

1.5. Sexuelles Erleben als Lernerfahrung

Frühe Lernerfahrungen, insbesondere in der Ursprungsfamilie, klassische und operante Konditionierungsprozesse, das Modell-Lernen und besonders mangelndes Bewältigungslernen in ihrer Wirkung für Entstehung und Aufrechterhaltung sexueller Funktionsstörungen finden bei vielen Autoren wie z.B. Zimmer (1994) und Jehu (1979) große Beachtung. Aktuellere konzeptuelle Überlegungen von Hartmann (1994) integrieren vier Ebenen zu einem Modell sexueller Funktionsstörungen. Hierzu gehören die Ebene dispositioneller Faktoren. Zu diesen werden eine spezifische Vulnerabilität des sexuellen Reaktionssystems auf Stressoren und die Wirkung früher psychischer Defizite und Konflikte, die zur Anfälligkeit des sexuellen Reaktionssystems disponieren, gezählt. Auf der zweiten Ebene, der Ebene der ätiologischen Faktoren, werden intrapsychische Faktoren, partnerbezogene Probleme und belastende Lebensereignisse zusammengefasst. Zur dritten Ebene, der Ebene pathogenetischer Faktoren, gehören psycho-affektive Mechanismen, kognitive Mechanismen und psychophysiologische Prozesse, wie die häufig erhöhte Aktivierung sympathikotoner Erregung. Auf der vierten Ebene werden chronifizierende Faktoren, wie Versagensangst, Vermeidung sexueller Situationen und Depression, denen aufrechterhaltende Wirkung zugeschrieben wird, beschrieben. (Beier, 2001, Hartmann, 1994).

Empirische Befunde zeigen, dass Faktoren wie nicht ausreichende kommunikative Kompetenzen bezüglich eigener Wünsche und Bedürfnisse sowie Ängste vor Kontrollverlust, vor Intimität und Nähe und nicht zuletzt Probleme mit dem Körperselbstbild ätiologisch relevant sind (Zimmer, 1985, Jehu, 1979, Kämmerer & Rosenkranz, 2001). Anders als bei Männern scheint das Auftreten sexueller Probleme bei prämenopausalen Frauen einer Tendenz zur Verringerung mit steigendem Lebensalter zu unterliegen (Clayton, 2001, Heiman, 2002). Als weiterer Faktor im Zusammenhang mit sexuellen Funktionsstörungen wird akuter oder chronischer Stress angesehen, der mit depressionstypischen Symptomen einhergeht (Jehu, 1979, Heiman & Meston, 1997, Heiman, 2002, Laumann, Gagnon et al., 1994, Laumann, Paik et al., 1999).

1.5.1. Aufklärung und Familienklima

In der verbalen wie nonverbalen Interaktion zwischen Kindern und ihren Eltern wird unter anderem eine Grundlage für das Verständnis von Sexualität, partnerschaftlichem Umgang, Emotionalität, Geschlechterrolle und damit verbundener Rollenerwartung kommuniziert (Anderson & Sabatelli, 1992; Larson, Peterson, Heath & Birch, 2000). Nach Beier, Bosinski, Hartmann und Loewit (2001) werden in familiären Interaktionen Rollenerwartungen durch die Einstellung der Eltern zum eigenen Geschlecht und zum Geschlecht ihrer Kinder vermittelt. Ebenso wird die Einstellung der Eltern zu sich selbst und als Paar transparent. Im Identifikationsprozess eignet sich das Kind Einstellungen und Verhaltensweisen der Eltern an, gleichzeitig nutzt es die Identifikation, um sich von den Eltern abzugrenzen. Die Eltern konstruieren kulturabhängige Geschlechtsrollen, die maßgeblichen Einfluss auf die Prozesse der Selbstdefinition und Kategorisierung des Kindes haben.

1983 führten Schmid-Tannwald und Urdze eine Untersuchung mit dem Titel „Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern“ durch. In die Folgestudie von Schmid-Tannwald und Kluge (1998) gingen 6000 Fragebögen aus den neuen und alten Bundesländern ein. Befragt wurden 14-17-jährige Jungen und Mädchen sowie deren Eltern. Fast drei Viertel (73%) der Eltern von Mädchen und zwei Drittel (68%) der Eltern von Jungen geben an, dass in ihren Familien über Fragen der Sexualität und Partnerschaft gesprochen wird. Dies unterstreicht eine generelle Gesprächsbereitschaft der Eltern, macht aber noch keine Aussagen über Inhalt und Art dieser Gespräche. Töchter, deren Eltern ihr Verhältnis zur Religion als lose bezeichnen, haben mit ihren Familien nach Angabe ihrer Eltern am häufigsten Gespräche über Sexualität und Partnerschaft (76%). In Familien mit gleichgültiger religiöser Einstellung finden solche Gespräche am zweithäufigsten statt (73%). Etwa zwei Drittel der Eltern mit enger Bindung an eine Konfession oder mit ablehnender Haltung gegenüber sexuellen Fragekomplexen führen mit ihren Töchtern Gespräche über Beziehung und Sexualität. Vergleicht man die Darstellungen der Eltern mit denen ihrer Töchter, zeigt sich, dass die Angehörigen der beiden großen christlichen Konfessionsgemeinschaften (katholisch und evangelisch) und die Eltern ohne Konfession ihre Gesprächsbereitschaft in Bezug auf die Häufigkeit von Gesprächen über Sexualität und Partnerschaft positiver einschätzten, als ihre Töchter dies

