

Aus der
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. Peter Falkai



**Sexuelles Risikoverhalten und sexuelle Reviktimisierung bei
Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung
in Abhängigkeit von sexuellem Kindesmissbrauch**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Christina Maria Dudek

aus
Bayreuth

Jahr
2024

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

| | |
|---|---|
| Berichterstatter: | Prof. Dr. Peter Falkai |
| Mitberichterstatter: | Prof. Dr. Jutta Schöpfer PD Dr. Thomas Zetsche |
| Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter: | |
| Dekan: | Prof. Dr. med. Thomas Gudermann |
| Tag der mündlichen Prüfung: | 25.11.2024 |

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei dem Betreuer meiner Doktorarbeit Dr. med. Richard Musil bedanken. Mit viel Engagement, Kompetenz, tollen Ideen, Flexibilität und Geduld hat er mich während der gesamten Projektzeit unterstützt und stand jederzeit für Fragen zur Verfügung. Außerdem gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. Peter Falkai, dem Doktorvater meiner Dissertation, der es mir ermöglichte, zu meinem Wunschthema zu promovieren.

Von Herzen möchte ich mich außerdem bei Dr. med. Melanie Büttner bedanken, die mich motiviert hat, mich dem Thema „Sexuelles Risikoverhalten bei Borderline-Patient:innen“ zu widmen und mir mit ihrer inhaltliche Expertise zur Seite stand.

Des Weiteren gilt mein Dank PD Dr. med. Sarah Biedermann des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), mit deren Team das Forschungsprojekt in Kooperation stattfand. Sie ermöglichte mir die Implementierung der Online-Befragung und stellte mir einen Teil der Patientendaten zur Verfügung. Ebenso möchte ich mich bei Dr. Leonhard Kratzer bedanken, der mich mit wertvollem Rat zu methodischen Fragen unterstützte und Patient:innen der Klinik St. Irmingard rekrutierte.

Außerdem möchte ich mich herzlich bei allen weiteren Ärzt:innen und Psychologischen Psychotherapeut:innen bedanken, die es mir ermöglicht haben, die Patient:innen ihrer Einrichtungen zu rekrutieren und selbst bei der Erhebung mitgewirkt haben. Hierzu gehören Dr. med. Richard Musil (Borderline-Station des LMU Klinikums), Catrin Emmerling (KIRINUS Tagesklinik Nymphenburg), Meike Kröner (KIRINUS Tagesklinik Nymphenburg), Dr. med. Johannes Hennings (kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München), Dr. med. Michael Rentrop (kbo-Inn-Salzach Klinikum), Dr. med. Elke Egger (KIRINUS Schlemmer Klinik), Leonie Blei (Psychiatrische Institutsambulanz des LMU Klinikums), Sophia Schmalbrock-Rau (Danuvius Klinik), Dorina Barta (Prop e.V. Beratungsstelle Erding) sowie die ambulanten Psychotherapeut:innen Tobias Rohde, Sylvia Asmus, Dr. Katharina Manzinger, Eva-Maria Kerp sowie meine Kolleg:innen des CoMedicum Lindwurmhofs.

Außerdem möchte ich mich ganz herzlich bei allen Patient:innen sowie Teilnehmer:innen der Kontrollgruppe bedanken, die an der Studie teilgenommen und die vielen Fragebögen mit sehr viel Geduld und Gewissenhaftigkeit ausgefüllt haben. Erst durch deren Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, konnte diese Arbeit entstehen.

Ein ganz besonderer Dank gilt schließlich meinem Ehemann Michael, meiner Familie und meinen Freundinnen und Freunden, die mir über den gesamten Zeitraum die nötige emotionale Unterstützung gegeben und mich immer wieder motiviert haben.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabellenverzeichnis..... | 6 |
| Abbildungsverzeichnis..... | 7 |
| Abkürzungsverzeichnis..... | 10 |
| Zusammenfassung..... | 11 |
| Einleitung..... | 12 |
| 1. Theoretischer und empirischer Hintergrund | 13 |
| 1.1 Sexueller Missbrauch in der Kindheit..... | 13 |
| 1.2 Folgen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit..... | 14 |
| 1.2.1 Sexuelle Traumatisierung und somatoforme Störungen | 14 |
| 1.2.2 Sexuelle Traumatisierung und psychische Störungen..... | 15 |
| 1.2.2.1 Sexuelle Traumatisierung und BPS..... | 15 |
| 1.2.2.2 Komorbidität von BPS, (K)PTBS und Dissoziation..... | 16 |
| 1.2.3 Sexuelle Traumatisierung und sexuelle Störungen | 17 |
| 1.2.3.1 Sexuelle Traumatisierung und zwanghaftes Sexualverhalten..... | 18 |
| 1.2.3.2 Sexuelle Traumatisierung und sexuelles Risikoverhalten | 19 |
| 1.2.3.3 Sexuelle Traumatisierung und Sadomasochismus / BDSM | 21 |
| 1.2.4 Sexuelle Reviktimsierung im Erwachsenenalter..... | 22 |
| 1.3 Sexuelle Störungen bei BPS-Patient:innen..... | 23 |
| 1.3.1 Sexuelles Risikoverhalten bei BPS-Patient:innen | 25 |
| 1.3.1.1 Zwanghaftes Sexualverhalten und sexuell impulsives Verhalten | 25 |
| 1.3.1.2 Ungeschützter Geschlechtsverkehr..... | 26 |
| 1.3.1.3 Ungewollte Schwangerschaften..... | 26 |
| 1.3.1.4 Sexuell übertragbare Erkrankungen (STIs) | 26 |
| 1.3.1.5 Prostitution..... | 27 |
| 1.3.2 Sexueller Masochismus und BDSM bei BPS-Patient:innen | 28 |
| 1.3.3 Sexuelle Reviktimsierung bei BPS-Patient:innen..... | 28 |
| 1.4 Ziele und Hypothesen der Studie | 29 |
| 2. Methode..... | 30 |
| 2.1 Untersuchungsstichprobe | 30 |
| 2.2 Studiendurchführung bei Patient:innen..... | 32 |
| 2.2.1 Rekrutierung von kooperierenden Einrichtungen | 32 |
| 2.2.2 Datenerhebung..... | 32 |
| 2.2.3 Rücklauf, Pseudonymisierung und Datenaufbewahrung..... | 33 |
| 2.2.4 Rekrutierung der Patient:innen des UKE..... | 34 |
| 2.3 Studiendurchführung bei Kontrollgruppen-Teilnehmer:innen | 36 |
| 2.4 Messinstrumente | 38 |
| 2.4.1 Screening für Behandler | 38 |
| 2.4.2 Basisdokumentation..... | 38 |
| 2.4.3 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)..... | 38 |
| 2.4.4 Sexuelle Reviktimsierung im Erwachsenenalter..... | 40 |
| 2.4.5 International Trauma Questionnaire (ITQ)..... | 40 |
| 2.4.6 Borderline Symptom Liste 23 (BSL-23)..... | 41 |
| 2.4.7 Fragebogen zu dissoziativen Symptomen beim Sex (FDS-Sex) | 42 |
| 2.4.8 Sexual Motivation Scale (SexMS) | 43 |
| 2.4.9 Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBDS; CSBD-19)..... | 44 |
| 2.4.10 Sexual Risk Survey (SRS) | 44 |
| 2.4.11 Weitere Fragen zu sexuellem Risikoverhalten | 45 |

