbleibt (Exton et al., 2000; Hamilton et al., 2008; van Anders et al., 2009). Jedoch nicht bei allen Personen: Rellini und Hamilton (2009) konnten feststellen, dass während sexueller Erregung, induziert mittels visueller sexueller Stimuli, das Cortisollevel zwar bei nicht sexuell missbrauchten Personen abflacht, jedoch festgestellt werden konnte, dass dieses Level bei Personen mit CSA unverändert bleibt oder gar ansteigt.

Studien zu den Cortisollevelveränderungen in zeitlicher Abhängigkeit zu sexueller Aktivität sind zum aktuellen Zeitpunkt sowohl für Personen ohne CSA als auch für Personen mit einem Hintergrund von CSA spärlich (Bigras et al., 2020). Jedoch kann als Indiz dieses Zusammenhangs ein Anstieg des Cortisollevels bei Präsentation sexueller Stimuli, verbunden mit verminderter sexueller Erregung, reduziertem sexuellem Begehren und verringerter sexueller Funktionsfähigkeit festgestellt werden, wie es sich hinsichtlich sexueller Aktivität auch bei Personen mit CSA vermehrt zeigt (Hamilton, Rellini, & Meston, 2008).

Unter dem Stichwort „postkoitale Dysphorie" (Schweitzer, O'Brien, & Burri, 2015; Bird, Schweitzer, & Strassberg, 2011) wird zudem ein Phänomen beschrieben, bei dem Distress, negativer Affekt, Weinen, ein Gefühl der Melancholie oder Depression, Angst oder Aggression als Folge von Geschlechtsverkehr auftreten (Burri &, Spector, 2011). Besonders auch in diesem Zusammenhang wurde von erhöhten Prävalenzen von CSA berichtet (Bird et al., 2011).

Der zentrale Faktor bei den stressreduzierenden Potentialen von Sexualität scheint nach heutigem Stand der Forschung möglicherweise mehr in dem Erleben von Intimität, denn hinsichtlich des Erreichens eines Orgasmus oder dem Geschlechtsverkehr an sich zu liegen, da Veränderungen in den Stressleveln (gemessen durch Plasmacortisol) bei Orgasmen durch Masturbation nicht nachgewiesen werden konnten (Fuss et al., 2017; Exton et al., 2000; 2001) jedoch ein signifikanter stressreduzierender Effekt in Folge von intimen (physischen) Kontakt mit der*dem Partner*in festgestellt werden kann (Ditzen et al., 2019). Insbesondere hinsichtlich des Fakts, dass Personen mit einem Hintergrund von CSA sexuelle Aktivität als weniger intim erleben (Jacob & Veach, 2005; Martinson et al., 2013), Schwierigkeiten haben Intimität im physischen Kontakt mit der*dem Partner*in zu erleben (Leonard, & Follette, 2002) und während sexueller Aktivität sogar aktiv Intimität vermeiden (Merrill et al., 2003; Noll, et al., 2003), könnte dies einer der zentralen Punkte sein, der in dieser Population zusätzlich zum Wahrnehmen von Sexualität als Stressor positive Effekte von Sexualität auf Stress verhindert.

2.2.4 Stress messen: Biomarker vs. Stressempfinden

Stress wurde als physische Reaktion auf Stressoren mittels der Aktivierung zweier neurobiologischer Systeme beschrieben: des sympathischen Nervensystems und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (Christopher, 2004). Will man das Ausmaßoder den zeitlichen Verlauf von akutem Stress erheben, so stehen einem dazu unter anderem Biomarker der Aktivität des SNS und der HPA zur Verfügung. Im Kontext der Stressforschung ist die HPA-Achse das am meisten untersuchte neuroendokrine Stresssystem (Juruena et al., 2020), und folglich ist ihr zentrales Hormon Cortisol zum häufigsten verwendeten Biomarker geworden, anhand dessen die Schwankung der Aktivität der HPA bewerten lässt. Zudem stehen Biomarker des SNS wie die Speichelflussrate (PNS), welche negativ mit dem Erleben von Stress korreliert ist (Tawfik, Isra'a, & Al-Nuaimy, 2012) und die Speichel Alpha-Amylase, welche sich als neuer, nicht-invasiver Marker von insbesondre psychosozialem Stress bewährt hat (Nater et al., 2005; Nater et al., 2006, Ali, & Nater, 2020) zur Verfügung. Zudem wurde die indirekte Messung der Aktivierung des SNS als Operationalisierung der Stressantwort über die Herzratenvariabilität und Herzrate (Thayer et al., 2012; Hellhammer, & Schubert, 2012) sowie die Hautleitfähigkeit (Storm et al., 2002) vorgeschlagen.

Indirekt mit ihr verbunden, aber nicht gleichzusetzen mit der physiologischen Präsentation von akutem Stress, ist das subjektive psychologische Erleben von Stress. Die physiologische Stressreaktion ist mit dem subjektiven Stressempfinden verflochten, unterscheidet sich aber von diesem, obwohl beide Systeme zusammenwirken müssen, um

adaptive Reaktionen zu ermöglichen. Für eine weitergehende Diskussion der Korrelation zwischen physiologischen Stresssystemen und subjektivem Stressempfinden sei hier auf die ausführliche Darstellung von Campbell und Ehlert (2011) verwiesen. Für die Mittel und Ziele dieser Studie sei die psychologische Stressempfindung als Operationalisierung von Stress dennoch das Mittel der Wahl, wenn auch nicht der „Goldstandart" der objektiven Erhebung von Stress. Da jedoch signifikante Korrelationen von subjektiven mit objektiven Stress nachgewiesen werden konnten (Föhr et al., 2015), bleibt die Erhebung der Stressempfindung eine valide, ökonomische und einfach zu bewerkstelligende Messung von Stress, die durch Interviews und standardisierte psychologische Testes geschehen kann (Hellhammer, & Schubert 2012; Campbell, & Ehlert, 2011; Christensen et al., 2019, Föhr et al., 2015).

2.3 Ziele der vorliegenden Arbeit

Wie in dem Kapitel zu den Folgen von CSA hinsichtlich Sexualität bereits beschrieben, weisen Opfer von CSA überproportional oft Veränderungen bezüglich ihrer Sexualität auf. Die Literatur teilt sich dabei weitgehend in Studien zu zwei getrennten Bereichen von möglichen Folgen von CSA auf: sexuelles Risiko-/Impulsverhalten und sexuelle Funktionsstörungen, die entweder als hypersexuelle oder hyposexuelle Reaktionen auf Missbrauchserfahrungen charakterisiert wurden (Aaron, 2012; Vaillancourt-Morel et al., 2016; Bigras et al., 2020).

Einige Autor*innen (Merrill et al., 2003; Leonard & Follette, 2002) argumentieren, dass sowohl externalisierende als auch vermeidende Bewältigungsstrategien als funktional vermeidendes Verhalten interpretiert werden können und ihre Ursache in einer aversiven Wahrnehmung von Sexualität und sexuellen Reizen findet (Rellini, Elinson, Janssen, & Meston, 2012; Rellini, Hamilton, Delville, & Meston, 2009; Rellini & Meston, 2006), andere sehen zudem in hypersexuellen Symptomen Ausdruck einer Instrumentalisierung von Sexualität zur Erreichung von nichtsexuellen Zielen oder als Mittel der Selbstregulation im Sinne einer Copingstrategie bei Konflikten oder Stress (Schwart, & Galperin, 2003; Vaillancourt-Morel et al., 2015; Vaillancourt-Morel et al., 2016¸ dos Reis, & de Tubino Scanavino, 2017; Labadie et al., 2018; Brown et al., 1997; Einbender, & Friedrich, 1989; Trickett et al, 2003).

Tendenziell lässt sich jedoch festhalten, dass Forschungsbelege zeigen, dass Überlebende von Traumatisierungen generell ein erhöhtes Stressempfinden auf Trauma-Erinnerungen zeigen (Gola, 2012), sexuelle Erregung bei Frauen mit CSA oft als aversiv erlebt wird (Berman et al., 2001) und auch generell von größerer Angst, Wut und Ekel während sexueller Erregung mit einem Partner berichtet wird als bei nicht missbrauchten Frauen (Schloredt et al., 2003; Meston, Rellini & Heiman 2006). Auch konnte festgestellt werden, dass

sexuelle Reize unbewusst als weniger positiv assoziiert werden (Meston & Heiman, 2000; Rellini & Meston, 2011), was zumindest bei einem Großteil der Frauen mit CSA-Geschichte eine aversive Wahrnehmung von Sexualität wahrscheinlicher macht.

In vielen Fällen wird die auf CSA folgende Hyposexualität somit als Vermeidungsreaktion auf aversives Erleben konzipiert (Vaillancourt-Morel et al., 2016, Merrill et al., 2003; Leonard & Follette, 2002) die häufig mit einem Stresserleben und negativem Affekt einhergeht, welches etwa sexuelle Probleme in dieser Subgruppe an Frauen zum Teil erklären könnte.

Hinsichtlich des Verhaltens der Hypersexualität in Folge von CSA lassen sich verschiedene Ansätze festhalten: entweder wurde das Verhalten als Coping im Sinne einer Selbstregulation (Rellini et al., 2012; Rellini, et al., 2009; Rellini & Meston, 2006), als funktionale Vermeidung von Intimität (Merrill et al., 2003; Leonard & Follette, 2002) oder als Instrumentalisierung zum Erreichen nicht-sexueller Ziele konzipiert (Schwart, & Galperin, 2003; Vaillancourt-Morel et al., 2015; Vaillancourt-Morel et al., 2016¸ dos Reis, & de Tubino Scanavino, 2017; Labadie et al., 2018; Brown, Kessel, Lourie, & Ford, 1997; Einbender, & Friedrich, 1989; Trickett et al, 2003). Die aversive oder stressassoziierte Wahrnehmung von sexuellen Stimuli oder sexueller Interaktion wäre in diesem Fall nicht vergleichbar einfach zu argumentieren und die Möglichkeiten, wie die spezifische Reaktion dieser CSA-Subgruppe vermutlich aussehen würde, nicht so einfach festzumachen. Im Falle einer Copingstrategie wäre zu erwarten, dass das Stresslevel nach sexueller Aktivität abnehmen könnte, Hinsichtlich einer funktionellen Vermeidung ließe sich argumentieren, dass ähnlich bei anderen Vermeidungsstrategien das Stresslevel ansteigen oder gleichbleiben sollte (Koopman et al., 2003). In Bezug auf die Konzeption aus CSA resultierender Hypersexualität könnte zu erwarten sein, dass Veränderungen im Stressempfinden nicht primäre Folge der sexuellen Interaktion, sondern mehr des Scheiterns oder Gelingens der zugrundeliegenden Absicht sein wird. Eine differenzierte Untersuchung dieser Subgruppe von Menschen mit CSA steht bisher aus.

Nachdem bisher nur vereinzelte Untersuchungen in Laborkontexten sich mit der aversiven Wahrnehmung sexueller Stimuli bei Frauen mit CSA-Vorgeschichte beschäftigt haben, diese negative Assoziation von Sexualität als Ursache vieler sexueller Probleme bei CSA gesehen wird und häufig darüber argumentiert wird, dass sexuelle Stimuli oder sexuelle Interaktion in der Art eines „triggers“ eine Stressreaktion auslösen könnten, welche sich wiederum auf physiologische, sowie Verhaltensparameter auswirken kann, ist die Untersuchung dieses Phänomens in einem natürlichen Setting mittels zeitlich hochauflösender Messungen eine große Chance, die Sexualität von CSA-Überlebenden besser zu verstehen und

vor allem Ansätze zu finden, dieser sowieso schon überproportional belasteten Gruppe mögliche positive Aspekte von Sexualität als Faktor von Lebensqualität und Ressource zurückzubringen.

Zusätzlich zu der theoretisch besser erschlossenen Hyposexualität bei CSA-Überlebenden ist eher wenig über die Stressreaktion von CSA-Überlebenden mit eher externalisierender Symptomatik bekannt, sodass die Untersuchung des Verlaufs des Stresserlebens in Bezug auf sexuelle Aktivität innerhalb dieser Subgruppe im Vergleich zu der Subgruppe der CSA-Überlebenden mit eher hyposexueller Symptomatik eine wichtige Ergänzung zum Verständnis der Folgen von CSA für die Sexualität der Betroffenen darstellt.

2.4 Fragestellung und Hypothesen

Hinsichtlich der Rolle von Stress im Geschehen um Sexualität bei Missbrauchsopfern wurde Stress häufig als Mediatorvariable betrachtet, die den Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Missbrauchserfahrungen und verschiedenen sexuellen Variablen wie sexuellen Funktionen (Meston, & Lorenz, 2013), sexuellem Begehren oder sexueller Erregung (Zollman, Rellini, & Desrocher, 2013) oder sexueller Befriedigung (Godbout et al., 2019), mediiert. Die Umgekehrte Herangehensweise, ob die sexuelle Aktivität als Ursache von Stress im Sinne eines Triggers wirkt und ob sich dies in zeitlich hochauflösenden Verlaufsmessungen nachweisen lässt, wurde bisher nur in Ansätzen oder nur in Laborbedingungen abseits realer sexueller Aktivität untersucht.

Wenn man die Phänomenologie der Traumafolge-Symptome genauer betrachtet, scheint die Vorstellung, dass deren Dynamik und eine aversive Traumassoziation von Sexualität, das sexuelle sexualitätsassoziierte Stresserleben beeinflussen könnten, vernünftig zu sein (O'Driscoll, & Flanagan, 2016).

Somit stellt sich für diese Arbeit die Frage, ob und wie sexueller Missbrauch Sexualität als aversiven Stimulus prägt und inwieweit sich dies in Verhalten und Erleben nachweisen lässt. Da die Bandbreite der CSA Folgen für die Sexualität der Betroffenen sich in ein Spektrum zwischen Hyper- und Hyposexualität aufteilt, ist von hohem Interesse, ob sich diese Phänomene in ähnlicher Weise in dem sexualitätsassoziiertem Stressempfinden feststellen lassen.

Als Forschungsfrage(n) stellt sich somit: *„Zeigen sich Unterschiede in der Häufigkeit und dem Stresserleben in Assoziation zu sexueller Aktivität bei Menschen mit einem Hintergrund von sexuellem Missbrauch und ist sexuelle Aktivität dabei an sich als Stressor zu verstehen?“* und *„Zeigen sich dabei Unterschiede im Stresserleben, abhängig von der Häufigkeit der sexuellen Interaktionen?“*

Dabei sollen folgende Hypothesen untersucht werden:

H1: Das Vorliegen von CSA äußert sich bei Frauen in extremeren Häufigkeiten sexueller Aktivität.

Wie bereits beschrieben wird konkordant zur Literatur angenommen, dass CSA sich in einem Muster von Hypersexualität und Hyposexualität äußert, dessen Vorliegen in der vorliegenden Stichprobe untersucht werden soll.

H2: Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA zeigen im Gegensatz zu Frauen ohne CSA in Assoziation zu sexueller Aktivität ein höheres Stressempfinden.

Die in der Literatur beschriebene implizite Assoziation von Sexualität mit frühen negativen sexuelle Erfahrungen im Zusammenhang mit Missbrauch (Rellini, 2014), führt zu einem, im Gegensatz zu Frauen ohne CSA, höheren Stressempfinden in zeitlicher Assoziation mit sexueller Aktivität.

H3: Bei Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA, welche kein sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen, weicht das Stresserleben in Assoziation zu sexueller Aktivität vom Stressempfinden von Frauen mit CSA, die sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen ab.

Bei der Subgruppe der Frauen mit CSA, die weniger sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen, wird angenommen, dass eine distinkte Abweichung zu dem Stressempfinden der Hyposexuellen Subgruppe der CSA-Überlebenden festgestellt werden kann. Diese kann entweder dem Muster „Sex als Copingstrategie“ folgen, bei dem zu erwarten wäre, dass das Stresslevel nach sexueller Aktivität abnehmen könnte, oder dem Muster einer funktionellen Vermeidung entsprechen, bei dem das Stresslevel ansteigen oder gleichbleiben sollte. Falls die Sexualität der Konzeption der Instrumentalisierung von Sexualität nach CSA folgen sollte, ließe sich nur aussagen, dass Veränderungen im Stressempfinden nicht primäre Folge der sexuellen Interaktion, sondern mehr des Scheiterns oder Gelingens der zugrundeliegenden Absicht sein wird, weswegen sich kein klares Muster abzeichnen sollte.

3. Methode

3.1 Studiendesign.

Diese Masterarbeit ist im Rahmen der ambulanten Assessment Studie (Stress und Sexualität im Alltag) angesiedelt, die sich mit dem sexuellen Erleben und Verhalten im Alltag und in diesem Zusammenhang mit der Rolle von Stress befasst. Zu Beginn des Ablaufs der Studie wurden soziodemographische Querschnittsdaten und studienrelevante Variablen mittels computergestützter Befragung und psychologischen Fragebögen zu verschiedenen Themen vorgestellt. Der Fragebogen zu (sexuellen) Kindheitstraumata, der im Zuge dieser Erhebung vorgegeben wurde, ist für die vorliegende Studie von besonderer Bedeutung. Dabei werden Vorkommnisse in Kindheit und Jugend in Bezug auf sexuellen Missbrauch erhoben.

Im Anschluss an diese Erhebung wurde fand eine 14-tägige ambulante Erhebung statt, bei der es sich um eine Längsschnitterhebung zu sexuellen Erleben, Verhalten und Stress handelte. Diese wurde mit einem „Ipod“ durchgeführt, der zu sieben festgelegten Messzeiten täglich Daten aufzeichnete, wobei auch Informationen zu sexueller Aktivität ereigniskorreliert aufgezeichnet wurden.

3.2 EMA Paradigma.

Das hierbei verwendete Design wird in der Literatur als *Ecological Momentary Assessment* (EMA) bezeichnet. EMA bezieht sich auf eine Längsschnitt Erhebungsmethode, die typischerweise eine Kombination aus einer Art täglichen Logbuchs, der ereigniskorrelierten Erhebung und der Experience Sampling Messung beinhaltet.

Täglich erstellte Logs verlangen von den Befragten in der Regel, dass sie einmal bis mehrmals täglich Eintragungen zu relevanten Variablen machen. Das Ereignis-Kontingente Messen verlangt von den Teilnehmer*innen, Fragen zu beantworten, oder Notizen zu erstellen, wenn bestimmte Verhaltensweisen oder Events von Interesse aufgetreten sind, was sich am besten für Studien eignet, in denen das Verhalten von Interesse klar begrenzt und eindeutig ausmachbar ist (es hat einen klar definierten Anfang und ein klar definiertes Ende) und/oder wenn es wichtig ist, Phänomene im Zusammenhang zu diesem Verhalten zu erheben (Stone, & Shiffman, 1994).

Experience Sampling zielt darauf ab, eine pseudorepräsentative Stichprobe von Erfahrungen zu sammeln, indem die Teilnehmer*innen aufgefordert werden, in zufälligen Abständen über einen bestimmten Zeitraum (etwa Wachstunden eines jeden Tages) auf eine vorab konzipierte Reihe an Fragen zu antworten. Dies ist vor allem für Situationen geeignet, in denen schnell schwankende, dynamische Phänomene (etwa Affekte, Einstellungen, Pläne) von Interesse sind (Stone, & Shiffman, 1994).

In dieser Studie wird das EMA-Experience Sampling Konzept mittels Livetestungen durch einen „Ipod“ ermöglicht, der sechs Mal am Tag Fragebögen vorgibt. Auch sollen Fragebögen in Folge jeder sexuellen Aktivität mittels des „Ipods“ beantwortet werden.

Zusätzlich werden mittels Speichelproben zu allen Testzeitpunkten biologische Stressmarker erhoben. Diese werden in der vorliegenden Studie mittels „SaliCaps“ gesammelt und von den Teilnehmern gekühlt bis zum Ende des 14-tägigen Zeitraums verwahrt.

3.3 Stichprobe

3.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Einschlusskriterien der Studie wurden hinsichtlich des Ziels gewählt, eine junge und gesunde Stichprobe zu erhalten. Dafür mussten Personen, die eingeschlossen wurden, zwischen 18 und 35 Jahre alt sein und fließend Deutsch sprechen, da das Verständnis der deutschsprachigen Items sichergestellt werden musste. Zudem mussten Studienteilnehmer*innen sich seit mindestens einem Jahr in einer festen Partnerschaft befinden, wobei die sexuelle Orientierung bei allen Testpersonen heterosexuell sein sollte. Da explizit die Untersuchung von sexueller Aktivität stattfinden sollte und die Bedingungen dieser zwischen den Proband*innen vergleichbar sein sollten, war die Voraussetzung, dass der physische Kontakt mit dem*der Partner*in an mindestens 12 der 14 Erhebungstagen möglich war.

Hinsichtlich der Partnerschaft musste hinsichtlich der Herstellung unabhängiger Daten sichergestellt werden, dass jeweils nur eine*r der beiden Partner*innen bei der Studie partizipierte. War die teilnehmende Person weiblichen Geschlechts, musste die Voraussetzung erfüllt werden, dass ein regelmäßiger Zyklus vorlag, wobei die 14-tägige Studienphase in der Woche nach ihrer Menstruation begann. Eine Auflistung der vollständigen Einschlusskriterien findet sich im Anhang.

3.3.2 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Versuchsteilnehmenden erfolgte Mai und September 2015 an der Philipps-Universität in Marburg und von August 2018 bis Februar 2020 an der Universität Wien durch Aushänge in verschiedenen Universitätsgebäuden der Uni Marburg und den Universitätsgebäuden der Uni Wien, durch Emails der Universitätsverteiler und Posts in Facebookgruppen sowie mittels Flyern.

Auf diese Art wurde auf die Möglichkeit der Studienteilnahme aufmerksam gemacht und grundlegendsten Informationen gegeben etwa dass es sich um eine Studie bezüglich sexuellem Erleben und Verhalten im Alltagskontext handle. Zudem wurden schon hier die wichtigsten Fakten bezüglich der Einschlusskriterien (Etwa Alter, Dauer der Partnerschaft, heterosexuelle Orientierung, Partner*in in derselben Stadt). Zusätzlich wurde eine

Aufwandsentschädigung von 80 € oder fünf Versuchspersonenstunden plus 30 € für die Teilnehmenden an der Studie in Marburg, sowie eine Aufwandsentschädigung von 100€ für die Teilnahme an der Studie an der Universität Wien aufgeführt.

Die Interessent*innen, die per Mail mit dem Studienteam Kontakt aufnahmen, führten zur Abklärung der Aus- und Einschlusskriterien ein Telefonscreening mit Studienassistent*innen durch. Dafür wurde der teilnehmenden Person verbal ein Fragebogen mit allen Fragen zu Einschlusskriterien vorgelesen und in Abhängigkeit zu deren Antworten entschieden, ob eine Teilnahme möglich ist. Bei Erfüllung der Kriterien, wurde mit Abschluss des Gesprächs ein Termin für die Ausgabe des iPods ausgemacht und die Informationsbroschüre zu den Zielen und Inhalten der Studie und die Einverständniserklärung für den*die Teilnehmende Person und deren Partner*in per E-Mail zugesandt.

3.3.3 Gepoolte finale Stichprobe

Im Rahmen der Marburger Erhebung meldeten sich insgesamt 92 Interessent*innen, wobei nach Abklärung von Ausschlussgründen die Daten von 60 Personen (jeweils 30 Frauen und 30 Männer) in die Studie einflossen.

Im Rahmen der Erhebung in Wien meldeten sich insgesamt 160 Interessent*innen, wovon sich 114 für ein Telefonscreening einfanden, wobei infolge verschiedenster Ausschlussgründe die Daten von 64 Personen (33 Frauen und 31 Männer) für die Studie verwendet werden konnten.

Die gepoolte Stichprobe umfasst somit 124 gesunde, nicht-rauchende Männer und Frauen mit Normalgewicht, zwischen 18 und 32 Jahren, ohne eigene Kinder, ohne den Gebrauch hormoneller Verhütung, die seit mindestens einem Jahr in einer festen heterosexuellen Beziehung sind und deren Partner*in in dem untersuchten Zeitraum 12 von 14 Tagen vor Ort war. Für die vorliegende Stichprobe wurden nur Frauen eingeschlossen, sodass die Anzahl der untersuchten Personen bei 63 Personen liegt.

3.4 Studienablauf

Nachdem die Proband*innen, die sich für die Studie beworben hatten, per Telefon interviewt wurden und die Eignung zur Studie erfüllten, wurde ein Termin vereinbart, zu welchem die Teilnehmer*innen eine Reihe von Computerfragebögen auszufüllen hatten. Der Termin fand in einem Testraum an der jeweiligen Universität statt und erforderte einen Zeitaufwand von rund 60 Minuten. Daraufhin wurde die Einverständniserklärung gemeinsam durchgegangen und die technische Seite des Projekts erklärt, was das Erklären und das Erlernen des Umgangs mit den „Saliva Caps“ und den „Ipods“ beinhaltete.

Es folgte die computergestützte Onlinefragebogenerhebung unter der Verwendung des Programms „EFS Survey 10.1“ (Unipark, Questback, GmbH), wobei gesundheitliche, stressbezogene und soziodemografischen Variablen erhoben wurden.

Anschließend wurde den Proband*innen der „Ipod“ und das zugehörige Equipment zum Laden und Bedienen übergeben und per Unterschrift der Erhalt bestätigt. Dabei wurde die Bedienung des Geräts erklärt, wobei der Ablauf einer Probetestung eingeübt wurde.

Das Konzept, die Funktionsweise und der Umgang mit den Saliva Caps wurden besprochen und eingeübt sowie Informationen zu der Lagerung der Speichelproben gegeben. Zusätzlich wurde das Verständnis des Studienablaufs mit einem Fragbogen erhoben, aufkommende unklare Details wurden geklärt und der Termin der Rückgabe wurde beschlossen.

Das 14 Tage umfassende ambulante Assessment fand in gleichbleibender Struktur an jedem der folgenden 14 Tage statt. Die Messungen wurden wie folgt getätigt: Zwei selbstinitiierte Messungen in direkter zeitlicher Folge des Aufwachens (sog. Morgenmessung), eine selbstinitiierten Messung vor dem Schlafengehen (sog. Abendmessung) und zu je vier fixen Messzeitpunkten je Tag eine Messung (sog. Standard-Abfrage). Die ereigeniskorrelierten selbstständig gestarteten Messungen fanden zusätzlich im Anschluss zu sexueller Aktivität (sog. Sex-Abfragen) statt. Die Zeitpunkte der Standardabfragen waren zeitlich gelichbleibend um 11:00 Uhr, 14:00 Uhr, 17:00 Uhr und 20:00 Uhr (sog. Tagesmessungen), wobei ein Signal auf den Zeitpunkt der Tagesmessung aufmerksam machte.