bestätigten. Die Differenzen liegen zwischen 7 und 14%, wobei der größte Unterschied bei den konfessionslosen Eltern und ihren Töchtern zu finden ist. Erneut sollen die Ergebnisse von Kluge (1998) herangezogen werden. Eltern von Töchtern klären generell häufiger sexuell auf, als Eltern von Jungen, die Differenz beträgt 16 Prozentpunkte. Auch hier zeigt sich ein konfessioneller Einfluss. 77% der protestantischen, 71% der katholischen, 69% der konfessionslosen Eltern und 62% der Anhänger anderer Konfessionen klärten ihre Töchter auf. Noch immer ist die Mutter diejenige Person, die die sexuelle Aufklärung am stärksten betreibt (69%). Im Verhältnis zu älteren Befragungen jedoch hat an zweiter Position die beste Freundin an Relevanz zugenommen (37%). An dritter Stelle stehen Lehrer (31%). In der Befragung von Kluge (1989) wurden Medien nicht dezidiert abgefragt.

Barbach (1980) und Kaplan (1974) zeigen, dass Frauen, die nie einen Orgasmus erlebt haben, oder die trotz der Fähigkeit, Orgasmen zu erreichen, in ihrer Partnerschaft über eine geringe Orgasmusfrequenz klagen, häufig Defizite in ihrer Aufklärung berichten. Ihr generelles Wissen über Sexualität war signifikant geringer, als das von Frauen mit höherer Orgasmusfrequenz, sie fühlten sich ängstlich oder schuldig in Bezug auf die Entwicklung sexueller Erregung und sie waren schlechter dazu in der Lage, ihrem Partner sexuelle Wünsche zu kommunizieren. Killmann, Mills, Bella, Caid, Davidson, Drose und Wanlass (1983) zeigen an einer Stichprobe von 48 Ehepaaren, in denen die Frauen unter sekundärer orgasmischer Dysfunktion leiden, dass sich durch sexuelle Aufklärung beider Partner die Orgasmusfrequenz steigern lässt. Die nichtkoitale Stimulation durch den Partner nimmt dabei signifikant um 6% auf 31% zu, und die Frauen masturbieren zu 6% mehr als vor der Intervention. Dabei konnte jedoch die Anspannung in bezug auf sexuelle Aktivitäten nicht signifikant verringert werden.

1.5.2. Masturbation

Leiblum (1998) betonte den Nutzen sexuell permissiver Erziehung und sexueller Liberalisierung verbunden mit der Vermittlung effektiverer Techniken zur Selbststimulation, sowie wachsender Ermutigung der Frauen, im sexuellen Partnerkontakt selbstbehauptender zu agieren. Viele Frauen erreichen heute ihren ersten Orgasmus durch Selbstbefriedigung, da es ihnen an z.B. ausreichendem Vorspiel oder intensivem und offenem kommunikativen Austausch über ihre eigenen Bedürfnisse fehlt. Die meisten Frauen masturbieren wegen der unmittelbaren Befriedigung.