| | |
|--|-----|
| 2.4.12 Masochistische Störung | 46 |
| 2.4.13 Corona und Sexualität | 46 |
| 2.5 Datenanalyse | 46 |
| 2.5.1 Definition von relevanten Kriterien für die Auswertung..... | 46 |
| 2.5.2 Statistische Tests | 48 |
| 3. Ergebnisse | 54 |
| 3.1 Rücklauf und Dropouts..... | 54 |
| 3.2 Soziodemographische und deskriptive Angaben der Patientengruppe..... | 57 |
| 3.3 Soziodemographische und deskriptive Angaben der Kontrollgruppe | 60 |
| 3.4 Schweregrade der Borderline-Symptomatik..... | 62 |
| 3.5 Unterschiede zwischen Patient:innen und KG-Teilnehmer:innen | 62 |
| 3.5.1 Zwanghaftes Sexualverhalten | 64 |
| 3.5.2 Sexuelles Risikoverhalten | 65 |
| 3.5.3 Sexuelle Selbstbestimmtheit..... | 73 |
| 3.5.4 Unterschiede zwischen Patient:innen und KG bzgl. CSA..... | 73 |
| 3.5.5 Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen..... | 75 |
| 3.6 Unterschiede zwischen BPS-Patient:innen mit und ohne CSA..... | 76 |
| 3.6.1 Zwanghaftes Sexualverhalten | 78 |
| 3.6.2 Sexuelles Risikoverhalten | 78 |
| 3.6.3 Sexuelle Selbstbestimmtheit..... | 85 |
| 3.6.4 Unterschiede im CTQ zwischen Patient:innen mit und ohne CSA | 86 |
| 3.7 Unterschiede zwischen BPS-Patient:innen mit und ohne CSA in Abhängigkeit von der | 86 |
| Schwere der Borderline-Symptomatik | 86 |
| 3.7.1 Zwanghaftes Sexualverhalten | 87 |
| 3.7.2 Sexuelles Risikoverhalten | 88 |
| 3.7.3 Sexuelle Selbstbestimmtheit | 93 |
| 3.7.4 Häufigkeit von sexuellem Masochismus | 94 |
| 3.8 Prädiktoren für sexuelles Risikoverhalten bei BPS-Patient:innen..... | 95 |
| 3.8.1 Vorhersage impulsiven sexuellen Verhaltens | 97 |
| 3.8.2 Vorhersage der Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen..... | 98 |
| 3.8.3 Vorhersage der Anzahl an STIs | 99 |
| 3.9 Prädiktoren für sexuellen Missbrauch im Erwachsenenalter | 105 |
| 3.10 Einfluss von Corona auf die Sexualität | 109 |
| 4. Diskussion | 115 |
| 4.1 Unterschiede zwischen BPS-Patient:innen und KG-Teilnehmerinnen..... | 115 |
| 4.2 Unterschiede in der Sexualität zwischen BPS-Patient:innen mit und ohne CSA | 119 |
| 4.3 Unterschiede zwischen BPS-Patient:innen mit und ohne CSA in Abhängigkeit von der | 122 |
| Schwere der Borderline-Symptomatik | 122 |
| 4.4 Prädiktoren für sexuelles Risikoverhalten..... | 125 |
| 4.5 Prädiktoren für sexuelle Reviktimisierung | 127 |
| 4.6 Einfluss von Corona auf die Sexualität der BPS-Patient:innen und KG-..... | 128 |
| Teilnehmer:innen | 128 |
| 4.7 Limitationen | 129 |
| 5. Fazit und Ausblick..... | 138 |
| Literaturverzeichnis..... | 142 |
| Anhang | 156 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der klinischen und Kontrollstichprobe..... | 31 |
| Tabelle 2: Studiendesign bei Patient:innen | 35 |
| Tabelle 3: Studiendesign bei Kontrollgruppe..... | 37 |
| Tabelle 4: Subskalen des CTQ..... | 39 |
| Tabelle 5: Schweregradeinteilung des CTQ | 41 |
| Tabelle 6: Schweregradeinteilung der BSL-23 | 42 |
| Tabelle 7: Subskalen der SexMS..... | 43 |
| Tabelle 8: Soziodemographische Angaben der Teilnehmer:innen (<i>N</i> = 292). <i>n</i> (%). | 60 |
| Tabelle 9: Unterschiede zwischen Patient:innen und KG | 63 |
| Tabelle 10: Unterschiede zwischen Patient:innen mit und ohne CSA..... | 76 |
| Tabelle 11: Deskriptive Statistiken und Korrelationen zwischen den Variablen bei Patient:innen | 96 |
| Tabelle 12: Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage des impulsiven sexuellen Verhaltens durch CSA und Dissoziation beim Sex | 98 |
| Tabelle 13: Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen..... | 99 |
| Tabelle 14: Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl an STIs durch CSA und Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen | 101 |
| Tabelle 15: Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl an STIs durch CSA und Bestehen auf Verhütung beim Geschlechtsverkehr | 103 |
| Tabelle 16: Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl an STIs durch CSA und das Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten | 105 |
| Tabelle 17: Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage von ASA durch CSA und ZSV | 107 |
| Tabelle 18: Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage von ASA durch CSA, Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, Dissoziation beim Sex und ZSV..... | 109 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Flowdiagramm zur Rücklaufquote und Dropouts in der Patienten- und Kontrollgruppe. | 56 |
| Abbildung 2: Sexuelle Orientierung bei BPS-Patientinnen ($n = 103$)..... | 57 |
| Abbildung 3: Sexuelle Orientierung bei BPS-Patienten ($n = 14$)..... | 58 |
| Abbildung 4: Sexuelle Orientierung bei diversen/sonstigen BPS-Patient:innen ($n = 3$)..... | 58 |
| Abbildung 5: Komorbide Diagnosen bei BPS-Patient:innen ($N = 120$). | 59 |
| Abbildung 6: Behandlungssetting bei BPS-Patient:innen ($N = 120$). | 59 |
| Abbildung 7: Sexuelle Orientierung der KG-Teilnehmerinnen ($n = 125$)..... | 61 |
| Abbildung 8: Sexuelle Orientierung der KG-Teilnehmer ($n = 47$)..... | 61 |
| Abbildung 9: Häufigkeit der Schweregrade der BSL-23-Symptomatik bei BPS-Patient:innen: niedrig, mäßig bis hoch, sehr bis extrem hoch ($N = 120$)..... | 62 |
| Abbildung 10: Mittelwertunterschiede im SRV zwischen Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$). $*p < 0,05$ | 66 |
| Abbildung 11: Mittelwertunterschiede im Alter des ersten Geschlechtsverkehrs zwischen Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$)..... | 66 |
| Abbildung 12: Mittelwertunterschiede in der Anzahl an (unverbindlichen) Sexualpartner:innen zwischen Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$)..... | 67 |
| Abbildung 13: Häufigkeit von geschütztem bzw. ungeschütztem Geschlechtsverkehr in Prozent bei ledigen Patient:innen ($n = 74$) und KG-Teilnehmer:innen ($n = 153$)..... | 68 |
| Abbildung 14: Häufigkeit bzgl. des Bestehens auf Verhütung in Prozent bei Patient:innen ($N = 114$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$). $*p < 0,05$ | 69 |
| Abbildung 15: Lebenszeitprävalenz von STIs in Prozent bei Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$). | 69 |
| Abbildung 16: Lebenszeitprävalenz von Prostitution in Prozent bei Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$). $*p < 0,05$ | 70 |
| Abbildung 17: Anteil an schwangeren Frauen in der Patienten- ($n = 29$) und KG ($n = 22$), die geplant und ungeplant schwanger wurden. | 71 |
| Abbildung 18: Mittelwertunterschiede von ungeplanten Schwangerschaften zwischen Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$)..... | 71 |
| Abbildung 19: Häufigkeit in Prozent von BDSM im letzten Jahr bei Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$). $*p = 0,05$ | 72 |
| Abbildung 20: Prävalenz von CSA gesamt und zwischen Geschlechtern bei Patient:innen ($N = 119$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 171$). | 74 |
| Abbildung 21: Mittelwertunterschiede im CTQ zwischen Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$). $***p < 0,001$ | 75 |
| Abbildung 22: Mittelwertunterschiede im SRS zwischen Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$)..... | 78 |
| Abbildung 23: Mittelwertunterschiede im Alter des ersten Geschlechtsverkehrs zwischen Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$)..... | 79 |
| Abbildung 24: Mittelwertunterschiede in der Anzahl an (unverbindlichen) Sexualpartner:innen zwischen Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$)..... | 80 |
| Abbildung 25: Häufigkeit von geschütztem bzw. ungeschütztem Geschlechtsverkehr in Prozent bei Patient:innen mit ($n = 33$) und ohne CSA ($n = 25$)..... | 80 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 26: Häufigkeit des Bestehens auf Verhütung in Prozent bei Patient:innen mit ($n = 63$) und ohne CSA ($n = 51$). $*p < 0,05$. | 81 |
| Abbildung 27: Lebenszeitprävalenz von STIs in Prozent bei Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$). | 82 |
| Abbildung 28: Häufigkeit von ungeplanten und geplanten Schwangerschaften in Prozent bei Patient:innen mit ($n = 21$) und ohne CSA ($n = 8$). | 83 |
| Abbildung 29: Lebenszeitprävalenz von Prostitution in Prozent bei Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$). | 84 |
| Abbildung 30: Häufigkeit von BDSM im letzten Jahr in Prozent bei Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$). | 85 |
| Abbildung 31: Mittelwertunterschiede im CTQ zwischen Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$). $***p < 0,001$. | 86 |
| Abbildung 32: Häufigkeit von CSA in Prozent bei Patient:innen mit geringer, mittlerer und schwerer Borderline-Symptomatik ($N = 119$). | 87 |
| Abbildung 33: Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf ZSV ($N = 119$). | 88 |
| Abbildung 34: Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf SRV gesamt ($N = 119$). | 88 |
| Abbildung 35: Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf impulsives sexuelles Verhalten ($N = 119$). | 89 |
| Abbildung 36: Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf riskante Sexualpraktiken ($N = 119$). | 90 |
| Abbildung 37: Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf Absicht, riskante Sexualpraktiken auszuüben ($N = 119$). | 90 |
| Abbildung 38: Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf riskante Analsexpraktiken ($N = 119$). | 91 |
| Abbildung 39: Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf Alter beim ersten Geschlechtsverkehr ($N = 119$). | 92 |
| Abbildung 40: Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf impulsives sexuelles Verhalten ($N = 119$). | 92 |
| Abbildung 41: Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf Anzahl an STIs ($N = 119$). | 93 |
| Abbildung 42: Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf sexuelle Selbstbestimmtheit ($N = 119$). | 94 |
| Abbildung 43: Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf Häufigkeit von Masochismus ($N = 119$). | 94 |
| Abbildung 44: Zusammenhang zwischen CSA und Anzahl an STIs moderiert durch Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen (niedrig, mittel, hoch). | 102 |
| Abbildung 45: Zusammenhang zwischen CSA und Anzahl an STIs moderiert durch Bestehen auf Verhütung beim Geschlechtsverkehr. | 104 |
| Abbildung 46: Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen von ASA bei BPS-Patient:innen mit und ohne CSA. Anmerkung: $***p < 0,001$. | 106 |
| Abbildung 47: Überprüfung des Vorliegens einer partiellen Mediation des Zusammenhangs zwischen CSA und ASA durch ZSV. Anmerkung $+p < 0,10$, $*p < 0,05$, $**p < 0,01$, $***p < 0,001$. | 108 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 48: Subjektiv beschriebener Einfluss von Corona auf die Häufigkeit sexueller Aktivitäten bei BPS-Patient:innen ($N = 129$). | 110 |
| Abbildung 49: Subjektiv beschriebener Einfluss von Corona auf die Häufigkeit sexueller Aktivitäten bei KG-Teilnehmer:innen ($N = 179$)..... | 110 |
| Abbildung 50: Einfluss von Corona auf die sexuelle Aktivität im letzten Jahr bei Patient:innen ($N = 129$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 179$). | 111 |
| Abbildung 51: Corona und ungeschützter Geschlechtsverkehr bei BPS-Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$)..... | 111 |
| Abbildung 52: Corona und Internetpornographie bei BPS-Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$). | 112 |
| Abbildung 53: Corona und BDSM bei BPS-Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$)..... | 113 |
| Abbildung 54: Corona und Sex mit unbekanntem Personen, der später bereut wurde bei BPS-Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$)..... | 113 |
| Abbildung 55: Corona und Prostitution bei BPS-Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$)..... | 114 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------|--|
| ASA | Sexueller Missbrauch im Erwachsenenalter (Adult sexual abuse) |
| BDSM | Bondage & Disziplinierung, Dominanz & Unterwerfung, Sadismus & Masochismus |
| BPS | Borderline-Persönlichkeitsstörung |
| BSL-23 | Borderline Symptom Liste 23 |
| CSA | Sexueller Kindesmissbrauch |
| CSBD | Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung (Compulsive sexual behavior disorder) |
| CSBDS | Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale |
| CTQ | Childhood Trauma Questionnaire |
| DSO | Disturbances of self-organization |
| FDS-Sex | Fragebogen zu dissoziativen Symptomen beim Sex |
| ITQ | International Trauma Questionnaire |
| KG | Kontrollgruppe |
| KPTBS | Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung |
| Mini-DIPS | Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen |
| M.I.N.I. | MINI Internationales Neuropsychiatrisches Interview |
| PTBS | Posttraumatische Belastungsstörung |
| SexMS | Sexual Motivation Scale |
| SKID | Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV |
| SPSS | Statistical Package for Social Science |
| SRS | Sexual Risk Survey |
| SRV | Sexuelles Risikoverhalten |
| STI | Sexuell übertragbare Erkrankung |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |
| ZSV | Zwanghaftes Sexualverhalten |

Zusammenfassung

Der Zusammenhang zwischen sexuellem Kindesmissbrauch (CSA) und sexuellem Risikoverhalten (SRV) sowie zwischen der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und SRV ist in der Literatur gut belegt. Es gibt bislang jedoch keine Studien, die den Einfluss von CSA auf zwanghaftes Sexualverhalten (ZSV) und SRV bei Patient:innen mit BPS untersuchten und dabei den Schweregrad der Borderline-Symptomatik berücksichtigten. Außerdem ist bis dato wenig zu sexueller Reviktimsierung und BPS in Abhängigkeit von CSA und SRV bekannt. In der vorliegenden multizentrischen, prospektiven, kontrollierten Studie mit 172 gesunden Proband:innen (Kontrollgruppe; KG) und 120 Patient:innen mit BPS wurde überprüft, wie sich 1. die KG von den Patient:innen und 2. Patient:innen mit und ohne CSA jeweils in folgenden Aspekten voneinander unterscheiden: a) ZSV, b) SRV (operationalisiert durch den *Sexual Risk Survey (SRS)*, *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr*, *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* und *sexuell übertragbarer Erkrankungen (STIs)*, *Verhütung beim Sex*, *ungeplante Schwangerschaften* und *Prostitution* sowie *BDSM¹* und *sexuellen Masochismus*) und c) *sexuelle Selbstbestimmtheit*. Zudem wurde untersucht, welche Prädiktoren SRV und *sexuelle Reviktimsierung* bei Patient:innen mit BPS vorhersagen. Die Ergebnisse von t-Tests, χ^2 -Tests, einer MANOVA sowie multiplen hierarchischen Regressionsanalysen waren teilweise hypothesenkonform. Die Patient:innen wiesen im Vergleich zur KG mehr ZSV sowie *impulsives sexuelles Verhalten* auf, bestanden seltener auf *Verhütung beim Sex*, begaben sich häufiger in *Prostitution* und praktizierten häufiger *BDSM*. Im Unterschied zu den Patient:innen ohne CSA bestanden jene mit CSA *seltener auf Verhütung*. Bzgl. der anderen Kriterien zeigten die Patient:innen mit CSA nur deskriptiv mehr ZSV, SRV sowie einen niedrigeren Grad an *sexueller Selbstbestimmtheit*. Ebenso zeichnete sich der Trend ab, dass Patient:innen mit mittlerer bis schwerer Borderline-Symptomatik und CSA mehr SRV aufwiesen als jene ohne CSA bzw. mit niedriger Symptomatik und CSA. Patient:innen mit CSA waren häufiger von *sexueller Reviktimsierung* betroffen. *Dissoziation beim Sex* vermittelte den Zusammenhang zwischen CSA und *impulsivem sexuellen Verhalten*. *Alter beim ersten Sex*, ZSV und *intrinsische Motive für Sexualität* waren Prädiktoren für die *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen*; CSA und *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* sagten die *Anzahl an STIs* vorher. Außerdem moderierten *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen*, *Bestehen auf Verhütung* sowie *Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten* den Zusammenhang von CSA und *Anzahl an STIs*. *Sexueller Missbrauch im Erwachsenenalter (ASA)* wurde durch CSA, *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)*, ZSV, *Alter beim ersten Sex* sowie *Dissoziation beim Sex* vorhergesagt. Die Ergebnisse liefern Hinweise darauf, dass SRV bei Patient:innen mit BPS von CSA und dem Borderline-

¹ Bondage & Disziplin, Dominanz & Submission, Sadismus & Masochismus

Schweregrad abhängt. Es ist zu erwarten, dass sich in Folgestudien mit einem größeren Stichprobenumfang auch inferenzstatistisch signifikante Effekte zeigen würden.

Einleitung

Wo hört stimulierende, an die Grenzen gehende Sexualität auf, wo fängt sexuelles Risikoverhalten (SRV), das als Psychopathologie verstanden werden kann, an? Der Übergang ist dabei fließend, zumal sexuelles Verhalten und Präferenzen sehr unterschiedlich sein können, ohne, dass es hierfür festgelegte Normen gibt. Riskante sexuelle Verhaltensweisen, wie z.B. ungeschützter Geschlechtsverkehr oder eine hohe Anzahl wechselnder Sexualpartner:innen (Sansone & Sansone, 2011; Senn et al., 2008), die mit einem erhöhten Risiko für STIs einhergehen, kommen häufig auch in der Allgemeinbevölkerung, insbesondere bei jungen Erwachsenen vor (Scott et al., 2011). Hill et al. (2015) warnen daher davor, riskantes Sexualverhalten vorschnell zu pathologisieren. So kann das Eingehen bestimmter Risiken und das Empfinden leichter Angst für Menschen sexuell erregend sein (Stoller, 1978). Kernberg (1995) betrachtet das Überschreiten von Grenzen auch als Teil der Sexualität. Außerdem kann Sexualität als Mittel fungieren, um Stress und Anspannung abzubauen sowie negative Gefühle zu regulieren.

Problematisch wird es allerdings, wenn sexuelle Impulsivität und SRV mit beabsichtigter oder unbeabsichtigter Selbstschädigung oder -verletzung einhergehen (Hill et al., 2015), wie sie bei Patient:innen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ bekannt sind (APA, 2018). In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass SRV und sexuelle Impulsivität gehäuft im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) auftreten (Frias et al., 2016; Sansone & Sansone, 2011). Wenngleich diese kein Leitsymptom darstellen, gilt impulsives Verhalten, welches auch sexuelle Aktivitäten umfasst, als ein wichtiges Kriterium bei der Diagnose einer BPS (APA, 2018). Häufiger ist SRV bei Personen anzutreffen, die in der Kindheit sexuellem Missbrauch zum Opfer gefallen sind (Noll et al., 2011), was insbesondere bei erwachsenen Frauen das Risiko für sexuelle Reviktimisierung erhöht (Classen et al., 2005; Scoglio et al., 2019). Angesichts der Prävalenz sexueller Missbrauchserfahrungen von bis zu 80 % bei Frauen mit BPS (de Aquino Ferreira et al., 2018; Freyberger, 2009) liegt die Vermutung nahe, dass bei diesen, vor dem Hintergrund der diagnostischen BPS-Kriterien *Selbstverletzung*, *impulsives Verhalten* sowie *Dissoziation*, SRV gehäuft auftritt.