Mittels der App „iDialog Pad“ absolvierten die Teilnehmer*innen Fragebögen zu allen Messzeitpunkten auf dem „Ipod“ und gaben je eine Speichelprobe mittels durchgängig nummerierter Saliva Caps ab. Die Fragebögen gaben „single choice“ Fragen, Likert Skalen (fünf oder mehrstufig) und digitale Analogskalen zur Beantwortung der Items vor.

Die Möglichkeit, die Abfrage und Speichelprobenabgabe, um bis zu eine Stunde zu verschieben, bestand im Falle von unpassenden Umständen. Wenn alle Messungen beendet

wurden, konnte über die Exportfunktion, der im „Ipod“ gespeicherte Datensatz an das Studienteam versendet werden. Die Saliva Caps sollten über den Zeitraum der Studie gesammelt und in einem kühlen Behältnis (Eisfach) gelagert werden.

Nach Abschluss der zweiwöchigen Erhebungsphase fand der Rückgabetermin statt, bei dem die „Saliva Caps“ und „Ipods“ plus Zubehör returniert werden sollten und die Post Monitoring Interviews stattfanden. So wurden eventuelle Probleme, Compliance und Verbesserungsvorschläge abgeklärt.

Zuletzt wurden die Aufwandsentschädigung oder die Versuchspersonenstunden abgeklärt, die Daten final vom Studienteam exportiert und der „Ipod“ auf Werkseinstellungen zurückgesetzt.

3.5 Ethische Aspekte

Es fand vor Beginn der Erhebung eine Aufklärung der Teilnehmer*innen über die Forschungsziele, den Inhalt der Studie, deren Durchführung und Aufwand bezüglich der Teilnahme sowie die Zahlung einer Aufwandsentschädigung statt. Zudem wurden in einer Broschüre, die den Teilnehmer*innen übermittelt wurde, alle für sie wichtigen Hintergrundinformationen zur Studie aufgelistet. Auch den Partner*innen der Studienteilnehmer*innen, wurde die Art der Erhebung und der erhobenen Daten mitgeteilt und eine unterschriebene schriftliche Einverständniserklärung, vergleichbar mit der der Studienteilnehmer*innen, ausgehändigt. Es wurde Pseudonymität sichergestellt, indem Versuchspersonencodes vergeben wurden, die nicht zusammen mit den persönlichen Daten gespeichert wurden und deren Zuordnung nur von den unter Schweigepflicht stehenden, Versuchsleiter*innen vorgenommen werden konnte.

Weiterhin wurde ausgeschlossen, dass bei Bekanntschaft mit der*dem Versuchsleiter*in es keinen direkten Kontakt zwischen der teilnehmenden Person und den Versuchsleiter*innen gab. Um den Zeitaufwand der Messungen im Alltag so klein wie möglich zu machen, wurde anstelle vollständiger Fragebögen eine Auswahl an Fragen vorgegeben und Messzeiten konnten um eine Stunde vorverlegt oder verschoben werden.

Die Teilnehmer*innen konnte jederzeit ohne Angabe von Gründen die Studienteilnahme beenden und hatten die Anweisung, die Studienleiter*innen telefonisch zu kontaktieren, wenn Fragen oder Probleme zu lösen waren.

Aus Gründen des Datenschutzes wurde nach Beendigung der Studie der „Ipod“ auf Werkseinstellungen zurückgesetzt, da ansonsten die Gefahr bestanden hätte, dass persönliche Daten auf dem Gerät verbleiben würden. Hinsichtlich dem Punkt der Qualitätssicherung wurde eine Post Survey Erhebung durchgeführt.

Die des Instituts für Psychologie der Philipps-Universität Marburg gab eine positive Stellungnahme zur Durchführung der Studie ab, und die Ethikkommission der Universität Wien gab eine positive Stellungnahme zur Wiener Stichprobe ab.

3.6 Messung der Variablen

Hier werden die verwendeten Methoden und die Konstrukte, die erhoben wurden, vorgestellt. Dabei wird differenziert zwischen der Baseline Erhebung (Querschnitt) und dem Ambulanten Assessment (Längsschnitt).

3.6.1 Messmethoden

Das Design der Untersuchung zeichnet sich durch eine Verbindung querschnittlicher und längsschnittlicher Daten aus. Der querschnittliche Anteil wurde zu Beginn des Erhebungszeitraums über die computergestützte Vorgabe der Unipark-Fragebögen zum Zeitpunkt der „Ipod"-Übergabe erhoben, wobei sozialdemografische Variablen, Musikpräferenz (nur Wien), Beziehungsvariablen und Gesundheitsvariablen erfasst wurden und darüber hinaus ein breites Spektrum an relevanten Konstrukten erhoben wurde. Der längsschnittliche Aspekt bezieht sich auf das 14-tägige ambulante Assessment, das insbesondere das sexuelle Erleben und Verhalten zusammen mit dem aktuellen Befinden, dem aktuell erlebten Stress, besonderen Vorkommnissen, der aktuellen Tätigkeit sowie dem Kontakt zu anderen anwesenden Menschen erhob. Bei Abend- und Morgenmessung wurde zusätzlich zu den üblichen Fragen, eine Frage nach den wahrgenommenen Zärtlichkeiten gestellt.

Das Ambulante Assessment wird mittels einem „Ipod" und Saliva Caps (nur in der Wiener Studie) durchgeführt. Der „Ipod" wird von den Testpersonen über die gesamte Dauer der Studie bei sich getragen, und gibt jeden Studientag sechs fixe Messzeitpunkte vor, zu denen Fragen zu beantworten sind. Bei dem Vorliegen sexueller Aktivität wurden anschließend zusätzliche Datenerhebungen selbstständig ereigniskorreliert initiiert. Diese Sexabfrage enthielt die Kategorisierung der Art der sexuellen Aktivität (Selbstbefriedigung, Oralverkehr, Petting, Geschlechtsverkehr, Analverkehr), worauf folgend Fragen zum sexuellen Erleben und Verhalten zu beantworten waren. Zu allen Messzeitpunkten musste die Versuchsperson zusätzlich eine Speichelprobe in ein dafür vorgesehenes Salvia Cap abgeben.

Die erfassten Variablen und Konstrukte wurden demnach für diese Studie längs- und querschnittlich erfasst, wobei sowohl auf Selbstauskunft aufbauende Fragebögen und Biomarker (nur Wien) erhoben wurden.

Hinsichtlich der querschnittlichen Erhebung wurden für diese Studie also Variablen wie Häufigkeit sexueller Aktivität, Geschlecht, sexuelle Traumatisierung in der Kindheit, Stress, sowie Sexualität und Partnerschaft erhoben und im Rahmen des Ambulanten Assessment

konnten Variablen wie Stressempfinden, absolute Häufigkeit der sexuellen Aktivität, und Zärtlichkeiten (Intimität) erfasst werden.

Im Folgenden werden die Variablen und Messmethoden ausführlich beschrieben werden.

3.6.2 Verwendete Konstrukte

Die Befragung mittels Computerfragebögen umfasst sozialdemokratische Daten, Stresserleben und -reaktivität und psychisches Befinden, sexuelle Funktionsstörungen, Musikpräferenzen und generellen Fragen zu Partnerschaft und Persönlichkeit. Die speziell im Rahmen dieser Untersuchung betrachteten Konstrukte sollen hier kurz erklärt werden.

3.6.2.1 Traumatisierung in der Kindheit.

Zentral für die vorliegende Arbeit ist vorrangig der *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein & Fink, 1998), der ein 28 Items umfassendes retrospektives Selbstberichtstool zur Bestimmung der Prävalenz traumatischer Erfahrungen in der Kindheit bei Jugendlichen und Erwachsenen ist. Das Instrument wurde zur Quantifizierung von Traumata auf der Grundlage eines umfassenden retrospektiven Fragebogens entwickelt, in dem die Teilnehmer*innen die Häufigkeit und Schwere von Missbrauch und Vernachlässigung, auf einer fünfstufigen Bewertungsskala beurteilen. Die Länge des Fragebogens wurde auf der Grundlage einer explorativen und konfirmatorischen Faktorenanalyse auf 28 Items reduziert (Bernstein & Fink, 1998, Bernstein et al. 2003; Häuser et al., 2011; Klinitzke et al., 2012). Während die Kriterien bezogene Validität durch Ratings von Therapeut*innen bestimmt wurde, die als Test für die Validität der retrospektiven Aussagen fungierten, wurde die konvergente und diskriminante Validität mittels strukturierter Interviews aufgezeigt (Grassi-Oliveira et.al., 2014). Das CTQ-SR, (Bernstein & Fink, 1998) weist somit eine ausgezeichnete konvergente Validität, Test-Retest-Reliabilität mit Werten im Bereich von .79 bis .81 (Bernstein und Fink, 1998; Bernstein et al, 1994; Bernstein et al. 2003; Häuser et al., 2011; Klinitzke et al., 2012) und eine hohe faktorielle Validität auf (Wright et al., 2001).

Der Test bewertet fünf Arten von Traumatisierungen, darunter körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch, emotionaler Missbrauch, körperliche Vernachlässigung und emotionale Vernachlässigung. Körperliche Misshandlung wird dabei definiert als das Erleben körperlicher Übergriffe durch eine erwachsene oder signifikant ältere Person, als Kind, die zu einem erhöhten Verletzungsrisiko führte. sexueller Missbrauch wird durch das Erleben von sexuellem Missbrauch oder Kontakt zwischen einem Kind und einer erwachsenen/älteren Person bestimmt und schließt ausdrücklichen Zwang ein. Emotionaler Missbrauch bezieht sich auf nicht körperliche Übergriffe einer erwachsenen/älteren Person gegenüber der Person während

ihrer Kindheit, die zu einem verminderten Selbstwertgefühl oder Wohlbefinden, Demütigung, Scham oder dem Gefühl der Bedrohung führten. Körperliche Vernachlässigung wird definiert als mangelnde Versorgung als Kind, die zur Nichterfüllung grundlegender körperlicher Bedürfnisse wie Nahrung, Geborgenheit und Sicherheit führte. Emotionale Vernachlässigung wird definiert als das Versagen, ein Kind mit emotionalen und psychologischen Grundbedürfnissen, einschließlich Liebe, Aufmerksamkeit, Unterstützung, Zuspruch und Zugehörigkeitsgefühl, zu versorgen.

Die fünfstufige Bewertungsskala liefert eine Punktzahl, die das Trauma in keine bis minimale, geringe bis mäßige, mäßige bis schwere und schwere bis extreme Traumatisierung kategorisiert. Das Instrument berücksichtigt auch die Dimension der Tendenz des Verharmlosens oder der Verleugnung der Traumatisierung, die durch drei Items des Fragebogens bestimmt wird (Etwa: „Während meiner Kindheit und Jugend…hatte ich die perfekte Kindheit“) (Grassi-Oliveira et.al., 2014). Da der CTQ (Bernstein & Fink, 1998) Kindheitstraumata klar operationalisiert und Missbrauch und Vernachlässigung auf kategorische Weise effektiv erfasst, ist es ein Schlüsselinstrument, das international zur Untersuchung der Prävalenz, der Auswirkungen und der Schwere von Traumata eingesetzt wird. Es ist in mehrere Sprachen übersetzt worden und wurde bereits in Brasilien (Grassi-Oliveira et al., 2014), Portugal (Grassi-Oliveira et al., 2006), Deutschland (Wingenfeld et al., 2010), und Schweden (Villano et al., 2004) verwendet.

Um das Ausmaß der Traumatisierung absehen zu können, existieren für alle Subskalen Cut-Off-Werte. Diese kategorisieren hinsichtlich sexueller Traumatisierung von „*keine (oder minimal)*“ (Summe von 5) über „*wenig (bis moderat)*“ (Summe von 6 bis 7), „*moderat (bis schwer)*“ (Summe von 8 bis 12) bis hin zu „*schwer (bis extrem)*“ (ab einer Summe von 13 Punkten) (Bernstein und Fink, 1998). Diese Cut-Off-Werte wurden auch in der vorliegenden Arbeit zur Gruppierung verwendet.

Zudem wird mittels des *Patient Health Questionnaire* (Löwe et al. 2002) für das komorbide Vorliegen von psychischen Störungen überprüft und das Vorliegen sexueller Probleme, Funktionsstörungen nach DSM IV und sexueller Symptome erhoben.

3.6.2.2 Stress.

Der chronische erlebte Stress wird über die *Screening-Skala für chronischen Stress* (SSCS; Schulz, & Schlotz, 1999) erhoben. Die SSCS ist eine Screening-Subskala des Trierer Inventars zur Bewertung von chronischem Stress (TICS) und misst den wahrgenommenen Stress hinsichtlich der vorangegangenen 3-Monate. Sie bewertet fünf Stressbereiche: chronische Sorgen, arbeitsbedingte Überlastung, soziale Überlastung, Überforderung und

mangelnde soziale Anerkennung. Sie besteht aus 12 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet werden, und ergibt ein generelles Maß an erlebtem chronischen Stress. Die deutsche Version zeigt eine hohe interne Konsistenz von $\alpha = 0,87$ (Schulz, Schlotz, & Becker, 2004).

Zusätzlich kann in der Stichprobe der Wiener Studie die Stressreaktivität mittels der *Stressreaktivitätsskala* (SRS; Schulz, Jansen, & Schlotz, 2005) die Neigung der Person zu einer übermäßigen Stressreaktität gemessen werden. Die wahrgenommene Stress-Reaktivität wurde mit 29 Items gemessen. Es wird angenommen, dass die wahrgenommene Stressreaktivität durch ein nachteiliges Muster von Persönlichkeitsmerkmalen bestimmt wird, die sich teilweise auf Lebenserfahrungen zurückführen lassen. Sie bezieht sich auf die Veranlagung einer Person, auf Stressoren mit unmittelbaren, intensiven und langanhaltenden Stress-Reaktionen zu reagieren. Die SRS quantifiziert die allgemeine Stressreaktivität und die Stressreaktivität in spezifischen Bereichen (sozialer Konflikt, soziale Bewertung, Versagen bei der Arbeit und Arbeitsüberlastung), wobei für diese Studie vornehmlich die generelle Stressreaktivität betrachtet. Es wurde ein Chronbach's Alpha von .91 für die SRS-Gesamtscore berichtet.

3.6.2.3 Sexuelle Aktivität und Partnerschaft.

Erhoben wurde die subjektive Häufigkeit sexueller Aktivität mittels des von Bodenmann (2007) erstellten *Sexual Activity Scale* (SAS). Dieses Instrument verwendet Fragen zur wahrgenommenen Häufigkeit und Wünsche hinsichtlich Zärtlichkeiten (Intimität), Petting, Geschlechtsverkehr und Selbstbefriedigung. Dazu werden Fragen zur generellen Zufriedenheit bezüglich des Sexuallebens und der Bedeutung von Sexualität gestellt.

Er zeigt eine hohe Test Güte und hohe Konstruktvalidität und hat eine starke Rettest-Reliabilität nach 1 Jahr von ca. 0,9 (Stark et al., 2015). Dieser Test wurde nur dem Wiener Teil der Stichprobe vorgelegt, wird jedoch aufgrund seiner guten Passung zur Fragestellung dennoch mitbeachtet.

Die Erfassung der erlebten und erfahrenen Intimität geschah mittels der Skala „Zärtlichkeit“ des *Partnerschaftsfragebogens* (PFB) nach Hahlweg (Kliem et al., 2012). Dieser ermöglichte es zudem den erlebten Stress innerhalb der Partnerschaft (nach Bodenmann, 2007) zu erheben.

3.6.3 Ambulantes Assessment

Die Datenerhebung wurde, wie bereits ausgeführt innerhalb eines Erhebungsrahmens von 14 Tagen durchgeführt und mittels „Ipod“ im Rahmen eines ambulantem Assessment durchgeführt. Die relevanten Items werden in Tabelle 1 gelistet. Dabei muss beachtet werden, dass die Items bezüglich des Stresserlebens während der sexuellen Aktivität nur in der Studie in Wien vorlagen.

Tabelle 1: *Items des Ambulanten Assesments*

Konstrukt	Formulierung des Items	Art der Messung
Stresserleben bei sexueller Aktivität*	*"Stress war während der sexuellen Aktivität…"* Von *„gar nicht vorhanden (1)"* bis „*sehr stark vorhanden (5)*"	Sex-Abfrage
Stresserleben im Alltag	„*Momentan fühle ich mich…gestresst*" Von *„überhaupt nicht (1)"* bis *„sehr (5)"*	Tagesmessung und Abendmessung
Zärtlichkeit/ Intimität	*„Wie häufig haben Sie heute mit jemandem Zärtlichkeiten ausgetauscht?"* Von *„nie (1)"* bis „*sehr häufig (5)"* *„Wie intensiv haben Sie diese Zärtlichkeiten erlebt?"* Von *„überhaupt nicht (1)"* bis *„sehr (5)"*	Nur Abendmessung

Anmerkung. Das Stresserleben bei sexueller Aktivität wurde nur im Wiener Teil der Stichprobe erhoben.

3.6.3.1 Stressempfinden.

Der Stress wird anhand der psychologischen subjektiven Stressempfindung gemessen. Dabei werden vor allem die ereigniskorrelierten Messungen rund um sexuelle Aktivität relevant sein. Zudem wird das subjektive Erleben bei der ereigniskorrelierten Erhebung mit der Frage "Stress war während der sexuellen Aktivität…" (1-5; gar nicht vorhanden - sehr stark vorhanden) erfragt. Dieses Item liegt nur für die Stichprobe in Wien vor.

Um das Stressempfinden oder das Vorliegen von Stress mit dem Durchschnitt der Stressempfindung der Person abgleichen zu können und in einen zeitlichen Verlauf abbilden zu können wird das aktuelle Stressempfinden im Rahmen der Tagesmessungen mit dem Item: „Momentan fühle ich mich…gestresst - überhaupt nicht – sehr (1 – 5)" erhoben. Diese Frage stammt aus dem mehrdimensionalen Befindlichkeitsfragebogen in der Kurzversion A. (Steyer et al., 1997)

3.6.3.2 Intimität.

Das Ausmaß der erlebten (partnerschaftlichen) Intimität wird zusätzlich zu den Skalen der Zärtlichkeitsskala des Partnerschaftsfragebogen nach Hahlweg et al. (1992) und *der Dyadic sexual Communication Scale* von Catania (1998) bewertet. Hinsichtlich des Erlebens von Intimität im Alltag wird der Austausch oder das Erleben von Zärtlichkeiten mittel der Frage „Wie häufig haben Sie heute mit jemandem Zärtlichkeiten ausgetauscht?" und „Wie intensiv

haben Sie diese Zärtlichkeiten erlebt?“ erhoben. Dieses Item wurde von der Testleitung selbst vorgestellt.

3.6.3.3 sexuelle Aktivität.

Nach dem Vollzug sexueller Aktivität waren die Proband*innen dazu angehalten innerhalb von maximal 15 Minuten selbstständig die “Sex-Abfrage“ starten. Dabei wurde nach der Art der sexuellen Aktivität gefragt, wofür fünf Arten der sexuellen Aktivität zu Angabe (inklusive Mehrfachantworten) möglich waren: Selbstbefriedigung, Petting, Oralverkehr, Geschlechtsverkehr und Analverkehr (Bodenmann, Ledermann, & Bradbury, 2007; Bodenmann, Meuwly, Bradbury, Gmelch, & Ledermann, 2010).

Daraufhin folgten spezifischere auf die sexuelle Aktivität, Verhalten und Erleben ausgelegte Fragen. Diese bezogen sich auf die sexuelle Initiative (wer die Initiative hatte), sexuellem Verlangen und Erregung, sexuellen Gedanken und Fantasien, sowie Orgasmen. Auch wurden Schmerzen und Stress bei der sexuellen Aktivität erfragt (nur in der Wiener Stichprobe). Dabei wurde sowohl nach Vorliegen aus auch Ausmaß des Erlebens gefragt. Die Häufigkeit der sexuellen Aktivität wird mittels Summenscore der sexuellen Aktivitäten operationalisiert

3.7 Statistische Herangehensweise

Die hier untersuchten Hypothesen beschäftigen sich mit Gruppenvergleichen hinsichtlich Merkmalsausprägungen von Variablen. Das Studiendesign hat die Eigenschaft, dass Daten im Sinne einer Messwiederholung zu jeder Person erhoben werden. Hierdurch ließen sich intraindividuelle Ausprägungsschwankungen in den Variablen einer Person zwischen den erhobenen Zeitpunkten untersuchen. Man spricht hierbei von genesteten Daten, welche mittels hierarchisch linearer Modelle untersucht werden würden (Woltman, Feldstain, MacKay, & Rocchi, 2012). Die Untersuchung von intraindividueller Variation in diesem Sinne spielte aufgrund des gewählten Vorgehens in der vorliegenden Arbeit keine Rolle, da der Fokus auf interindividuelle Differenzen zwischen Testpersonen bzw. Subgruppen der Stichprobe gelegt wird und die Zeitlichen Verläufe, aufgrund der Größe des interessierten Datensatzes, vornehmlich in einer Differenzsumme der Werte um die Messzeitpunkte herum ausgewertet werden. Die genestete Datenstruktur kann hier also außer Acht gelassen werden.

H1: Das Vorliegen von CSA äußert sich bei Frauen in extremeren Häufigkeiten sexueller Aktivität. Diese Hypothese sollte als Gruppenvergleich zwischen der Gruppe der Frauen mit CSA-Erfahrung und der nicht traumatisierten Gruppe stattfinden. Dabei wird die Einstellung zu der Häufigkeit erwünschten sexuellen Kontakts betrachtet sowie der Bedeutung die Sexualität für die Personen hat, die summierte Anzahl partnerschaftlicher sexueller

Aktivitäten, und das Erleben von Zärtlichkeiten. Hinsichtlich der sexuellen Aktivität wird unterschieden werden, in selbst initiierte Aktivität und vom Partner initiierte Aktivität, da das Ausmaß sexueller Compliance (also der Bereitschaft, nicht selbst gewollten sexuellen Aktivitäten aufgrund der Wünsche der Partner*in nachzugehen) in der in der Gruppe der Frauen mit CSA als erhöht berichtet wurde und dies die Zahlen verfälschen könnte (Labadie et al., 2018).

Die interessierenden Merkmale, nach denen die Subgruppen gebildet wurden, waren in diesem Fall das Vorliegen sexueller Traumaerfahrungen. Durch die Unterteilung der Stichprobe hinsichtlich des Vorliegens von CSA war die Größe der Teilstichproben zu gering, um bei einem t-Test nicht zu Verzerrungen zu führen. Daher wurde, um inhaltsreichere Ergebnisse zu erhalten, der Mann-Whitney-U-Test verwendet.

H2: Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA zeigen im Gegensatz zu Frauen ohne CSA in Assoziation zu sexueller Aktivität ein erhöhtes Stressempfinden. Hierbei wird die Differenz des Stresserlebens der Frauen mit CSA vor und nach sexueller Aktivität, mit dem der Frauen ohne CSA verglichen. Im Rahmen der Substichprobe aus Wien, kann zusätzlich der während der sexuellen Aktivität berichtete Stress als weiterer Zeitpunkt des Verlaufs des Stressempfindens betrachtet werden. Dabei ist entscheidend den durchschnittlich berichteten Stressempfindungswert der Person mitzubetrachten, um eine normalisierte Einschätzung der Stresswerte zu erhalten.

H3: Bei Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA, welche kein sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen, weicht das Stresserleben in Assoziation zu sexueller Aktivität vom Stressempfinden von Frauen mit CSA, die sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen ab. Hierbei wird konkret in Einzelfällen, welche am besten geeignet erschienen als Analyseeinheiten für die untersuchten Zusammenhänge zu dienen, betrachtet, ob sich ein Unterschied in der durchschnittlichen Veränderung des Stressempfindens, der Frauen mit CSA und erhöhter sexueller Aktivität, verglichen mit dem der Frauen mit CSA und geringerer sexueller Aktivität, vor und nach sexueller Aktivität argumentieren lässt.

Ergänzend zu den quantitativen Gruppenvergleichsanalysen, wird die Arbeit vorrangig ausgewählte Einzelfälle näher betrachten. Eine der Stärken der vorliegenden Studie ist, dass sie die häufig allgemein erfassten Arten der Traumatisierung mittels dem CTQ differenziert auftrennt und so die Isolierung spezifischer sexueller Traumatisierung erlaubt. Jedoch resultiert dies in einer geringen Stichprobengröße, um statistisch signifikante Aussagen treffen zu können.

Da die Hypothese sich zentral auf die Auswirkungen sexueller Traumata bezieht, wurde demnach die Analyse besonders repräsentativer Einzelfälle gewählt, um die Verläufe des Stresserlebens einzelner Personen in zeitlicher Abhängigkeit zu sexueller Aktivität zu analysieren, welche mit dem Erleben und Verhalten der Gesamtstichprobe abgeglichen werden sollten.

Generell ist die Untersuchungseinheit einer Einzelfallanalyse entweder eine Einzelperson, homogene Gruppe, die sich in ihren Eigenschaften klar abgrenzen lässt und so eine Einheit repräsentiert, oder aber eine spezifische Kultur Gustafsson (2017). Ziel dabei ist das hochauflösende Betrachten des Erlebens und Verhaltens der Untersuchungseinheit. Förderlich für die Aussagekraft dieser Analyse ist das Vorhandensein vieler Beobachtungen des Untersuchungsobjekts (Hussy, Schreier, & Echterhoff, 2010). Dabei ist das Ziel, die Eigenheit und das Wesen der Untersuchungseinheit zu bedenken und diese in ihrer Ganzheitlichkeit zu erfassen (Lamnek & Krell, 2016). Dabei wird das einzelne Individuum absichtlich aus dem Zusammenhang seiner*ihrer Stichprobe herausgelöst betrachtet werden und so umfassend wie möglich in seiner*ihrer Komplexität abgebildet werden.

Als Grundlage kann die, zu den qualitativen Methoden gezählte Einzelfallanalyse, für die weiterführende statistische Forschung Ergebnisse exemplarisch aufbereiten und liefert Betrachtungsweisen, die als Ansätze für zukünftige quantitative Forschungsvorhaben dienen (Lamnek & Krell, 2016). Welche Fälle betrachtet werden, folgt meist einer bewussten Auswahl (Hering & Schmidt, 2014), welche sie „hinsichtlich einer gleich oder ähnlich strukturierten größeren Menge von Phänomenen als typische Fälle oder besonders prägnante oder aussagefähige Beispiele gelten“ lassen (Hartfiel & Hillmann, 1982, S.160). Für die Einzelfallanalyse werden diejenigen Personen ausgewählt, die besonders repräsentativ für das Vorliegen von CSA sind, das heißt besonders hohe Werte im CTQ aufweisen. Zudem wird innerhalb dieser Gruppe hinsichtlich der Extreme der Häufigkeit sexueller Aktivität weiter differenziert werden.