Ein Kind erlebt vom Tag seiner Geburt an, dass die Berührung und Stimulation bestimmter Zonen seines Körpers Lust auslöst. Es wäre also zu erwarten, dass alle Kinder früher oder später entdecken, dass die genitale Reizung den größtmöglichen Lustgewinn beinhaltet. Die meisten der untersuchten Frauen im Kinsey-Report (Kinsey, 1953) gaben an, dass sie die Masturbation als Folge der Erforschung der eigenen Genitalien entdeckt hatten. Als zweite wichtige Hauptquelle des Wissens um die Möglichkeit der sexuellen Befriedigung durch Masturbation gaben die Frauen mündliche und gedruckte Quellen an. Weiterhin wurden Erfahrungen im Liebesspiel mit dem Partner, das Beobachten anderer Personen bei der Masturbation und homosexuelle Erlebnisse als Faktoren genannt, sich mit dem Thema der Selbstbefriedigung auseinander zusetzen und diese auch zum eigenen Lustgewinn zu nutzen. Von den Frauen in der Kinsey-Studie, die erst nach dem 30. Lebensjahr begannen zu masturbieren, hatten 19% vorher nie davon gehört. Die meisten Frauen der Stichprobe hatten bald, nachdem sie von der Möglichkeit erfahren hatten, begonnen zu masturbieren. Ein nicht geringer Anteil der Frauen aber hatte Monate und sogar Jahre damit gewartet. Dieser Fakt ist sicherlich zu einem großen Teil der Tabuisierung des Themas und den damit verbundenen Schuld- und Schamgefühlen geschuldet. Einige Frauen hatten mehrere Jahre lang masturbiert, bevor sie erfuhren, dass ihre Betätigung eine sexuelle Bedeutung hat und das darstellt, was man als Masturbation bezeichnet. Von allen Frauen der Studie (N=5940) hatten circa 62% irgendwann in ihrem Leben einmal masturbiert. Circa 58% hatten dabei wenigstens einmal einen Orgasmus erreicht.

Die ca. 4–6% der Frauen, die keinen Orgasmus erreichten, setzten sich hauptsächlich aus Frauen zusammen, die nur einen vereinzelt, vagen Versuch zu masturbieren unternommen hatten. Denn fast alle Frauen, die es ernsthaft versuchten, lernten bald, einen Orgasmus zu erreichen. Das aktive Vorkommen der Masturbation war in den jüngeren Altersgruppen am niedrigsten, in den höheren Altersgruppen am höchsten. In den jüngeren Altersgruppen (10–15 Jahre) masturbierten nicht mehr als 20%, während in einigen der höheren Altersgruppen innerhalb einer Fünfjahresperiode bis zu 58% der Frauen beteiligt waren. Das aktive Vorkommen der Masturbation war bei den ledigen Frauen etwas höher als bei den verheirateten Frauen der entsprechenden Altersgruppen. Ein Großteil der ledigen Frauen reduzierten ihre Masturbationsfrequenz mit Aufnahme des ehelichen Geschlechtsverkehrs. Auf der anderen Seite hatten einige Frauen erst mit der Masturbation begonnen, als sie in der Ehe in dem dem Koitus vorangehenden Liebesspiel gelernt hatten, sich auch durch Selbststimulation Befriedigung zu verschaffen. Die durchschnittliche Masturbationsfrequenz war für die meisten Gruppen lediger Frauen in der Kinsey-Studie von 20 Jahren bis hin zur höchsten erfassten Altersgruppe (bis 50 Jahre) bemerkenswert einheitlich. Dies trifft ebenso für die Durchschnittsfrequenz bei den verheirateten Frauen und den ehemals verheirateten Frauen in den meisten Altersgruppen der Kinsey-Studie zu. Die Masturbationsfrequenz der verheirateten Frauen war nur geringfügig niedriger, als die der ledigen und ehemals verheirateten Frauen. Unter den ledigen Frauen, die masturbierten, erreichte die Frau im Durchschnitt etwa einmal innerhalb von 3 Wochen einen Orgasmus mit Hilfe von Masturbation. Bei den verheirateten Frauen betrug die Frequenz im Durchschnitt einmal im Monat. Da die Masturbationsfrequenz in erster Linie vom physiologischen Zustand und dem Wunsch der Frau abhängt, bietet sie laut Kinsey et al. (1966) einen guten Maßstab für die Höhe ihres Interesses an sexueller Betätigung. Heterosexuelle Akte werden häufiger vom männlichen Partner initiiert und bieten infolgedessen keinen so guten Maßstab für die eigene Potenz und die sexuellen Interessen der Frau. Von allen sexuellen Betätigungen ist die Masturbation diejenige, bei welcher die Frau am häufigsten zum Orgasmus kommt. Laut Kinsey et al. (1966) erreicht ein Großteil der Frauen beim ehelichen Koitus in einem erheblichen Prozentsatz der Fälle keinen Orgasmus, sehr selten kommt es beim vorehelichen Liebesspiel zum Orgasmus. Bei

der Masturbation hingegen erreichen 95% der Frauen einen Orgasmus. Die Techniken der Masturbation sind nun einmal besonders geeignet, einen Orgasmus hervorzurufen und stellen somit den spezifischsten und raschesten Weg für die Frau dar, ganz gezielt Orgasmen zu erreichen. Masters und Johnson (1966) fanden weiterhin heraus, dass die physiologisch intensivsten Orgasmen durch Masturbation entstanden sind. Jedoch bewerten viele Frauen Partneraktivitäten unabhängig vom Orgasmuserleben als begehrteste und befriedigendste Aktivität. Die nicht partnerbezogene Selbstbefriedigung wird von den Frauen dagegen häufig als unnormal oder als nur halbwertiger Ersatz empfunden (Beier et al., 2001).