Bislang existieren allerdings lediglich vereinzelte Befunde wie z.B. von Turniansky et al. (2019), die den Zusammenhang von BPS und sexueller Impulsivität/SRV, abhängig von CSA, erforscht haben. Die vorliegende multizentrische Studie verfolgt das Ziel, diese Forschungslücke zu schließen: Konkret soll untersucht werden, wie sich Borderline-Patient:innen mit bzw. ohne CSA in ZSV, SRV und

sexueller Selbstbestimmtheit voneinander unterscheiden. Außerdem sollen verschiedene Prädiktoren für SRV und sexuelle Reviktimisierung identifiziert werden. Nachfolgend wird zunächst ein Überblick über die bisherigen empirischen Befunde zu Prävalenzraten und Zusammenhängen der einzelnen Konstrukte gegeben.

1. Theoretischer und empirischer Hintergrund

1.1 Sexueller Missbrauch in der Kindheit

In Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO (1999) wird CSA definiert als das *„Involvieren eines Kindes in eine sexuelle Handlung, zu der es keine Zustimmung geben kann, da es diese nicht voll versteht und dafür aufgrund seiner Entwicklung noch nicht vorbereitet ist. Diese Handlungen erfolgen zwischen dem betroffenen Kind und einem Erwachsenen oder einem anderen Kind, das sich aufgrund seines Alters oder Entwicklungsstands in einer verantwortlichen, vertrauten oder überlegenen Position befindet. Die Handlungen zielen auf die Befriedigung der Bedürfnisse der Person, die sie ausübt, und können Zwang und Ausbeutung einschließen, z.B. im Rahmen von Prostitution oder Pornographie“* (Büttner, 2017a). Steine et al. (2012) definieren sexuellen Missbrauch als einen sexuellen Akt, zu dem das Opfer nicht zustimmte, nicht zustimmen konnte bzw. dazu gezwungen oder manipuliert wurde, zuzustimmen.

In einer repräsentativen US-amerikanischen Studie zeigte sich, dass schätzungsweise 19,3 % der Frauen und 1,7 % der Männer während ihres Lebens sexuell missbraucht wurden (Breiding et al., 2014). Von diesen wurden 78,7 % der Frauen vor ihrem 25. Lebensjahr vergewaltigt und 40,4 % vor dem Alter von 18 Jahren. In einem systematischen Review, das 55 Studien aus 24 Ländern einschloss, lagen die Prävalenzraten für sexuellen Missbrauch in der Kindheit bei 8 bis 31 % bei Mädchen und bei 3 bis 17 % bei Jungen (Barth et al., 2013). Dies zeigt, dass CSA weltweit häufig vorkommt. Mädchen haben dabei ein deutlich höheres Risiko, sexuellem Kindesmissbrauch zum Opfer zu fallen: Hinsichtlich der Geschlechterverteilung konnte in einer Repräsentativbefragung ($n = 11.428$; Alter: 16 bis 40 Jahre) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (Bieneck et al., 2011) gezeigt werden, dass es sich bei 82,5 % der Betroffenen von sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt um Mädchen und bei 17,5 % um Jungen handelte, sodass von einem Geschlechterverhältnis von 4:1 ausgegangen werden kann. Insgesamt zeichnete sich ein Rückgang der Häufigkeit von CSA mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr ab: Während die Prävalenz für CSA in einer Vergleichsstudie aus dem Jahr 1997 ($n = 3.241$) bei Frauen noch bei 8,6 % und bei Männern bei 2,8 % lag (Wetzels, 1997), waren dies in der Studie aus dem Jahr 2011 7 % der weiblichen und 1,4 % der männlichen Befragten. Bei der Mehrheit der Täter:innen von sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt handelt es sich um Männer aus dem näheren Umfeld der Opfer, entweder Familienangehörige

(v.a. Onkel, Stiefväter oder Väter) oder männliche Täter aus dem Umfeld (Nachbarn, Bekannte oder Freunde der Eltern). Hingegen geht der Missbrauch in nur 23,3 % der Fälle von Fremden aus. Während die Zahl unbekannter Täter:innen in den letzten 30 Jahren konstant geblieben ist, ist die Häufigkeit von Übergriffen im Familienkontext rückläufig, was den Rückgang der gemeldeten sexuellen Missbräuche insgesamt erklären kann (Bieneck et al., 2011).

1.2 Folgen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit

Eine Vielzahl an Studien konnte mittlerweile belegen, dass das Vorkommen von CSA mit einer Reihe von körperlichen und psychischen Erkrankungen in Zusammenhang steht. So sind beispielsweise u.a. Kopfschmerzen, Asthma, Diabetes und Herzprobleme teilweise auf CSA zurückzuführen (Romans et al., 2002). Außerdem ziehen sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit häufig Veränderungen im Bereich der Sexualität nach sich. Diese können das Ausmaß einer sexuellen Störung annehmen und – wie beim SRV der Fall – mit einer potenziellen Gefährdung für die Betroffenen und andere einhergehen (Büttner, 2017a). Im Folgenden soll nur auf einen Teil der Auswirkungen von CSA, die für die vorliegende Arbeit von Relevanz sind, näher eingegangen werden.

1.2.1 Sexuelle Traumatisierung und somatoforme Störungen

In der Literatur gibt es viele Befunde, die zeigen, dass Menschen mit traumatischen Erlebnissen, insbesondere sexuellen Gewalterfahrungen, häufiger unter körperlichen Beschwerden leiden, welche zu Beeinträchtigungen in der Sexualität führen (Paschinger & Büttner, 2017). So werden Sack und Mattheß (2013) zufolge *intrusive* sowie *konstriktive* Symptome voneinander unterschieden. Zu *konstriktiven* Symptomen würden Symptome wie Verspannungen des Beckenbodens, Schmerzen beim Sex sowie Becken- und Unterbauchschmerzen oder krampfartige Verengungen des Beckenbodens (Vaginismus) zählen, die mit Körpererinnerungen assoziiert sind. Unter *intrusiven* Symptomen sind hingegen dissoziative Symptome zu verstehen, die sich darin äußern, dass Betroffene gewisse Bereiche ihres Körpers (z.B. Lippen, Brüste, Beckenboden) nicht spüren können.

In einer Studie mit 483 Patient:innen mit PTBS (75 % Frauen, 25 % Männer) zeigte sich, dass diejenigen, die sexuellen oder körperlichen Missbrauch erlebt hatten, signifikant häufiger somatoforme Beschwerden aufwiesen als Patient:innen, die nicht durch Menschen hervorgerufene Traumata (z.B. Unfall oder Naturkatastrophe) erlitten hatten. Hierbei standen, neben kardiopulmonalen, sexuelle Beschwerden wie Schmerzen beim Sex und unangenehme Empfindungen im Bereich der Genitalien im Vordergrund (Tagay et al., 2004). Weiterhin gibt es Hinweise darauf, dass Frauen mit PTBS nach sexuellem Missbrauch gehäuft Beckenbodendysfunktionen aufweisen (Postma et al., 2013). Ebenso kamen Beck et al. (2009) zu dem Ergebnis, dass Frauen, die sexueller Gewalt zum Opfer fielen, mit 83,3 % signifikant häufiger unter multipler Beckenbodendysfunktion, d.h. einer

kombinierten Blasen- und Darmentleerungs- sowie sexuellen Störungen litten als Frauen mit Beckenbodenbeschwerden ohne Erfahrung sexueller Gewalt. Auch Weaver (2009) fasst in seinem Review, in dem zwölf Studien eingeschlossen wurden, zusammen, dass bei Vergewaltigungsopfern häufiger Dyspareunie, d.h. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Endometriose, menstruale Unregelmäßigkeiten sowie Beckenbodendysfunktionen diagnostiziert wurden als bei Frauen ohne sexuellen Missbrauch. Die Studie von Reissing et al. (2003) mit 87 Frauen liefert Hinweise dafür, dass Patientinnen mit Vaginismus doppelt so häufig von CSA betroffen waren als Frauen ohne Beckenbodenverkrampfungen oder -schmerzen.

1.2.2 Sexuelle Traumatisierung und psychische Störungen

Cutajar et al. (2010) kamen durch Auswertung einer umfangreichen Datenbank, welche die Gesundheitsdaten von 2759 australischen Betroffenen von CSA umfasste, zu dem Ergebnis, dass das Risiko, später eine psychische Störung wie eine PTBS bzw. BPS, zu entwickeln, signifikant höher war als bei einer Kontrollgruppe von Patient:innen ohne sexuellen Missbrauch. Auch Fergusson et al. (2013) konnten in einer neuseeländischen Langzeitstudie, in der die Daten von über 900 Teilnehmern von Geburt an bis zum 30. Lebensjahr erfasst wurden, zeigen, dass CSA mit erhöhten Raten an PTBS-Symptomen, Depression, Angststörungen, Suizidgedanken und -versuchen, Substanzabhängigkeiten, geringerem Selbstwertgefühl sowie niedrigerer Lebenszufriedenheit einherging. Ebenso wiesen betroffene Frauen von sexuellem Missbrauch viermal häufiger selbstverletzendes Verhalten auf als jene ohne sexuellen Missbrauch. Dabei stand Selbstverletzung im Zusammenhang mit posttraumatischem Stress, dissoziativem Erleben während des Traumas sowie Hypersexualität (Noll et al., 2003). In einer repräsentativen australischen Studie mit 1793 Teilnehmer:innen kamen Najman et al. (2005) zu dem Ergebnis, dass sowohl Männer als auch Frauen, die in der Kindheit sexuellen Missbrauch erlebt haben, häufiger unter sexuellen Funktionsstörungen leiden. Insgesamt berichteten mehr Frauen als Männer von CSA und hatten im Erwachsenenalter in höherem Maße Beeinträchtigungen hinsichtlich sexueller Funktionen. Bezogen auf verschiedene Arten von CSA waren sexuelle Funktionsstörungen bei beiden Geschlechtern bei sexuellem Missbrauch mit Penetration am stärksten ausgeprägt. Während bei Frauen bei jeder Form von sexuellem Missbrauch signifikante Zusammenhänge mit sexuellen Funktionsstörungen gefunden wurden, wiesen Männer mit anderen Formen sexuellen Missbrauchs (außer Penetration) kein signifikant höheres Ausmaß sexueller Funktionsstörungen auf.

1.2.2.1 Sexuelle Traumatisierung und BPS

Patient:innen mit einer BPS berichten häufig, in der Kindheit körperliche, psychische oder sexuelle Traumatisierungen erlebt zu haben (Sack et al., 2013). Wenngleich sexuelle Traumatisierung kein

notwendiges Kriterium für die Diagnose einer BPS ist (Gunderson & Sabo, 1993; Lieb et al., 2004), wird CSA in einem systematischen Review von de Aquino Ferreira et al. (2018) von 16,1 bis zu 85,5 % der Patient:innen mit BPS beschrieben. In der Studie von Zanarini et al. (1997) beispielsweise gaben 91 % von 385 befragten Patient:innen mit BPS an, Missbrauch in irgendeiner Form erlebt zu haben (verbal, körperlich, emotional oder sexuell). Von sexuellem Missbrauch berichteten 61,5 % der Patient:innen mit BPS, während es in der Kontrollgruppe (Patient:innen mit anderer Persönlichkeitsstörung) die Hälfte war (31,2 %). Auch in einer Studie mit Borderline-Patientinnen ($n = 126$) war die Prävalenzrate für CSA signifikant höher als in der Gruppe ohne BPS (47 vs. 21 %) (Sansone, Chu, et al., 2011). Ebenso zeigte sich in einer ungarischen Studie von Merza et al. (2015), dass 56 % der Patient:innen mit BPS sexuellen Missbrauch erlebt hatten und dass diesen im Vergleich zu Patient:innen mit Depression signifikant häufiger die schwersten Formen von CSA widerfahren waren (Penetration, auch durch verschiedene Täter, Inzest, über viele Monate bestehender sexueller Missbrauch), was mit einer stärkeren Ausprägung der Borderline-Symptomatik einherging. Zanarini et al. (2002) konnten nachweisen, dass die Schwere des Kindsmisbrauchs mit der Schwere der Borderline-Symptomatik assoziiert war, sodass hier von einer Dosis-Wirkungs-Beziehung ausgegangen werden kann. Die Befunde verdeutlichen, dass sexuelle Traumatisierung in der Kindheit einen Risikofaktor für die Ausbildung einer BPS darstellt (Elzy, 2011).

1.2.2.2 Komorbidität von BPS, (K)PTBS und Dissoziation

Aufgrund der hohen Komorbidität von BPS mit PTBS, die teilweise über 60 % liegt (Yen et al., 2002; Zanarini et al., 1998), wurde in der Vergangenheit immer wieder diskutiert, ob es sich bei der BPS um eine Traumafolgestörung handelt (Sack et al., 2013). Frias et al. (2016) kamen in einem Review zu dem Ergebnis, dass bei 33 bis 79 % der Patient:innen mit BPS gleichzeitig die Diagnose PTBS gestellt wurde, unabhängig davon, ob es sich bei der klinischen Stichprobe um ein ambulantes oder stationäres Setting handelte. In einer großen amerikanischen Studie ($n = 34.653$) (Pagura et al., 2010) konnte gezeigt werden, dass bei 30,2 % der Personen, bei denen eine BPS diagnostiziert wurde, komorbid eine PTBS vorlag. Außerdem wiesen jene Patient:innen, bei denen beide Diagnosen vorhanden waren, eine geringere Lebensqualität, eine höhere Wahrscheinlichkeit für weitere Achse-I-Erkrankungen, mehr Suizidversuche und eine höhere Prävalenz von wiederholten Kindheits-traumata auf als jene, die nur unter einer der beiden Störungen (BPS oder PTBS) litten.