Diese Einzelfallanalysen sollen exemplarisch dazu genutzt werden, generelle Tendenzen, die sich statistisch in dieser Stichprobe nicht signifikant absehen lassen, zu veranschaulichen und ergänzend einen Einblick in die Zusammenhänge zwischen CSA und sexuellem Erleben und Verhalten geben. Dafür wurden die ausgewählten Fälle deskriptiv und grafisch analysiert und zur Veranschaulichung und Diskussion der in der Literatur besprochenen Theorien herangezogen. Zentral für die Forschung an Einzelfällen ist, dass die gefundenen Ergebnisse nicht auf eine größere Population übertragen werden und nur eine tendenzielle Aussage für weitere Forschungen darstellen können.

4. Ergebnisse

4.1 Vorbereitende Datenanalyse

Die Einhaltung der Studienvorschriften wurde mittels der Überprüfung fehlender oder lückenhaften Messungen analysiert. Bei sechs fixen Messzeitpunkten an je 14 Tagen gab es in Summe 5040 Messungen in der Stichprobe in Marburg und 5.376 Messungen in der Stichprobe in Wien (84 Messungen pro Person). Es fehlten in der Stichprobe in Marburg die Daten von 549 Messungen (10.89%), und von 426 Messungen (7,92 %) in Wien, was als ausreichend gute Compliance gewertet werden kann.

Am Ende der 14-tägigen Studiendauer wurde in beiden Stichproben ein Post-Monitoring-Interview geführt, welches die Ehrlichkeit hinsichtlich der Beantwortung der Fragen erhob. Die Ehrlichkeit wurde in einer überwiegenden Mehrzahl der Fälle (>99%) als gut gewertet. Man kann demnach von einer hohen Einhaltung der Studienvorschriften durch die Studienteilnehmer*innen sprechen.

Da die zu untersuchenden Teilstichproben alle die Voraussetzungen eines zwei Stichproben T-Tests nicht erfüllen (Gesamtanzahl der Personen mit sexuellem Trauma das nach CTQ zumindest als „*wenig (bis moderat)*“ zu bewerten ist, unter n=15) wird die Analyse mittels des voraussetzungsärmeren Mann-Whitney-U-Test gemacht werden. Dieser hat als Voraussetzung, dass die Unabhängigkeit der einzelnen Messwerte der untersuchten Gruppen in keiner Beziehung zueinanderstehen (McKnight, & Najab, 2010), was in der vorliegenden Studie der Fall ist. Darüber hinaus sollte die abhängige Variable intervallskaliert sein.

4.2 Deskriptive Beschreibung der Stichprobe

Im Folgenden soll die Aufteilung der Gesamtstichprobe in Teilstichproben beschrieben werden und auf demografische und deskriptive Daten dieser Gruppen eingegangen werden. Auch wird die Auswahl, der für die Untersuchung der Hypothesen notwendigen Einzelfälle beschrieben, welche auch deskriptiv dargestellt werden.

4.2.1 Unterteilung der Stichprobe: CSA vs. $\overline{CSA}$

Hinsichtlich der Unterteilung der Stichprobe in Frauen mit CSA-Erfahrung und ohne CSA-Erfahrung wird für die Einteilung dem Beispiel von Bernstein und Fink (1998) folgend, eine Zugehörigkeit einer Testperson zur CSA-Gruppe ab einem CTQ-Wert von „sechs“ gewählt werden. Dabei wird der Aussage von Noll et al. (2003) Rechnung getragen, die erläuterten, dass keine Form des Traumas als mild angesehen werden sollte und somit auch als nicht schwer anzusehende sexuelle Traumatisierungen berücksichtigt werden müssen. Hinsichtlich der Bearbeitung der Hypothese 3 werden die beiden Frauen mit CSA mit der geringsten und der

höchsten sexuellen Aktivität hinsichtlich ihres Stressempfindens vor und nach sexueller Aktivität verglichen.

Somit wurden 6 Frauen (3 aus der Wiener Stichprobe, 3 aus der Marburger Stichprobe) in der CSA-Gruppe und 57 Frauen in der $\overline{CSA}$ Gruppe verortet (30 aus Wien, 27 aus Marburg). Beide Stichprobengruppen werden im Folgenden beschrieben werden.

4.2.2 Demografische Daten

Das durchschnittliche Alter der gepoolten Gesamtstichprobe (*N = 63*) lag bei *M = 24,06 (SD = 2,95*) Jahre mit einer Spannweite von 19 bis 31 Jahren. Im Vergleich zeigte sich eine Vergleichbarkeit der beiden Gruppen (mit CSA und ohne CSA) hinsichtlich Alter, Nationalität, Bildungsabschluss und Wohnform. In beiden Stichproben war die Staatsangehörigkeit zu etwa gleichen Teilen Österreichisch (47,6%) und Deutsch (47,6%) und die häufigste Schulbildung war die Allgemeine Hochschulreife (95,2%). Hinsichtlich der Wohnform dominierte das Zusammenleben mit dem Partner (47,6%) vor dem Leben in einer Wohngemeinschaft (33,3%) und dem allein Wohnen (9,5%). In der CSA-Gruppe war die relative Anzahl der Personen die angab, mit dem*der Partner*in zusammenzuleben (83,3%) höher als in der als in Gruppe ohne CSA (43,9%). Ein Fisher-Yates-Test konnte den Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Wohnform als nicht signifikant zeigen (p =.38). Ein Fisher-Yates-Test wird in der Regel anstatt eines $\chi 2$-Tests verwendet, da er vor allem bei kleinen Stichproben robustere Ergebnisse ermöglicht und wird auch bei folgenden Gruppenvergleichen zusammen mit dem U-Test genutzt werden.

4.2.3 Deskriptive Angaben zu Partnerschaft und Sexualität

Hinsichtlich des Beziehungsstatus gab der Großteil (54%) der Befragten in der Stichprobe an, in einer Beziehung ohne Heiratspläne zu sein, bei dem Rest der Stichprobe gab es Heiratspläne (41,3%) oder die Probandinnen befanden sich schon in 1. Ehe mit ihrem Partner. Dieses Muster zeigte sich auch in der Teilstichprobe mit CSA. Die Dauer der Partnerschaft lag in beide Gruppen im Durchschnitt bei einer Beziehungsdauer von etwa 3 Jahren (Nicht-CSA: *M = 3,46*; CSA: *M = 3,14*). Die untersuchten Frauen gaben an, ihren Partner an durchschnittlich 25,94 Tagen im Monat zu sehen und durchschnittlich 24,17 Nächte bei diesem zu verbringen. Die Zufriedenheit mit der Beziehung konnte von *„sehr unglücklich“* bis *„sehr glücklich“* auf einer fünfstufigen Skala angegeben werden wobei die Mehrzahl der Probandinnen angab mit ihrer Beziehung entweder *„glücklich“* oder *„sehr glücklich“* zu sein. Die Nennung *„unglücklich“* zu sein kam in der CSA-Gruppe nicht vor und auch nur ein einziges Mal in der Nicht-CSA-Gruppe.

Bezüglich des Alters des ersten Geschlechtsverkehrs gaben die Versuchspersonen der CSA-Gruppe einen Durchschnitt von *M (SD) = 15,3 (1.86)* Jahren und die Versuchspersonen

ohne CSA ein durchschnittliches Alter von *M (SD) = 16,5 (2.04)* Jahren an. Eine Analyse mittels Mann-Whitney-U-Test konnte den Unterschied als nicht signifikant (p = .147) zeigen. Auch die Antworttendenz auf das Item „Frequenz von Zärtlichkeiten“ mit den Antwortalternativen *„nie“*, *„selten“*, *„manchmal“*, *„häufig“*, *„sehr häufig“* konnte als unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit festgestellt werden *(p = .59)* und lag in beiden Gruppen zwischen *„häufig“* und *„sehr häufig“*. Ebenso die Antworttendenz der Versuchspersonen hinsichtlich des Wunsches nach Zärtlichkeiten mit den Antwortalternativem *„lieber mehr“*, *„lieber weniger“* und *„bin zufrieden“* konnte mittels Fisher Exakt Test als nicht von der jeweiligen Gruppenzugehörigkeit abhängig gezeigt werden *(p =.66).* Die Tendenz in beiden Gruppen war *„bin zufrieden“*.

Auch in den Kategorien „Frequenz erotischer Stimulation“ und „Frequenz Geschlechtsverkehr“ lag der Durchschnitt beider Gruppen zwischen *„manchmal“ und „häufig“* und bei dem Item zur „Frequenz Selbstbefriedigung“ zwischen *„selten“* und *„manchmal“.* Zwar lag der Mittelwert der Versuchspersonen der CSA-Gruppe in allen Kategorien tendenziell über dem der Gruppe ohne CSA, was diese Gruppe generell eher mit höheren Frequenzen dieser sexuellen Aktivitäten antworten lässt, jedoch war die Abhängigkeit des Antwortverhaltens zur Gruppenzugehörigkeit in keiner Kategorie signifikant *(p = .41 ~ .86).*

Das Antwortverhalten bezüglich der Items, die erfragen, ob bei den Versuchspersonen ein Wunsch nach mehr oder weniger sexueller Aktivität besteht, zeigte, dass in beiden Gruppen auf einer dreistufigen Skala von *„lieber weniger“* über *„bin zufrieden“* bis *„lieber mehr“*, die Häufigkeit aller sexuellen Aktivitäten tendenziell mit „*bin zufrieden“ M (SD) = 2.08 ~ 2.13 (.33 ~ .44)* beantwortet wurde. Auch zeigte ein Fisher-Exakt-Test in keiner der Antworttendenzen eine Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit *(p = .39 ~ .66).* Alle Werte finden sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: *Vergleich der sexuellen Verhaltens- und Einstellungsvariablen zwischen den Frauen mit und ohne CSA*

Variable	CSA n = 6	Nicht-CSA n = 57
	M (SD)	**M (SD)**
Alter ersten (konsensuellen-) Geschlechtsverkehrs	15.3 (1.86)	16.5 (2.04)
Frequenz von Zärtlichkeiten	4.8 (.41)	4.7 (.58)
Wunsch nach Zärtlichkeiten	2.0 (0)	2.1 (.58)
Frequenz erotischer Stimulation	4.0 (.63)	3.8 (.82)
Wunsch erotische Stimulation	2.0 (0)	2.2 (.85)
Frequenz Geschlechtsverkehr	4.0 (0)	3.9 (.65)
Wunsch Geschlechtsverkehr	2.0 (0)	2.2 (.82)
Frequenz Selbstbefriedigung	2.5 (.84)	2.3 (.96)
Wunsch Selbstbefriedigung	2.2 (.82)	2.1 (.66)
Allgemeine Zufriedenheit Sexualleben	1.8 (.82)	1.7 (.74)
Allgemeine Wichtigkeit Sexualität	1.7 (.52)	1.5 (.57)

Anmerkung. Die Variablen entstammen der „Sexual Activity Scale“ (Bodenmann, 2000): subjektive Häufigkeit (1 = „nie“, 2 = „selten“, 3 = „ab und zu“, 4 = „häufig“, 5 = „sehr oft“), Wunsch (1 = „lieber weniger“, 2 = „bin zufrieden“, 3 = „lieber mehr“), Allgemeine Zufriedenheit Sexualleben (1 = „Sehr zufrieden“ bis 5 = „sehr unzufrieden“) und „Allgemeine Wichtigkeit Sexualität“ (1 = „Sehr wichtig“ bis 5 = „sehr unwichtig“)

Besonders auffällig ist die Betrachtung der beiden Items des SAS bezüglich der Zufriedenheit mit der Sexualität und der Wichtigkeit von Sexualität. Bei dem Item zur Zufriedenheit mit der Sexualität konnte auf einer fünfstufigen Skala von *„sehr zufrieden“* bis *„sehr unzufrieden“* die subjektive Zufriedenheit angegeben werden. Hier gaben die Versuchspersonen aus der CSA-Gruppe tendenziell höhere Ratings *M (SD) = 1.83* (.41) ab als Personen der Nicht-CSA-Teilstichprobe *M (SD) = 1.68 (.74).* Jedoch konnte mittels Mann–Whitney-U-Test eine Differenz in den Verteilungen der Antworttendenzen beider Gruppen als nicht signifikant *(p = .47)* nachgewiesen werden. Das Antwortverhalten ist also nicht abhängig von der Gruppenzugehörigkeit, auch wenn in der Gruppe mit CSA die Tendenz der Nennung „sehr zufrieden“ mit dem Sexualleben zu sein relativ geringer war (16,7%) als in der Teilstichprobe ohne CSA (45,6%).

Hinsichtlich des Items der subjektiven Wichtigkeit oder Bedeutung von Sexualität konnten Versuchspersonen auf einer fünfstufigen Skala von *„sehr wichtig“* bis *„sehr*

unwichtig“ die subjektive Bedeutung von Sexualität angeben. Hier gaben die Versuchspersonen aus der CSA-Gruppe tendenziell höhere Ratings *M (SD) = 1.67 (.52)* ab als Personen der Nicht-CSA-Teilstichprobe *M (SD) = 1.53 (.57).* Jedoch konnte mittels Mann–Whitney U-Test eine Differenz in den Verteilungen der Antworttendenzen beider Gruppen als nicht signifikant *(p = .56)* nachgewiesen werden. Das Antwortverhalten ist also nicht abhängig von der Gruppenzugehörigkeit.

Um die erlebte und erfahrene Intimität mittels der Skala „Zärtlichkeit“ des PFB nach Hahlweg (1996) zwischen den Gruppen zu vergleichen wurde ein U-Test gerechnet. Auch wenn der Mittelwert der innerhalb der Partnerschaft erlebten und erfahrenen Zärtlichkeit innerhalb der Gruppe mit CSA geringer ausfiel *M (SD) = 30.50 (8.73)* als in der Gruppe ohne CSA *M (SD) = 30.89 (6.42)* war das Ergebnis nicht signifikant (*p = .98*).

4.2.4 Childhood Trauma Questionnaire

Wie bereits in der Aufteilung in die Stichproben beschrieben, erfüllten sechs Frauen die Kriterien des Einschlusses in die CSA-Gruppe. Dabei wurden alle Personen eingeschlossen, die nach den Cut-off Werten von Bernstein und Fink (1998) mindestens in der Kategorie „wenig bis moderat“ anzusiedeln waren, in die CSA-Gruppe inkludiert. Um die Gruppen auf eventuelle Konfundierungen mit anderen Traumaisierungen zu kontrollieren, wurden die Mittelwerte der CTQ Skalen „Emotionaler Missbrauch“, „Körperlicher Missbrauch“, „Emotionale Vernachlässigung“ und „Körperliche Vernachlässigung“ zwischen den Gruppen verglichen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: *Ausprägung der anderen Traumatisierungsarten in der Gesamtgruppe sowie den Frauen mit und ohne CSA*

Variable	Gesamt N = 63	CSA n = 6	Nicht-CSA n = 57
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Emotionaler Missbrauch	6,24 (1,84)	6,83 (1,72)	6,17 (1,85)
Körperlicher Missbrauch	5,27 (0,95)	5,50 (1,22)	5,24 (0,93)
Emotionale Vernachlässigung	7,16 (2,49)	7,67 (1,37)	7,10 (2,58)
Körperliche Vernachlässigung	5,83 (1,63)	6,33 (3,26)	5,77 (5,23)

Anmerkung. Der Gesamtwert jeder Misshandlungssubskala des CTQ reicht von fünf Punkten (keine Misshandlung in der Kindheit und Jugend) bis zu 25 Punkten (extreme Erfahrungen von Misshandlung).

Die Mittelwerte der beiden Gruppen zeigten bis auf die Kategorie „Emotionale Vernachlässigung“ (*p = .047*) jeweils keine signifikanten Abhängigkeit von der Gruppe und auch die Korrelation der andern Skalen des CTQ mit der Skala des sexuellen Missbrauchs konnte mittels Spearman-Korrelation keine signifikanten Zusammenhänge finden (*p = .24* bis *.60*). Es kann also zumindest hinsichtlich der Art der Traumatisierung eine Aufteilung in die beiden Gruppen als gerechtfertigt gelten und zumindest angenommen werden, dass sexueller Missbrauch in dieser Stichprobe als nicht mit eventuell andern konfundierenden Traumatisierungen verbunden auftritt.

4.2.5 Deskriptive Statistik zu sexuellem Erleben und Verhalten im Alltag

Die Erhebungen im EMA während der 14-tägigen Erhebungszeit ergaben hinsichtlich der selbstberichteten Häufigkeit von Zärtlichkeiten einen Durchschnitt von *M (SD) = 2.60 (.74)* bei den Versuchspersonen mit CSA und einen Durchschnitt von *M (SD) = 2.47 (.86)* bei der Teilstichprobe ohne CSA. Beide Gruppen lagen demnach in ihrer Häufigkeit von Zärtlichkeiten bei *„manchmal“*. Der Unterschied war nicht signifikant *(p = .457).* Betreffend der berichteten Intensität dieser Intimität beschrieben die Versuchspersonen der CSA-Teilstichprobe ihre ausgetauschten Zärtlichkeiten als *„mittel intensiv“* bis *„eher intensiv“* (*M (SD) = 2.81 (1.17))* und die Personen ohne CSA als *„mittel intensiv“* bis *„eher intensiv“ (M (SD) = 2.64 (1.15)).* Der Unterschied war nicht signifikant *(p = .654).*

Das EMA Paradigma erlaubte es die absolute Häufigkeit der sexuellen Aktivitäten in beiden Gruppen während des 14-tägigen Zeitraums zu erheben. Dabei konnte die Art der sexuellen Aktivität sowie das damit assoziierte Erleben und Verhalten bestimmt werden. Für diese Studie wurde die absolute Häufigkeit der sexuellen Aktivitäten, vor allem das Erleben von Stress rund um die sexuelle Aktivität, in Abhängigkeit zum Vorliegen von CSA betrachtet.

Die durchschnittliche Anzahl sexueller Aktivitäten in der Gruppe mit CSA lag bei *M (SD) = 7.17 (1.47),* wovon durchschnittlich 19% der sexuellen Aktivität Selbstbefriedigung war und in der Gruppe ohne CSA bei *M (SD) = 7.26 (3.18),* wovon durchschnittlich 37% der sexuellen Aktivität Selbstbefriedigung war. Die Mittelwertsunterschiede waren sowohl hinsichtlich der Anzahl von absoluten sexuellen Aktivitäten *(p = .77)* als auch bezüglich der durchschnittlichen Häufigkeit von Selbstbefriedigung *(p = .06)* nicht signifikant, jedoch zeigte sich insbesondere der Unterschied hinsichtlich der durchschnittlichen Häufigkeit von solosexueller Aktivität als auffällig. Die Gruppengrößen sind hierbei zwar zu gering, um signifikante Tendenzen abzusehen, dennoch gilt es eine Tendenz einer geringeren Anzahl solosexueller Aktivitäten bei der CSA-Gruppe zu bemerken die jedoch nicht generalisiert werden darf.

Auch die Initiierung der sexuellen Aktivität wurde betrachtet (mit einer dreistufigen Skala, bei der 1 bedeutete, dass alle berichteten sexuellen Aktivitäten von der Testperson initiiert wurden und 3 bedeutete, dass alle sexuellen Aktivitäten von dem Partner der Testperson initiiert wurden. Hierbei zeigte sich, dass in der CSA-Gruppe eine Tendenz der von beiden Seiten ausgehenden Initiative mit Trend zur Initiierung der sexuellen Aktivität durch die Versuchsperson vorlag *(M (SD) = 1.86 (.47))* und in der Gruppe ohne CSA eine Tendenz der von beiden Seiten ausgehenden Initiative mit Trend zur Initiierung der sexuellen Aktivität durch den Partner der Versuchsperson vorlag *(M (SD) = 2.12 (.45)).* Der Unterschied war nicht signifikant *(p = .24).*

4.2.6 Gruppenvergleiche hinsichtlich Stress

Die *Screeningskala zum chronischen Stress* (SSCS) wurde in der gesamten Stichprobe *(N = 63*), die S*tress Reactivity Scale* (SRS) im Wiener Teil der Stichprobe (*n = 33*) bearbeitet. Die Mittelwerte der CSA-Gruppe der SSCS lagen bei *M (SD) = 30,83 (11,40),* die der SRS bei *M (SD) = 2,12 (,25*), beide marginal höher als die in der Nicht-CSA-Gruppe (SSCS bei *M (SD) = 26,98 (7,41),* die der SRS bei *M (SD) = 2,08 (11,40)).* Jedoch war die Signifikanz des Unterschieds zwischen den Gruppen, vermutlich auch aufgrund der geringen Gruppengröße, in beiden Fällen nicht gegeben: SSCS *(p = .53)* und SRS *(p = .84).*

Betreffend der während des EMA erhobenen Stresswerte mittels des „Mehrdimensionalen Befindlichkeitsfragebogens" („Momentan fühle ich mich…gestresst" von 0 = „gar nicht gestresst" bis 5 = „sehr gestresst") ergaben bei den Versuchspersonen mit CSA ein durchschnittliches Stresserleben von *M (SD) = 1.84 (.51)* und bei den Personen ohne CSA *M (SD) = 1.79 (.56).* Der Unterschied konnte jedoch mittels U-Test als nicht als signifikant *(p = .741)* befunden werden.

Es wurden die subjektiven Stressempfindungen rund um die sexuellen Aktivitäten berechnet. Dabei wurden alle Messzeitpunkte sexueller Aktivität mit berücksichtigt, bei denen je ein Messzeitpunkt vor und nach der sexuellen Aktivität vorhanden war (etwa wurden sexuelle Aktivitäten, die vor allen regulären Messzeitpunkten am Morgen oder nach allen Messzeitpunkten am Abend/Nacht erhoben wurden, nicht berücksichtigt). Diese Prä-Sex-Akt-Stress und Post-Sex-Akt-Stress Werte wurden miteinander verrechnet, um die Differenz der Stressempfindungen zu erhalten, von welchen folgend pro Versuchsperson ein Durchschnittswert gebildet wurde, der die zentrale Tendenz der Stressempfindung in zeitlicher Abhängigkeit von sexueller Aktivität abbildet.

Um eventuelle Konfundierung durch eine Tageszeit abhängige Verteilung der Stressempfindungen auszuschließen, wurde die Verteilung der Stresswerte im Verlauf des Tages grafisch analysiert, um eventuelle zeitabhängige Tendenzen bestimmen zu können. Es konnte augenscheinlich keine rechts- oder linksschiefe Verteilung gefunden werden und auch ein KS Test auf Gleichverteilung konnte die Annahme der Gleichverteilung nicht widerlegen *(p = .13;* siehe Abbildung 1).

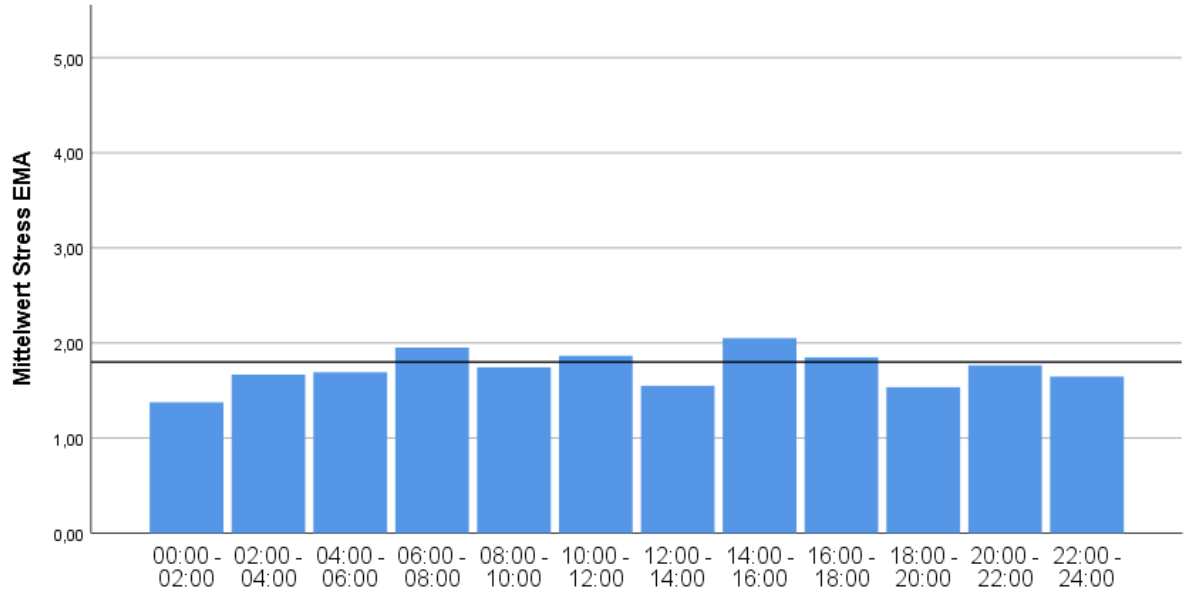

Abbildung 1: *Mittelwert des Stressempfindens aller Probandinnen über alle Messzeitpunkte hinweg im Tagesverlauf*

Anmerkung. Stressempfinden von 0 = „gar nicht gestresst“ bis 5 = „sehr gestresst“

Innerhalb der CSA-Gruppe lag der durchschnittliche Prä-Sex-Akt-Wert bei *M (SD) = 1.91 (.62)* bei der Nicht-CSA-Gruppe bei *M (SD) = 1.68 (.67).* Innerhalb der CSA-Gruppe lag der durchschnittliche Post-Sex-Akt-Wert bei *M (SD) = 1.56 (.42)* bei der Nicht-CSA-Gruppe bei *M (SD) = 1.54 (.54).* Die daraus resultierende Differenz in Stresswerten leg bei der CSA-Gruppe durchschnittlich bei *M (SD) = -.28 (.34)* Stresspunkten und bei der Nicht-CSA-Gruppe bei *M (SD) = -.11 (.54).* Weder der Mittelwertsunterschied des Prä-Sex-Akt-Stress *(p = .67)* noch der Mittelwertsunterschied des Post-Sex-Akt-Stress *(p = .69)* noch der Mittelwertsunterschied der Differenz der Prä-Post Stresswerte *(p = .37)* war signifikant. Zusätzlich wurde gesondert die Differenz der Stresswerte bei solosexueller Aktivität betrachtet. Hierbei zeigten Personen ohne CSA eine Differenz von *M = -.28 (.98)* und Personen mit CSA eine Differenz von *M* = -.25 (.50), auch dieser Unterschied war nicht signifikant *(p = .75).*

Zusätzlich konnte innerhalb der Wiener Stichprobe analysiert werden inwieweit die Tendenz der Versuchspersonen während der sexuellen Aktivität Stress zu erleben, sich zwischen den Gruppen unterschied. Die CSA-Gruppe gab durchschnittlich an, dass Stress gar nicht vorhanden war (*M (SD) = 1.1 (.10*)), die Gruppe ohne CSA gab durchschnittlich an, dass Stress gar nicht vorhanden war (*M (SD) = 1.24 (.43*)). Der Mittelwertsunterschied war nicht signifikant (*p = .71*).