Hite (1977) befragte Frauen nach ihrem größten Vergnügen beim Sex. Am häufigsten wurden emotionale Intimität, Zärtlichkeit, Nähe, Gemeinsamkeit und tiefe Gefühle mit einer geliebten Person genannt. Mutke (1984) führt ebenfalls an, dass der in der Partnerschaft herbeigeführte Orgasmus gegenüber dem durch Selbstbefriedigung ausgelösten von den Frauen als höherwertig eingestuft wird, weist aber noch einmal darauf hin, dass der Partner über subtile Kenntnisse und Erfahrungen verfügen muss, damit die Frau den Orgasmus ohne Unterbrechung und Störung ihrer Erregungssteigerung erreichen kann. Frauen benötigen im allgemeinen eine länger dauernde Stimulation hinsichtlich Vorspiel und Koitus als Männer, um einen Orgasmus zu erreichen (Beier et al., 2001). Für die Masturbation scheint dies nicht zuzutreffen. Laut Kinsey (1966) gaben 45% der Frauen, die jemals masturbierten, an, dass sie gewöhnlich in 3 oder weniger Minuten den Orgasmus erreicht hatten; weitere 25% erreichten ihn in 4–5 Minuten. Der Mittelwert der Gruppe lag bei einigen Sekunden unter 4 Minuten. Viele Frauen, bei denen es länger dauerte, zögerten ihn absichtlich hinaus, um das Lustgefühl zu verlängern. Diese Angaben über die Reaktionszeit bis zum Orgasmus sind in bezug auf die sexuelle Kapazität der Frauen sehr aufschlussreich. Die weit verbreitete Meinung, dass die Frau sexuell langsamer reagiere als der Mann, kann jedenfalls durch die Daten der Kinsey-Studie (1953) über Masturbation nicht gestützt werden.

Die Stimulation, die sich die Frau durch Masturbation verschafft, ist zum größten Teil körperlicher Art. Bei ca. 64% der befragten Frauen (Kinsey et al., 1953) war die körperliche Stimulation mitunter von einer psychischen, nämlich der Vorstellung spezifischer erotischer Situationen, begleitet. Diese

masturbationsbegleitenden Phantasien können sich auf heterosexuelle, homosexuelle, sadomasochistische und andere Arten des Sexualverkehrs beziehen. Einige der Frauen hatten sich dabei auf ein einziges Thema beim Phantasieren beschränkt, andere hatten zwei oder mehr Vorstellungskreise, wieder andere hatten in verschiedenen Perioden ihres Lebens verschiedene Phantasien gehabt.

Bei den Techniken der Masturbation haben Frauen im Allgemeinen eine größere Auswahl als Männer. Von den Frauen in der Kinsey- Studie (1953) war ein halbes Dutzend verschiedener Methoden regelmäßig oder sporadisch angewendet worden. Die Hälfte oder mehr der masturbierenden Frauen hatten nur eine einzige Methode verwendet, aber in verschiedenen Altersgruppen hatte ein Viertel bis zur Hälfte der Frauen eine zweite oder mehrere andere Techniken benutzt. Am häufigsten bestand die Masturbation bei den Frauen in einer Form der Stimulation der Klitoris und der kleinen Schamlippen (Kinsey et al., 1953). Die Klage über globale, lebenslange Anorgasmie verringerte sich in den 80er Jahren, nicht zuletzt durch die Enttabuisierung der Masturbation und durch eine bessere Aufklärung über Anatomie und Physiologie weiblicher sexueller Reaktionen (Beier et al., 2001).

1.5.3. Sexuelle Traumata

Unter sexuellem Kindesmissbrauch sollen hierbei sexuelle Handlungen an einem Kind (bis zum vollendeten 16. Lebensjahr), von einem Kind an einem Anderen auf Verlangen des Täters, vom Kind an sich selbst auf Veranlassung des Täters und sexuelle Handlungen vor einem Kind (orientiert an § 176, § 176 a, § 176 b StGB) verstanden werden. Missbrauch schließt sexuelle Aktivitäten, die zur sexuellen Stimulation des Täters dienen und an Kindern unter Ausnutzung des vorhandenen Macht- und Kompetenzgefälles vorgenommen werden ein. Kinder können das Geschehen aufgrund ihres Entwicklungsstandes in seiner Tragweite noch nicht erfassen und einschätzen (Engfer, 1995). Formen des sexuellen Missbrauchs reichen von Exhibitionismus über sexuelle Berührung durch Opfer beim Täter, durch Täter beim Opfer, Penetration mit Objekten bis hin zu analer/oraler aber auch vaginaler Penetration. Angaben zur Häufigkeit sexuellen Missbrauchs variieren mit der zu Grunde gelegten Definition.