Durch die hohe Überschneidung von Borderline- und Traumafolgesymptomen wurde von Herman (1992) das Konzept der *komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS)* entwickelt, welches ein Syndrom nach chronischer Traumatisierung darstellt und die Symptombereiche *Störungen der Affektregulation, dissoziative Symptome, gestörte Selbstwahrnehmung, Störungen der Sexualität und Beziehungsgestaltung, somatoforme Körperbeschwerden sowie Veränderungen persönlicher*

Glaubens- und Wertvorstellungen umfasst. Sack et al. (2013) konnten in einer multizentrischen Studie mit 136 Borderline-Patient:innen hohe Komorbiditätsraten mit einer PTBS (79 %), KPTBS (55 %) sowie mit schweren dissoziativen Störungen mit Fragmentierungssymptomen (41 %) nachweisen. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer BPS und KPTBS war ebenso die Diagnose einer PTBS (86,7 %) höher als in der Gruppe der Borderline-Patient:innen ohne KPTBS (70,5 %). Auch in der Arbeit von Sauer (2014) zeigten sich bei einer Stichprobe von Patient:innen mit BPS und/oder KPTBS hohe Komorbiditätsraten: So erfüllten 79,7 % der Patient:innen gleichzeitig die Kriterien einer BPS und einer KPTBS. In der Studie von Barnow et al. (2005) mit 51 stationären Borderline-Patient:innen hingegen lag die Diagnose einer BPS und einer komorbiden KPTBS nur bei 34,1 % vor. Das häufig gleichzeitige Auftreten beider Diagnosen unterstreicht, dass Patient:innen mit BPS mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Traumafolgestörung, in Form einer PTBS oder KPTBS, betroffen sind (Büttner, 2019).

Ebenso bestehen hohe Komorbiditätsraten zwischen BPS und dissoziativen Störungen: So wurde bei 30 bis 70 % der Patient:innen mit dissoziativen Störungen eine BPS diagnostiziert; umgekehrt liegt bei 41 bis 72 % der Borderline-Patient:innen gleichzeitig eine dissoziative Störung vor (Brand & Lanius, 2014). In einem systematischen Review, welches 65 Studien einschloss, konnte gezeigt werden, dass von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit Betroffene, als Erwachsene unter stärkerer Dissoziation litten als jene, die keinen Missbrauch erlebt haben (Vonderlin et al., 2018). Dabei stellen traumatische Erfahrungen in der Kindheit besonders bei Borderline-Patient:innen einen Risikofaktor für Dissoziation dar (Simeon et al., 2003; Zanarini et al., 2000). Dissoziation ist dabei eine regulatorische Antwort auf die durch das Trauma hervorgerufenen starken Gefühle wie Furcht (Dalenberg et al., 2012). In einer Studie mit 57 Erwachsenen, die mit HIV (Human Immundeficiency Virus) infiziert waren und CSA erlebt hatten, konnte nachgewiesen werden, dass der Großteil unter Dissoziation beim Geschlechtsverkehr litt. Insbesondere waren jene betroffen, bei denen gleichzeitig eine PTBS diagnostiziert wurde (Hansen et al., 2012).

Die enge Überschneidung zwischen Trauma, Dissoziation und BPS spiegelt sich auch in den Diagnosekriterien wider: Neben Selbstverletzung gilt u.a. Dissoziation als Kriterium der BPS (APA, 2018), welche als dysfunktionale Emotionsregulationsstrategie bei Borderline-Patient:innen betrachtet werden kann (van Dijke et al., 2010).

1.2.3 Sexuelle Traumatisierung und sexuelle Störungen

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit haben, neben körperlichen und psychischen Auswirkungen, nicht selten auch sexuelle Störungen zur Folge. Diese drücken sich entweder als Vermeidungsverhalten von oder Aversion gegenüber Sexualität (hyposexuelles Verhalten) aus, oder manifestie-

ren sich im Gegensatz dazu als Hypersexualität, auch ZSV genannt, bzw. SRV (Büttner, 2017a). Hierbei liegen geschlechtsspezifische Unterschiede vor: So kamen Büttner et al. (2014) zu dem Ergebnis, dass hyposexuelles im Vergleich zu hypersexuellem Verhalten bei beiden Geschlechtern insgesamt stärker ausgeprägt war. Die Prävalenz von hypersexuellen Störungen war dabei bei Männern höher als bei Frauen, während Frauen im Gegensatz zu Männern mehr hyposexuelle Störungen aufwiesen. Wenngleich auch die Vermeidung von sexuellen Aktivitäten eine große Rolle im Zusammenhang mit sexueller Traumatisierung spielt, soll nachfolgend der Fokus auf ZSV und SRV gelegt werden.

1.2.3.1 Sexuelle Traumatisierung und zwanghaftes Sexualverhalten

Zunächst wird ein kurzer Überblick darüber gegeben, was unter der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung zu verstehen ist. Im ICD-11 wurde die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung (compulsive sexual behavior disorder; CSBD) unter dem Kürzel 6C72, der Kategorie der Impulskontrollstörungen, als neue Diagnose aufgenommen (WHO, 2019). Diese subsummiert die sich überschneidenden Konzepte *Hypersexualität*, *Sexsucht* und *Sexueller Kontrollverlust* (Müller, 2019).

Die Diagnose CSBD wird nach ICD-11 wie folgt definiert (Bründl & Fuss, 2021; Merkert et al., 2022)²:

Ein anhaltendes Unvermögen, intensive, sich wiederholende sexuelle Impulse oder Triebe zu kontrollieren, was zu wiederholtem sexuellem Verhalten führt, das sich in einem oder mehreren der folgenden Punkte manifestiert:

- 1. Wiederholte sexuelle Aktivitäten gelangen so sehr in den zentralen Fokus der Person, dass Gesundheit, Körperpflege, andere Interessen, Aktivitäten und Pflichten vernachlässigt werden.*
- 2. Die Person hat zahlreiche erfolglose Versuche unternommen, das Sexualverhalten zu kontrollieren oder deutlich zu reduzieren.*
- 3. Die Person führt das sexuelle Verhalten wiederholt fort, obwohl es zu negativen Konsequenzen (z.B. wiederholte Beziehungsbrüche, berufliche Konsequenzen) führt oder wenig bis keine Befriedigung erfolgt.*
- 4. Die Unfähigkeit, die sich wiederholenden sexuellen Aktivitäten zu kontrollieren, besteht über eine Dauer von mindestens sechs Monaten.*
- 5. Das sexuelle Verhalten führt zu ausgeprägtem Leidensdruck und/oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.*

² Bei der Definition der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung handelt es sich um eine Übersetzung der diagnostischen Kriterien nach WHO (2019) von Bründl und Fuss (2021) sowie Merkert et al. (2022), da noch keine offizielle deutsche Übersetzung der Diagnosekriterien vorliegt.

6. *Der Leidensdruck ist nicht vollständig auf moralische Urteile und Missbilligung der sexuellen Impulse oder Aktivitäten zurückzuführen.*

Es wird geschätzt, dass die CSBD bei 1 bis 6 % der Erwachsenen vorkommt (Böthe et al., 2019). Männer waren in einer Validierungsstudie mit Prävalenzraten zwischen 4,2 und 7 % häufiger als Frauen (0 bis 5,5 %) von einer CSBD betroffen (Böthe et al., 2020a).

Nicht immer sind alle Kriterien einer CSBD erfüllt, sondern häufig zeigen sich auch die Tendenzen von zwanghaftem Sexualverhalten (ZSV). Nachfolgend soll insbesondere auf *ZSV*, *sexuelle Impulsivität* und *SRV*, welches häufig zu beabsichtigter oder unbeabsichtigter Selbstschädigung oder -verletzung führen kann (Hill et al., 2015), eingegangen werden. Hierbei wird auch für hypersexuelles Verhalten, angelehnt an die neue ICD-11-Diagnose, der Begriff *ZSV* gewählt.

Noll et al. (2003) fanden heraus, dass Sexualität für betroffene Frauen von CSA ($n = 77$) im Vergleich zu Frauen ohne CSA ($n = 89$) zwar häufiger mit Angst und Aversion verbunden war, andererseits wiesen diese mehr ZSV (z.B. mehr Masturbation oder exzessiveren Geschlechtsverkehr) auf als die KG. Slavin et al. (2020) konnten in einem Großteil der in ihrer Metaanalyse eingeschlossenen Studien zeigen, dass CSA und ZSV in einem signifikanten Zusammenhang standen: So fanden beispielsweise Meyer et al. (2017) in ihrer Studie mit $n = 812$ und auch Vaillancourt-Morel et al. (2016) in ihrer Studie mit $n = 1033$ Erwachsenen, dass CSA mit höheren Raten an ZSV assoziiert war. Auch in einer reinen Männerstichprobe ($n = 529$) wurde eine signifikante Korrelation zwischen CSA und Hypersexualität bzw. Sexsucht gefunden (Kingston et al., 2017), ebenso in einer Stichprobe bestehend aus 99 Frauen (Opitz et al., 2009).

1.2.3.2 Sexuelle Traumatisierung und sexuelles Risikoverhalten

In der Literatur ist mittlerweile gut belegt, dass CSA mit verschiedenen Formen von SRV assoziiert ist (Noll et al., 2011; Thompson et al., 2016), welche zumeist folgende Merkmale umfassen: die Anzahl der bisherigen und aktuellen Sexualpartner:innen, die Häufigkeit von ungeschütztem Geschlechtsverkehr, Prostitution, das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, der Konsum von Alkohol oder Drogen sowie die Wahrscheinlichkeit, sich mit sexuell übertragbaren Erkrankungen (STIs = sexually transmitted infections) wie HIV zu infizieren (Senn et al., 2008).

Fergusson et al. (2013) kamen in einer australischen Studie zu dem Ergebnis, dass Betroffene von CSA a) mit einem Durchschnittsalter von 15,2 Jahren zwei Jahre früher den ersten sexuellen Kontakt mit Penetration hatten als Personen ohne CSA (17,3 J.), b) im Alter zwischen 18 und 30 Jahren mehr Sexualpartner:innen (23,3 vs. 13,8) und c) mehr ungewollte Schwangerschaften (1,3 vs. 0,6) hatten. Auch Hahm et al. (2010) konnten in ihrer Studie mit über 7000 Frauen zwischen 18 und 27 Jahren

zeigen, dass diejenigen, die in der Kindheit sexuell missbraucht wurden, tendenziell häufiger bereits vor dem 15. Lebensjahr zum ersten Mal Geschlechtsverkehr und eine höhere Anzahl an Sexualpartner:innen hatten als jene ohne CSA. Hierbei scheint das Ausmaß des Missbrauchs einen Einfluss auf die Stärke des späteren SRVs zu haben: Personen, die neben CSA zusätzlich auch andere Formen des Missbrauchs (körperliche Misshandlung und Vernachlässigung) erlebt hatten, wiesen dabei mehr Kriterien für SRV auf (jüngeres Alter beim ersten Sex, mehr Sexualpartner:innen, höhere Wahrscheinlichkeit, an einer STI zu erkranken und höhere Wahrscheinlichkeit, sich in Prostitution zu begeben).

Darüber hinaus scheinen ungewollte Schwangerschaften oder Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen, die als Kind sexuell missbraucht wurden, häufiger aufzutreten (van Roode et al., 2009). Ein möglicher Grund hierfür ist, dass von CSA betroffene Frauen häufiger ungeschützten Geschlechtsverkehr haben als Frauen ohne CSA (Schacht et al., 2010). So kamen beispielsweise auch Senn et al. (2006) in ihrer Studie mit 872 Patient:innen zu dem Ergebnis, dass jene, die von CSA betroffen waren, signifikant häufiger ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten. In der Metaanalyse von Arriola et al. (2005) war ungeschützter Geschlechtsverkehr ebenso mit CSA assoziiert. Dies ließe sich damit erklären, dass sich Frauen mit CSA sexuell weniger behaupten könnten, wodurch sie weniger insistierten, beim Sex ein Kondom zu verwenden (Stoner et al., 2008).

Durch den ungeschützten Geschlechtsverkehr ist das Risiko von Frauen mit CSA, sich im Erwachsenenalter mit STIs wie HIV zu infizieren, erhöht (Senn et al., 2008; Shamu et al., 2019). Houston et al. (2013) kamen in ihrer Studie mit 190 obdachlosen Frauen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass bei denjenigen, die in der Kindheit sexuell missbraucht worden waren, später mit höherer Wahrscheinlichkeit eine STI diagnostiziert wurde.

Auch eine höhere Anzahl an Sexualpartner:innen steht mit der Diagnose von STIs wie HIV in Zusammenhang (Hahm et al., 2010; Scott et al., 2011). Miller (1999) stellte eine Theorie auf, mit der die Assoziation zwischen CSA und riskantem Sexualverhalten hinsichtlich der Infektion mit HIV erklärt werden kann: So gelten sowohl Substanzmittelkonsum als auch dissoziative und PTBS-Symptome als dysfunktionale Emotionsregulationsstrategien im Umgang mit traumatischen Missbrauchserfahrungen. Diese wiederum würden somit das Verhältnis zwischen sexuellem Missbrauch und SRV medieren. Dass CSA mit mehr SRV, vermittelt über dysfunktionale Copingstrategien (kognitiv, affektiv und behavioral) einhergeht, konnten auch Noll et al. (2011) in ihrer Studie mit 275 weiblichen Jugendlichen, die von CSA betroffen waren, nachweisen. Des Weiteren erbrachte die Untersuchung von Thompson et al. (2016) das Ergebnis, dass Traumasymptome einen Prädiktor für ungeschützten Geschlechtsverkehr darstellen. Diese würden die Auswirkung von emotionalem sowie sexuellem Missbrauch auf ungeschützten Sex und sexuelle Selbstwirksamkeit medieren.