Als generelle Tendenz der Betrachtung von Stress innerhalb der Stichprobe wurden die zeitlich um sexuelle Aktivität assoziiert liegenden Stresswerte mit den durchschnittlich

angegebenen Stresswerten verglichen. Die Werte konnten alle auf einer Skala von 1 = „durchschnittlich gar nicht gestresst“ bis zu 5 = „durchschnittlich sehr gestresst“ liegen.

Es zeigte sich, dass die Stresswerte einen Zeitpunkt vor sexueller Aktivität in der Gesamtstichprobe (M (SD) = 1.70 (.66)) und der Teilstichprobe ohne CSA (M (SD) = 1.68 (.67)) unter dem Durchschnitt der gesamten Stresswerte aller Messzeitpunkte M (SD) = 1.79 (.56) lagen und die Stresswerte der CSA-Gruppe einen Zeitpunkt vor sexueller Aktivität M (SD) = 1.91 (.62) über dem Durchschnitt der gesamten Stresswerte aller Messzeitpunkte M (SD) = 1.79 (.56) lagen. Gleichzeitig lagen bei allen Versuchspersonen (Gesamt: M (SD) = 1.54 (.52); Nicht-CSA: M (SD) = 1.54 (.54); CSA: M (SD) = 1.56 (.42)) die berichteten Stresswerte nach sexueller Aktivität unter dem Stressniveau vor der sexuellen Aktivität (s.o.) und unter dem Durchschnittslevel des berichteten Stress (s.o.) lagen.

Eine ANOVA wurde gerechnet, um die Signifikanz dieser Unterschiede in den verschiedenen Untergruppen zu prüfen, konnte jedoch in keiner der (Teil-) Stichproben signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten feststellen (Gesamt: $F\ (2, 175) = 2.76, p = .06$); CSA: $F\ (2,15) = .74, p = .49$); Nicht-CSA: $F\ (2, 155) = 2.28, p = .11$). Alle Werte finden sich in Tabelle 4.

Tabelle 4: *Vergleich der Stress Werte im Ambulanten Assessment*

Variable	Gesamt N = 59	Nicht-CSA n = 53	CSA N = 6
EMA Stress	1.79 (.55)	1.79 (.56)	1.84 (.51)
EMA Prä-Sex-Akt-Stress	1.70 (.66)	1.68 (.67)	1.91 (.62)
EMA Sex-Akt-Stress (*nur Wien*)	1.22 (.41)	1.24 (.43)	1.11 (.10)
EMA Post-Sex-Akt-Stress	1.54 (.52)	1.54 (.54)	1.56 (.42)
EMA Post – Prä-Sex-Akt-Stress	-.13 (.53)	-.11 (.54)	-.28 (.34)
EMA Post – Prä Selbstbefriedigung Stress	-.27 (.09)	-.28 (.98)	-.25 (.50)

Anmerkung. EMA Stress = über alle Messzeitpunkte hinweg gemittelt, EMA Prä-Sex-Akt-Stress = gemittelter Stress vor sexueller Aktivität, EMA Sex-Akt-Stress (*nur Wien*) = gemittelter Stress während sexueller Aktivität, EMA Post-Sex-Akt-Stress = gemittelter Stress nach vor sexueller Aktivität, EMA Post – Prä-Sex-Akt-Stress = gemittelte Stressdifferenz zwischen vor und nach sexueller Aktivität, EMA Post – Prä-Selbstbefriedigung-Stress = gemittelte Stressdifferenz zwischen nach und vor Selbstbefriedigung.

4.2.7 Beschreibung der Einzelfälle

Wie in Kapitel „Statistische Herangehensweise“ bereits erwähnt, wurden Einzelfälle innerhalb der Gruppe von CSA betroffenen Personen ausgewählt, die zur Beantwortung der in den Hypothesen genannten Aspekten besonders gut geeignet waren. Insbesondere wurden drei Versuchspersonen mit zum Erkenntnisinteresse besonders konformen hohen Ausprägungen an sexuellem Missbrauch ausgewählt.

Hierfür wurden die Personen ausgewählt, welche die höchsten Ausprägungen der CTQ „Sexueller Missbrauch“ Subskala aufwiesen. Für die ausgewählten Personen bedeutete dies einen CTQ sexueller Missbrauch Wert von *moderat (bis schwer)*“ (Summe von 8 bis 12) bis hin zu „*schwer (bis extrem)*“ (ab einer Summe von 13 Punkten) aufweisen zu müssen (Bernstein und Fink, 1998). Diese Auswahl resultierte in drei Versuchspersonen, die zur Vereinfachung Vpn. 1 (weiblich, 22 Jahre, CTQ sexueller Missbrauch: schwer (bis extrem), hohes Gesamtmaß anderer Traumatisierungen), Vpn. 2 (weiblich, 28 Jahre, sexueller Missbrauch: schwer (bis extrem), geringeres Gesamtmaß anderer Traumatisierungen) und Vpn. 3 (weiblich, 19 Jahre, sexueller Missbrauch: moderat (bis schwer), geringes Ausmaß anderer Traumatisierungen) genannt werden. Diese Auswahl erlaubte es sowohl die Einordnung der Einzelfälle zur Gesamtstichprobe vorzunehmen als auch innerhalb des Ausmaßes des sexuellen Missbrauchs zu differenzieren.

Tabelle 5 zeigt die allgemeinen demografischen Daten sowie Angaben zu relevanten Variablen bezüglich Partnerschaft und Sexualität der einzelnen Testpersonen sowie die jeweils korrespondierenden Durchschnittswerte der Gesamtstichprobe (GSP).

Zuallererst das Framework, in dem die Einzelfälle interpretiert werden: Rein logisch lassen sich Werte innerhalb eines Einzelfalls miteinander in Bezug bringen, einzelne Werte zwischen verschiedenen Einzelfällen und die einzelnen (oder Gruppen) Werte mit den Werten der Gesamtstichprobe. Diese sollte, ausgenommen der höheren Ausprägungen an CSA, im Durchschnitt gleichen Spezifika genügen und somit einen Vergleichsrahmen für die spezifischen, wenn auch nicht als systematisch interpretierbaren, variierenden Ausprägungen an Partnerschafts-, Sexualitäts- und stressbezogenen Variablen ermöglichen.
Die ausgewählten Einzelfälle entsprechen verschiedenen Ausprägungen sekundärer Traumata, wobei Tp. 1 bei 58 von 75 möglichen Punkten liegt und somit sogar oberhalb der ersten Standardabweichung der Gesamtstichprobe (GSP) *(M (SD) = 37.52 (10.50))*, Tp. 2 mit einem CTQ-Wert von 44 zwar oberhalb der GSP, jedoch innerhalb der ersten Standartabweichung und Tp. 3 mit einem CTQ-Wert von 39 nahe dem Durchschnitt der GSP.

In diesem Zusammenhang wurden zwei Muster als berichtenswert formuliert, die versuchen, wenn es auch aufgrund der geringen Anzahl an Personen nicht möglich ist systematische Abweichungen generalisierbar zu machen, zumindest lokale Tendenzen in das Zentrum des Berichts zu stellen und somit Auffälligkeiten in der Struktur der Daten der drei Einzelfälle möglicherweise als Ansatzpunkte für weitere systematischere Untersuchungen vorzuschlagen. Die beiden Fälle, die betrachtet werden, sind Abweichungen in den Werten der drei Einzelfälle, die quasi systematisch (also als Gesamtheit) von der zentralen Tendenz der GSP abweichen und wenn sich innerhalb des Gefälles des Grades der Traumatisierung (Tp. 1 > Tp. 2 > Tp. 3) eine Tendenz in den Werten abzeichnet. Gleichzeitig werden auffällige Nicht-Abweichungen berichtet, wenn sie hinsichtlich der formulierten Hypothesen Informationen liefern können.

So wiesen alle Tp. in den Items „*Glücklichkeit in der Beziehung*“ „*Zufriedenheit Sexualität*“ und „*Wichtigkeit Sexualität*“ im Vergleich zur GSP keine Abweichungen auf und gaben an mit ihrer Beziehung Entweder „*glücklich*“ oder „*sehr glücklich*“ zu sein. Auch mit ihrer Sexualität waren alle Tp. entweder „*zufrieden*“ oder „*sehr zufrieden*“. Bezüglich der Wichtigkeit von Sexualität gaben alle Tp. an, dass ihnen Sexualität entweder „*wichtig“* oder „*sehr wichtig*“ sei.

Hinsichtlich des Alters des ersten Geschlechtsverkehrs gab Tp. 1 19 Jahre, Tp. 2 14 Jahre und Tp. 3 14 Jahre an. Damit liegen die Werte der Tp. alle außerhalb der ersten SD der

GSP um den Durchschnitt von *M (SD) = 16.38 (2.04)* Jahren. Jedoch lässt sich keine generelle Tendenz bezüglich der Richtung dieser Abweichung formulieren.

Bezüglich der Fragen und EMA Erhebungen betreffend der partnerschaftlichen Intimität konnten feststellen, dass die Testpersonen alle angaben, sowohl „*häufig*“ bis „*sehr häufig*“ Zärtlichkeiten auszutauschen und mit der Häufigkeit dieser Zärtlichkeiten „*zufrieden*“ zu sein. Damit liegen alle Testpersonen innerhalb der Werte der GSP. Hinsichtlich der Daten aus der EMA-Studie konnte gezeigt werden, dass Tp. 1 nur selten Zärtlichkeiten ausgetauschte, was eine Abweichung von ihrer subjektiven Einschätzung der Häufigkeit ihrer erlebten Zärtlichkeiten darstellt, T.2 häufig Zärtlichkeiten ausgetauschte, was eine Übereinstimmung mit ihrer subjektiven Einschätzung der Häufigkeit ihrer erlebten Zärtlichkeiten darstellt und Tp. nur manchmal Zärtlichkeiten ausgetauschte, was eine Abweichung von ihrer subjektiven Einschätzung der Häufigkeit ihrer erlebten Zärtlichkeiten darstellt. Jedoch lässt sich hierbei feststellen, dass auch die GSP EMA Häufigkeit von ausgetauschten Zärtlichkeiten mit „*selten bis manchmal“* diesem systematischen Trend folgt.

Die erlebten Zärtlichkeiten wurden von Tp. 1 als „*weniger intensiv*“ von Tp. 2 als „*intensiv*“ und von Tp. 3 als „*intensiv*“ beschrieben, wohingegen der Durchschnitt der GSP die erlebte Intimität als „*eher intensiv“* beschrieb.

Die abgefragten Häufigkeiten von sexuellen Aktivitäten wurden zusammen mit den erhobenen EMA Häufigkeiten betrachtet. Die Angaben der Testpersonen im SSAS lagen in keiner der Kategorien außerhalb der SD der GSP und in allen Bereichen ihrer Sexualität gaben die Testpersonen an, zufrieden mit der Häufigkeit ihrer sexuellen Aktivitäten zu sein. Die erhobenen Werte des EMA-Abfragezeitraums konnten zeigen, dass Tp. 1 insgesamt fünf Mal partnerschaftliche sexuelle Aktivität und keine solosexuelle Aktivität notierte. Tp. 2 gab an einmal solosexuelle Aktivität an und sechs Mal partnerschaftliche sexuelle Aktivität. Tp. 3 gab vier Mal partnerschaftliche und vier Mal solosexuelle Aktivität an. Somit liegen alle Werte der Einzelfälle bezüglich der Gesamtanzahl sexueller Aktivität innerhalb einer SD um den Durchschnitt der GSP *(M = 7.25 (3.64)*.

Zu den Stressergebnissen: es konnte festgestellt werden, dass der chronische Stress der Einzelfälle, bis auf Tp. 1 mit 39 von 48 Punkten, unterhalb der ersten SD des durchschnittlichen chronischen Stresslevels der GSP *(M (SD) = 27.35 (2.85))* lag. Beide anderen Einzelfälle lagen unterhalb des Durchschnitts der GSP, mit Tp. 2 bei 19 und Tp. 3. bei 24 Punkten. Hierbei ist zu erwähnen, dass sowohl die GSP als auch die Tp. 1 und Tp. 3 unter dem Stresslevel einer 2014 erhobenen Normstichprobe im deutschsprachigen Raum lagen, bei der festgestellt werden

konnte, dass das durchschnittliche chronische Stresslevel bei weiblichen Studierenden 23.2 betrug (DAK, 2014).

Betrachtet man die im Rahmen des EMA erhobenen Stressbefindlichkeiten, so zeigte sich eine andere Tendenz. Hinsichtlich des durchschnittlichen Stress, bei dessen subjektiver Einschätzung Tp. 1 einen durchschnittlichen Stress über alle Messzeitpunkte hinweg bei *M (SD) = 2.76 (.73)* angab, was einem subjektiven Stress von *„mittel vorhanden“* entspricht, Tp. 2 einen durchschnittlichen Stress über alle Messzeitpunkte hinweg bei *M (SD) = 1.93 (1.19)* angab, was einem subjektiven Stress von *„wenig vorhanden“* entspricht und Tp. 3 einen durchschnittlichen Stress über alle Messzeitpunkte hinweg bei *M (SD)* = 1.70 (1.05) angab, was einem subjektiven Stress von *„wenig vorhanden“* entspricht (verglichen mit der GSP, in der der durchschnittliche Stress bei *(M (SD) = 1.79 (.55)*, entsprechend „*wenig vorhanden*“), zeigte sich eine Tendenz, bei der die Einzelfälle tendenziell mit steigender Ausprägung an CSA erhöhte durchschnittliche Stresswerte angaben.

Selbiges Muster konnte bei dem Prä-Sex-Akt-Stress gefunden werden (Tp. 1 *M (SD)* = 3,00 (.00) „*Stress…mittel vorhanden,* Tp. 2 *M (SD) = 1.80 (1.30)* „*Stress…wenig vorhanden“* und Tp. 3 *M (SD) = 1.71 (1.11)* vs. GSP: *M (SD) = 1.70 (.66) „Stress gar nicht vorhanden“).*

Hinsichtlich des bei der sexuellen Aktivität selbst erlebten Stress konnte nur ein geringerer Teil der Stichprobe betrachtet werden, weswegen nur Tp. 2 mit einem erlebten Stress von *M (SD) = 1.20 (.84) „Stress…gar nicht vorhanden“* und Tp.3 mit einem erlebten Stress von *M (SD) = 1.20 (.53) „Stress…gar nicht vorhanden“* mit der Hälfte der GSP verglichen werden konnten deren Stress während der sexuellen Aktivität mit *M (SD) = 1.22 (.41) „Stress gar nicht vorhanden“* sich nicht von den Einzelfällen unterschied.

Ein Muster, dass sich bei der Betrachtung des Post-Sex-Akt-Stress abzeichnete zeigte, dass hinsichtlich der ausgewählten Einzelfälle ein höheres Ausmaß an CSA und sekundären Traumatisierungen mit einem erhöhten Ausmaß an Post-Sex-Akt-Stress verbunden war, welches jedoch nur in den beiden Versuchspersonen mit schwerer bis extremer sexueller Traumatisierung über dem durchschnittlichen Post-Sex-Akt-Stress der GSP lag (Tp. 1 *M (SD) = 2.33 (.58) „Stress…gar nicht vorhanden,* Tp. 2 *M (SD) = 1.40 (.55) „Stress… gar nicht vorhanden*“ und Tp. 3 *M (SD) = 1.25 (.50)* „Stress*…gar nicht vorhanden“* vs. GSP*: M (SD) = 1.54 (.52) „Stress gar nicht vorhanden“*).

Die durchschnittliche Stressreduktion um sexuelle Aktivität herum lag bei Tp. 1 bei *M (SD) = -.50 (.71),* bei Tp. 2 bei *M (SD) =-.40 (1.14)* und bei Tp. 1 bei *M (SD) = -.25 (.96),* wohingegen die durchschnittliche Stressreduktion um sexuelle Aktivität herum bei der GSP bei *M (SD) = -.13 (.53)* zu verorten war.

Generell lässt sich festhalten, dass die Stresslevel allgemein über alle Versuchspersonen hinweg eine sehr geringe Stressbelastung festgestellt werden konnte und die Mehrzahl der Nennungen der GSP, obgleich eines sehr hohen chronischen Stress, zum Großteil (über 60%) bei "*Stress…gar nicht vorhanden"* und „*Stress wenig vorhanden"* lagen und nur zu unter 7% bei *„Stress…stark vorhanden"* und *„Stress…sehr stark vorhanden"* lagen (Siehe Abbildung 2).

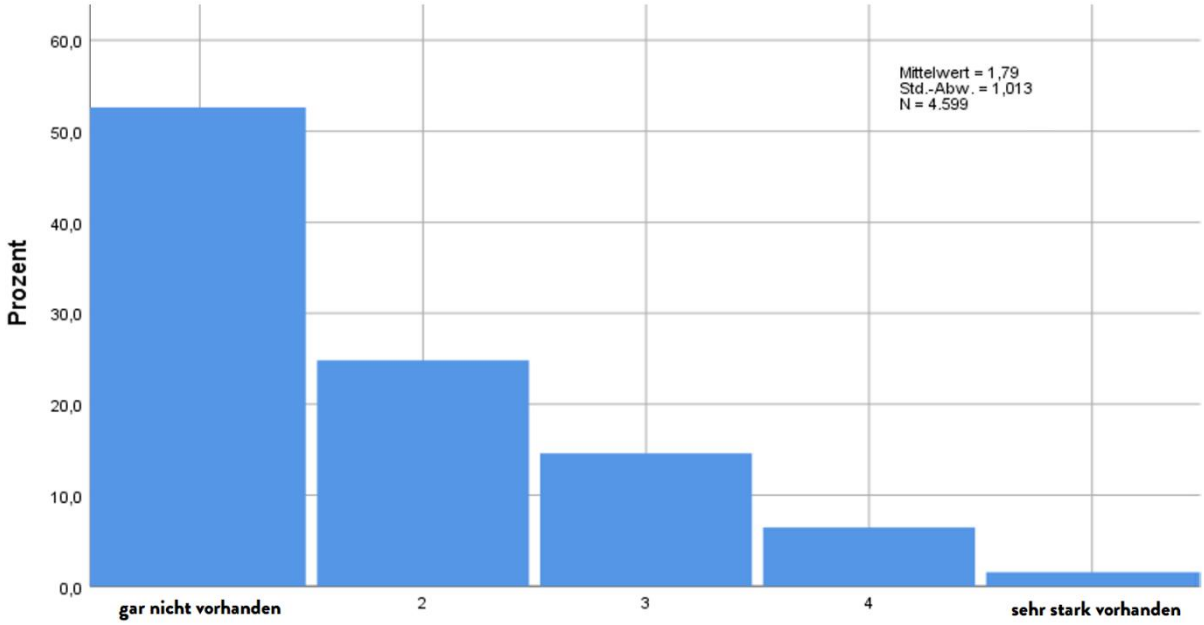

Abbildung 2: *Vorhandensein von Stress normal gemessen über alle Messzeitpunkte und Versuchspersonen hinweg*

Tabelle 5*:* Präsentation der Werte der ausgewählten Einzelfälle

	Tp. 1	**Tp. 2**	**Tp. 3**	**Gesamt-stichprobe M (SD) / (%)**
Ausmaß des sexuellen Missbrauchs (1 – 15)	Schwer (bis extrem) 13	Schwer (bis extrem) 13	Moderat (bis schwer) 8	5.3 (1.47)
Gesamtscore CTQ (25 – 75)	58	44	39	37.52 (10.50)
Beziehungsstatus	Unverheiratet	Unverheiratet	Unverheiratet	Unverheiratet (95.2%)
Alter (19 – 31)	22	28	19	23 (4.58)
Wohnform	Mit Partner	Wohn Gemeinschaft	Wohn Gemeinschaft	Mit Partner (47.6%)
Schulbildung	Abitur	Abitur	Abitur	Abitur (95.2%)
Dauer der Partnerschaft	1 Jahr 3 Monate	3 Jahre 3 Monate	1 Jahr 5 Monate	1 Jahr 11 Monate
Anzahl Tage Partner sehen (Davon Übernachtungen)	30 (30)	28 (28)	23 (18)	27 (3.6)
Glücklichkeit in der Beziehung	Glücklich	Sehr glücklich	Sehr glücklich	Sehr glücklich (49.2%)
Zufriedenheit Sexualität	Zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden	Zufrieden (46%) bis sehr zufrieden (42.9%)
Wichtigkeit Sexualität	Wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Wichtig (47.6%) bis sehr wichtig (49.2%)
EMA Tendenz Initiative	Eher Partner	Eher Beide	Eher Versuchsperson	Eher Beide
Alter erster Geschlechtsverkehr	19	14	14	16.38 (2.04)
SAS Häufigkeit Zärtlichkeiten*	Häufig (↔)	Sehr häufig (↔)	Sehr häufig (↔)	Sehr häufig (↔)
EMA Häufigkeit Zärtlichkeiten	selten	häufig	manchmal	Selten bis manchmal
EMA Intensität Zärtlichkeiten	Weniger intensiv	Intensiv	Intensiv	Eher intensiv
SAS Häufigkeit erotische Stimulation*	Sehr häufig (↔)	Manchmal (↔)	Häufig (↔)	Manchmal bis häufig (↔)

EMA Petting (Anzahl/14d)	1	0	2	2.28 (2.64)
SAS Häufigkeit Geschlechtsverkehr*	Häufig (↔)	Häufig (↔)	Häufig (↔)	Häufig (↔)
EMA Häufigkeit Geschlechtsverkehr (Anzahl/14d)	5	6	4	5.44 (2.85)
SAS Häufigkeit Selbstbefriedigung*	Selten (↔)	Manchmal (↔)	Manchmal (↔)	Selten bis manchmal (↔)
EMA Häufigkeit Selbstbefriedigung (Anzahl/14d)	0	1	4	2.49 (1.56)
EMA gesamte Anzahl sexuelle Aktivität	5	7	8	7.25 (3.64)
Chronischer Stress (0 – 48)	39	19	24	27.35 (2.85)
EMA Durchschnittlicher Stress	2.76 (.73)	1.93 (1.19)	1.70 (1.05)	1.79 (.55)
Prä-Sex-Akt-Stress	3.00 (.00)	1.80 (1.30)	1.7 (1.11)	1.70 (.66)
Sex-Akt-Stress	-	1.20	1.00	1.22 (.41)
Post-Sex-Akt-Stress	2.33 (.58)	1.40 (.55)	1.25 (.50)	1.54 (.52)
Prä Post-Sex-Akt Differenz	-.50 (.71)	-.40 (1.14)	-.25 (.96)	-.13 (.53)

Anmerkung. *(„Lieber mehr“: ↑ / „Bin Zufrieden“: ↔ / „Lieber weniger“: ↓)

4.3 Untersuchung der Hypothesen

4.3.1 Generelle Gruppenvergleiche

Grundsätzlich bauen alle in dieser Arbeit formulierten Hypothesen auf aus der Literatur abgeleiteten Unterschieden in Erleben und Verhalten von Populationen von Menschen (im Falle dieser Arbeit mit Fokus auf Frauen), die in ihrer Vergangenheit CSA erfahren haben mit Menschen ohne diese Erfahrungen. Diese Unterschiede wurden in einer Vielzahl von Studien gefunden (Fergusson et al., 2013; Singh et al., 2014; Hailes, et al., 2019) und beziehen sich auf weitreichende systematische Abweichungen in biologischen, sozialen, und geistigen Erlebens- und Verhaltensweisen. Darunter wurden als Grundlage der Hypothesen dieser Arbeit insbesondere die in der Literatur beschriebenen Unterschiede in sexuellen, partnerschaftlichen und stressbezogenem Verhalten und Erleben herangezogen.

Gesetzt der aufeinander aufbauenden Struktur der Herleitung der Hypothesen, müssen unabhängig von und zwingend notwendig vor der Beantwortung und Interpretation der hypothesenassoziierten Datenmuster die in der Literatur beschriebenen Unterschiede zwischen den Personen mit und ohne CSA repliziert werden. Dazu zählen unter anderem Veränderungen in der psychischen wie körperlichen Gesundheit, wobei zentral Veränderungen in der Überaktivierung der hypothalamisch-hypophysären Stressachse als Ursache veränderter Reizverarbeitung, mit erhöhter Vulnerabilität für geistig-psychische Probleme angesehen wird (Castellini, Maggi, & Ricca, 2014). Nachdem das akute sowie lebenszeitige Vorliegen psychischer sowie geistiger klinisch bedeutsamer Störungen einen Ausschlussgrund für die Teilnahme an der Studie darstellt, muss in diesem Fall die hypothetisierte Grundlage der erhöhten Vulnerabilität und vermutete Ursache vieler der in der Literatur gefundenen Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne CSA (nämlich Stress) als Indikator der Replizierbarkeit der in der Literatur gefundenen Unterschiede herhalten.

Für die Variablen chronischer Stress, Stressreaktivität sowie durchschnittlich berichteter Stress während der EMA-Studiendauer wurde ein Mann-Whitner-U-Test gerechnet. Jedoch konnte in keinem der genannten Bereiche ein signifikanter Unterschied zwischen den (ansonsten vergleichbaren) Gruppen gefunden werden. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 6.

Tabelle 6: *Vergleich der Stressvariablen in Abhängigkeit zu CSA*

				Signifikanz U-Test
EMA Stress	CSA	M (SD)	1.34 (.67)	.741
		n	6	
	Kein CSA	M (SD)	1.28 (.86)	
		n	53	
SRS Stressreaktivität	CSA	M (SD)	2,12 (,25)	.837
		n	3	
	Kein CSA	M (SD)	2,08 (11,40)	
		n	30	
SSCS Chronischer Stress	CSA	M (SD)	30,83 (11,40)	.529
		n	6	
	Kein CSA	M (SD)	26,98 (7,41)	
		n	57	

Die Gruppenvergleiche unterstützen die in der Literatur gefundenen systematischen Unterschiede zwischen Frauen mit CSA und ohne CSA nicht. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede im Stresserleben der Versuchspersonen in Abhängigkeit zum Vorhandensein von CSA Ausprägung. Hierbei ist jedoch die geringe Gruppengröße als zu diskutierender Faktor zu nennen, die Tendenz der Werte ist, wenn auch nicht signifikant, doch in der Richtung, dass die Versuchspersonen mit CSA sowohl hinsichtlich der chronischen Stressbelastung, als auch hinsichtlich ihrer Stressreaktivität und des durchschnittlich berichteten Stressempfindens marginal höhere Werte angaben. Die Interpretierbarkeit der Ergebnisse bezüglich der Hypothesen eins bis drei muss diskutiert werden, wenn Kerncharakteristika, die bei Personen mit CSA in der Literatur genannt werden auf diese Stichprobe nicht zuzutreffen scheinen.

Auch hinsichtlich Beziehungszufriedenheit, deren Beeinträchtigung oftmals als Folge von CSA betrachtet wird, konnte in der vorliegenden Stichprobe kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden *(p = .758).* Es muss diskutiert werden, ob die Abwesenheit von Unterschieden in den Einschränkungen Folge des Studiensettings ist und ob dies die Interpretierbarkeit der Ergebnisse beeinflusst.