Die Bestimmung sexuellen Missbrauchs differiert erheblich zwischen engen (auf genitale Kontakte beschränkte) und weiten (auch sexualisierende Blicke einbeziehende) Definitionen (Amann & Wipplinger, 1997). Darüber hinaus variieren Angaben zur Häufigkeit in Abhängigkeit von Erhebungsmethode, Altersvorgabe und Art der Stichprobe (klinisch vs. nicht-klinisch). Zur Prävalenzschätzung können zum einen polizeiliche Kriminalstatistiken und zum anderen retrospektive Befragungen repräsentativer Stichproben herangezogen werden. Nach der Statistik des Bundeskriminalamtes wurden 1998 15000 Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs und 2000 Fälle sexuellen Missbrauchs von Schutzbefohlenen angezeigt. Es ist allerdings von einer hohen Dunkelziffer nicht polizeilich gemeldeter Fälle auszugehen (Bier et al., 2001). Eine umfassende, für die Bevölkerung der BRD repräsentative Studie Wetzels` (1997) ergab bei Anwendung einer engen Definition für sexuellen Missbrauch (mit Körperkontakt, vor dem 16. Lebensjahr., durch erwachsene Täter) eine Prävalenzrate von 8,6% für Frauen und von 2,8% für Männer. Bei Verwendung der weitesten Definition zeigte sich ein Anstieg auf 18,1% bei Frauen und 7,3% bei Männern.

Unter der Berücksichtigung der potentiellen Auswirkungen des Missbrauchs auf die Sexualität, ist vorstellbar, dass der durch den Missbrauch erfolgte Eingriff in die sexuelle Entwicklung und Autonomie und in die Etablierung von Selbstvertrauen eines Kindes eine schwerwiegende Störung der sexuellen Erlebnis- und Beziehungsfähigkeit erwarten lässt. Masters & Johnson (1970) beziehen das Erleben psychosexueller Traumata als Verursachungsfaktor in ihre modellhafte Darstellung der Ätiologie sexueller Funktionsstörungen ein, sprechen dabei aber allgemein von ängstigenden oder demütigenden ersten sexuellen Erfahrungen. Erlebnisse sexuellen Missbrauchs in der Kindheit und frühen Adoleszenz können hierzu gezählt werden. Versteht man sexuellen Kindesmissbrauch als belastendes Lebensereignis, finden solche Ereignisse ebenfalls im integrativen Modell Hartmanns (1994, 1997) als ätiologischer Faktor für die Entstehung sexueller Funktionsstörungen Berücksichtigung. Beier et al. (2001) sprechen davon, dass die Sexualsphäre eine Besetzung mit Gefühlen wie Angst, Scham und Schuld erfährt. Das Erleben sexuellen Missbrauchs kann zur Folge haben, dass die sich entwickelnden Konzepte und Vorstellungen eines Kindes über sexuelle Aktivitäten und intime Beziehungen von

Unsicherheit, Ausbeutung und Zwang geprägt werden. Die Möglichkeiten partnerschaftlicher, sexueller Beziehungen könnten mit der Erfahrung von Vertrauensbruch und fehlendem gegenseitigen Wohlwollen verbunden werden oder aber als eine Form, Zuwendung zu erlangen, erlernt werden (Beier, 2001, Mullen, 1997, Mullen & Fleming, 1998). Solche Vermutungen zu Störungen interpersonaler Beziehungen werden durch Berichte, wonach sexueller Missbrauch in der Kindheit mit zerrütteten und unsicheren Bindungen im Erwachsenenalter (Jehu, 1989, Alexander, 1993), einer generellen Instabilität in intimen Beziehungen und geringer ausgeprägter Zufriedenheit mit Partnerschaften verbunden ist, gestützt. Zur Illustration sexuellen Erlebens zitiert Zimmer (1985, S.161) die Erfahrungsberichte von McGuire & Wagner (1978) über Therapien mit missbrauchten Frauen:

„Die Frauen haben selten Probleme, einen Orgasmus zu erleben, gerade beim Verkehr und oft nur durch Verkehr. Sie erleben wenig sexuelle Appetenz vor dem sexuellen Kontakt oder minimale subjektive Erregung während des Kontaktes. Sie ergreifen sehr selten die Initiative zur gemeinsamen Sexualität. Sie erleben große Schwierigkeiten, den Partner zu berühren und zu streicheln oder von ihm gestreichelt zu werden. Sie erleben oft Ekel oder fühlen sich abgestoßen von ihrem eigenen Körper oder dem des Partners. Sie genießen Sexualität oft erst ab der Penetration und entwickeln einen Stil, der ganz auf diesen Verkehr begrenzt ist.“