Zusätzlich begeben sich Frauen, die in der Kindheit sexuelle Gewalt erlebt hatten, häufiger in Prostitution (Lalor & McElvaney, 2010): Beispielsweise berichteten 60 % von 200 befragten Prostituierten, in der Kindheit sexuell missbraucht worden zu sein (Silbert & Pines, 1981). In der kanadischen Studie von Bagley und Young (1987) berichteten 73 % von (Ex-) Prostituierten, CSA erlebt zu haben, im Vergleich zu 29 % einer KG aus der Allgemeinbevölkerung. Hierbei stellte sich heraus, dass der von den Prostituierten erlebte Missbrauch schwerwiegender war, d.h. früher im Alter begann, länger andauerte, häufiger, auch durch mehrere Täter:innen ausgeübt wurde sowie von Penetration und mehr Gewalt geprägt war. Steel und Herlitz (2005) kamen in einer schwedischen Studie zu dem Ergebnis, dass Betroffene von CSA eine erhöhte Wahrscheinlichkeit hatten, sexuelle Aktivitäten im Gegenzug für Geld anzubieten. Auch Widom und Kuhns (1996) konnten in einer Langzeitstudie, die mit 1196 amerikanischen Kindern mit geringem sozioökonomischen Status bis ins Erwachsenenalter durchgeführt wurde, zeigen, dass CSA bei Frauen ein signifikanter Prädiktor für Prostitution war: Während sich 10,5 % der weiblichen Betroffenen von Missbrauch ($n = 626$) in Prostitution begaben, waren es in der Frauengruppe ohne Missbrauchserfahrung ($n = 520$) 2,8 %. Hahm et al. (2010) fanden ebenfalls heraus, dass Frauen, die in der Kindheit körperlichen und/oder sexuellen Missbrauch erlebt hatten, später eher Sex im Gegenzug für Geld anboten. Hierbei war die Wahrscheinlichkeit dann umso höher, je mehr unterschiedliche Formen von Kindesmissbrauch vorlagen.

Doch nicht nur sexuelle Traumatisierung, sondern auch nichtsexuelle Misshandlungen in der Kindheit sind mit SRV assoziiert (Büttner, 2017a). So schlossen Van Bruggen et al. (2006) aus ihrer Untersuchung, dass emotionale Gewalt bei Frauen häufiger mit Gelegenheitssex sowie dysfunktionalem sexuellem Verhalten (z.B. sexuelle Aktivität als Mittel zur Vermeidung von Einsamkeit) assoziiert war. Ebenso stand körperliche Gewalt in einer Studie von Lemieux und Byers (2008) bei Frauen mit Gelegenheitssex sowie ungeschütztem Geschlechtsverkehr in Zusammenhang. Auch weisen Personen beider Geschlechter, die körperliche (Norman et al., 2012) sowie emotionale Gewalt und Vernachlässigung (Norman et al., 2012; Thompson et al., 2016) erlebt haben, mehr SRV auf.

1.2.3.3 Sexuelle Traumatisierung und Sadomasochismus / BDSM

Inwiefern sexuelle Gewalterlebnisse in der Kindheit mit sexuellem Sadomasochismus und der späteren Ausübung von BDSM in Verbindung stehen, wird in der Literatur immer wieder kontrovers diskutiert. So sind sadomasochistische Tendenzen in der Sexualität nicht sofort als eine Paraphilie zu betrachten. Sie lassen sich vielmehr auf einem Spektrum von gesunden sexuellen Spielarten – wie beispielsweise beim einvernehmlichen BDSM der Fall – bis hin zu einer klinisch relevanten Störung der Sexualpräferenz einordnen (Hopkins et al., 2016). Zudem müsse differenziert werden, wie stark die sadomasochistischen Tendenzen ausgeprägt sind, ob die Aktivitäten einvernehmlich statt-

finden und inwiefern damit z.B. gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Risiken verbunden sind. In der ICD-10 wird die Diagnose *F65.5 Sadomasochismus* noch als Störung der Sexualpräferenz aufgeführt und ist definiert als eine *Präferenz für sexuelle Aktivitäten - entweder als passive (Masochismus) oder aktive Person (Sadismus) oder beides, die mit Schmerzen, Erniedrigung oder Unterwerfung einhergeht, wobei die Form der sexuellen Aktivität die wichtigste Erregungsquelle darstellt und für die sexuelle Befriedigung notwendig ist* (Dilling & Freyberger, 2019). Nach ICD-11 gilt Sadomasochismus nicht mehr als Störung der Sexualpräferenz, sondern fällt nur dann unter die Kategorie *Paraphile Störungen*, wenn damit Leidensdruck der Betroffenen und/oder sexuelle Handlungen ohne Einwilligung der anderen Person bzw. ein erhebliches Verletzungs- oder Todesrisiko verbunden ist (Krueger et al., 2017).

Hinsichtlich klinisch relevantem Sadomasochismus kamen z.B. Hopkins et al. (2016) in ihrer Studie, bestehend aus 980 Patient:innen von Einrichtungen mit Schwerpunkt auf sexueller Abhängigkeit, zu dem Ergebnis, dass traumatische Erlebnisse generell einen Prädiktor sowohl für sadomasochistische Aktivitäten mit niedrigen als auch hohen Risiken darstellten. CSA sagte hingegen nur bei Frauen, nicht aber bei Männern Niedrig- und Hochrisiko-Sadomasochismus vorher. Für die Ausübung von BDSM, in Abgrenzung zu Sadomasochismus als paraphile Störung, wurde in Australien eine repräsentative telefonische Befragung ($n = 19.307$) durchgeführt, in der keine signifikante Korrelation zwischen BDSM und sexueller Gewalt in der Vergangenheit gefunden werden konnte. In der folgenden Studie sollen ausschließlich die Konstrukte *sexueller Masochismus* und *BDSM*, welche jeweils getrennt voneinander erhoben wurden, untersucht werden.

1.2.4 Sexuelle Reviktimisierung im Erwachsenenalter

Es ist davon auszugehen, dass CSA das Risiko von Erwachsenen, insbesondere Frauen, erneut einem sexuellen Übergriff zum Opfer zu fallen, um das Zwei- bis Dreifache erhöht (Fleming et al., 1999). In einer Metaanalyse, die 80 Studien umfasste, ergab sich für sexuelle Reviktimisierung eine Prävalenzrate von 47,9 %, sodass es bei fast der Hälfte der Opfer von CSA zu einem erneuten sexuellen Übergriff im Erwachsenenalter kommt (Walker et al., 2019). Noll et al. (2003) kamen in einer prospektiven Studie mit traumatisierten Frauen zu dem Ergebnis, dass das Risiko von Frauen mit sexueller Traumatisierung in der Kindheit, als Erwachsene erneut von sexueller Gewalt betroffen zu sein, doppelt so hoch war.

Die Wahrscheinlichkeit für sexuelle Reviktimisierung scheint dabei mit zunehmender Schwere und Anzahl der Traumatisierungen in der Vergangenheit zu steigen. Betroffene, bei denen der letzte Übergriff erst kurz zurückliegt, haben dabei das höchste Risiko, erneut sexuellem Missbrauch zum Opfer zu fallen (Classen et al., 2005). Miron und Orcutt (2014) sprechen hier von einer Abwärtsspi-

rale in dem Sinne, dass sich CSA auf sexuelle Gewalt in der Jugend auswirkt, was wiederum das Risiko für sexuelle Traumatisierung im Erwachsenenalter erhöht.

Einer der Hauptrisikofaktoren, den Scoglio et al. (2019) in ihrem systematischen Review für sexuelle Reviktimisierung identifizierten, ist SRV, einschließlich einer hohen Anzahl an Sexualpartner:innen. In sieben von zehn Studien war SRV ein Prädiktor für erneuten sexuellen Missbrauch in der Jugend und im Erwachsenenalter (Fargo, 2009; Griffee et al., 2012). Weitere Risikofaktoren für Reviktimisierung sind Umweltfaktoren, in denen ein Kind aufwächst, wie z.B. das gleichzeitige Auftreten von körperlicher (häuslicher) Gewalt neben sexuellem Missbrauch, das Aufwachsen mit Stiefeltern, ein geringer sozioökonomischer Status, psychische Erkrankungen der Eltern, die mit Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion (z.B. emotionale Vernachlässigung) einhergehen, sowie das weibliche Geschlecht (Meinck et al., 2014; Pittenger et al., 2016; Scoglio et al., 2019; Walker et al., 2019). Weitere Risikofaktoren für sexuelle Reviktimisierung sind PTBS (Filipas & Ullman, 2006; Risser et al., 2006) sowie dysfunktionale Emotionsregulationsfähigkeiten (Messman-Moore & Long, 2000; Orcutt et al., 2005; Walsh et al., 2011).

Rodriguez-Srednicki (2001) konnte an einer Stichprobe mit College Studentinnen ($n = 435$) zeigen, dass der Zusammenhang zwischen CSA und SRV sowie Reviktimisierung durch Dissoziation mediiert wurde. Dies verdeutlicht, dass auch Dissoziation eine bedeutende Rolle im Hinblick auf Reviktimisierung spielt. So sind Betroffene von Dissoziation beim Sex in ihren Möglichkeiten eingeschränkt, einvernehmlichem Sex zuzustimmen, was die Wahrscheinlichkeit für Risiken im Zusammenhang mit Geschlechtsverkehr erhöht (Malow et al., 2006; Zurbriggen & Freyd, 2004). Sexuelle Reviktimisierung wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit, psychische Erkrankungen zu entwickeln, wie z.B. BPS, dissoziative Störungen, Depressionen, Angststörungen sowie Abhängigkeitserkrankungen, welche sexuelle Probleme nach sich ziehen können (Classen et al., 2005). Somit kann von einem Teufelskreis aus Reviktimisierung und psychischen sowie sexuellen Störungen ausgegangen werden.

1.3 Sexuelle Störungen bei BPS-Patient:innen

Bei der BPS handelt es sich um eine Persönlichkeitsstörung, die neben wiederholten suizidalen Handlungen oder selbstverletzendem Verhalten u.a. durch dysfunktionale Emotionsregulationsfähigkeiten sowie impulsives Verhalten in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmittelkonsum, rücksichtsloses Autofahren oder Essanfälle) gekennzeichnet ist (APA, 2018). Zunächst soll auf einige Charakteristika in der Sexualität von BPS-Patient:innen eingegangen werden.

Wenngleich im Rahmen der Forschung zu BPS und Sexualität mehr Befunde zu sexueller Impulsivität und SRV existieren, kamen Zanarini et al. (2003) zu dem Ergebnis, dass Patient:innen mit BPS (n

= 290) sexuelle Aktivitäten aus Angst vor unerwünschten Symptomen auch vermeiden (65 % der Frauen und 43 % der Männer). Insgesamt berichteten 61 % der Borderline-Patient:innen davon, Probleme mit Sexualität zu haben, wohingegen es bei Befragten mit einer anderen Persönlichkeitsstörung ($n = 72$) lediglich 19 % waren.

Sexuell impulsives Verhalten bei Patient:innen mit BPS ist allerdings nicht gleichbedeutend damit, dass die Betroffenen aus Lust heraus agieren, sondern im Gegenteil: So deuten z.B. die Befunde von Bouchard et al. (2009) darauf hin, dass Frauen mit BPS, die in einer Partnerschaft sind ($n = 34$), negativere Einstellungen sowie eine höhere Ambivalenz ggü. Sexualität haben und sich signifikant häufiger zum Sex gezwungen fühlen als Frauen in Partnerschaft ohne BPS ($n = 34$). Ebenso fanden Sansone, Chu, et al. (2011), dass Frauen mit BPS häufiger Sex gegen ihren Willen ausübten als Befragte ohne Borderline-Diagnose. Des Weiteren kamen Schulte-Herbruggen et al. (2009) zu dem Ergebnis, dass Borderline-Patient:innen ($n = 45$) im Vergleich zu einer gesunden KG ($n = 30$) mehr funktionelle Probleme wie Schmerzen beim Sex hatten, v.a. jene Patient:innen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Vergangenheit. Dies ist konsistent mit den Befunden von Noll et al. (2011), denen zufolge Betroffene von sexueller Traumatisierung negativere Einstellungen und mehr Aversion ggü. Sexualität erleben, sexuelle Aktivitäten gleichzeitig jedoch häufiger ausüben.

Auch die Studie von Signerski-Krieger et al. (2015) konnte zeigen, dass Borderline-Patient:innen ($n = 52$) über vermehrte Probleme und, damit einhergehend, mehr Unzufriedenheit bei der Sexualität berichteten als eine nicht-klinische KG ($n = 293$). Die Autoren begründen die Ergebnisse damit, dass sich Patient:innen mit BPS, die in einer Partnerschaft leben, im Vergleich zu ledigen Borderline-Patient:innen, die intime Paarbeziehungen und Sex ggf. eher vermeiden, sich mehr zu Sex mit ihren Partner:innen gezwungen sehen. Hierdurch würden die Betroffenen mehr Leidensdruck verspüren, der sich in mehr sexuellen Problemen und Unzufriedenheit widerspiegelt. Diese Diskrepanz von Unzufriedenheit und Problemen mit Sexualität einerseits und einer stärkeren Ausübung von Sexualität andererseits lässt sich damit erklären, dass Menschen mit BPS durch Sex versuchen, häufig erlebte Gefühle wie innere Leere, Einsamkeit, Langeweile und Unzulänglichkeit zu kompensieren und ihr Selbstbild zu stabilisieren (Hurlbert et al., 1992). So versuchen Betroffene von CSA, den Borderline-Patient:innen häufig erlebt haben, angesichts verletzter Bindungsbedürfnisse in der Kindheit, das Bedürfnis nach Beziehung in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter über Sexualität herzustellen (Hahn et al., 2016). Der Gedanke an Sex kann dabei als Ausdruck der Sehnsucht nach Nähe und Intimität bzw. als Stabilisierung ihres labilen Selbstwertgefühls interpretiert werden (Hurlbert et al., 1992).

1.3.1 Sexuelles Risikoverhalten bei BPS-Patient:innen

In der folgenden Arbeit liegt der Schwerpunkt insbesondere auf dem impulsiven sexuellen Verhalten und dem sexuellen Risikoverhalten von BPS-Patient:innen.