4.3.2 Unterschiede der Häufigkeit sexueller Aktivität in Abhängigkeit zu CSA

H1: Das Vorliegen von CSA äußert sich bei Frauen in extremeren Häufigkeiten sexueller Aktivität

Wie bereits in dem Kapitel „Folgen für Sexualität“ beschrieben wird konkordant zur Literatur angenommen, dass CSA sich in einem Muster von Hypersexualität und Hyposexualität äußert, dessen Vorliegen in der vorliegenden Stichprobe untersucht werden soll. Dieses Verhalten, wurde angenommen, sollte sich in den Punkten Alter des ersten Geschlechtsverkehrs, Einstellungen gegenüber Sexualität und insbesondere der Häufigkeit von

sexuellen Aktivitäten, wie sie innerhalb des EMA berichtet wurden, zeigen. Zudem wurde als ein zentraler in der Literatur genannter Unterschied eine verringerte Intimität in Frequenz und Intensität zwischen den Überlebenden von CSA und ihren Partnern beschrieben (Leonard, & Follette, 2002; Merrill et al., 2003; Noll, et al., 2003), welche zusätzlich beachtet wird.

Weder bei der subjektiv berichteten Häufigkeit der sexuellen Aktivität, noch bei der im EMA festgestellten absoluten Häufigkeit der sexuellen Aktivität konnten signifikante Unterschiede zwischen den Personen mit und ohne CSA festgestellt werden. Auch das tendenzielle Bild, das sich zeigte, war uneindeutig. In der subjektiven Häufigkeit lagen die Versuchspersonen leicht über der GSP, in den absoluten Zahlen gaben sie jedoch geringere Häufigkeiten an.

Auch weder bezüglich der subjektiv berichteten Häufigkeit der solosexuellen Aktivität, noch bei der im EMA festgestellten absoluten Häufigkeit der solosexuellen Aktivität konnten signifikante Unterschiede zwischen den Personen mit und ohne CSA festgestellt werden. Auch das tendenzielle Bild, das sich zeigte, war uneindeutig. In der subjektiven Häufigkeit von Selbstbefriedigung lagen die Versuchspersonen leicht über der GSP, in den absoluten Zahlen gaben sie jedoch geringere Häufigkeiten an, welche sogar beinahe signifikant waren.

Auch der Unterschied im Alter des ersten Geschlechtsverkehrs zeigte sich bei den Personen mit CSA nicht als signifikant von der Tendenz der Nicht-CSA-Gruppe abweichend. Jedoch lagen fünf von sechs unter dem Durchschnitt der Personen ohne CSA und auch die zentrale Tendenz lag mit *M = 15.33 (1.86)* unter der der GSP mit *M = 16.49 (2.04).*

Die subjektiv berichtete Häufigkeit von erlebten Zärtlichkeiten zwischen den Versuchspersonen und ihren Partner*innen zeigte zwischen den Versuchspersonen ohne CSA und mit CSA keine signifikanten Unterschiede. Dies zeigte sich auch in den Angaben während der Erhebungsperiode, in denen keine Unterschiede in den berichteten Häufigkeiten sowie der damit einhergehenden Intensität des Erlebens festgestellt werden konnten. Jedoch muss festgestellt werden, dass die berichteten Häufigkeiten sowie die damit einhergehende Intensität des Erlebens bei den Personen mit CSA über dem der GSP lagen, die subjektiv berichtete Häufigkeit von erlebten Zärtlichkeiten jedoch unter dem der GSP. Alle Ergebnisse finden sich zusammengefasst in Tabelle 7.

Tabelle 7: *Signifikanztest der Unterschiede in sexuellem Erleben und Verhalten zwischen den Studienteilnehmer*innen mit und ohne CSA*

				Signifikanz U-Test
Subjektive Häufigkeit sexueller Aktivität	CSA	M (SD)	4.00 (.00)	.793
		n	6	
	Kein CSA	M (SD)	3.93 (.65)	
		n	57	
Subjektive Häufigkeit Selbstbefriedigung	CSA	M (SD)	2.50 (.84)	.514
		n	6	
	Kein CSA	M (SD)	2.30 (.96)	
		n	57	
EMA Anzahl sexueller Aktivität	CSA	M (SD)	7.17 (1.47)	.598
		n	6	
	Kein CSA	M (SD)	7.26 (3.81)	
		n	53	
EMA Anzahl Solo sexueller Aktivität	CSA	M (SD)	1.33 (.52)	.060
		n	6	
	Kein CSA	M (SD)	2.67 (1.60)	
		n	37	
Alter erster Geschlechtsverkehr	CSA	M (SD)	15.33 (1.86)	.147
		n	6	
	Kein CSA	M (SD)	16.49 (2.04)	
		n	57	
Wichtigkeit Sexualität	CSA	M (SD)	1.67 (.52)	.560
		n	6	
	Kein CSA	M (SD)	1.53 (.57)	
		n	57	
Zufriedenheit Sexualität	CSA	M (SD)	1.83 (.41)	.470
		n	6	
	Kein CSA	M (SD)	1.68 (.74)	
		n	57	
Subjektive Häufigkeit Zärtlichkeiten	CSA	M (SD)	4.38 (.41)	.591
		n	6	
	Kein CSA	M (SD)	4.65 (.58)	
		n	57	
EMA Häufigkeit Zärtlichkeiten	CSA	M (SD)	2.60 (.74)	.835
		n	6	
	Kein CSA	M (SD)	2.50 (.86)	
		n	53	
EMA Intensität Zärtlichkeiten	CSA	M (SD)	2.81 (1.17)	.723
		n	6	
	Kein CSA	M (SD)	2.64 (1.15)	

n	53

Die Hypothese „Das Vorliegen von CSA äußert sich bei Frauen in extremeren Häufigkeiten sexueller Aktivität“ muss folgerichtig verworfen werden, da sich, wenn sich auch Tendenzen von weniger sexueller Aktivität bei der Gruppe mit CSA zeigen, die Ausprägungen nicht stark vom Durchschnitt der Personen ohne CSA abweichen. Auch assoziierte Faktoren wie Intimität wiesen keine signifikanten Abweichungen auf. Lediglich die absolute Häufigkeit von Selbstbefriedigung zeigte eine Tendenz von geringeren Werten bei der CSA-Gruppe, welche beinahe signifikant war.

4.3.3 Stresserleben in Abhängigkeit zu sexueller Aktivität und CSA

H2: Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA zeigen im Gegensatz zu Frauen ohne CSA in Assoziation zu sexueller Aktivität ein erhöhtes Stressempfinden.

Die Literatur zu den Folgen von CSA beschreibt einleuchtende Modelle, wie insbesondere durch negative Assoziation mit sexuellen Reizen oder gar physischen Charakteristika sexueller Erregung, ein erhöhtes Stressempfinden in Bezug auf sexuelle Stimuli resultieren kann. Die Annahme dieser Arbeit war, dass sich dieses in den subjektiven Stressempfindungen in zeitlicher Abhängigkeit zu realen sexuellen Aktivitäten nachweisen lässt.

Hierbei wird die Differenz des Stresserlebens der Frauen mit CSA vor und nach sexueller Aktivität, mit dem der Frauen ohne CSA verglichen. Im Rahmen der Substichprobe aus Wien, kann zusätzlich der während der sexuellen Aktivität berichtete Stress als weiterer Zeitpunkt des Verlaufs des Stressempfindens betrachtet werden. Dabei ist entscheidend den durchschnittlich berichteten Stressempfindungswert der Person mit zu betrachten, um eine normalisierte Einschätzung der Stresswerte zu erhalten.

Die Stressempfindungen der Personen mit CSA lagen zur Mehrzahl der Zeitpunkte sowie generell über denen der GSP und nur bei der sexuellen Aktivität gaben Personen mit CSA geringere Werte an. Auch die absolute Differenz der Stresswerte vor und nach sexueller Aktivität war bei Personen mit CSA höher als bei Personen ohne CSA. Jedoch war keiner der Unterschiede signifikant. Alle Werte finden sich zusammengefasst in Tabelle 8.

Tabelle 8: *Signifikanztest der Unterschiede in sexualitätsassoziiertem Stressempfinden zwischen den Studienteilnehmer*innen mit und ohne CSA*

				Signifikanz U-Test
EMA Prä-Sex-Akt-Stress	CSA	M (SD) n	1.91 (.62) 6	.322
	Nicht-CSA	M (SD) n	1.68 (.67) 52	
EMA Sex-Akt-Stress *(nur Wien)*	CSA	M (SD) n	1.11 (.10) 3	.710
	Nicht-CSA	M (SD) n	1.24 (.43) 27	
EMA Post-Sex-Akt-Stress	CSA	M (SD) n	1.56 (.42) 6	.616
	Nicht-CSA	M (SD) n	1.54 (.54) 53	
Differenz EMA Post – Prä-Sex-Akt-Stress	CSA	M (SD) n	-.28 (.34) 6	.203
	Nicht-CSA	M (SD) n	-.11 (.54). 52	
Differenz EMA Post-Prä-Selbst-befriedigungs-Stress	CSA	M (SD) n	-.25 (.50) 4	.750
	Nicht-CSA	M (SD) n	-.28 (.98) 16	

Obwohl sich tendenziell abbildet, dass die Stresswerte der Personen mit CSA in Assoziation zu sexueller Aktivität höher ausfallen, zeigen die Personen dieser Teilstichprobe durchschnittlich leicht stärkere absolute Differenzen der subjektiven Stressempfindungen in zeitlicher Assoziation zu sexueller Aktivität. Hinsichtlich der absoluten Differenzen der subjektiven Stressempfindungen in zeitlicher Assoziation zu Selbstbefriedigung zeigten sich diese Unterschiede weniger stark. Jedoch ist keiner dieser Unterschiede signifikant. Die Hypothese, dass Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA im Gegensatz zu Frauen ohne CSA in Assoziation zu sexueller Aktivität ein erhöhtes Stressempfinden zeigen, muss also verworfen werden.

4.3.4 Vergleich der Stressveränderung in zeitlicher Assoziation zu sexueller Aktivität verschiedener Ausprägungen von CSA

H3: Bei Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA, welche kein sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen, weicht das Stresserleben in Assoziation zu sexueller

Aktivität vom Stressempfinden von Frauen mit CSA, die sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen, ab.

Hierbei wurde insbesondere hinsichtlich der Einzelfälle, welche am besten geeignet erschienen als Analyseeinheiten für die untersuchten Zusammenhänge zu dienen, betrachtet, ob sich ein Unterschied in der durchschnittlichen Veränderung des Stressempfindens der Frauen mit CSA und erhöhter sexueller Aktivität verglichen mit dem der Frauen mit CSA und geringerer sexueller Aktivität, vor und nach sexueller Aktivität argumentieren lässt.

Nachdem in der Anzahl der sexuellen Aktivitäten bei den Einzelfällen wie auch den nicht ausgewählten Personen mit CSA keine nennenswerte Varianz bestand (die Spannweite der Summe der sexuellen Aktivitäten reicht von 5 bis 9 bei *M (SD) = 7.17 (1.47)*, verglichen mit der GSP in welcher Werte von 1 bis 19 bei *M (SD) = 7.26 (3.18)*, vorkamen) konnten keine Individuen ausgemacht werden, deren Profile mit dem Profil von externalisierter hypersexueller Aktivität bzw. internalisierter hyposexueller Aktivität korrespondierten.

Zwar lässt sich Tp. 1, welche mit insgesamt fünf sexuellen Aktivitäten im Beobachtungszeitraum und der Aussage, dass ihr Sexualität „*wichtig*“ sei im postulierten Kontinuum von sexuellem Verhalten gegenüber von Tp. 3 stellen, welche insgesamt acht sexuelle Aktivitäten im Beobachtungszeitraum angibt und der Aussage, dass ihr Sexualität „*sehr wichtig*“ sei, traf jedoch ist die Beobachtung, dass die Veränderung der Stressempfindung um -.50 Punkte bei Tp. 1 verglichen mit Tp. 3 welche eine Veränderung der Stressempfindung um -.25 Punkte angibt, nur schwer generalisierbar.

Die Hypothese, dass Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA, welche kein sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen, ein abweichendes Stresserleben in Assoziation zu sexueller Aktivität im Vergleich zu den Stressempfinden von Frauen mit CSA die sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen, muss also als nicht beantwortbar beantwortet werden.

4.3.5 Zusammenfassung der Hypothesen

Tabelle 9 zeigt die Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Hypothesen**.**

Tabelle 9: *Bewertung der Hypothesen*

Hypothese	Ergebnis
H1	
Das Vorliegen von CSA äußert sich bei Frauen in extremeren Häufigkeiten sexueller Aktivität.	Verworfen
H2	
Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA zeigen im Gegensatz zu Frauen ohne CSA in Assoziation zu sexueller Aktivität ein erhöhtes Stressempfinden.	Verworfen
H3	
Bei Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA, welche kein sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen, weicht das Stresserleben in Assoziation zu sexueller Aktivität vom Stressempfinden von Frauen mit CSA die sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen, ab.	Nicht beantwortbar/ Verworfen

5. Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Ziel der vorliegenden Studie war es, den Zusammenhang zwischen kindlichem sexuellen Missbrauch und sexuellen Erleben und Verhalten im Erwachsenenalter zu untersuchen, wobei insbesondere die Rolle von Stress als Folge sexueller Aktivität untersucht werden sollte. Als Teil eines 14-tägigen ambulanten Assessments, wurden an zwei Orten zu zwei Zeitpunkten insgesamt 124 Versuchspersonen mehrmals am Tag mittels iPods zu ihrem sexuellen Erleben und Verhalten sowie generellen Erlebens Variablen befragt.

Das Ausmaß der sexuelle*n Traumatisierung* wurde zu Beginn des Erhebungszeitraums durch eine querschnittliche Erhebung mittels des CTQs bestimmt. Zusätzlich wurden die Charakteristika der am stärksten von CSA betroffenen Versuchspersonen mittels hochauflösender Betrachtung in drei Einzelfällen veranschaulicht. Die Variable sexuelle*s Erleben* wurde während der ambulanten Erhebung mittels Fragen zu Einstellungen zu Sexualität, Beziehung und Intimität operationalisiert, die Variable sexuelles *Verhalten* bezog sich auf subjektive und objektive Häufigkeiten partnerschaftlicher- und solosexueller Aktivität. *Stress* wurde als Stressreaktivität, chronische Stressbelastung und zeitlich hochauflösende subjektive Stress Empfindung während des EMA Erhebungszeitraums operationalisiert.

Die statistische Auswertung der Daten konnte keine signifikanten Unterschiede in den interessierten Variablen abhängig von dem Vorliegen von CSA feststellen. Sowohl die subjektive wie absolute Häufigkeit sexueller Aktivität bei der Gruppe mit CSA, als auch Faktoren wie Intimität wiesen keine signifikanten Abweichungen im Vergleich zur Gruppe ohne CSA auf.

Obwohl die Stresswerte der Personen mit CSA in Assoziation zu sexueller Aktivität höher ausfallen, zeigen die Personen dieser Teilstichprobe durchschnittlich leicht stärkere absolute Differenzen der subjektiven Stressempfindungen in zeitlicher Assoziation zu sexueller Aktivität. Hinsichtlich der absoluten Differenzen der subjektiven Stressempfindungen in zeitlicher Assoziation zu Selbstbefriedigung zeigten sich diese Unterschiede weniger stark. Jedoch ist keiner dieser Unterschiede signifikant. Die Hypothese, dass Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA im Gegensatz zu Frauen ohne CSA in Assoziation zu sexueller Aktivität ein erhöhtes Stressempfinden zeigen, muss also verworfen werden.

Die Hypothese, dass Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA welche kein sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen, ein abweichendes Stresserleben in Assoziation zu sexueller Aktivität im Vergleich zu den Stressempfinden von Frauen mit CSA die sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen, muss also als nicht beantwortbar beantwortet werden, da die Personen mit CSA keine nachweislichen Profile hyper- oder hyposexuellen Verhaltens aufwiesen.

Fasst man die gefundenen Ergebnisse hinsichtlich der forschungsanleitenden Fragestellungen: *„Zeigen sich Unterschiede in der Häufigkeit und dem Stresserleben in Assoziation zu sexueller Aktivität bei Menschen mit einem Hintergrund von sexuellem Missbrauch und ist sexuelle Aktivität dabei an sich als Stressor zu verstehen?“* und *„Zeigen sich dabei Unterschiede im Stresserleben, abhängig von der Häufigkeit der sexuellen Interaktionen?“* zusammen, so lässt sich abschließend sagen: Es konnten keine signifikanten Unterschiede in den interessierten Variablen, abhängig von dem Vorliegen von CSA festgestellt werden. Die subjektive wie absolute Häufigkeit sexueller Aktivität, bei den Versuchspersonen mit Hintergrund von CSA und auch Variablen wie Intimität wiesen keine signifikanten Abweichungen im Vergleich zur Gruppe ohne CSA auf. sexuelle Aktivität zeigt sich bei den Versuchspersonen mit Hintergrund von CSA nicht als Stressor und es können keine Unterschiede zwischen dem Stresserleben in zeitlicher Assoziation zu sexueller Aktivität zwischen Personen mit und ohne CSA festgestellt werden. Zudem können innerhalb der Gruppe der Personen mit Hintergrund von CSA keine Unterschiede im Stresserleben in zeitlicher Assoziation zu sexueller Aktivität festgestellt werden, abhängig vom Vorliegen von Hypersexualität, welche als extreme Häufigkeit von sexuellen Interaktionen operationalisiert wurde.

5.2 Betrachtung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse bezüglich der Stichproben und der einzelnen Hypothesen zusammen mit der Betrachtung der Einzelfallanalysen weiter ausgeführt und beleuchtet werden.

5.2.1 Stichprobe

Für die Analyse der Unterschiede zwischen Personen mit einem Hintergrund sexueller Traumatisierung wurde, wegen des überwältigenden Fokus der Forschungsarbeiten über sexuelle Traumatisierung auf Frauen, der konservative Weg, auch hier die aus ebenjener Forschung abgeleiteten Hypothesen nur an einer Auswahl weiblicher Probandinnen zU-Testen, gewählt. Eine weitere Aufteilung der Stichprobe in Versuchspersonen mit CSA-Erfahrung und ohne CSA-Erfahrung wurde durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass bei 9,4% der Versuchspersonen Erfahrungen mit sexuellen Traumata vorlagen und bei 3,1% gar schwere Ausprägungen von CSA zu finden waren, was den Anteil der Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen in dieser Stichprobe in eine ähnliche Größenordnung wie etwa bei Häuser et al. (2011) verortet.

Hinsichtlich der Angaben bezüglich hoher Wichtigkeit von sexueller Aktivität, der Zufriedenheit mit der eigenen Sexualität und der der hohen Werte in Zufriedenheit mit der

Beziehung schien die Stichprobe augenscheinlich zum Großteil sehr zufriedene Beziehungen zu führen und hohes Interesse an Sexualität zu haben. Dieser Fakt ist im Rahmen des Studiendesign möglicherweise nicht verwunderlich, ließe sich doch argumentieren, dass eine gewisse Offenheit gegenüber und ein gewisses Interesse an Sexualität Faktoren sein könnten, die die Wahrscheinlichkeit einer Studienteilnahme gegenüber Individuen mit geringerem Interesse und Offenheit bezüglich Sexualität erhöhen könnten. Auch ließe sich argumentieren, dass eine konsensuelle Teilnahme als Paar an einem doch fordernden Studiendesign, eine Bedingung darstellt, die die Teilnahme von Paaren in schwereren Phasen ihrer Beziehung, oder bei geringerer Kohäsion als Paar unwahrscheinlich macht und die Teilnahme von Individuen in glücklichen Beziehungen wahrscheinlicher erscheinen lässt.

Andererseits zeigte sich die Belastung durch chronischen Stress in dieser Stichprobe, verglichen mit den Normwerten weiblicher Studierender aus einer Erhebung von 2014 (DAK, 2014), als sehr hoch. Die Interpretation lässt sich auf keine der in der Studie verwendeten Ausschluss- oder Einschlusskriterien zurückführen und resultiert möglicherweise aus veralteten Normwerten.

Jedoch konnten die in dem EMA-Zeitraum berichteten Stresswerte diese subjektiv hohen chronischen Stresswerte nicht widerspiegeln, zeigten doch über die Hälfte der Werte der Messzeitpunkte und der Durchschnitt aller Probandinnen eine überwiegende Abwesenheit von Stress und eine geringe Varianz in den täglichen Stressempfindungen auf.

5.2.2 Hypothesen

In der ersten Hypothese war die Absicht, festzustellen, ob das Vorliegen von CSA, operationalisiert in Ausprägungen der CTQ-Subskala „Sexueller Missbrauch“, sich bei Frauen in extremeren Häufigkeiten sexueller Aktivität äußert. Dabei wurde das in der Literatur beschriebene bidirektionale Muster, von einerseits externalisierende Symptomatik mit erhöhtem sexuelles Risiko-/Impulsverhalten bis hin zu Hypersexualität und andererseits internalisierende Symptomatik mit sexuellen Funktionsstörungen, Hyposexualität, Aversion gegenüber sexuellen Stimuli, Vermeidungs- und Angstverhalten, als Grundlage der Annahmen genommen, dass die Bedeutung und Einstellung zu und absolute Häufigkeit sexueller Aktivität bei Frauen mit einem Hintergrund von CSA extremere Werte aufweisen würde, welche sich demnach in der Streuung ihrer Werte um den Erwartungswert signifikant von Personen ohne CSA unterscheiden würden. Es konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede in den Werten der Gruppe mit einem Hintergrund von CSA zu denen der Gruppe ohne einen Hintergrund von CSA gefunden werden, weswegen gesagt werden muss, dass sich das in der Literatur beschriebene Muster nicht replizieren konnte. Hypothese 1 muss also verworfen werden.

Die zweite Annahme folgte dem in der Literatur gefundenen Trend, der die im Rahmen der ersten Hypothese beschriebenen Muster an extremeren sexuellen Verhaltens über ein Modell der aversiven Aufladung sexueller Reize zu erklären versuchte. Demnach wurde vermutet, dass die in der Literatur beschriebene implizite Assoziation von Sexualität mit frühen negativen sexuelle Erfahrungen im Zusammenhang mit Missbrauch (Rellini, 2014), zu einem, im Gegensatz zu Frauen ohne CSA, höheren Stressempfinden in zeitlicher Assoziation mit sexueller Aktivität führt. Zwar zeigte sich eine geringe generelle Tendenz in generell höheren Stresswerten, vor und nach sexueller Aktivität bei der Gruppe mit einem Hintergrund von CSA, jedoch war die absolute Reduktion der Stressempfindung geringfügig größer als bei der Gruppe ohne einen Hintergrund von CSA. Auch zeigte sich ein leicht höherer Gesamtstress über alle Messzeitpunkte bei der Gruppe mit CSA. Jedoch waren alle diese Unterschiede nicht signifikant, weswegen die Hypotese 2 nicht bestätigt werden kann.

Hinsichtlich der dritten Hypothese, welche annimmt, dass bei Frauen mit einer Vorgeschichte von CSA, welche kein sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen, das Stresserleben in Assoziation zu sexueller Aktivität vom Stressempfinden von Frauen mit CSA die sexuelles Vermeidungsverhalten zeigen, abweicht, wurde vermutet, dass möglicherweise die Stressreaktionen auf sexuelle Aktivität Hinweise auf zugrundeliegende Unterschiede in der Verarbeitung sexualitätsbezogenen Geschehens liefern können. Hinsichtlich der hypersexuellen Ausprägung wurde vermutet, dass eine distinkte Abweichung zu dem Stressempfinden der hyposexuellen Subgruppe der CSA-Überlebenden festgestellt werden kann. Da die Personen mit CSA in der vorliegenden Stichprobe jedoch keine nachweislichen Profile hyper- oder hyposexuellen Verhaltens aufwiesen und in der Präsentation der konzeptionell mit Hypersexualität verbundenen Variablen eher unauffällig erschienen, konnte ein Vergleich der beiden Sexualitätsprofile und ihrer vermuteten Abweichungen hinsichtlich Stress bei sexueller Aktivität nicht durchgeführt werden. Hypothese 3 muss also als mit dem vorliegenden Probendinnenpool als nicht beantwortbar festgestellt werden.

Das Ausbleiben der vermuteten Datenmuster kann verschiedene Ursachen haben, die zum Teil im Studiendesign, der Auswahl der Instrumente und in der Auswahl der Proband*innen begründet sein können. Die im Licht der gesichteten Forschung möglichen Erklärungen für das Ausbleiben der erwarteten Ergebnisse werden im Folgenden diskutiert.

Die hier durchgeführte Studie fand im Gegensatz zu vielen der besprochenen Studien, nicht in einem vornehmlich Trauma untersuchendem Setting statt, was unter anderem die Auswahl der Stichprobe als dezidiert junge, geistig und körperlich gesunde (psychische Störungen stellen etwa einen Ausschlussgrund dar), in einer festen Langzeitpartnerschaft

lebende Studierende, mit einer hohen Offenheit und einem großen Interesse an Sexualität, von der Auswahl anderer Stichproben (etwa Zollman et al., 2013) unterscheidet. Folgt man der Argumentation der Studienlage, die das Vorliegen von CSA mit sexuell vermeidendem Verhalten verbindet (e.g. Staples et al., 2010), lässt sich möglicherweise argumentieren, dass die Schwere der CSA Fälle oder die Schwere der damit verbundenen Vermeidungssymptome geringer ausfallen sollte als in Studien, die ihren Fokus explizit auf sexuell traumatisierte Individuen abzielen. Diese Annahme, dass es sich bei den Individuen mit CSA nicht um symptomatische Fälle handeln könnte, würde auch durch die Beobachtung gestützt, dass die chronischen Stresswerte und die Stressreaktivität der Personen mit CSA nicht dem in der Literatur beschriebenen Muster folgt, welches berichtet, dass schwer traumatisierte Individuen höhere Stresswerte und stärkere Stressreaktivität aufweisen als der Populationsdurchschnitt.

Zudem ist die Prävalenz von schwer traumatisierten Personen möglicherweise durch eine abweichende Operationalisierung von CSA nicht mit den CSA-Überlebenden in anderen Studien vergleichbar. So wird in der vorliegenden Studie mittels des CTQ nach dem subjektiven Empfinden und der Einschätzung der Versuchspersonen hinsichtlich möglichen sexuellen Übergriffen gefragt („*Während meiner Kindheit und Jugend…glaube ich, sexuell missbraucht worden zu sein.“)*, was zwar die subjektive Natur des Traumas der Überlebenden mit berücksichtigt, dem gegenüber aber viele der zitierten Studien explizite und physische Übergriffe als Einschlusskriterium der Zuteilung in die Trauma Bedingung wählten *(„Has anyone ever forced you to have sex when you did not want this?“;* Leserman, Drossman, & Zi, 1995; *„"I have been undressed and have had my genitals and/or breasts touched when I did not want that to happen."* Meston et al., 1999).