Epidemiologischen Studien zufolge kann jedoch nicht regelhaft von bestimmten Beeinträchtigungen der sexuellen Funktions-, Erlebnis- und Beziehungsfähigkeit ausgegangen werden (Mullen, 1997). Neben unauffälligen Langzeitverläufen mit ungestörtem sexuellen Erleben und tragfähigen Partnerschaften (Mullen, 1997, 1998, Hoyndorf et al., 1995) sind zwei Muster auffälliger Langzeitverläufe unterscheidbar (Beier, 2001, Schloredt & Heiman, 2003): Zum einen zeigt sich unter missbrauchten Frauen eine Tendenz mit Angst vor und Vermeidung von jeglicher Selbststimulation sowie sexuellen Kontakten und mit sexuellen Funktionsstörungen zu reagieren (Hoyndorf et al. 1995). Zum anderen zeichnet sich das Bild eines „High-risk-sexual-behavior“, verbunden mit dem frühen Eingehen sexueller Aktivitäten, mit einem erhöhten Risiko früher, ungewollter Schwangerschaften, Reviktimisierung und der Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten sowie einem sogenannten promiskuitiven Verhalten ab (Wyatt, et al.

1992, Walker, 1999). Wobei Mullen (1997) darauf hinweist, dass missbrauchte Frauen eher bereit sind, ihr sexuelles Verhalten zu verurteilen und es als promiskuitiv zu bewerten. Dies spiegelt dann eher veränderte Einstellungen zur Sexualität als tatsächliche Verhaltensunterschiede wider. Obwohl beide Muster grundverschieden sind, könnte die Funktion der zugehörigen Verhaltensstrategien darin liegen, erfahrungsbedingte Gefühle, Gedanken oder Empfindungen zu vermeiden (Polusny & Follette, 1995).

Erlebnisse wie Inzest, Missbrauch oder Vergewaltigung können dazu führen, dass Erinnerungen und negative Phantasien das aktuelle Erleben stören. Bestimmte Positionen beim Liebesspiel oder bestimmte Verhaltensweisen können Ängste, Panik oder die Kognition auslösen, ausgeliefert zu sein. Bei einer Umfrage unter 83 Vergewaltigungsopfern fanden Becker et al. (1982) bei 52% sexuelle Störungen, die von 76% dieser Gruppe auf die Vergewaltigung zurückgeführt wurden. Feldman-Summer et al. (1979) fassen Untersuchungen zur Vergewaltigung zusammen und führen aus, dass nicht zwangsläufig andauernde sexuelle Probleme resultieren müssen. Die Autoren selbst haben 50 Vergewaltigungsopfer untersucht und mit nicht vergewaltigten Frauen verglichen. Während direkt nach der Vergewaltigung Sexualität mit dem Partner deutlich mehr vermieden wurde, waren Selbstbefriedigung und primär zärtlicher Austausch mit dem Partner davon nicht betroffen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren die Frauen signifikant weniger mit ihrer Sexualität zufrieden als die Kontrollgruppe. Es waren jedoch keine Unterschiede in der Häufigkeit sexueller Aktivitäten oder des Orgasmus zu finden. Hier wird erneut deutlich, wie wichtig die Unterscheidung von Zufriedenheit und Orgasmusfähigkeit ist (s. Zimmer, 1985; Beier, 2001). Fasst man die Befunde zusammen, so erscheint sexuelle Aversion als Ergebnis negativer Sexualerfahrungen. Gelegentlich handelt es sich um einzelne traumatische Erlebnisse. Für die Mehrzahl der Klienten scheint aber eher eine Serie von Erfahrungen destruktiv gewesen zu sein, in denen sexuelle Aktivitäten und Bedürfnisse auseinander fielen (s. Zimmer, 1985).

Bezüglich der Frühfolgen sexuellen Kindesmissbrauchs kommen Kendall-Tackett (1997) wie auch Beitchman et al. (1991) zu dem Schluss, dass es außer des schwer zu operationalisierenden „sexualisierten Verhaltens“ keine spezifischen verhaltensmäßigen Hinweise im Sinne eines post-sexual-abuse-syndroms auf

sexuellen Missbrauch gibt, sondern dass Kinder mit unspezifischen Verhaltensauffälligkeiten reagieren. Die Beurteilung von „sexualisiertem Verhalten im Kindesalter“ erweist sich als problematisch und verlangt genügend Kenntnisse zum „normalen“ sexuellen Verhalten im Kindesalter.