1.3.1.1 Zwanghaftes Sexualverhalten und sexuell impulsives Verhalten

Da eine Störung der Impulskontrolle sowohl bei der BPS als auch bei der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung eine Rolle spielt, ist von einer hohen Überschneidung beider Störungen auszugehen (Hill et al., 2015). So kamen z.B. Ballester-Arnal et al. (2020) in ihrer Studie mit 383 Studierenden zu dem Ergebnis, dass unter den Teilnehmer:innen mit einer CSBD ($n = 68$) häufiger eine BPS (5,9 %) vorlag als bei den Teilnehmer:innen ohne CSBD (0,3 %).

Sexuell impulsives Verhalten kann definiert werden als die Tendenz, sich sehr schnell und ohne sich der möglichen Konsequenzen bewusst zu sein, in sexuelle Aktivitäten zu begeben (Erez et al., 2014). Sexuelle Impulsivität gilt als eine der häufigsten typischen sexuellen Verhaltensweisen bei Borderline-Patient:innen (Frias et al., 2016), worunter zumeist Promiskuität, d.h. die vermehrte Anzahl verschiedener, auch unbekannter Sexualpartner:innen, Gelegenheitssex sowie sexuelle Frühreife, gemessen am Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, verstanden wird (Frias et al., 2016; Sansone & Sansone, 2011). Infolge des impulsiven Verhaltens sowie der eingeschränkten Emotionsregulationsfähigkeiten zeigen Betroffene einer BPS erhöhtes SRV wie z.B. ungeschützten Geschlechtsverkehr oder einen häufigen Wechsel der Sexualpartner:innen (Hill et al., 2015). Mehrere Studien ($n = 972$, $n = 354$, $n = 126$) ergaben, dass Patient:innen mit BPS eine *höhere Anzahl (etwa die doppelte) an Sexualpartner:innen und mehr Gelegenheitssex*, auch mit Fremden oder Personen, die die Betroffenen kaum kannten, hatten als Personen ohne BPS (Sansone, Chu, et al., 2011; Sansone, Lam, et al., 2011; Sansone & Wiederma, 2009).

Hinsichtlich des zweiten Kriteriums, dem Alter beim *ersten Geschlechtsverkehr*, gibt es unterschiedliche Befunde: In einer Untersuchung mit 76 ambulanten Patientinnen zeigte sich, dass Frauen mit BPS lebensgeschichtlich früher Erfahrungen mit Sexualität hatten als Befragte ohne BPS (Sansone et al., 2008). Auch eine Studie mit 254 weiblichen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen zwischen 15 und 24 Jahren, von denen 20 % eine BPS hatten, konnte zeigen, dass die BPS-Patientinnen im Vergleich zur KG früher zum ersten Mal Sex hatten (Thompson et al., 2019). Sansone, Chu, et al. (2011) fanden in ihrer Studie hingegen keine Unterschiede zwischen Borderline- ($n = 70$) und Nicht-Borderline-Patient:innen ($n = 52$) bzgl. des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr. Der Einfluss von sexuellem Missbrauch auf sexuelle Impulsivität wurde hierbei nicht berücksichtigt.

1.3.1.2 Ungeschützter Geschlechtsverkehr

Infolge des impulsiven sexuellen Verhaltens bei BPS-Patient:innen kommt es häufig zu einer Reihe weiterer Formen von SRV. So gibt es in der Literatur Hinweise darauf, dass sich BPS-Patient:innen beim Sex seltener mit entsprechenden Verhütungsmitteln vor STIs und ungewollter Schwangerschaft schützen: In einer Studie mit 403 Jugendlichen z.B. war die Diagnose BPS, unabhängig von anderen psychiatrischen Diagnosen, mit dem Nichtgebrauch von Kondomen assoziiert (Lavan & Johnson, 2002). Thompson et al. (2019) konnten in ihrer Studie mit weiblichen Borderline-Patientinnen zwischen 15 und 24 Jahren nachweisen, dass diese im Vergleich zu gleichaltrigen Peers ohne BPS, bezogen auf ihre erste sexuelle Erfahrung, seltener verhüteten und sich tendenziell häufiger zu teils ungeschütztem Sex drängen ließen, auch wenn sie diesen gar nicht wollten. In einer anderen Untersuchung mit 224 Borderline-Patient:innen, davon 99 suizidale Frauen sowie 125 opiatabhängige Frauen und Männer, kamen Harned et al. (2011) zu dem Ergebnis, dass in beiden Teilstichproben mehr als die Hälfte der sexuell aktiven Patient:innen im Jahr vor der Befragung während des Geschlechtsverkehrs nie ein Kondom benutzte. Unter den opiatabhängigen BPS-Patient:innen gaben sogar 88 % an, im vergangenen Monat beim Sex nicht verhütet zu haben.

1.3.1.3 Ungewollte Schwangerschaften

Des Weiteren liegen Befunde vor, dass bei Frauen mit BPS infolge des ungeschützten Geschlechtsverkehrs häufiger ungewollte Schwangerschaften auftreten. In einer Studie mit 379 Frauen zwischen 18 und 40 Jahren zeigte sich, dass die Schwere von Borderline-Symptomen mit vermehrten Schwangerschaften im Teenageralter, ungeplanten Schwangerschaften sowie Abtreibungen und Spontanaborten assoziiert war. Die Frauen mit BPS im Vergleich zu jenen mit einer Achse I – Störung waren dabei einem erhöhten Risiko ausgesetzt, bereits im Teenageralter, etwa zeitgleich mit der Entwicklung der Borderline-Symptome, ungeplant schwanger zu werden (De Genna et al., 2012).

1.3.1.4 Sexuell übertragbare Erkrankungen (STIs)

Außerdem kommt es durch erhöhte Impulsivität als einer der relevanten Persönlichkeitsfaktoren der BPS und damit einhergehendem ungeschütztem Geschlechtsverkehr vermehrt zu Infektionen mit HIV und anderen STIs als weiterem Kriterium für SRV (Hoyle et al., 2000; Shuper et al., 2014). Houston, Sandfort, Watson & Caton (2003) kamen in einer Untersuchung mit 190 obdachlosen Frauen, die von CSA betroffen waren, zu dem Ergebnis, dass diejenigen, bei denen gleichzeitig die Diagnosen PTBS und BPS vorlagen, ein erhöhtes Risiko für HIV bzw. eine andere STI hatten. Die Kombination aus beiden Diagnosen medierte dabei den Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und HIV/STIs, nicht aber das Vorhandensein nur einer der beiden Diagnosen. In einer ande-

ren Untersuchung mit 184 Frauen mit BPS kam heraus, dass Borderline-Patient:innen, bei denen komorbid ein Substanzabusus bzw. eine Substanzabhängigkeit diagnostiziert wurde, signifikant häufiger unter STIs litten als Borderline-Patient:innen ohne Substanzmissbrauch/-abhängigkeit. Der Zusammenhang zwischen BPS/Substanzabusus bzw. -abhängigkeit und STIs wurde hierbei mediert durch die Variablen *Armut, Prostitution, ungeschützter Geschlechtsverkehr mit mehreren Partner:innen* sowie eine *hohe Anzahl an Sexualpartner:innen* (Chen et al., 2007).

In den Studien von Sansone et al. (2008) ($n = 76$ Frauen) sowie von Sansone, Chu, et al. (2011) ($n = 126$ Frauen) konnten hingegen keine Unterschiede bzgl. der Häufigkeit von STIs zwischen Frauen mit und ohne BPS festgestellt werden, wobei hier, im Gegensatz zu den Untersuchungen von Houston et al. (2013) sowie von Chen et al. (2007), Missbrauchserfahrungen oder das Vorliegen einer PTBS nicht berücksichtigt wurden. Die Befunde von Newville und Haller (2012) mit 179 HIV-Patient:innen deuten darauf hin, dass diejenigen, bei denen eine BPS diagnostiziert wurde, im Vergleich zu HIV-Patient:innen mit einer anderen Persönlichkeitsstörung, mehr Sexualpartner:innen und häufiger ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten, trotz HIV-Infektion und des Risikos einer Ansteckung anderer. Angesichts der Tatsache, dass absichtlich herbeigeführte Selbstschädigung ein relevantes Kriterium der BPS darstellt (APA, 2018), kann vermutet werden, dass manche Borderline-Patient:innen die Gefahr, sich durch ungeschützten Geschlechtsverkehr mit HIV zu infizieren, teilweise bewusst in Kauf nehmen. Das Phänomen, durch ungeschützten Sex absichtlich eine HIV-Infektion zu riskieren, zumeist in Form von analsex ohne Kondom, wird als *bare backing* bezeichnet (Berg, 2009), welches eine starke Ausprägung von SRV bzw. sexuellem Masochismus darstellt (Hill et al., 2015).

1.3.1.5 Prostitution

Bzgl. Prostitution als weiteres Kriterium für SRV konnte in einer Studie mit 94 substanzabhängigen Psychiatriepatient:innen demonstriert werden, dass jene, bei denen gleichzeitig eine BPS vorlag, signifikant häufiger kommerziellen Sex anboten als Patient:innen ohne BPS (Tull et al., 2011). Die Befunde von Harned et al. (2011) deuten darauf hin, dass sich Borderline-Patient:innen mit einer komorbiden Opiatabhängigkeit häufiger in Prostitution begaben als BPS-Patient:innen ohne Opiatabhängigkeit. Ein Bericht mit weiblichen Prostituierten ($n = 1909$) liefert Hinweise darauf, dass Borderline-Symptome einen entscheidenden Einfluss auf die Mortalitätsraten bei Prostituierten haben (Brody et al., 2005). Somit ist von einem Zusammenhang von Prostitution und BPS auszugehen.

1.3.2 Sexueller Masochismus und BDSM bei BPS-Patient:innen

In einer Studie von Frias et al. (2017) mit 120 Patientinnen zeigte sich, dass bei 10 % der Frauen mit BPS ($n = 60$) eine masochistische Störung vorlag, während diese in der Gruppe der Frauen mit einer anderen Persönlichkeitsstörung ($n = 60$) nicht diagnostiziert wurde. Wenngleich diese Befunde nicht repräsentativ sind, deuten sie dennoch auf eine Assoziation von Masochismus mit BPS hin. Unter den Borderline-Patientinnen mit sexuellem Masochismus waren außerdem die Prävalenzraten für CSA und sexuelles *Sensation Seeking*, d.h. das Aufsuchen von starken Sinneseindrücken, höher als in der Gruppe der Borderline-Patientinnen ohne sexuellen Masochismus. So ist davon auszugehen, dass Personen mit BPS im Rahmen sexueller Aktivitäten, v.a. beim Orgasmus, i.S. von *Sensation Seeking* nach starken, aufregenden Reizen suchen und deshalb mit höherer Wahrscheinlichkeit, riskante, teilweise auch selbstschädigende Sexualität praktizieren (Hill et al., 2015; Hoyle et al., 2000; Shuper et al., 2014). In einer weiteren Studie (Turniansky et al., 2019) mit Borderline Patient:innen ($n = 78$) konnte gezeigt werden, dass diejenigen, die über einen längeren Zeitraum (mindestens drei Monate) CSA ausgesetzt waren, signifikant häufiger Suizidversuche in der Vergangenheit unternahmen, schwerwiegendere Selbstverletzungen ausübten, in höherer Menge Suchtmittel (Zigaretten und Alkohol) konsumierten und mehr sexuell impulsives Verhalten aufwiesen.

Hinsichtlich der Prävalenz von BDSM unter Borderline-Patient:innen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ergab eine Studie von Connolly (2006), dass 3,5 % von 132 BDSM-Praktizierenden die Kriterien einer BPS erfüllten, was unwesentlich höher war als die BPS-Raten von etwa 2 % in der Allgemeinbevölkerung. Damit kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich unter Personen, die BDSM ausüben, besonders viele Borderline-Patient:innen befinden. In einer australischen telefonischen Repräsentativbefragung ($n = 20.094$) betrug die Prävalenzrate für BDSM, bezogen auf das vergangene Jahr, für Frauen 1,6 % und für Männer 2,5 %. (Richters et al., 2014). In der Forschungsliteratur konnte größtenteils kein erhöhtes Auftreten von psychischen Störungen allgemein unter BDSM-Ausübenden festgestellt werden. Hingegen könne BDSM für die Ausführenden eher als Erweiterung des sexuellen Repertoires statt als spezielle Vorliebe oder gar Paraphilie betrachtet werden (Brown et al., 2020; Richters et al., 2008).

1.3.3 Sexuelle Reviktimisierung bei BPS-Patient:innen

Darüber hinaus käme es Hill et al. (2015) zufolge bei Borderline-Patient:innen mit CSA in späteren sexuellen Beziehungen i.S. eines Wiederholungszwangs zur Reinszenierung derselben Erlebnisse aus der Vergangenheit. Dies sei die Ursache für die deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter erneut Opfer von sexuellem Missbrauch zu werden. Außerdem erklärt Büttner (2019), dass Betroffene von sexuellem Missbrauch aufgrund der Erfahrung, dass ihre eigenen Grenzen von an-

deren missachtet wurden, nicht gelernt haben, sich Partnern ggü. zu behaupten (Thompson et al., 2016) sowie Gefährdungen durch andere und Risiken im Umgang mit Sexualität zu erkennen, wodurch sie sich leichter zu riskanten Sexualpraktiken hinreißen lassen. Sansone und Sansone (2011) fassten in ihrer Übersichtsarbeit zusammen, dass Personen mit BPS sowohl mehr sexuelle Impulsivität als auch eine höhere Rate an sexueller Reviktimisierung aufweisen.