Auch die distinkten Abweichungen des verwendeten Studiendesigns, namentlich dem EMA Paradigma, können auf verschiedene Arten zu einer Abweichung von den beschriebenen Erwartungen geführt haben. Die alltagsnahe Erhebung der interessierten Variablen (insbesondere sexuelle Aktivität) steht in konzeptueller Hinsicht Studien gegenüber, welche sich in ihrer Erhebung meist retrospektiven Methoden (etwa Meston et al., 1999) bedienten, welche die Gefahr von Erinnerungsverzerrungen, Über- oder Unterschätzungen von Häufigkeiten oder Intensitäten der erfragten Variablen und subjektiv gefärbte Einschätzungen bergen.

Viele Studien erheben etwa das Vorliegen von Hyper- oder Hyposexualität nicht auf Grundlage der Häufigkeit sexueller Aktivität oder dem absoluten Vorkommen sexueller Gedanken und Handlungen, sondern verwenden Selbsteinschätzungs-Fragebögen (Vaillancourt-Morel et al., 2016; Merrill et al., 2003). Auch muss erwähnt werden, dass die

Verwendung von zeitlich hochauflösenden Alltagsdaten und das Erheben der direkt auf reale sexuelle Aktivität folgender Reaktionen einen Ansatz darstellt, der von anderen Studien abweicht, die häufig auf Erinnerungsaktivierung, pharmakologische Stimulierung von sexueller Erregung, Präsentation von sexuellem Material oder andere Stimuli zurückgreifen, um Reaktionen auf sexuelle Reize zu erhalten (etwa Rellini et al., 2009; Berman, 2001). Demnach bietet die vorliegende Studie eine alltagsnahe Erhebung, welche ein realistischeres Bild der absoluten Häufigkeiten aufzeigt, dennoch führt genau diese Abweichung von früheren Studien zu einer geringeren Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Etwa zeigt sich bei dieser Studie, bei sehr homogenen Einschätzungen der Häufigkeit sexueller Aktivität bei allen Proband*innen, dennoch eine hohe Varianz der absolut gemessenen Häufigkeiten sexueller Interaktion, welche demnach aus einer rein subjektiven Erhebung sexueller Aktivität nicht abzuleiten wäre und ein Argument liefert, reale Häufigkeitsdaten bezüglich sexueller Aktivität als genauere Art der Erhebung zu wählen.

Nicht nur Erinnerungsverzerrungen könnten eine Folge dfür sein, dass die Ergebnisse anderer Studien von dieser Studie abweichen. Insbesondere Themen die Sexualität betreffen sind anfällig für Verzerrungen durch sozial erwünschtes Antwortverhalten (King et al., 2019). Gerade in der Stichprobe der Frauen, die in diesem Bereich immer noch mit Geschlechternormen zu kämpfen haben (Gibbons, & Luna, 2015), ist bei reinen Selbstberichts Fragen mit verzerrten Antworten hinsichtlich sexuellen Aktivitäten zu rechnen (Meston et al., 1998, Andersen, & Cyranowski, 1994).

In der Vergangenheit hat die Forschung zwar erfolgreich Argumente und Ergebnisse gesammelt, die hauptsächlich eine gemeinsame Bewegung sowohl der subjektiven als auch der neuroendokrinen Stressreaktion beschrieb (Kudielka et al., 2009). Es gibt jedoch immer diversere Ergebnisse bezüglich der Kohärenz zwischen den neuroendokrinen und subjektiven Stressreaktionen, was auf eine komplexe Beziehung hindeutet (Campbell und Ehlert, 2012; Andrews et al., 2013). Obwohl signifikante Korrelationen von subjektiven mit objektiven Stress nachgewiesen werden konnten (Föhr et al., 2015), zeigte insbesondere die gemeinsame Betrachtung der in unserer Stichprobe erhöhten selbstberichteten chronischen Stresswerte mit einem insgesamt sehr geringen Stressempfinden über alle Messzeitpunkte hinweg die Möglichkeit auf, dass eine begleitende objektivere, weniger auf situativen und persönlichen Stresswahrnehmungsprozessen aufbauende Erhebung von Biomarkern wie Cortisol, möglicherweise ein differenzierteres Bild, mit hochauflösenderer Varianz des Stressverlaufs im täglichen Stresslevel liefern könnte. Dieses könnte etwa aufdecken, inwieweit eine sich unterscheidende Stresswahrnehmung für die, zwischen Personen mit und ohne CSA nicht

divergierenden, subjektiven Stresswerte um sexuelle Aktivität herum, verantwortlich sein könnte, wie es etwa Pierrehumbert et al. (2012) hinsichtlich der Dissoziation von biologischer und subjektiver Stressantwort, unter dem Vorliegen verschiedener Bindungsstile bei Erwachsenen feststellen konnten.

Der wahrscheinlich jedoch zentralste Punkt findet sich in dem Fakt, dass die Anzahl der Probandinnen, die überhaupt sexuelle Übergriffe angaben, nur bei 10% ($n=6$) lag und schwere sexuelle Traumatisierung nur bei zwei der Probandinnen vorkam. Dies stellt insofern eine große Einschränkung der Interpretierbarkeit und Generalisierbarkeit der Daten dar, da Unterschiede in den Variablen der Testpersonen so sehr starken Effekten unterworfen sein müssten (G-Power: bei den vorliegenden Gruppengrößen bei einem U-Test ungefähr ein Cohens $d = 0.9$ also einen sehr starker Effekt), um sich überhaupt als signifikante Unterschiede in den Daten niederzuschlagen. Insbesondere kann zudem ein Teil der Abwesenheit von Individuen mit hypersexueller Charakteristik, durch die Ergebnisse von Vaillancourt-Morel et al. (2016) erklärt werden, welche besagen, dass die sexuellen Symptomprofile von Erwachsenen mit einem Hintergrund von CSA möglicherweise je nach Beziehungsstatus variieren, wobei hypersexuelle Ausprägungen vornehmlich bei Singles gefunden wurden und bei Personen in festen Beziehungen, welche auch die vorliegende Stichprobe konstituieren, sich eher vermeidend-hyposexuelle Ausprägungen nachweisen ließen, wie es sich auch in der vorliegenden Stichprobe, die nur auch Paaren bestand, zeigte.

Alles in allem kann argumentiert werden, dass das Ausbleiben der erwarteten Effekte verschiedene Ursachen haben kann, die zum Teil im Studiendesign, der Auswahl der Instrumente und in der Auswahl der Proband*innen begründet sein können. Zum anderen jedoch zeigen sich selbst in den gesichteten Studien sehr heterogene Ergebnisse, die weder hinsichtlich der Wirkung von CSA auf das Erleben von Stress in Bezug auf sexuelle Stimuli noch bezüglich der Abweichungen im sexuellen Verhalten und Erleben, eindeutige Zusammenhänge feststellen.

Es muss klar gemacht werden, dass auch in den Studien der der bisherigen Forschung zu CSA, Stress und sexuellen Variablen, abhängig von Studiendesign, Stichprobe und Operationalisierung der Variablen, ein sehr heterogenes Bild gezeichnet wurde. Schon die extreme Polarität von hypersexueller Konzeptionen von CSA bis hin zu hyposexueller Symptomatik, zusammen mit uneindeutigen Hinweisen auf entweder erhöhte oder verringerte Stresslevel, zeigen auf, dass es kein einheitliches Bild hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen CSA, Stress und Sexualität gibt und weitere Studien mit spezifischerer Auswahl von Proband*innen Instrumenten und Fragestellung notwendig sind.

Das Ausbleiben eindeutiger Ergebnisse ist demnach nicht ungewöhnlich, sondern reiht sich vielmehr in die Variabilität bisheriger Forschungsergebnisse zum Thema Stress, Sexualität und CSA ein.

5.2.3 Einzelfälle

Zuletzt wird diskutiert, wie die Daten der Einzelfälle analysiert werden können, um Tendenzen und Anregungen für die weitere Forschung an den Zusammenhängen von CSA, Stress und sexuellen Variablen zu veranschaulichen. Hierfür wurden Einzelfälle innerhalb der Gruppe von CSA betroffenen Personen ausgewählt, die zur genaueren Betrachtung der in den Hypothesen genannten Aspekten besonders gut geeignet waren. Insbesondere wurden drei Versuchspersonen mit zum Erkenntnisinteresse besonders passenden hohen Ausprägungen an sexuellem Missbrauch ausgewählt. Dabei wurde vermutet, dass bei höheren Ausprägungen von CSA die Auswirkungen von CSA hinsichtlich Hyper- oder Hyposexualität besonders augmentiert seien, wie es etwa Vaillancourt-Morel et al. (2014) feststellen konnten.

Diese Auswahl erlaubte es, sowohl die Einordnung der Einzelfälle zur Gesamtstichprobe vorzunehmen als auch innerhalb des Ausmaßes des sexuellen Missbrauchs zu differenzieren. Dabei muss klar sein, dass wenn es auch aufgrund der geringen Anzahl an Personen nicht möglich ist, systematische Abweichungen zu generalisieren, zumindest spezifische Tendenzen berichtet werden können und somit Auffälligkeiten in der Struktur der Daten der drei Einzelfälle möglicherweise als Ansatzpunkte für weitere systematischere Untersuchungen genutzt werden können.

Insgesamt zeigt es sich als auffällig, dass keine der die Charakteristika von schwerem CSA erfüllenden Versuchspersonen das Profil von Hypersexualität erfüllt. Hierbei konnten verschiedene Indizien auf hypersexuelle Symptomatik aus der Forschung über hypersexuelles Verhalten bei CSA betrachtet werden, etwa typischerweise in Häufigkeit und/oder Intensität verstärktes sexuelles Verhalten (Pornografie, Geschlechtsverkehr etc.; Slavin et al., 2020), extreme Beschäftigung mit Sexualität (Kafka, 2010), eine größere absolute Anzahl bisheriger Sexualpartner*innen (Merrill et al., 2003) und früheres Alter des ersten Geschlechtsverkehrs (Wilsnack et al., 2004). Keiner dieser Indikatoren war bei den Einzelfällen vom Durchschnitt der Gesamtstichprobe abweichend, weswegen das Vorliegen einer hypersexuellen Ausprägung von CSA bei den untersuchten Frauen mit CSA unwahrscheinlich scheint.

Tatsächlich aber lässt sich auch die hyposexuelle Präsentation von CSA in den Werten der Einzelfälle nicht stringent argumentieren. So geben zwar die schwerer sexuell traumatisierten Versuchspersonen (Tp. 1 und Tp. 2) im Vergleich zu der schwächer sexuell traumatisierten Tp. 3 eine relativ gesehen weniger hohe Wichtigkeit von Sexualität an und

liegen in dieser Dimension auch unter der Mehrzahl der Nennungen der Gesamtstichprobe, jedoch beschreiben auch sie Sexualität als „Wichtig“. Auch die absoluten Häufigkeiten sexueller Aktivität liegen bei den Einzelfällen unter dem Durchschnitt der Gesamtstichprobe, jedoch sind die Abweichungen nicht ansatzweise auffällig.

All dies steht möglicherweise im Einklang mit früheren Feststellungen, die besagen, dass PTBS-Symptome und nicht die Trauma-Exposition sexuelle Symptome vorhersagten (Laam & Grossman, 1997) und so diese Stichprobe, in der vornehmlich psychisch gesunde Proband*innen rekrutiert wurden, kaum Fälle von CSA enthalten sollte, welche dem hyper- oder hyposexuellen Typus genügen. Dennoch konnten generelle leichte Unterschiede zwischen den Einzelfällen und zwischen den Einzelfällen und der Gesamtstichprobe beobachtet werden, die im Folgenden betrachtet werden.

Hinsichtlich des Alters des ersten Geschlechtsverkehrs gaben alle Einzelfälle Werte der außerhalb der ersten SD um den Durchschnitt der GSP an. Jedoch lässt sich keine generelle Tendenz bezüglich der Richtung dieser Abweichung formulieren. Dennoch zeigt es eine gewisse Ähnlichkeit zu den Ergebnissen von Lacelle et al. (2012) und Fergusson, Horwood und Lynskey (1997), welche das Alter erster konsensueller sexueller Aktivitäten bei Frauen mit CSA als entweder jünger oder älter als das Durchschnittsalter der Frauen ohne CSA fanden.

Bezüglich der Fragen und EMA-Erhebungen betreffend der (partnerschaftlichen) Intimität konnte man feststellen, dass die Testpersonen alle angaben, sowohl „*häufig*“ bis „*sehr häufig*“ Zärtlichkeiten auszutauschen und mit der Häufigkeit dieser Zärtlichkeiten „*zufrieden*“ zu sein. Damit liegen alle Testpersonen innerhalb der Werte der GSP. Die erlebten Zärtlichkeiten wurden von Tp. 1 als „*Weniger intensiv*“ von Tp. 2 als „*intensiv*“ und von Tp. 3 als „*intensiv*“ beschrieben, wohingegen der Durchschnitt der GSP die erlebte Intimität als „*eher intensiv“* beschrieb. Dies zeigt ein anderes Bild als etwa Jacob und Veach (2005), welche insbesondere beschrieben, dass Personen mit CSA sexuelle Aktivität als weniger intim erleben und wie Leonard und Follette (2002) zeigen konnten, Schwierigkeiten haben, Intimität im physischen Kontakt mit der*dem Partner*in zu erleben. Lediglich Tp. 1, mit den höchsten Werten an Traumatisierung sowie CSA, mit der Aussage Zärtlichkeiten als „*Weniger intensiv*“ zu erleben, scheint in diesem Muster erklärt werden zu können. Tatsächlich beschreiben nur weniger als 20% der Versuchspersonen eine geringere erlebte Intensität von Zärtlichkeiten.

Die erhobenen Werte des EMA-Abfragezeitraums konnten zeigen, dass alle Werte der Einzelfälle bezüglich der Gesamtanzahl sexueller Aktivität zwar innerhalb einer SD um den Durchschnitt der GSP lagen, wobei jedoch zu bemerken ist, dass alle Werte unter dem Durchschnitt der absoluten Häufigkeit sexueller Aktivität in der GSP lagen, sich aber kein

Trend hinsichtlich der Stärke der sexuellen Traumatisierung zeigte. Dieses Muster entsprach teilweise den Aussagen von Vaillancourt-Morel et al. (2016), welche beschrieben, dass Personen mit CSA insbesondere, wenn diese dem hyposexuellen Spektrum zuzuordnen sind, geringere Häufigkeiten sexueller Aktivität aufzeigen.

Zu den Stress-Ergebnissen: es konnte festgestellt werden, dass der chronische Stress der Einzelfälle, bis auf Tp. 1, unterhalb der ersten SD des durchschnittlichen chronischen Stresslevels der Stichprobe lag. Beide andere Einzelfälle lagen unterhalb des Durchschnitts. Dies korrespondiert mit den Studien von Agorastos et al. (2019; 2018), welche eine stärker und leichter aktivierbare und persistentere Stressreaktion bei Individuen mit CSA argumentiert haben. Berücksichtigt man die Ergebnisse von Trickett et al. (2010), die eine Abschwächung der Stresslevel bei Frauen mit einem Hintergrund von CSA nachwiesen, jedoch zeigen konnten, dass die (Cortisol) Stresslevel in zeitlicher Nähe zu dem Traumaereignis anfänglich signifikant höher sind, lässt sich diese Beobachtung vielleicht dadurch erklären, dass die ursprünglich traumatischen Erfahrungen möglicherweise schon weiter in der Vergangenheit liegen. Dies kann durch unsere Daten nicht geprüft werden, da nur das Vorhandensein sexueller Traumatisierung in der Kindheit erhoben wurde. Auch das im EMA erhobene Stressbefindlichkeiten, zeigte eine Tendenz, bei der die Einzelfälle tendenziell mit steigender Ausprägung an CSA erhöhte durchschnittliche Stresswerte angaben, welche zudem auch über den durchschnittlichen Stresswerten aller Versuchspersonen lagen. Diese Befunde liegen auf einer Linie mit Agorastos et al. (2019), zeigen jedoch eine spezifische Abweichung mit den kürzlichen Ergebnissen von Baker et al. (2020) welche nachweisen konnten, dass CSA zwar zu höheren Stressleveln und einer höheren Anzahl von Stressoren im Erwachsenenalter einhergeht, jedoch das subjektive Stressempfinden und auch die subjektiven Stressreaktionen auf diese Stressoren von Personen mit CSA als nicht eleviert verglichen mit Personen ohne CSA feststellen konnten.

Die durchschnittliche Stressreduktion der Einzelfälle um sexuelle Aktivität herum lag über der durchschnittliche Stressreduktion der Gesamtstichprobe, unabhängig von der Schwere des/der Traumata. Dieses Ergebnis überrascht insofern, dass es der Studienlage, die vornehmlich stressauslösende Effekte sowohl auf sexueller Stimuli, sexuelle Assoziationen, sexuelle Erregung und sexuelle Aktivitäten bei Personen mit CSA beschreibt, ein Bild entgegenstellt, bei dem bei den Einzelfällen nach sexueller Aktivität nicht nur durchschnittlich ein geringerer Stresslevel vorzufinden ist als vor der sexuellen Aktivität, sondern dieser Unterschied sogar ausgeprägter als bei den Personen der Gesamtstichprobe.

Die Überprüfung der untersuchten Hypothesen bedarf also in jedem Fall einer stärker auf die Thematik der sexuellen Traumatisierung ausgelegten Stichprobe, bei der die CSA interne Varianz der sexuellen Verhaltensweisen ausreichend ist, um Personen mit den Profilen der Hyper- und Hyposexualität überhaupt erst klar identifizieren zu können. Zudem müsste dem Fakt Rechnung getragen werden, dass möglicherweise nicht die sexuelle Traumatisierung selbst, sondern die daraus resultierende klinische Symptomatik der PTBS oder kPTBS (Laam & Grossman, 1997) für gravierende Abweichungen im Verhalten verantwortlich gemacht werden können. Es ist also zu empfehlen eine Studie ähnlichen Aufbaus mit einer stärkeren Ausrichtung auf klinische Fälle durchzuführen, welche zu gleichen Teilen Individuen ohne jegliche Erfahrung von CSA, Individuen mit Erfahrungen hinsichtlich CSA, jedoch ohne PTBS Symptomatik und Individuen mit CSA und PTBS auf die in dieser Studie formulierten Zusammenhänge untersucht, welche dann erst erlaubt generalisierbarere Antworten auf die Frage geben zu können: „Wie stehen (frühkindlicher) sexueller Missbrauch und sexuelles Verhalten und Erleben in Zusammenhang?“

5.3 Reflexion über die Forschungsarbeit

In der beschriebenen Arbeit wurde der Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und Sexualität und Stress, mittels alltagsnaher ereigniskorrelierten Stressempfindungs-Erhebungen unter der Fragestellung „Wie stehen (frühkindlicher) sexueller Missbrauch und sexuelles Verhalten und Erleben in Zusammenhang?“, untersucht. Die Wahl des Untersuchungsdesigns und die alltagsnahe Betrachtung des Phänomens Sexualität stellen dabei einen großen Fortschritt hinsichtlich der Validität der erhobenen Merkmale im Vergleich zu bisherigen Forschungen dar.

Zudem erlaubt der Aufbau der vorliegenden Studie den direkter Vergleich der Stressreaktionen von traumatisierten und nicht traumatisierten Personen in einer alltagsnahen Erhebung und ermöglicht die Messung der direkten zeitlichen Auswirkungen von realer sexueller Aktivität im Alltagskontext der untersuchten Personen, was einen großen Vorteil gegenüber retrospektiven oder indirekten Erhebungsmethoden darstellt. Der Fokus auf sowohl gesunde und funktionale Personen erlaubt insbesondere nicht nur die Untersuchung dysfunktionaler Sexualität im Rahmen von Traumatisierungen, sondern ermöglicht es insbesondere die subklinischen Veränderungen von Sexualität in Abhängigkeit von CSA zu beschreiben. Auch ermöglicht es die breite längs- und querschnittliche Erhebung sowohl von Verhaltens- und einstellungsbezogenen Variablen und dem Erleben der Versuchspersonen, ein vollständigeres Bild der Zusammenhänge von Verhalten und Erleben hinsichtlich der gelebten und erlebten Sexualität von Personen mit und ohne Hintergrund sexueller Traumatisierung zu

beobachten. Im Folgenden sollen die möglichen Stärken und Schwächen der Studie differenzierter betrachtet werden.

5.3.1 Studiendesigns und Messverfahren

Es lässt sich sagen, dass der große Vorteil der aktuellen Studie ist, dass sie als eine der ersten Studien über den Zusammenhang von Missbrauch und Sexualität ambulante Daten mit ereigniskorrelierten Stressempfindungsmessungen bieten kann, was die einzigartige Möglichkeit liefert, den zeitlichen Verlauf des dynamischen Phänomens Stress hinsichtlich sexueller Aktivität zu verfolgen. Eine weitere Stärke ist, dass durch die über 14-mal sechs Messzeitpunkte ein verlaufsorientiertes Bild des durch die Stressempfindungsmessungen gezeichneten Stresslevels und anderer interessierter Variablen abgebildet werden kann, welches der Dynamik der sich schnell verändernden und zeitlich abhängigen Stressreaktion gerecht werden kann und somit einen reliablen Eindruck der Stresswerte im zeitlichen Verlauf geben kann.

Jedoch hat der Ansatz, im Gegensatz zu Laborbedingungen, auch seine Problematiken, da in der Verwendung von natürlichen Untersuchungsumgebungen eine umfassende Kontrolle von Störvariablen nicht möglich ist. Die Unmöglichkeit des Ausschlusses von Alternativerklärungen für die beobachteten Verhaltens und Erlebensmuster, resultiert daher in einer eingeschränkten internen Validität. Dennoch kann auch bei dem Ambulanten Assessment nicht sichergestellt werden, dass nicht andere Variablen, wie etwa verstärkte Selbstbeobachtung oder Erwartungsdruck Einfluss auf die Selbsteinschätzungen, Häufigkeiten und Intensität des beobachteten Verhaltens und die Stressempfindungen haben. Die Unnatürlichkeit der begleitenden Erhebung muss in jedem Fall berücksichtigt werden, wobei mögliche Verfälschungen durch die Erhebungssituation mit zunehmender Untersuchungsdauer abnehmen dürften.

Die Erfassung der Sexualität im Alltag muss als klarer Vorteil gewertet werden, das sie ein facettenreiches Bild der Sexualität ermöglicht und im Gegensatz zu früheren Studien, die häufig auf Erinnerungsaktivierung, pharmakologische Stimulierung von sexueller Erregung, Präsentation von sexuellem Material oder andere Stimuli zurückgreifen um Sexualität zu untersuchen, eine alltagsnahe Erhebung ermöglicht, welche ein realistischeres Bild der absoluten Häufigkeiten und ein differenzierteres Bild der im Alltag gelebten Sexualität aufzeigt.

Zur retrospektiven Erfassung der Traumatisierung in der Kindheit wurde der CTQ (Bernstein & Fink, 1998) verwendet, welcher als ein reliables und valides Instrument der Erfassung von CSA gilt und sich als ökonomisches und vielfältig einsetzbares Messinstrument bewährt hat. Jedoch erhebt dieser Fragebogen viele Details der Traumatisierung nicht. So

werden etwa viele Aspekte der Traumatisierung, die in der Forschung als entscheidend für die Konsequenzen der Traumatisierung angesehen werden, wie etwa die Beziehung zum/r Täter*in, die Anzahl der traumatisierenden Situationen, die Dauer und der Zeitpunkt des Missbrauchs, nicht abgefragt. Die Verwendung eines somit als eher Screening ähnlichen Instruments erklärt sich zum Teil dadurch, dass die Untersuchung nicht vorrangig auf die Untersuchung von Trauma konzipiert war und eher das grundlegende Vorliegen von Traumatisierungen als Einflussfaktor festgestellt werden sollte. Auch ist diese Art der Erhebung von Traumatisierungen als anfällig für Fehlattributionen, Suggestibilität und Erinnerungsverzerrungen zu beachten (Wingenfeld et al., 2010).

5.3.2 Stichprobe

Die gepoolte Stichprobe zweier vom Rekrutierungsvorgang identischer Forschungsunterfangen in Wien und Marburg bestand aus 124 Personen. Positiv zu beachten war von Anfang an, dass beiden Geschlechter zu gleichen Teilen vertreten waren, was eine validere Betrachtung der untersuchten Phänomene ermöglicht. Für die vorliegende Fragestellung wurden jedoch, da in der gesichteten Forschungsliteratur vorrangig Aussagen über die Folgen von CSA bei Frauen berichtet wurden, nur die Daten der 63 untersuchten Frauen betrachtet. Die dadurch geringere Anzahl von Untersuchungspersonen und die weitere Reduktion der Gruppengröße der Teilstichprobe der Personen mit CSA, führte zu einer geringeren statistischen Power, welche wahrscheinlich vorrangig dazu führte, dass die erwartete Effekte teilweise nicht gefunden wurden.

Die teilweise sehr strengen Einschlusskriterien sorgten zwar dafür gewisse personenbezogene Störvariablen zu kontrollieren, führten aber auch dazu, dass die Stichprobe in hohem Ausmaß selektiv ist. Die Eingrenzung auf junge gesunde Menschen, die einen hohen Bildungsgrad besitzen und in einer glücklichen Partnerschaft sind, schränkt die Interpretierbarkeit und Generalisierbarkeit der Ergebnisse erheblich. Zudem muss beachtet werden, dass, da das Thema der Studie den Teilnehmer*innen bekannt war und ein offener Umgang mit Sexualität und eine hohe Zufriedenheit mit dem Sexualleben, argumentierbar eine Wahrscheinlichkeit der Teilnahme erhöhen (Siehe Kapitel *5.2.1 Stichprobe*), was sich als Selektion der Teilnehmenden auswirken könnte, welche wiederum die Interpretierbarkeit der Ergebnisse reduzieren und das Ausbleiben der erwarteten Effekte erklären könnte.

Die Eigenschaft der Studie, nicht zentral auf die Untersuchung traumatisierter Menschen ausgerichtet zu sein, könnte zu einer geringen Varianz hinsichtlich der Schweregrade der Traumatisierung führen. Auch durch das Ausschlusskriterium nur psychisch gesunden Proband*innen zu inkludieren ist anzunehmen, dass Personen mit sehr schwerwiegenden

traumatischen Erlebnissen von vornherein ausgeschlossen wurden. Diese Faktoren führen bei der vorliegenden Stichprobe, insbesondere bei den hohen Werten des CTQ zu einer sehr geringen Varianz und allgemein zu einer geringeren Personenanzahl mit einem Hintergrund schwerer sexueller Traumatisierung.