Die Bewertung von Langzeitfolgen sexuellen Missbrauchs erscheint nicht problemlos. Beier et al. (2001) warnen davor, psychisch gestörtes Befinden im Erwachsenenalter auf einen in der Kindheit stattgehabten Missbrauch zurückzuführen und dabei ein multifaktorielles Ursachengefüge auf einen einzelnen schädlichen Faktor zu reduzieren (so auch Mullen, 1998). Von der Existenz eines Spätsyndroms sexuellen Kindesmissbrauchs kann nicht ausgegangen werden (Beitchman et al. 1992, Kendall-Tackett, 1993). Ebenso ist auch die Ausprägung von Langzeitfolgen sowohl vom Auftreten negativer kumulierender Risikofaktoren als auch protektiver Faktoren abhängig (Beier, et al., 2001, S. 408). Eine Vielzahl korrelativer Studien legen den Schluss nahe, dass Frauen, die in der Kindheit sexuell missbraucht wurden, im Erwachsenenalter mit höherer Wahrscheinlichkeit unter Depressionen, Angststörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Dissoziativen Störungen, sexuellen Funktionsstörungen, Essstörungen und substanzgebundenem Suchtverhalten leiden (Browne & Finkelhor, 1986, Wyatt & Powell, 1988, Beitchman et al. 1992, Wenninger, 1994). Die Folgen sind um so ausgeprägter, je häufiger bzw. je länger ein Kind missbraucht wurde (Wenninger, 1994), wenn sexuelle Handlungen Penetration, Cunnilingus oder Analverkehr beinhalteten (Finkelhor, 1990, Mullen, 1998), wenn das Lebensalter zu Beginn des Missbrauchs niedrig war und wenn sexuelle Handlungen mit Gewalt erzwungen wurden (Kendall-Tackett et al., 1993, Moggi, 1997). Das Auftreten von Langzeitfolgen korreliert ebenfalls mit dem Fehlen sozialer Unterstützung, die der Traumatisierung entgegenwirken könnte, sowie mit dem Missbrauch durch mehrere Täter (Kendall-Tackett, 1993, Briere & Runtz, 1988, Moggi, 1997). Zu den protektiven Faktoren zählt gegebenenfalls die Familienatmosphäre, wobei jedoch andererseits gerade innerfamiliärer Missbrauch die Entwicklung von Vertrauen und Selbstsicherheit bei Kindern empfindlich beeinträchtigen kann und gestörte Familienverhältnisse zu den negativen Entwicklungsbedingungen gehören (Beier et al., 2001, Mullen, 1998).

Zusammengefasst erweist sich der Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und verändertem sexuellem Erleben als nicht eindeutig ausgeprägt. Offen ist, wie es zur Entstehung unterschiedlicher Facetten veränderten sexuellen Verhaltens kommt, aber auch wodurch sich unauffällige Verläufe auszeichnen. Auch bezogen auf andere Langzeitfolgen ist das Wirkungsgefüge nicht monokausal erklärbar. Es erweist sich also als notwendig, Erklärungsansätzen zum Wirkungszusammenhang in die Betrachtung einzubeziehen.

1.5.4. Informationsverarbeitung und Sexualität

Betrachtet man sexuelle Erregung als Produkt aus Wahrnehmung und Bewertung kann man folgendes Beispiel für eine Feedbackschleife eines positiven sexuellen Erlebnisses aufzeigen (Abb.2).

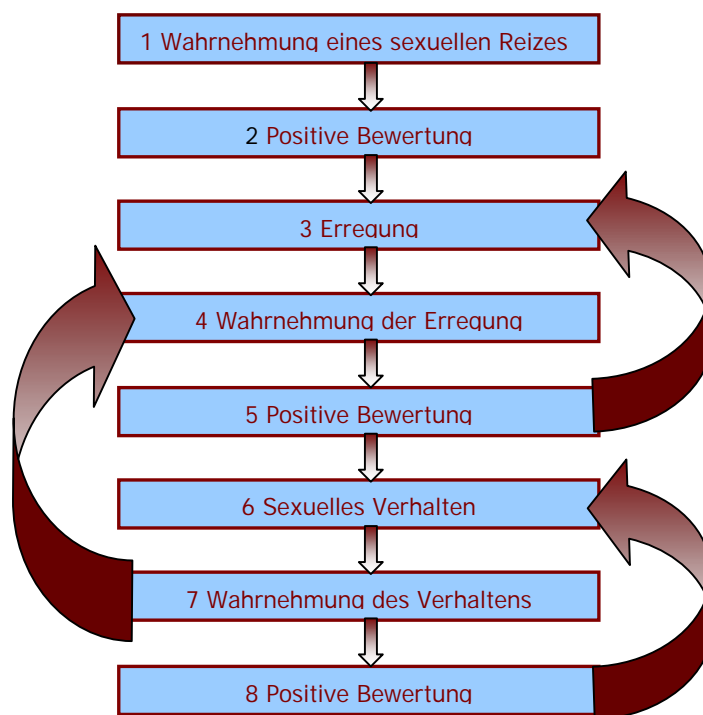


Abb. 2: Feedback Schleife einer positiven sexuellen Erfahrung
(Geer & O'Donohue, 1987 S. 341)