1.4 Ziele und Hypothesen der Studie

Wie dargestellt gibt es in der bisherigen Literatur Belege dazu, dass sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Kindheit mit SRV in Verbindung stehen. Ebenso gibt es Hinweise darauf, dass Patient:innen mit BPS im Vergleich zur Normalbevölkerung häufiger SRV zeigen. Dies wurde bislang jedoch nur anhand einzelner Kriterien sexuellen Risikoverhaltens und nicht systematisch untersucht. Außerdem existieren unseres Wissens nach bisher kaum Studien dazu, wie sich Borderline-Patient:innen, die CSA erlebt haben, von jenen ohne sexuelle Missbrauchserfahrungen hinsichtlich ihres SRVs voneinander unterscheiden und welche Rolle hierbei Dissoziation beim Sex, ZSV, Masochismus und sexuelle Selbstbestimmtheit spielen.

Die vorliegende multizentrische Studie verfolgte das Ziel, diese Forschungslücke zu schließen: Konkret wurde der Einfluss der Variablen *Dissoziation*, *ZSV* und *sexuelle Selbstbestimmtheit* auf *SRV*, *sexuelle Impulsivität* und *Reviktimisierung* bei Borderline-Patient:innen *mit sexueller bzw. ohne sexuelle Missbrauchserfahrung* untersucht. Außerdem wurde geprüft, ob Borderline-Patient:innen allgemein im Vergleich zu Personen der Allgemeinbevölkerung (KG) tatsächlich mehr *ZSV*, mehr *SRV* und weniger *sexuelle Selbstbestimmtheit* aufweisen.

Die zu untersuchenden Hypothesen lauteten wie folgt:

1. Patient:innen mit BPS zeigen im Vergleich zur Normalbevölkerung

1. *mehr ZSV*

2. *mehr SRV, d.h.:*

- a. *höhere Werte im SRS (Sexual Risk Survey)*
- b. *ein niedrigeres Alter beim ersten Geschlechtsverkehr*
- c. *eine höhere Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen*
- d. *seltener Verwendung von Verhütungsmitteln*
- e. *weniger Bestehen auf Verhütung*
- f. *eine höhere Anzahl an STIs*
- g. *eine höhere Anzahl an ungeplanten Schwangerschaften*
- h. *ein häufigeres Auftreten von Prostitution*

i. ein häufigeres Auftreten von BDSM und sexuellem Masochismus

3. einen niedrigeren Grad an sexueller Selbstbestimmtheit

2. Patient:innen mit BPS und CSA zeigen im Vergleich zu Patient:innen mit BPS ohne CSA folgende Merkmale:

1. mehr ZSV

2. mehr SRV, d.h.:

a. höhere Werte im SRS (Sexual Risk Survey)

b. ein niedrigeres Alter beim ersten Geschlechtsverkehr

c. eine höhere Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen

d. seltener Verwendung von Verhütungsmitteln

e. weniger Bestehen auf Verhütung

f. eine höhere Anzahl an STIs

g. eine höhere Anzahl an ungeplanten Schwangerschaften

h. ein häufigeres Auftreten von Prostitution

i. ein häufigeres Auftreten von BDSM und sexuellem Masochismus

3. einen niedrigeren Grad an sexueller Selbstbestimmtheit

3. Der Zusammenhang von CSA und SRV bei Patient:innen mit BPS wird durch ZSV, Dissoziation beim Sex und sexuellen Masochismus vermittelt.

4. Patient:innen mit BPS und CSA weisen erhöhte Raten von sexueller Reviktimisierung auf. Der Zusammenhang von CSA und ASA wird dabei durch ZSV und SRV vermittelt.

2. Methode

Die Untersuchung wurde als multizentrische, prospektive kontrollierte Studie mit einem Messzeitpunkt durchgeführt und verfolgte das Ziel, anhand psychometrischer Daten den Zusammenhang von sexuellem Missbrauch in der Kindheit, sexueller Reviktimisierung, Dissoziation beim Sex, zwanghaftem sexuellen Verhalten und sexuellem Risikoverhalten bei Borderline-Patient:innen im Vergleich zu Personen der Allgemeinbevölkerung, zu untersuchen.

2.1 Untersuchungsstichprobe

Ab dem Zeitpunkt des Erhalts eines positiven Votums durch die Ethikkommission begann die Rekrutierung von Patient:innen mit der Diagnose einer BPS sowie von Teilnehmer:innen der Kontrollgruppe (KG). Die Stichprobengröße wurde, basierend auf der ersten Hypothese, a priori mit Hilfe einer Poweranalyse für Varianzanalysen (ANOVAS) bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ für ge-

richtete Fragestellungen, einer Power von 95 % und einer mittleren Effektstärke ($f^2 = 0,25$) ermittelt. Hierbei ergab sich eine Stichprobengröße von $N = 210$. Ziel war deshalb der Einschluss von $n = 105$ Patient:innen für die klinische Stichprobe sowie von $n = 105$ Proband:innen für die KG.

Voraussetzung für die Studienteilnahme in beiden Gruppen war, dass die Teilnehmer:innen zwischen 18 und 45 Jahre alt waren und über ausreichend gute Deutschkenntnisse verfügten, um die Fragebögen zu verstehen und eigenständig ausfüllen zu können. Patient:innen wurden nur dann in die Studie eingeschlossen, wenn bei ihnen eine BPS diagnostiziert wurde; eine Akzentuierung von emotional-instabilen Persönlichkeitszügen war hierfür nicht ausreichend. In der KG war das Vorliegen einer BPS bzw. einer PTBS hingegen ein Ausschlusskriterium. KG-Proband:innen, welche die Diagnose dennoch angaben oder einen zu hohen Wert in den entsprechenden Fragebögen erzielten, wurden im Nachhinein aus den Daten entfernt. Ausschlusskriterien in der klinischen Stichprobe waren akute Suizidalität sowie eine mangelnde Fähigkeit zur Regulation von starken Anspannungs- und dissoziativen Zuständen. Es lag im Ermessen der jeweiligen Behandler:innen vor Ort, die den psychischen Zustand der Patient:innen am besten einschätzen konnten, zu entscheiden, welche Patient:innen sich für eine Studienteilnahme eigneten.

Tabelle 1

Ein- und Ausschlusskriterien der klinischen und Kontrollstichprobe

| | Klinische Stichprobe | Kontrollstichprobe |
|----------------------------|--|---|
| Einschlusskriterien | Alter zwischen 18 und 45 Jahre | |
| | Ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache zum Verständnis der Fragebögen | |
| | Gesicherte Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, vom Borderline-Typ (ICD-10: F60.31) durch Arzt/Ärztin, Ärztliche/n oder Psychologische/n Psychotherapeut:in | Kein Vorliegen einer BPS oder PTBS |
| Ausschlusskriterien | Akute Suizidalität und mangelnde Fähigkeiten zur Regulation von starken Anspannungszuständen, d.h. kein Beherrschen von DBT-Stresstoleranz-Skills | Vorliegen der Diagnose Borderline oder PTBS, Werte in der BSL-23 über 2 |

2.2 Studiendurchführung bei Patient:innen

2.2.1 Rekrutierung von kooperierenden Einrichtungen

Die Studie wurde durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums der Universität München in Zusammenarbeit mit verschiedenen Trauma- und Borderline-Stationen in München, im Münchner Oberland sowie in Hamburg durchgeführt. Kooperierende Kliniken waren neben der Psychiatrischen Klinik des LMU Klinikums (Dr. Richard Musil) u.a. die Klinik St. Irmingard (Dr. Leonhard Kratzer), die Kirinus Tageskliniken Schwabing (Meike Kröner) und Nymphenburg (Catrin Emmerling), die Kirinus Schlemmerklinik (Dr. Elke Egger), das kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München (Dr. Johannes Hennings) und das kbo-Inn-Salzach Klinikum (Prof. Dr. Peter Zwanzger), die Danuvius Klinik (Sophia Schmalbrock-Rau), die Prop e.V. Beratungsstelle Erding (Dorina Barta) sowie die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (PD Dr. Sarah Biedermann). Ebenso nahmen einige ambulante (DBT)-Psychotherapeut:innen in München teil (u.a. das MVZ CoMedicum Lindwurmhof, Sylvia Asmus, Tobias Rohde, Dr. Katharina Manzinger und Eva-Maria Kerp).

Zunächst wurde die Studie über das Borderline-Netzwerk München/Münchner Oberland angekündigt, woraufhin die entsprechenden Verantwortlichen der jeweiligen Einrichtungen angeschrieben und nach ihrem Interesse an einer Studienteilnahme gefragt wurden. Nähere Informationen zur Studie für Behandler:innen und Patient:innen sowie das Fragebogenpaket wurden den jeweiligen Ansprechpartner:innen bereits vorab per Mail zugeschickt, um auf dieser Grundlage eine Studienteilnahme prüfen zu können. Nachdem die einzelnen Einrichtungen ihre Teilnahme zugesagt hatten, wurde das Projekt jeweils vor Ort im Rahmen eines Vortrags vorgestellt, um offene Fragen klären zu können, verbunden mit dem Ziel, die Bereitschaft für die Rekrutierung von Patient:innen zu erhöhen.

2.2.2 Datenerhebung

Die Einrichtungen erhielten pro Patient:in einen DIN-A4-Briefumschlag mit den zum Einsatz kommenden Fragebögen sowie zwei Informationsblätter über die Studie, jeweils für die Behandler:innen und die Patient:innen. Sobald Patient:innen auf Basis der Ein- und Ausschlusskriterien die Voraussetzungen für die Studienteilnahme erfüllten, händigten die Behandler:innen ihren Patient:innen die Informationen zur Studie, zum Datenschutz und die Einverständniserklärung aus. Erklärten sich die Patient:innen nach der Aufklärung über die Ziele, den Nutzen sowie die Risiken der Studie mit einer Teilnahme einverstanden, unterschrieben sie die Einverständniserklärung. Anschließend erhielten sie das Fragebogenpaket mit den einzelnen Fragebögen. Der Umschlag enthielt außerdem eine Informationsseite mit nützlichen Adressen, Beratungsangeboten und Literatu-

empfehlungen zum Thema *Trauma und Sexualität* für den Fall, dass sich die Proband:innen näher mit dem Thema beschäftigen bzw. weiterführende Hilfe in Anspruch nehmen wollten.

Daraufhin füllten die Patient:innen die Fragebögen aus, was etwa 20 bis 35 Minuten in Anspruch nahm. Den Patient:innen wurde von ihren Therapeut:innen empfohlen, die Fragebögen in den Räumlichkeiten der Einrichtung zu beantworten, um sich im Falle einer durch die Fragen z.B. zu sexuellem Missbrauch hervorgerufenen Symptomverschlechterung (z.B. vermehrte Intrusionen oder Dissoziation) an die Behandler:innen wenden zu können. Die Patient:innen wurden von den Behandler:innen darin instruiert, das ausgefüllte Fragebogenpaket in dem Briefumschlag mit der unterschriebenen Einverständniserklärung zurückzugeben. In diesem Zeitraum, falls noch nicht geschehen, führten die Therapeut:innen mit den Patient:innen eine weiterführende Diagnostik, z.B. mittels M.I.N.I., (Mini-) SKID-I oder DIPS-Interview durch, um alle psychiatrischen Diagnosen, die neben der BPS vorlagen, zu sichern. Zu Beginn der Studie wurde geplant, eines der drei genannten Interviews als obligatorische Diagnostik vorzusetzen. Aus Praktikabilitätsgründen wurde im Laufe der Rekrutierungsphase von einer verpflichtenden standardisierten Diagnostik abgesehen, da sich einige Einrichtungen aufgrund des Mehraufwands ansonsten gegen eine Studienteilnahme entschieden hätten. Somit wurde den Therapeut:innen der jeweiligen Einrichtungen selbst überlassen, auf welche Art und Weise komorbide Diagnosen (neben der BPS-Störung, deren Vorhandensein Voraussetzungen für den Einschluss in die Studie war) erfasst wurden.

2.2.3 Rücklauf, Pseudonymisierung und Datenaufbewahrung

Sobald die Patient:innen das Fragebogenpaket an die Behandler:innen zurückgaben, füllten die Therapeut:innen die Seite „Angaben zu Ihrem Patienten/Ihrer Patientin“ mit den jeweiligen Diagnosen aus und legten das Blatt im Beisein der Patient:innen in den Briefumschlag mit den Fragebögen, der daraufhin verschlossen wurde. Hierdurch sollte die Vertraulichkeit der Angaben sichergestellt werden. Die Diagnostik-Bögen wie SKID-I- und -II Interview, welche nicht Teil des Fragebogenpakets waren, wurden nicht mit abgegeben, sondern wurden in den Patientenakten der jeweiligen Einrichtungen aufbewahrt. Anschließend wurden die verschlossenen Fragebogenpakete in einem abschließbaren Schrank oder einer Schublade im Raum des/der jeweiligen Hauptverantwortlichen des Studienzentrums gesammelt und aufbewahrt. Die Behandler:innen sprachen sich im Vorhinein darüber ab, wer für das Entgegennehmen und die Aufbewahrung der Unterlagen verantwortlich war. Nur der/die jeweilige Ansprechpartner:in am Studienzentrum hatte Zugang zum Aufbewahrungsort der Umschläge, um somit den Datenschutz sicherzustellen. Die Umschläge wurden entweder auf dem Postweg an die Doktorandin geschickt oder direkt von ihr abgeholt. Erst nach dem Erhalt wurden sie von der Doktorandin für die Auswertung geöffnet.

Bevor die Fragebögen ausgewertet wurden, erfolgte eine Verschlüsselung (Pseudonymisierung) durch die Doktorandin. Dabei wurden die Fragebögen anstelle des Namens der Patient:innen mit einem Pseudonym gekennzeichnet, das keinen Rückschluss auf die Identität der Proband:innen zulässt. Weder ihr Name, die Initialen noch ihr Geburtsdatum erschienen in diesem Pseudonym. Die Studiendaten und sämtliche Unterlagen wurden erst nach Pseudonymisierung und nur in verschlüsselter Form aufbewahrt. Mit Hilfe einer Verschlüsselungstabelle, zu der nur der Studienleiter Dr. med. Richard Musil und die Doktorandin Christina Dudek Zugang haben, kann das Pseudonym jedem/r Teilnehmer:in zugeordnet werden.