Zuletzt muss die gezielte Selektivität der Stichprobe auf heterosexuelle Paare und somit der Ausschluss homosexueller Paare als Einschränkung und als kritischer Aspekt des Studiendesigns angemerkt werden. Zwar kann diese Ausrichtung unter dem Ziel, Störvariablen konstant zu halten, als sinnvoll argumentiert werden. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass der nachgewiesene systematische Ausschluss diverser sexueller Ausrichtung und die Betrachtung von Heterosexualität als Norm, die Wahl der Forschungsperspektiven in einer nicht objektiven Weise einschränkt, systematisch Populationen übersieht und letztlich in der Gesellschaft vorherrschende heteronormative Sichtweisen reproduziert (Barker, 2007). Zukünftige Studien müssen, um dem zu begegnen, auch Personen mit abweichenden sexuellen Ausrichtungen berücksichtigen (Andersen, & Zou, 2015).

5.4 Ausblick und Implikationen

Die Reflexion über die Stärken und Schwächen der Forschungsarbeit und die Betrachtung der Ergebnisse ermöglicht es einen Ausblick auf weitere Forschung und eine mögliche Integration der Implikationen in die klinische Praxis zu geben.

5.4.1 Forschung

Die Untersuchung einer breiter angelegten Stichprobe könnte die Aussagekraft zukünftiger Studien verbessern. So würde etwa ein Einschluss von Personen unterschiedlicheren Alters, Aussagen über den zeitlichen Verlauf der Folgen sexueller Traumata erlauben und etwa die Dynamik der Anpassung an die Konsequenzen von CSA als graduelle Adaption, Stagnation in stabilisierter dysfunktionaler Anpassung oder zunehmender Eskalation beschreibbar machen. Auch könnte so untersucht werden, ob die bidirektionale Ausprägung der Symptomatik in Folge von CSA möglicherweise einen phasenhaften Charakter zeigt, bei dem etwa eine in zeitlicher Nähe zum Trauma zu beobachtende anfängliche Externalisierung, letztlich in einer hyposexuellen Ausprägung mündet oder vice vers.

Auch explorative Analyse von Männern wäre im Rahmen dieser Thematik ein fruchtbares Feld, einerseits um diese hinsichtlich sexueller Traumatisierungen untererforschte Population besser zu betrachten, andererseits um herauszufinden, ob das bipolare Muster von Externalisierung/ Internalisierung auch in dieser Population vorherrscht. Auch die Stressreaktionen in zeitlicher Nähe zu sexueller Aktivität sind in dieser Personengruppe noch

nicht ausreichend beleuchtet worden, geschweige denn hinsichtlich des Vorliegens von CSA betrachtet worden.

Der Partnerschaftsstatus wurde in dieser Stichprobe homogen als „in einer festen Paarbeziehung“ gehalten. Dies ist insofern als eine Reduktion der möglichen Varianz an Ausprägungen von CSA zu betrachten, scheinen doch Ergebnisse neuerer Forschung darauf hinzuweisen, dass sich die Folgen von CSA je nach Partnerschaftsstatus zu unterscheiden scheinen und gar die Wahrscheinlichkeit bestimmte sexuelle Symptome anzutreffen, je nachdem, ob die betroffene Person sich in einer Partnerschaft befindet oder nicht, signifikant variieren kann. Auch die Verringerung der Varianz an möglichen Ausprägungen und Schweregraden von CSA durch die Einschränkung auf glückliche, sexuell offene Paare, die mit ihrer Sexualität zufrieden sind, stellt eine Vereinfachung der Situation dar, die in weiteren Studien aufgebrochen werden muss, um ein valideres Bild zu erhalten.

Der Fokus auf funktionale, nicht klinisch auffällige Personen, der in dieser Studie getroffen wurde, mag für das Ausbleiben einiger der erwarteten Effekte ursächlich sein, eine Ausweitung auf stärker von Traumatisierungen betroffenen Populationen, vor allem auch mit klinischen Symptomen, wäre vermutlich in der Lage ein vollständigeres Bild auf die sexuellen Folgen von CSA zu geben. Gerade ob die sexuelle Traumatisierung auch ohne klinisch auffällige PTBS bereits zu Einschränkungen und Veränderungen in der Sexualität von Personen mit CSA führt, ist erst so wirklich zu betrachten. Gerade diese Differenzierung zwischen CSA-Überlebenden mit und ohne PTBS könnte so einen entscheidenden Einblick in die Folgen von CSA auf die Sexualität erwachsener CSA-Überlebender geben. Dem folgend könnte eine stärkere Differenzierung der Erhebung hinsichtlich der Art und Umstände des Traumas, wie etwa die Erfragung der Beziehung zum*r Täter*in, die Anzahl der traumatisierenden Situationen und die Dauer und der Zeitpunkt des Missbrauchs, Licht auf die unterschiedlichen Folgen und Verläufe von Traumafolgen werfen.

Darüber hinaus könnte eine genauere Erfragung von Variablen, die mit den von Vaillancourt-Morel et al. (2015) beschriebenen Ausprägungen externalisierender oder internalisierender sexueller Symptomatik korrespondieren, eine vollständigere Beschreibung der Personen mit einem Hintergrund von CSA entlang des Kontinuums von Hypo- zu Hypersexualität ermöglichen, welche für eine differenzierende Betrachtung der unmittelbaren Stressveränderungen im Kontext sexueller Aktivität unumgänglich ist und in dieser Studie leider nur unzureichend möglich war.

Obwohl signifikante Korrelationen von subjektiv empfundenen mit objektiven biologisch gemessenem Stress nachgewiesen werden konnten (Föhr et al., 2015), reicht die

alleinige Betrachtung von subjektivem Stressempfinden, ohne die Hinzunahme von biologischen Stressmarkern möglicherweise nicht aus. Eine begleitende objektivere, weniger auf situativen und persönlichen Stresswahrnehmungsprozessen aufbauende Erhebung von Biomarkern wie Cortisol ergäbe eventuell ein differenzierteres Bild. Dieses wäre zudem in der Lage, nicht nur die absoluten Unterschiede in Stressempfindungen und biologischen Stressleveln zwischen Personen mit und ohne CSA festzustellen, sondern könnte auch dazu beitragen mögliche Unterschiede in der subjektiven Wahrnehmung und Interpretation von biologischem Stress aufzudecken.

5.4.2 Praxis

Die vorrangige Aufgabe und das größte Potential erfüllen Arbeiten wie diese bei der Kreierung von neuem Wissen. Jedoch ist jedes Wissen ohne Sinn und Wert, wenn nicht die gelebte Realität der Menschen, die in der von diesem Wissen beschriebenen Welt leben müssen, durch die Anwendung der Erkenntnisse verbessert wird.

Die vermutete tiefgreifende Veränderung der Sexualität von CSA betroffenen Personen mag als Nebensache eines größeren Diskurses zu den Folgen von sexuellen Traumatisierungen betrachtet werden, jedoch ist eine Berücksichtigung dieses Aspekts für die betroffenen Personen gerade wegen der vermuteten Scham, den aversiven Gefühlen und dem Vermeidungsverhalten eine unumgängliche Notwendigkeit. Ansonsten droht die Traumatisierung als Färbung von Sexualität als Nachhall der Erfahrung noch lange nach dem eigentlichen Geschehen zu einem Quell von Stress, Revitalisierung und Beziehungsproblemen zu werden und den Betroffenen das salutogenetische Potential positiver intimer Beziehungserfahrungen zu nehmen. Demnach ist eine wesentliche Implikation der Arbeit für die Praxis traumatherapeutisches Handeln nicht von sexualtherapeutischer Arbeit zu trennen, sondern beide als eine interagierende Synergie zu betrachten und zu sehen, dass gerade bei sexuell traumatisierten Personen das Erkennen und die Behandlung der sexuellen Symptome eine zentrale Rolle einnimmt.

Denn gerade, wenn die zugrundeliegende Bedeutung der sexuellen Aversion nicht erkannt wird und ungesehen der traumatischen Erfahrung zu schnell und konfrontierend gearbeitet wird, können die aversive Aufladung der sexuellen Reize verstärkt und dadurch sexualitätsbezogene Ängste aufrechterhalten werden. Gerade hier kann im Sinne einer Psychoedukation das in Arbeiten wie diesen zusammengetragene Wissen eine wichtige Rolle spielen, die Erklärung der Prozesse, um die stressbelastete Erfahrung von Sexualität zu vermitteln und Betroffenen zu helfen ihre eigenen psychischen Vorgänge zu verstehen, um sexuelle Bedürfnisse unabhängig von traumatischen Assoziationen zu erfahren und

Stresserfahrungen richtig zuzuordnen. Eine differenzierte Wahrnehmung und ein Verständnis der eigenen Sexualität können so zu einem höheren sexuellen Wohlbefinden beitragen und auch problematische Aspekte von Beziehungen verbessern. Gerade bezüglich der Paarbeziehung kann das verständlich machen der Auswirkungen von CSA auf die Sexualität eine offene und fördernde Kommunikation zwischen den Partner*innen über die gemeinsame Sexualität überhaupt erst ermöglichen (Tardif-Williams et al., 2017).

Menschen mit CSA zeigen sehr heterogene Symptome, insbesondere hinsichtlich der Ausprägungen ihrer Sexualität. Die unterschiedlichen Symptomprofile und die bidirektionalen Extreme hinsichtlich Sexualität, die in dieser Population gefunden werden, erfordern ein genaues Verständnis der Prozesse und Reaktionen, die bei den unterschiedlichen Typen zu der Präsentation von sowohl hyper- wie hyposexueller Symptomatik führen. Gerade das Verständnis und die Einbindung der Größe Stress in die Behandlungs- und Ätiologie Konzepte könnte im Einzelfall zur spezifischeren Entwicklung therapeutischer Verfahren beitragen, die auf die Dynamiken distinkter Unterpopulationen der CSA-Überlebenden abzielen (Vaillancourt-Morel et al., 2015).

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.

Adams-Clark, A. A., Rosenthal, M. N., & Freyd, J. J. (2019). Out-of-body experience: Sex-based harassment linked to general dissociation, sexual dissociation, and sexual communication. Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal, 39(1), 38-52.

Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G. P., & Baker, D. G. (2019). Developmental trajectories of early life stress and trauma: a narrative review on neurobiological aspects beyond stress system dysregulation. Frontiers in psychiatry, 10, 118.

Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G. P., & Kolaitis, G. (2018). Early life stress and trauma: developmental neuroendocrine aspects of prolonged stress system dysregulation. Hormones, 17(4), 507-520.

Ali, N., & Nater, U. M. (2020). Salivary alpha-amylase as a biomarker of stress in behavioral medicine. International journal of behavioral medicine, 27(3), 337-342.

Al-Nuaimy, K. M., Al-Hamdani, I. H., & Tawfik, N. O. (2012). Effect of stress on the composition and flow rate of saliva. Al-Rafidain Dental Journal, 12(1), 66-70.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.

Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. Journal of personality and social psychology, 67(6), 1079.

Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. Journal of personality and social psychology, 67(6), 1079.

Andersen, J. P., & Zou, C. (2015). Exclusion of sexual minority couples from research. Health Science Journal, 9(6), 1.

Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., & Swanston, H. (2004). Child sexual abuse. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease

attributable to selected major risk factors. Geneva: World Health Organization, 1851-1940.

Andrews, J., Ali, N., & Pruessner, J. C. (2013). Reflections on the interaction of psychogenic stress systems in humans: The stress coherence/compensation model. Psychoneuroendocrinology, 38(7), 947-961.

Arriola, K. R., Louden, T., Doldren, M. A., & Fortenberry, R. M. (2005). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. Child abuse & neglect, 29(6), 725-746.

Baker, M. R., Nguyen-Feng, V. N., Nilakanta, H., & Frazier, P. A. (2020). Childhood maltreatment predicts daily stressor exposure in college students but not perceived stress or stress reactivity. Journal of Counseling Psychology, 67(1), 79–89.

Bak-Klimek, A., Karatzias, T., Elliott, L., Campbell, J., Pugh, R., & Laybourn, P. (2014). Nature of child sexual abuse and psychopathology in adult survivors: results from a clinical sample in Scotland. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21(6), 550-557.

Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. Archives of sexual behavior, 32(3), 193-208.

Bange, D., & Schlingmann, T. (2016). sexuelle Erregung als Faktor der Verunsicherung sexuell missbrauchter Jungen. Kindesmisshandlung und-vernachlässigung, 19(1), 28-43.

Barker, M. (2007). Heteronormativity and the exclusion of bisexuality in psychology. Out in psychology: Lesbian, gay, bisexual, trans and queer perspectives, 95-117.

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. International journal of public health, 58(3), 469-483.

Becker, P., Schulz, P., & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer stress und körperliche gesundheit: Eine prospektive studie zur überprüfung eines systemischen anforderungs-ressourcen-modells. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 12(1), 11-23.

Beilharz, J. E., Paterson, M., Fatt, S., Wilson, C., Burton, A., Cvejic, E., & Vollmer-Conna, U. (2020). The impact of childhood trauma on psychosocial functioning and physical health in a non-clinical community sample of young adults. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 54(2), 185-194.

Berman, L. A., Berman, J. R., Bruck, D., Pawar, R. V., & Goldstein, I. (2001). Pharmacotherapy or psychotherapy?: Effective treatment for FSD related to unresolved childhood sexual abuse. Journal of Sex & Marital Therapy, 27(5), 421-425.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1998). Childhood trauma questionnaire. Assessment of family violence: A handbook for researchers and practitioners.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child abuse & neglect, 27(2), 169-190.

Bigras, N., Vaillancourt-Morel, M. P., Nolin, M. C., & Bergeron, S. (2020). Associations between childhood sexual abuse and sexual well-being in adulthood: a systematic literature review. Journal of child sexual abuse, 1-21.

Bird, B. S., Schweitzer, R. D., & Strassberg, D. S. (2011). The prevalence and correlates of postcoital dysphoria in women. International Journal of Sexual Health, 23(1), 14-25.

Bird, E. R., Seehuus, M., Clifton, J., & Rellini, A. H. (2014). Dissociation during sex and sexual arousal in women with and without a history of childhood sexual abuse. Archives of sexual behavior, 43(5), 953-964.

Birkeland, M. S., Skar, A. M. S., & Jensen, T. K. (2021). Do different traumatic events invoke different kinds of post-traumatic stress symptoms?. European Journal of Psychotraumatology, 12(sup1), 1866399.

Bodenmann, G., & Ledermann, T. (2008). Depressed mood and sexual functioning. International Journal of Sexual Health, 19(4), 63-73.

Bodenmann, G., Atkins, D. C., Schär, M., & Poffet, V. (2010). The association between daily stress and sexual activity. Journal of Family Psychology, 24(3), 271.

Bolton, D., Hill, J., O'Ryan, D., Udwin, O., Boyle, S., & Yule, W. (2004). Long-term effects of psychological trauma on psychosocial functioning. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45(5), 1007-1014.

Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. Child abuse & neglect, 27(10), 1205-1222.

Brown, L. K., Kessel, S. M., Lourie, K. J., Ford, H. H., & Lipsitt, L. P. (1997). Influence of sexual abuse on HIV-related attitudes and behaviors in adolescent psychiatric inpatients. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36(3), 316-322.

Burleson, M. H., Trevathan, W. R., & Todd, M. (2007). In the mood for love or vice versa? Exploring the relations among sexual activity, physical affection, affect, and stress in the daily lives of mid-aged women. Archives of sexual behavior, 36(3), 357-368.

Burri, A. V., & Spector, T. D. (2011). An epidemiological survey of post-coital psychological symptoms in a UK population sample of female twins. Twin Research and Human Genetics, 14(3), 240-248.

Büttner, M. (2020). sexuelle Störungen von Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen. Ärztliche Psychotherapie, 15(1), 13-18.

Büttner, M., Dulz, B., Sachsse, U., Overkamp, B., & Sack, M. (2014). Trauma und sexuelle Störungen. Psychotherapeut, 59(5), 385-391.

Campbell, J., & Ehlert, U. (2012). Acute psychosocial stress: does the emotional stress response correspond with physiological responses?. Psychoneuroendocrinology, 37(8), 1111-1134.

Carpenter LL, Carvalho JP, Tyrka AR, Wier LM, Mello AF, Mello MF, Anderson GM, Wilkinson CW, Price LH (2007) Decreased adrenocorticotropic hormone and cortisol responses to stress in healthy adults reporting significant childhood maltreatment. Biol Psychiatry 62:1080–1087

Carpenter, L. L., Shattuck, T. T., Tyrka, A. R., Geracioti, T. D., & Price, L. H. (2011). Effect of childhood physical abuse on cortisol stress response. Psychopharmacology, 214(1), 367-375.

Castellini, G., Maggi, M., & Ricca, V. (2014). Childhood sexual abuse and psychopathology. In Emotional, physical and sexual abuse (pp. 71-91). Springer, Cham.

Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., ... & Zirakzadeh, A. (2010, July). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. In Mayo clinic proceedings. Vol. 85, No. 7, pp. 618-629.

Christensen, D. S., Dich, N., Flensborg-Madsen, T., Garde, E., Hansen, Å. M., & Mortensen, E. L. (2019). Objective and subjective stress, personality, and allostatic load. Brain and behavior, 9(9), e01386.

Christmann, B. (2020). Disclosure von sexualisierter Gewalt–Definitionen, Forschungsstand, Implikationen für Prävention und pädagogische Praxis. In Perspektiven auf sexualisierte Gewalt (pp. 263-276). Springer VS, Wiesbaden.

Christopher, M. (2004). A broader view of trauma: A biopsychosocial-evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. Clinical psychology review, 24(1), 75-98.

Cloitre, M., & Rosenberg, A. (2006). Sexual revictimization. Cognitive-behavioral therapies for trauma, 321-361.

Cobia, D. C., Sobansky, R. R., & Ingram, M. (2004). Female survivors of childhood sexual abuse: Implications for couples' therapists. The Family Journal, 12(3), 312-318.

Cummings, M., Berkowitz, S. J., & Scribano, P. V. (2012). Treatment of childhood sexual abuse: an updated review. Current psychiatry reports, 14(6), 599-607.

Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. Child abuse & neglect, 34(11), 813-822.

Danese, A., & Widom, C. S. (2020). Objective and subjective experiences of child maltreatment and their relationships with psychopathology. Nature human behaviour, 4(8), 811-818.

DeRogatis, L. R., & Burnett, A. L. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. The journal of sexual medicine, 5(2), 289-300.

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), 2014. Belastung durch chronischen Stress Sonderauswertung der Befragung der DAK-Gesundheit im Rahmen des Schwerpunktthemas 2014 – „Rushhour des Lebens". URL: https://www.dak.de/dak/download/belastung-durch-chronischen-stress-sonderauswertung-2119648.pdf (abgerufen am 19.02.2021)

Ditzen, B., Germann, J., Meuwly, N., Bradbury, T. N., Bodenmann, G., & Heinrichs, M. (2019). Intimacy as related to cortisol reactivity and recovery in couples undergoing psychosocial stress. Psychosomatic medicine, 81(1), 16-25.

Donnellan, D., Murray, C. D., & Holland, J. (2014). Couples' experiences of their relationship surrounding trauma. Traumatology, 20(4), 262.

dos Reis, S. C., & de Tubino Scanavino, M. (2017). Child and Adolescence Sexual Abuse and Compulsive Sexual Behavior. The Journal of Sexual Medicine, 14(5), 325-326.

Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin, 16(2), 3-12.

Einbender, A. J., & Friedrich, W. N. (1989). Psychological functioning and behavior of sexually abused girls. Journal of consulting and clinical Psychology, 57(1), 155.

Ein-Dor, T., & Hirschberger, G. (2012). Sexual healing: Daily diary evidence that sex relieves stress for men and women in satisfying relationships. Journal of Social and Personal Relationships, 29(1), 126-139.

Elklit, A., & Christiansen, D. M. (2010). ASD and PTSD in rape victims. Journal of Interpersonal Violence, 25(8), 1470-1488.

Elzinga B, Schmahl C, Vermetten E, van Dyck R, Bremner J. (2004). Higher Cortisollevels following exposure to traumatic reminders in abuse-related PTSD. Neuropsychopharmacology;28:1656–65.

Exton, M. S., Bindert, A., Kruger, T., Scheller, F., Hartmann, U., & Schedlowski, M. (1999). Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. Psychosomatic Medicine, 61(3), 280-289.

Exton, M. S., Krüger, T. H., Koch, M., Paulson, E., Knapp, W., Hartmann, U., & Schedlowski, M. (2001). Coitus-induced orgasm stimulates prolactin secretion in healthy subjects. Psychoneuroendocrinology, 26(3), 287-294.

Exton, N. G., Truong, T. C., Exton, M. S., Wingenfeld, S. A., Leygraf, N., Saller, B., ... & Schedlowski, M. (2000). Neuroendocrine response to film-induced sexual arousal in men and women. Psychoneuroendocrinology, 25(2), 187-199.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. Child Abuse & Neglect, 21(8), 789–803. doi:10.1016/s0145-2134(97)00039-2

Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. Child abuse & neglect, 37(9), 664-674.

Finkelhor, D., & Korbin, J. (1988). Child abuse as an international issue. Child Abuse & Neglect, 12(1), 3-23.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. Psychological bulletin, 99(1), 20.

Föhr, T., Tolvanen, A., Myllymäki, T., Järvelä-Reijonen, E., Rantala, S., Korpela, R., ... & Kujala, U. M. (2015). Subjective stress, objective heart rate variability-based stress, and recovery on workdays among overweight and psychologically distressed individuals: a cross-sectional study. Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 10(1), 1-9.

Follette, V. M., & Vechiu, C. (2017). Adult survivors of childhood sexual abuse: Review of theoretical and empirical literature.

Fuss, J., Bindila, L., Wiedemann, K., Auer, M. K., Briken, P., & Biedermann, S. V. (2017). Masturbation to orgasm stimulates the release of the endocannabinoid 2-arachidonoylglycerol in humans. The journal of sexual medicine, 14(11), 1372-1379.

Gibbons, J. L., & Luna, S. E. (2015). For men life is hard, for women life is harder: Gender roles in Central America. In Psychology of gender through the lens of culture (pp. 307-325). Springer, Cham.

Gilliland, R. (2015). The Role of Stress in Hypersexual Behavior.

Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin MP. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. Am J Psychiatry. Aug;161(8):1417-25.

Godbout, N., Bakhos, G., Dussault, É., & Hébert, M. (2020). Childhood interpersonal trauma and sexual satisfaction in patients seeing sex therapy: examining mindfulness and psychological distress as mediators. Journal of sex & marital therapy, 46(1), 43-56.

Godbout, N., Vaillancourt-Morel, M. P., Bigras, N., Briere, J., Hebert, M., Runtz, M., & Sabourin, S. (2019). Intimate partner violence in male survivors of child maltreatment: A meta-analysis. Trauma, Violence, & Abuse, 20(1), 99-113.

Goldey, K. L., Posh, A. R., Bell, S. N., & van Anders, S. M. (2016). Defining pleasure: A focus group study of solitary and partnered sexual pleasure in queer and heterosexual women. Archives of Sexual Behavior, 45(8), 2137-2154.

Goldman, J. D., & Padayachi, U. K. (2000). Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. Journal of Sex Research, 37(4), 305-314.

Gómez de La Cuesta, G., Schweizer, S., Diehle, J., Young, J., & Meiser-Stedman, R. (2019). The relationship between maladaptive appraisals and posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. European journal of psychotraumatology, 10(1), 1620084.

Goodyear-Brown, P., Fath, A., & Myers, L. (2012). Child sexual abuse: The scope of the problem. In P. Goodyear-Brown (Ed.), Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment (p. 3–28). John Wiley & Sons, Inc.

Grassi-Oliveira, R., Cogo-Moreira, H., Salum, G. A., Brietzke, E., Viola, T. W., Manfro, G. G., ... & Arteche, A. X. (2014). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. PloS one, 9(1), e87118.

Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. Revista de saude publica, 40(2), 249-255.

Gustafsson, J. (2017). Single case studies vs. multiple case studies: A comparative study.

Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. The Lancet Psychiatry, 6(10), 830-839.

Hall, K. (2007). Sexual dysfunction and childhood sexual abuse: Gender differences and treatment implications.

Hall, K. S. (2017). Treating sexual problems in survivors of sexual trauma. The Wiley handbook of sex therapy, 27, 389.

Hamilton, L. D., Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2008). Cortisol, sexual arousal, and affect in response to sexual stimuli. The journal of sexual medicine, 5(9), 2111-2118.

Hartfiel, G., & Hillmann, K. H. (1982). Wörterbuch der Soziologie. 3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Stuttgart: Verlag Kröner.

Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Dtsch Arztebl, 108(17), 287-94.

Heiman, J. R., Rowland, D. L., Hatch, J. P., & Gladue, B. A. (1991). Psychophysiological and endocrine responses to sexual arousal in women. Archives of Sexual Behavior, 20(2), 171-186.

Hellhammer, D. H., Wüst, S., & Kudielka, B. M. (2009). Salivary cortisol as a biomarker in stress research. Psychoneuroendocrinology, 34(2), 163-171.

Hellhammer, J., & Schubert, M. (2012). The physiological response to Trier Social Stress Test relates to subjective measures of stress during but not before or after the test. Psychoneuroendocrinology, 37(1), 119-124.

Henderson, D. J. (1975). In A. M. Freedman (Hrsg.). Comprehensive textbook of psychiatry (pp. 1350-1350). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Henry, S. B., Smith, D. B., Archuleta, K. L., Sanders-Hahs, E., Goff, B. S. N., Reisbig, A. M., ... & Scheer, T. (2011). Trauma and couples: Mechanisms in dyadic functioning. Journal of Marital and Family Therapy, 37(3), 319-332.

Hering, L., & Schmidt, R. J. (2014). Einzelfallanalyse. In Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (pp. 529-541). Springer VS,.

Herman, J., & Hirschman, L. (1977). Father-daughter incest. Signs: Journal of Women in Culture and Society, 2(4), 735-756.

Hunter, S. V. (2006). Understanding the complexity of child sexual abuse: A review of the literature with implications for family counseling. The Family Journal, 14(4), 349-358.

Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2010). Forschungsmethoden in psychologie und sozialwissenschaften-für bachelor..

J. Schellong (2015). Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung, Hans Marseille Verlag GmbH: München

Jacob, C. M. A., & Veach, P. M. (2005). Intrapersonal and familial effects of child sexual abuse on female partners of male survivors. Journal of Counseling Psychology, 52(3), 284.

Juruena, M. F., Eror, F., Cleare, A. J., & Young, A. H. (2020). The role of early life stress in HPA axis and anxiety. Anxiety Disorders, 141-153.

Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. Archives of sexual behavior, 39(2), 377-400.

Kaplan, H. S. (2014). Sexual aversion, sexual phobias and panic disorder. Routledge: New York.

Kaplan, M. S., & Krueger, R. B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. Journal of sex research, 47(2-3), 181-198.