In einem ersten Schritt muss ein sexueller Stimulus als solcher erkannt werden. Dem gehen verschiedene Prozesse voraus. Eine große Rolle spielt die Kultur, mit der ein Mensch aufwächst, wenn es darum geht einen Maßstab dafür zu generalisieren, was

erotisch wirkt und was nicht. Ellis (1967) nennt das Beispiel der weiblichen Brust, die in den USA als ein weit wichtigerer Reiz sexueller Erregung gewertet werde, als zum Beispiel in Europa. Eine weitere Rolle für die Erkennung sexueller Stimuli spielt die bisherige Lerngeschichte des Betrachters. Im zweiten Schritt erfolgt bei vorangegangener Erkennung eines Stimulus eine Bewertung. Fällt die Bewertung positiv aus, kann sexuelle Erregung folgen. Bei negativer Bewertung bleibt die sexuelle Erregung aus oder wird blockiert. Je restriktiver die Spannbreite der Bewertung sexueller Reize ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit für sexuelle Erregung (Wincze, 1981).

Im dritten Schritt kommt es zu sexueller Erregung, die sich im Anstieg physiologischer Parameter wie Blutdruck, Herzrate und Muskelspannung niederschlägt. Neben diesen physiologischen Kennzeichen muss die Person körperliche Erregung auch als Gefühl gesteigerter sexueller Erregung erkennen (vgl. Schachters Modell der Emotion, 1964). Hinweisreize und Erfahrungen bieten eine Grundlage, auf der ein Mensch körperliche Empfindungen emotional deutet. An dieser Stelle kann es leicht zu Fehlinterpretationen kommen. Parallel zu den ersten beiden Schritten kommt es in Schritt vier und fünf nun wiederum zu Wahrnehmung und Bewertung des Vorangegangenen, nämlich der sexuellen Erregung. In einer Studie von Heiman (1977) zeigten sich signifikante Unterschiede in der Wahrnehmung sexueller Erregung zwischen den Geschlechtern. Einer Gruppe von männlichen und weiblichen Studenten wurden auditive Reize mit und ohne sexuellen Charakter dargeboten. Danach wurden die Studenten bezüglich ihrer dabei empfundenen sexuellen Erregung befragt. Während der Darbietung wurden vasokongestive Ableitungen (Blutflussmessung) der Probanden vorgenommen. Für die weiblichen Studenten wurden signifikante Unterschiede in den Ergebnissen festgestellt. Obwohl physiologische Erregung nachweisbar war, gaben die Studentinnen an, keine sexuelle Erregung bemerkt zu haben. Zu klären bleibt, ob die beteiligten Frauen ihre Erregung nicht empfunden bzw. nur nicht als sexuell interpretiert haben, oder sie nicht mitteilen wollten.

Generell gilt, dass sich beginnende sexuelle Erregung in einer gesteigerten Herzschlagrate, erhöhter Muskelspannung, erhöhter Hauttemperatur und vermehrter Schweißbildung zeigt (Birbaumer & Schmidt, 1996). All diese Veränderungen sind

jedoch relativ unspezifisch und ohne Hilfsmittel für den Menschen schwierig zu unterscheiden (Heiman, 1977). Vasokongestive Erregung ist bei Frauen weniger offensichtlich als bei Männern. Masturbationserfahrungen im Durchschnitt seltener (Barbach, 1975), so dass es für eine erregte Frau schwieriger sein kann, sexuelle Erregung als solche zu erkennen, selbst wenn die körperlichen Anzeichen vorhanden sind. Gleichzeitig unterliegen weibliche Sexualität, Begierde, Verlangen und Lust stärker kulturellen Tabus und rigiden Sexualnormen. Letztlich ist auch auf erlernte Kontextreize (Rook & Hamen, 1977) einzugehen, die die Deutung körperlicher Veränderungen als sexuelle Erregung beeinflussen. So wird ein schmerzinduziertes Stöhnen in einem Pornokino andere Deutungen begünstigen, als in einem indischen Restaurant.

Die folgende Bewertung der sexuellen Erregung bietet nun bei positivem Ausgang die Grundlage für den sechsten Schritt, dem sexuellen Verhalten, dem dann wiederum Wahrnehmung und positive Bewertung folgen, wenn man, wie in diesem Beispiel, eine positive sexuelle Erfahrung unterstellt. Die Komplexität des oben Dargestellten macht deutlich, dass es im Prozess der Informationsverarbeitung eine Reihe möglicher Quellen für fehlerhafte Wahrnehmung und Interpretationen gibt (Rook & Hamen, 1977).