Kashdan, T. B., Adams, L. M., Farmer, A. S., Ferssizidis, P., McKnight, P. E., & Nezlek, J. B. (2014). Sexual healing: Daily diary investigation of the benefits of intimate and pleasurable sexual activity in socially anxious adults. Archives of Sexual Behavior, 43(7), 1417-1429.

Kashdan, T. B., Goodman, F. R., Stiksma, M., Milius, C. R., & McKnight, P. E. (2018). Sexuality leads to boosts in mood and meaning in life with no evidence for the reverse direction: A daily diary investigation. Emotion, 18(4), 563.

Kim, J., Talbot, N. L., & Cicchetti, D. (2009). Childhood abuse and current interpersonal conflict: The role of shame. Child abuse & neglect, 33(6), 362-371.

King, B. M., Duncan, L. M., Clinkenbeard, K. M., Rutland, M. B., & Ryan, K. M. (2019). Social desirability and young men's self-reports of penis size. Journal of sex & marital therapy, 45(5), 452-455.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). Sexual behavior in the human female. Indiana: University Press.

Kliem, S., Job, A. K., Kröger, C., Bodenmann, G., Stöbel-Richter, Y., Hahlweg, K., & Brähler, E. (2012). Entwicklung und Normierung einer Kurzform des Partnerschaftsfragebogens (PFB-K) an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie.

Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2012). Die deutsche version des childhood trauma questionnaire (CTQ)–psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 62(02), 47-51.

Koopman, C., Sephton, S., Abercrombie, H. C., Classen, C., Butler, L. D., Gore-Felton, C., ... & Spiegel, D. (2003). Dissociative symptoms and cortisol responses to recounting

traumatic experiences among childhood sexual abuse survivors with PTSD. Journal of trauma & dissociation, 4(4), 29-46.

Krüger, T., Exton, M. S., Pawlak, C., von zur Mühlen, A., Hartmann, U., & Schedlowski, M. (1998). Neuroendocrine and cardiovascular response to sexual arousal and orgasm in men. Psychoneuroendocrinology, 23(4), 401-411.

Kudielka, B. M., Hellhammer, D. H., & Wüst, S. (2009). Why do we respond so differently? Reviewing determinants of human salivary cortisol responses to challenge. Psychoneuroendocrinology, 34(1), 2-18.

Laan, E., & Everaerd, W. (1995). Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. Annual Review of Sex Research, 6(1), 32-76.

Labadie, C., Godbout, N., Vaillancourt-Morel, M. P., & 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.

Lacelle, C., Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2012). Child Sexual Abuse and Women's Sexual Health: The Contribution of CSA Severity and Exposure to Multiple Forms of Childhood Victimization. Journal of Child Sexual Abuse, 21(5), 571–592.

Lacelle, C., Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2012). Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization. Journal of child sexual abuse, 21(5), 571-592.

Lahav, Y., Talmon, A., Ginzburg, K., & Spiegel, D. (2019). Reenacting past abuse–identification with the aggressor and sexual revictimization. Journal of Trauma & Dissociation, 20(4), 378-391.

Lam, J. N., & Grossman, F. K. (1997). Resiliency and adult adaptation in women with and without self-reported histories of childhood sexual abuse. Journal of traumatic stress, 10(2), 175-196.

Lamnek, S., & Krell, C. (2016). Qualitative Sozialforschung. Springer-Verlag: Wiesbaden.

Landis, J. T. (1956). Experiences of 500 children with adult sexual deviation. Psychiatric Quarterly Supplement, 30, 91–109.

Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., & Mohler-Kuo, M. (2016). The Harm of Contact and Non-Contact Sexual Abuse. Psychotherapy and psychosomatics, 85(5), 320-322.

Lassri, D., Luyten, P., Fonagy, P., & Shahar, G. (2018). Undetected scars? Self-criticism, attachment, and romantic relationships among otherwise well-functioning childhood

sexual abuse survivors. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 10(1), 121.

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(1), 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.

Leserman, J., Drossman, D. A., & Li, Z. (1995). The reliability and validity of a sexual and physical abuse history questionnaire in female patients with gastrointestinal disorders. Behavioral Medicine, 21(3), 141-150.

Leuzinger-Bohleber, M. (2009). Frühe Kindheit als Schicksal?: Trauma, Embodiment, soziale Desintegration; psychoanalytische Perspektiven. W. Kohlhammer Verlag.

Lindsay, D. S., & Read, J. D. (1994). Psychotherapy and memories of childhood sexual abuse: A cognitive perspective. Applied cognitive psychology, 8(4), 281-338.Herman, J. (1981). Father–daughter incest. Professional Psychology, 12(1), 76.

Liu, J., Fang, Y., Gong, J., Cui, X., Meng, T., Xiao, B., & Luo, X. (2017). Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. Journal of affective disorders, 220, 147-155.

Lorenz, T. K., Harte, C. B., & Meston, C. M. (2015). Changes in autonomic nervous system activity are associated with changes in sexual function in women with a history of childhood sexual abuse. The journal of sexual medicine, 12(7), 1545-1554.

Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Journal of affective disorders, 81(1), 61-66.

Lupien, S. J., & Seguin, F. (2013). How to measure stress in humans. Centre for Studies in Human Stress.

MacIntosh, H. B., & Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. Journal of marital and family therapy, 34(3), 298-315.

MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M., & Taussig, H. N. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. The lancet, 373(9659), 250-266.

Maercker, A., & Michael, T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In Lehrbuch der Verhaltenstherapie (pp. 105-124). Springer, Berlin, Heidelberg.

Maltz, W. (2002). Treating the sexual intimacy concerns of sexual abuse survivors. Sexual and Relationship Therapy, 17(4), 321-327.

Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: a meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. European psychiatry, 30(6), 665-680.

Markert, C. (2016). Was wissen wir über Zusammenhänge zwischen Stress und Sexualität? Ergebnisse der Marburger Studien. Unveröffentliche Power Point Präsentation.

Martinson, A. A., Sigmon, S. T., Craner, J., Rothstein, E., & McGillicuddy, M. (2013). Processing of intimacy-related stimuli in survivors of sexual trauma: the role of PTSD. Journal of interpersonal violence, 28(9), 1886-1908.

McCarthy-Jones, S., & McCarthy-Jones, R. (2014). Body mass index and anxiety/depression as mediators of the effects of child sexual and physical abuse on physical health disorders in women. Child abuse & neglect, 38(12), 2007-2020.

McKnight, P. E., & Najab, J. (2010). Mann-Whitney U-Test. The Corsini encyclopedia of psychology, 1-1.

McLeod, G. F., Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Boden, J. M., & Carter, F. A. (2018). Childhood predictors of adult adiposity: findings from a longitudinal study. Childhood, 131(1472).

Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., & Milner, J. S. (2003). Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: the role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. Journal of consulting and clinical psychology, 71(6), 987.

Meston, C. M., & Heiman, J. R. (2000). Sexual abuse and sexual function: An examination of sexually relevant cognitive processes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(3), 399.

Meston, C. M., & Lorenz, T. A. (2013). Physiological stress responses predict sexual functioning and satisfaction differently in women who have and have not been sexually abused in childhood. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5(4), 350.

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.

Meston, C. M., Heiman, J. R., Trapnell, P. D., & Paulhus, D. L. (1998). Socially desirable responding and sexuality self-reports.

Meston, C. M., Lorenz, T. A., & Stephenson, K. R. (2013). Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial. The Journal of Sexual Medicine, 10(9), 2177-2189.

Meston, C. M., Rellini, A. H., & Heiman, J. R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. Journal of consulting and clinical psychology, 74(2), 229.

Michael, A., & O'Keane, V. (2000). Sexual dysfunction in depression. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 15(5), 337-345.

Millwood, M. (2011). Empathic understanding in couples with a female survivor of childhood sexual abuse. Journal of Couple & Relationship Therapy, 10(4), 327-344.

Moran, P., Coffey, C., Chanen, A., Mann, A., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2011). Childhood sexual abuse and abnormal personality: a population-based study. Psychological medicine, 41(6), 1311-1318.

Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1994). The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. The British Journal of Psychiatry, 165(1), 35-47.

Nasim, R., & Nadan, Y. (2013). Couples therapy with childhood sexual abuse survivors (CSA) and their partners: Establishing a context for witnessing. Family process, 52(3), 368-377.

Nater, U. M., La Marca, R., Florin, L., Moses, A., Langhans, W., Koller, M. M., & Ehlert, U. (2006). Stress-induced changes in human salivary alpha-amylase activity—associations with adrenergic activity. Psychoneuroendocrinology, 31(1), 49-58.

Nater, U. M., Rohleder, N., Gaab, J., Berger, S., Jud, A., Kirschbaum, C., & Ehlert, U. (2005). Human salivary alpha-amylase reactivity in a psychosocial stress paradigm. International Journal of Psychophysiology, 55(3), 333-342.

Negriff, S., Schneiderman, J. U., Smith, C., Schreyer, J. K., & Trickett, P. K. (2014). Characterizing the sexual abuse experiences of young adolescents. Child abuse & neglect, 38(2), 261-270.

Nguyen, T. P., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2017). Childhood abuse and later marital outcomes: Do partner characteristics moderate the association?. Journal of family psychology, 31(1), 82.

Nielsen, B. F. R., Wind, G., Tjørnhøj-Thomsen, T., & Martinsen, B. (2018). A scoping review of challenges in adult intimate relationships after childhood sexual abuse. Journal of child sexual abuse, 27(6), 718-728.

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.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS medicine, 9(11).

O'Connor, D. B., Thayer, J. F., & Vedhara, K. (2021). Stress and health: A review of psychobiological processes. Annual review of psychology, 72, 663-688.

O'Driscoll, C., & Flanagan, E. (2016). 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.

Olafson, E., Corwin, D. L., & Summit, R. C. (1993). Modern history of child sexual abuse awareness: Cycles of discovery and suppression. Child abuse & neglect, 17(1), 7-24.

Orr, S. P., Lasko, N. B., Metzger, L. J., Berry, N. J., Ahern, C. E., & Pitman, R. K. (1998). Psychophysiologic assessment of women with posttraumatic stress disorder resulting from childhood sexual abuse. Journal of consulting and clinical psychology, 66(6), 906.

Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., ... & Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. Jama, 302(5), 550-561.

Pausch, M. J., & Matten, S. J. (2018). Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)–Definition, Einteilung, Epidemiologie und Geschichte. In Trauma und Traumafolgestörung (pp. 3-12). Springer, Wiesbaden.

Pausch, M. J., & Matten, S. J. (2018). Trauma und Traumafolgestörung. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. Psychopharmacology, 214(1), 55-70.

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. Clinical psychology review, 29(4), 328-338.

Pierrehumbert, B., Torrisi, R., Ansermet, F., Borghini, A., & Halfon, O. (2012). Adult attachment representations predict cortisol and oxytocin responses to stress. Attachment & human development, 14(5), 453-476.

Radford, L., Allnock, D., & Hynes, P. (2015). Preventing and responding to child sexual abuse and exploitation: Evidence review. Child Protection Section Programme Division UNICEF Headquarters.

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.

Rellini, A. H. (2014). Sexual abuse and sexual function. In Emotional, Physical and Sexual Abuse (pp. 61-70). Springer, Cham.

Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2006). Psychophysiological sexual arousal in women with a history of child sexual abuse. Journal of Sex & Marital Therapy, 32(1), 5-22.

Rellini, A. H., Elinson, S., Janssen, E., & Meston, C. M. (2012). The effect of pre-existing affect on the sexual responses of women with and without a history of childhood sexual abuse. Archives of sexual behavior, 41(2), 329-339.

Rellini, A. H., Hamilton, L. D., Delville, Y., & Meston, C. M. (2009). The cortisol response during physiological sexual arousal in adult women with a history of childhood sexual abuse. Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 22(6), 557-565.

Rellini, A. H., Ing, A. D., & Meston, C. M. (2011). Implicit and explicit cognitive sexual processes in survivors of childhood sexual abuse. The journal of sexual medicine, 8(11), 3098-3107.

Rhodes, J. E., O'Neill, N. D., & Nel, P. W. (2018). Psychosis and sexual abuse: An interpretative phenomenological analysis. Clinical psychology & psychotherapy, 25(4), 540-549.

Rind, B., & Tromovitch, P. (1997). A meta-analytic review of findings from national samples on psychological correlates of child sexual abuse. Journal of Sex Research, 34(3), 237-255.

Romano, E., Moorman, J., Ressel, M., & Lyons, J. (2019). Men with childhood sexual abuse histories: disclosure experiences and links with mental health. Child abuse & neglect, 89, 212-224.

Rumstein-McKean, O., & Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. Clinical Psychology Review, 21(3), 471-490.

Schloredt, 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: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 16(3), 275-284.

Schmid, M. (2010). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe:„Traumasensibilität “und „Traumapädagogik “. Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung, 36-60.

Schulz P, Schlotz, W, Becker P. (2004). TICS - Trierer Inventar zum Chronischen Stress (Screening-Skala zum Chronischen Stress (SSCS); Trierer Inventar zur Erfassung von chronischem Stress) [TICS - Trierer Inventory for Chronic Stress (Screening Scale for Chronic Stress (SSCS); Trierer Inventory for the Detection of Chronic Stress]. PSYNDEX Tests Review. Göttingen: Hogrefe.

Schulz, P., & Schlotz, W. (1999). Trierer Inventar zur Erfassung von chronischem Sre (TICS): Skalenkonstruktion, teststatistische Überprüfung und Validierung der Skala Arbeitsüberlastung. Diagnostica.

Schulz, P., Jansen, L. J., & Schlotz, W. (2005). Stressreaktivität: theoretisches konzept und messung. Diagnostica, 51(3), 124-133.

Schwartz, M. F., & Galperin, L. (2002). Hyposexuality and hypersexuality secondary to childhood trauma and dissociation. Journal of trauma & dissociation, 3(4), 107-120.

Schwartz, M. F., Galperin, L. D., & Masters, W. H. (1995). Dissociation and treatment of compulsive reenactment of trauma: Sexual compulsivity. Adult survivors of sexual abuse: Treatment innovations, 3, 42-55.

Schweitzer, R. D., O'Brien, J., & Burri, A. (2015). Postcoital dysphoria: Prevalence and psychological correlates. Sexual medicine, 3(4), 235-243.

Simons, M., & Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Traumata und Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen-eine kritische Übersicht zu Klassifikation und diagnostischen Kriterien. Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36(3), 151-161.

Şimşek, Ş., Kaplan, I., Uysal, C., Yüksel, T., & Alaca, R. (2016). The levels of cortisol, oxidative stress, and DNA damage in the victims of childhood sexual abuse: a preliminary study. Journal of child sexual abuse, 25(2), 175-184.

Singh, M. M., Parsekar, S. S., & Nair, S. N. (2014). An epidemiological overview of child sexual abuse. Journal of family medicine and primary care, 3(4), 430.

Slavin, M. N., Blycker, G. R., Potenza, M. N., Bőthe, B., Demetrovics, Z., & Kraus, S. W. (2020). Gender-related differences in associations between sexual abuse and hypersexuality. The Journal of Sexual Medicine, 17(10), 2029-2038.

Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. Psychological bulletin, 116(2), 340.

Staples, J., Rellini, A. H., & Roberts, S. P. (2012). Avoiding experiences: Sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. Archives of Sexual Behavior, 41(2), 341-350.

Stark, R., Kagerer, S., Walter, B., Vaitl, D., Klucken, T., & Wehrum-Osinsky, S. (2015). Trait sexual motivation questionnaire: concept and validation. The journal of sexual medicine, 12(4), 1080-1091.

Stephenson, K. R., Hughan, C. P., & Meston, C. M. (2012). Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women. Child Abuse & Neglect, 36(2), 180-189.

Steyer, R., Schwenkmezger, P., Notz, P., & Eid, M. (1997). Der Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen (MDBF)[The multidimensional mood state questionnaire]. Göttingen, Germany: Hogrefe.

Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child maltreatment, 16(2), 79-101.

Stone, A. A., & Shiffman, S. (1994). Ecological momentary assessment (EMA) in behavorial medicine. Annals of Behavioral Medicine.

Storm, H., Myre, K., Rostrup, M., Stokland, O., Lien, M. D., & Raeder, J. C. (2002). Skin conductance correlates with perioperative stress. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 46(7), 887-895.

Sumner, S. A., Mercy, J. A., Buluma, R., Mwangi, M. W., Marcelin, L. H., Kheam, T., & Hillis, S. D. (2016). Childhood sexual violence against boys: a study in 3 countries. Pediatrics, 137(5).

Tardif-Williams, C. Y., Tanaka, M., Boyle, M. H., & MacMillan, H. L. (2017). The impact of childhood abuse and current mental health on young adult intimate relationship functioning. Journal of interpersonal violence, 32(22), 3420-3447.

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. Neuroscience & biobehavioral reviews, 27(1-2), 33-44.

Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. Nature reviews neuroscience, 17(10), 652.

Thayer, J. F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers III, J. J., & Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: implications for heart rate variability as a marker of stress and health. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 36(2), 747-756.

Tompkins, A. (2014). Asterisk. Transgender Studies Quarterly, 1(1-2), 26-27.

Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. Development and psychopathology, 23(2), 453.

Trickett, P. K., Noll, J. G., Susman, E. J., Shenk, C. E., & Putnam, F. W. (2010). Attenuation of cortisol across development for victims of sexual abuse. Development and psychopathology, 22(1), 165.

Vaillancourt-Morel, M. P., 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.

Vaillancourt-Morel, M. P., 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.

van Anders, S. M., & Dunn, E. J. (2009). Are gonadal steroids linked with orgasm perceptions and sexual assertiveness in women and men?. Hormones and Behavior, 56(2), 206-213.

Van Berlo, W., & Ensink, B. (2000). Problems with sexuality after sexual assault. Annual review of sex research, 11(1), 235-257.

Van der Kolk, B. (2014). The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma. Penguin UK.

Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental. Psychiatric annals, 35(5), 401.

Villano, C. L., Cleland, C., Rosenblum, A., Fong, C., Nuttbrock, L., Marthol, M., & Wallace, J. (2004). Psychometric utility of the Childhood Trauma Questionnaire with female street-based sex workers. Journal of trauma & dissociation, 5(3), 33-41.

Werbeloff, N., Hilge Thygesen, J., Hayes, J. F., Viding, E. M., Johnson, S., & Osborn, D. P. (2021). Childhood sexual abuse in patients with severe mental Illness: demographic, clinical and functional correlates. Acta Psychiatrica Scandinavica.

Wilsnack, S. C., Wilsnack, R. W., Kristjanson, A. F., Vogeltanz-Holm, N. D., & Harris, T. R. (2004). Child sexual abuse and alcohol use among women: Setting the stage for risky sexual behavior.

Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., 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.

Wohl, A., & Kirschen, G. W. (2018). Betrayal of the body: group approaches to hypo-sexuality for adult female sufferers of childhood sexual abuse. Journal of child sexual abuse, 27(2), 154-160.

World Health Organization. (1988). Tenth revision of the International Classification of Diseases chapter V (F: mental, behavioural and developmental disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines (No. WHO/MNH/MEP/87.1, rev. 2. Unpublished). World Health Organization.

World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). URL: https://icd.who.int/browse11/l-m/en. (abgerufen am 16.03.2020).

Wright, K. D., Asmundson, G. J., McCreary, D. R., Scher, C., Hami, S., & Stein, M. B. (2001). Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in men and women. Depression and anxiety, 13(4), 179-183.

Yarvis, J. S., & Schiess, L. (2008). Subthreshold posttraumatic stress disorder (PTSD) as a predictor of depression, alcohol use, and health problems in veterans. Journal of Workplace Behavioral Health, 23(4), 395-424.

Yehuda, R., Lehrner, A., & Rosenbaum, T. Y. (2015). PTSD and sexual dysfunction in men and women. The Journal of Sexual Medicine, 12(5), 1107-1119.

Yehuda, R., Lehrner, A., & Rosenbaum, T. Y. (2015). PTSD and sexual dysfunction in men and women. The journal of sexual medicine, 12(5), 1107-1119.

Zollman, G., Rellini, A., & Desrocher, D. (2013). The mediating effect of daily stress on the sexual arousal function of women with a history of childhood sexual abuse. Journal of sex & marital therapy, 39(2), 176-192.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mittelwert des Stressempfindens aller Probandinnen über alle Messzeitpunkte hinweg im Tagesverlauf……**53**
Abbildung 2: Vorhandensein von Stress normal gemessen über alle Messzeitpunkte und Versuchspersonen hinweg……..……**59**

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Items des Ambulanten Assesments.....37
Tabelle 2: Vergleich der sexuellen Verhaltens- und Einstellungsvariablen zwischen den Frauen mit und ohne CSA.....44
Tabelle 3: Ausprägung der anderen Traumatisierungsarten in der Gesamtgruppe sowie den Frauen mit und ohne CSA.....46
Tabelle 4: Vergleich der Stress Werte im Ambulanten Assessment.....51
Tabelle 5 Präsentation der Werte der ausgewählten Einzelfälle.....56
Tabelle 6 Vergleich der Stressvariablen in Abhängigkeit zu CSA.....59
Tabelle 7 Signifikanztest der Unterschiede in sexuellem Erleben und Verhalten zwischen den Studienteilnehmer*innen mit und ohne CSA.....61
Tabelle 8 Signifikanztest der Unterschiede in sexualitätsassoziiertem Stressempfinden zwischen den Studienteilnehmer*innen mit und ohne CSA.....63
Tabelle 9 Bewertung der Hypothesen.....65
Tabelle 10: Einschlusskriterien.....107

Zusammenfassung

Die Folgen von sexuellen Kindheitstraumata zeigen sich in vielfältiger und einschneidender Weise im Erleben und Verhalten der Überlebenden* im Erwachsenenalter insbesondere hinsichtlich einer veränderten Sexualität. Bisherige Forschungen berichten in auffallend inkonsistenter Weise einerseits von eher externalisierender Symptomatik (Hypersexuelles Verhalten) und andererseits internalisierender Symptomatik (Hyposexuelles Vermeiden), wobei sich vorrangig auf klinische auffällige Untersuchungspopulationen bezogen wird.

Die vorliegende Studie will dieser Ambivalenz und einseitigen Betrachtung von klinisch auffälligen Überlebenden kindlichen sexuellen Missbrauchs unter Berücksichtigung der Rolle des bei sexueller Aktivität empfundenen Stress genauer beleuchten und untersucht mögliche Veränderungen des partnerschaftlichen sexuellen Verhaltens und Erlebens im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch bei einer gesunden Population junger Erwachsener Frauen in festen Beziehungen.

Im Rahmen einer ambulanten Assessment-Studie, die über einen Zeitraum von 14 Alltagsdaten der Studienteilnehmer*innen erfasst, werden 63 Proband*innen einer gepoolten Stichprobe identischer Forschungsunterfangen in Wien und Marburg im Alter zwischen 19 und 31 Jahren, die seit mindestens einem Jahr in einer heterosexuellen Partnerschaft lebten, untersucht. Das Vorliegen von traumatischen sexuellen Erfahrungen wurde vor Beginn des Erhebungszeitraums erhoben. Variablen des sexuellen Erlebens, des Stressempfindens, erlebter Intimität und die Häufigkeit von sexueller Aktivität wurden mittels eines IPod in einer 14 – tägigen Erhebungsperiode erfasst.

Die gefundenen Ergebnisse zeigen, dass keine Unterschiede im sexuellen Erleben und Verhalten zwischen sexuell traumatisierten und nicht sexuell traumatisierten Versuchspersonen bestehen. Eine erwartete Abweichung des Stresserleben in zeitlicher Assoziation zu sexueller Aktivität der Personen mit einem Hintergrund von CSA konnte nicht bestätigt werden. Auch innerhalb der Gruppe der Personen mit Hintergrund von CSA konnten, abhängig vom Vorliegen von Hypersexualität, welche als extreme Häufigkeit von sexuellen Interaktionen operationalisiert wurde, keine Unterschiede im Stresserleben in zeitlicher Assoziation zu sexueller Aktivität festgestellt werden.

Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung werden als richtungsweisend für zukünftige Forschung diskutiert und mögliche Impulse für die therapeutische Behandlung von Personen mit sexuellen Traumatisierungen werden besprochen.

Schlüsselwörter: sexuelles Trauma, CSA, sexuelles Erleben, Stresserleben, sexuelles Verhalten, Hypersexualität, Hyposexualität, ambulantes Assessment

Abstract

The consequences of childhood sexual trauma are manifested in many different and drastic ways in the experience and behaviour of survivors* in adulthood, especially regarding altered sexuality. Previous research reports in a strikingly inconsistent manner on the one hand of rather externalising symptomatology (hypersexual behaviour) and on the other hand of internalising symptomatology (hyposexual avoidance), whereby reference is primarily made to clinically conspicuous study populations.

The present study aims to shed more light on this ambivalence and one-sided view of clinically conspicuous survivors of childhood sexual abuse, considering the role of stress experienced during sexual activity, and examines possible changes in partner sexual behaviour and experience in the context of sexual abuse in a healthy population of young adult women in committed relationships.

Within the framework of an ambulant assessment study, which collects everyday data of the study participants over a period of 14, 63 test persons of a pooled sample of identical research undertakings in Vienna and Marburg, aged between 19 and 31 years, who had been living in a heterosexual partnership for at least one year, are examined. The presence of traumatic sexual experiences was ascertained before the start of the survey period. Variables of sexual experience, feelings of stress, experienced intimacy and the frequency of sexual activity were recorded using an IPod during a 14-day survey period.

The results found show that there are no differences in sexual experience and behaviour between sexually traumatised and non-sexually traumatised test subjects. An expected deviation of the stress experience in temporal association with sexual activity of the subjects with a background of CSA could not be confirmed. Even within the group of persons with a background of CSA, no differences in the stress experience in temporal association with sexual activity could be found, depending on the presence of hypersexuality, which was operationalised as extreme frequency of sexual interactions.

The results of the study are discussed as indicative for future research and possible impulses for the therapeutic treatment of persons with sexual trauma are discussed.

Keywords: sexual trauma, CSA, sexual experience, stress experience, sexual behaviour, hypersexuality, hyposexuality, outpatient assessment

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychological Association
CSA	Childhood sexual Abuse
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMA	Ecological Momentary Assessment
HPA	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse
ICD-11	International Classification of Diseases 11th Revision
PFB	Partnerschaftsfragebogen
PTBS/ kPTBS	(komplexe) Posttraumatische Belastungsstörung
SAS	Sexual Activity Scale
SNS	Sympathisches Nervensystem
SRS	Stressreaktivitätsskala
SSCS	Screening-Skala für chronischen Stress
WHO	World Health Organization

Anhang

Tabelle 10: *Einschlusskriterien*

Allgemein	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	Keine Schwangerschaft/Stillzeit Regelmäßiger Zyklus
Krankheiten und Medikamente	Keine Medikamenteneinnahme mit Einfluss auf Sexualität, Hormone, Zyklus (Ausnahme Empfängnisverhütung) Keine Psychopharmaka Einnahme (>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	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