2.2.4 Rekrutierung der Patient:innen des UKE

Am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) erfolgte die Befragung der Patient:innen nicht via Paper-Pencil-Fragebogen, sondern online über das Umfrageportal *Qualtrics*, welches die Datensicherheit der Studienteilnehmer:innen gewährleistete. Dieses ist konform mit der EU-Datenschutzgrundverordnung und ließ damit keine Rückschlüsse auf die IP-Adresse der Teilnehmer:innen zu, sodass hier auch sensible Angaben bzgl. sexuellem Verhalten geschützt waren (<https://www.qualtrics.com/privacy-statement/>). Die Verwendung von *Qualtrics* im Rahmen der Erhebung am UKE hatte den Hintergrund, dass dieses sich in einer laufenden Studie des UKE zu einer ähnlichen Forschungsfrage bereits etabliert hatte, sodass ein Paper-Pencil-Verfahren in diesem Fall unökonomisch gewesen wäre. Hierzu wurde der zusätzliche Fragebogen *Sexual Risk Survey (SRS)* in die bestehende Umfrage integriert. Für die Rekrutierung wurden Patient:innen der Station PA4, der Station für Persönlichkeitsstörungen des UKE, einer Borderline-Ambulanz sowie der Psychiatrischen Institutsambulanz des UKE direkt angesprochen. Ebenso wurden einzelne Patient:innen über eine externe ambulante Praxis für Ergotherapie, in der Patient:innen mit BPS behandelt wurden, rekrutiert. Parallel dazu wurden Flyer ausgeteilt, über welche sich die Patient:innen, die an einer Studienteilnahme interessiert waren, anmelden konnten. Nachdem sich die Patient:innen via Probandeninformation und Einverständniserklärung zur Teilnahme bereiterklärt hatten, wurde ihnen ein Laptop zur Verfügung gestellt, über welchen sie den Online-Fragebogen ausfüllten. Die erhobenen Daten wurden anschließend exportiert und der Doktorandin in pseudonymisierter Form über SPSS zur Verfügung gestellt.

Tabelle 2

Studiendesign bei Patient:innen

| | |
|-------------------------------------|--|
| Rekrutierung | <p>Anvisierte klinische Stichprobengröße: $n = 105$ Patient:innen mit Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verschiedener Einrichtungen</p> <p>Über das <i>Borderline-Netzwerk München/Münchner Oberland</i> sowie die Arbeitsgruppe <i>Trauma und Sexualität</i> der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) werden Psychologische Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen ambulanter und (teil-) stationärer Einrichtungen mit Schwerpunkt auf der Behandlung von Borderline- und Trauma-Patient:innen rekrutiert und nach ihrem Interesse an der Studienteilnahme gefragt.</p> <p>Das Rational der Studie wird dabei mündlich und schriftlich (Informationsblatt im Anhang) ausführlich erklärt.</p> |
| Einschluss von Patient:innen | <p>Therapeut:innen fragen Patient:innen, die die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen, nach ihrem Interesse an einer Studienteilnahme und klären über die Studie auf (mittels Patienteninformation)</p> |
| Datenerhebung: | <ul style="list-style-type: none"> • Erklären sich Patient:innen mit der Studienteilnahme schriftlich einverstanden, erhalten sie von ihren Behandler:innen das Fragebogenpaket (Paper-Pencil), das sie im Rahmen der Einrichtung ausfüllen. Dieses umfasst Angaben zu: <ul style="list-style-type: none"> - Soziodemographischen Daten, Medikamenteneinnahme, sexueller Orientierung etc. - Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und sexueller Reviktimisierung im Erwachsenenalter - Erfassung aktueller Symptome einer (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörung, Borderline-Symptomen, dissoziativen Symptomen beim Sex, zwanghaftem Sexualverhalten, sexuellem Risikoverhalten, sexuellem Masochismus und Motiven sexueller Aktivität - Teilnehmer:innen erhalten als Dankeschön am Ende der Befragung Informationszettel mit nützlichen Adressen und Links zum Thema <i>Trauma und Sexualität</i> • Die Behandler:innen führen mit den Patient:innen den M.I.N.I., das (Mini-) SKID-I- bzw. das DIPS-Interview durch, um weitere psychiatrische Diagnosen zu sichern • Patient:innen geben das Fragebogenpaket im DIN-A4-Umschlag (noch nicht verschlossen) an die Behandler:innen zurück und können selbst entscheiden, ob sie diesen Einblick gewähren • Therapeut:innen übertragen die gesicherten psychiatrischen Diagnosen auf den Bogen <i>Allgemeine Angaben – Behandler</i>, welchen sie in |

Anwesenheit der Patient:innen in den DIN-A4-Umschlag legen und verschließen.

- Prozedere für Patientendaten der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (UKE): Daten werden im Rahmen einer bereits laufenden Studie über das Online-Portal *Qualtrics* erhoben. Patient:innen erhalten am Ende der Befragung nützliche Links zu Informationsportalen zum Thema *Trauma und Sexualität* sowie Adressen für Hilfsangebote
- Diagnostik mittels Mini-DIPS erfolgt auf gleiche Weise; Behandler:innen fügen die Diagnosen nachträglich in den Datensatz ein
- Die verschlossenen Fragebogenpakete werden in einem/r abschließbaren Schrank oder Schublade im Raum des/r jeweiligen Hauptverantwortlichen gesammelt und aufbewahrt. Nur der/die Hauptverantwortliche der Einrichtung hat Zugang zum Aufbewahrungsort der Umschläge. Die Umschläge werden erst nach der Übergabe durch die Doktorandin für die Datenauswertung geöffnet.
- Vor der Datenauswertung erfolgt die Pseudonymisierung der Daten durch die Doktorandin
- Prozedere am UKE: Gematchte Patienten-Therapeuten-Daten (zu Diagnosen) werden der Doktorandin pseudonymisiert in Form eines SPSS-Datensatzes zur Verfügung gestellt
- Patientendaten werden in den eigenen SPSS-Datensatz der Doktorandin übertragen und in pseudonymisierter Form den Kooperationspartner:innen PD Dr. Sarah Biedermann (UKE) und Dr. Leonhard Kratzer (Klinik St. Irmingard) zur Verfügung gestellt

**Aufbewahrung
der Fragebogen-
unterlagen und
Auswertung**

2.3 Studiendurchführung bei Kontrollgruppen-Teilnehmer:innen

Die Rekrutierung der Proband:innen der KG erfolgte ebenfalls online via *Qualtrics* über die Weiterleitung eines Links zu einer Online-Befragung, der u.a. in sozialen Medien wie Facebook oder Instagram gepostet wurde. Dies diente dem Zweck, eine möglichst repräsentative KG-Stichprobe zu erhalten. Das Informationsschreiben mit der Einverständniserklärung konnten die Proband:innen als PDF herunterladen, indem sie auf einen entsprechenden Hyperlink klickten. Erst, nachdem die Proband:innen durch das Setzen des Hakens ihr Einverständnis zur Studienteilnahme erteilt hatten, konnte die Online-Befragung fortgesetzt werden.

Zusätzlich wurden durch eine Medizindoktorandin in Hamburg weitere 44 KG-Teilnehmer:innen rekrutiert, die an derselben Online-Umfrage teilnahmen. Hierbei waren alle Werte gültig, d.h. die Proband:innen zeigten keine erhöhten Werte in der BSL-23 oder gaben keine PTBS oder BPS als

Diagnosen an. Die erhobenen Daten wurden anschließend exportiert und der Doktorandin über SPSS zur Verfügung gestellt. Anschließend wurden die Datensätze zusammengefügt. Insgesamt wurden somit 172 KG-Teilnehmer:innen in die Datenauswertung einbezogen.

Tabelle 3

Studiendesign bei Kontrollgruppe

| | |
|-----------------------|--|
| | Anvisierte Strichprobengröße der Kontrollgruppe: $n = 105$ Proband:innen ohne psychiatrische Diagnose |
| Rekrutierung | Über die sozialen Medien Facebook und Instagram werden gesunde Teilnehmer:innen zwischen 18 und 45 Jahren gesucht, die sich bereit erklären, über das Umfrageportal <i>Qualtrics</i> an der ca. 30-minütigen Online-Befragung teilzunehmen. Über einen Link, der von den Teilnehmer:innen kopiert und in einem separaten Fenster geöffnet werden muss, gelangen Sie zur Umfrage. |
| Datenerhebung: | <p>Analog zur Paper-Pencil-Befragung in der klinischen Gruppe werden die Teilnehmer:innen zu Beginn der Online-Umfrage über die Studie aufgeklärt (siehe <i>Informationsschreiben und Einverständniserklärung Kontrollgruppe</i>). Hierbei handelt es sich um eine anonyme Online-Befragung. Die Proband:innen erklären sich mit der Studienteilnahme einverstanden, indem sie nach dem Durchlesen des Informationsschreibens einen Haken setzen (s.o.). Erst, wenn die Teilnehmer:innen ihr Einverständnis erteilt haben, können sie auf „weiter“ klicken und mit der Online-Umfrage beginnen.</p> <p>Anschließend füllen die Teilnehmer:innen dieselben Fragebögen wie die Patient:innen aus. Dabei werden folgende Merkmale erfasst:</p> <ul style="list-style-type: none">- Soziodemographische Daten, Medikamenteneinnahme, sexuelle Orientierung etc.- Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und sexuelle Reviktimisierung im Erwachsenenalter- Erfassung von Borderline-Symptomen, dissoziativen Symptomen beim Sex, zwanghaftem Sexualverhalten, sexuellem Risikoverhalten, sexuellem Masochismus und Motiven sexueller Aktivität <p>Teilnehmer:innen erhalten als Dankeschön am Ende der Befragung nützliche Links zu Informationsportalen zum Thema <i>Trauma und Sexualität</i> sowie Adressen für Hilfsangebote</p> |

Die Studie wurde nach den Grundsätzen der *Good Clinical Practice (GCP)* durchgeführt und entsprach den Grundsätzen der Deklaration von Helsinki zur biomedizinischen Forschung am Menschen in der aktuell gültigen revidierten Fassung von Fortaleza 2013 und den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft. Der Ethikantrag zur Durchführung der vorliegenden Studie wurde der

Ethikkommission der LMU München im Mai 2020 unter der Projektnummer 20-441 zur Prüfung vorgelegt und erhielt am 28. Juli 2020 die Zustimmung der Kommission.

2.4 Messinstrumente

2.4.1 Screening für Behandler

Zum Einschluss der Patient:innen sollte zunächst die Diagnose F60.31 mittels SKID-II-Interview (partiell: BPS-spezifische Diagnosekriterien) (Wittchen et al., 1997) gesichert werden. Zur Überprüfung, ob weitere psychiatrische Diagnosen vorlagen, wurde den Therapeut:innen empfohlen, z.B. entweder das SKID-I-Interview (Wittchen et al., 1997), die deutsche Version des M.I.N.I. nach DSM-5-Kriterien (Sheehan, 2017) oder den Mini-DIPS (Margraf & Cwik, 2017) zu verwenden. Welches Diagnoseinstrument zum Einsatz kam, wurde den Behandler:innen aus Praktikabilitätsgründen, je nach Usus in der jeweiligen Einrichtung, selbst überlassen. In einem freien Feld gaben die Behandler:innen hierfür alle F-Diagnosen, z.B. PTBS, Depression, Angststörungen etc. an. Des Weiteren wurde angekreuzt, ob es sich um ein ambulantes oder (teil-) stationäres Setting handelte. Den Namen der jeweiligen Einrichtung gaben die Behandler:innen als Abkürzung (z.B. „KBO“ für KBO Isar-Amper-Klinikum Region München) an.

2.4.2 Basisdokumentation

Mit Hilfe des Fragebogens *Allgemeine Angaben – Patient:innen* wurden allgemeine soziodemographische Daten (u.a. Alter, Geschlecht, Beruf, höchster Bildungsgrad, Familienstand etc.) erfasst.

2.4.3 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Die Erfassung traumatischer Kindheitserfahrungen erfolgte mit der deutschen Version des CTQ, bestehend aus 31 Items. Die ursprüngliche amerikanische Langversion des CTQ umfasst 70 Items, welche retrospektiv sexuellen, körperlichen und emotionalen Missbrauch sowie körperliche und emotionale Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter abbilden (Bernstein et al., 1994). Um ein zeitlich ökonomisches Screening-Instrument, das in fünf Minuten beantwortet werden kann, zur Verfügung zu stellen, entwickelten Bernstein et al. (2003) auf Basis des ursprünglichen Fragebogens eine 31-Item-Kurzversion, deren 5-Faktoren-Struktur mittels Faktorenanalysen an vier Stichproben bestätigt werden konnte. Auch für die deutsche Kurzversion des CTQ von Wingenfeld et al. (2010) zeigten sich eine gute Validität und eine hohe interne Konsistenz für den Gesamt-Score des CTQ von Cronbachs $\alpha = 0,94$. Mit Ausnahme der Subskala „*Körperliche Vernachlässigung*“ ($\alpha = 0,62$) ergaben sich für die anderen Skalen gute interne Konsistenzen zwischen 0,89 und 0,96. Analog zeigten sich niedrige Itemtrennschärfen in der konfirmatorischen Faktorenanalyse für die Subskala

„Körperliche Vernachlässigung“, während diese bei den anderen Skalen als hoch bewertet wurden. Auch die Validierungsstudie der deutschen Version anhand einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe ($n = 2500$) von Klinitzke et al. (2012) bestätigte hohe interne Konsistenzen für vier der fünf Subskalen ($\alpha \geq 0,80$), mit Ausnahme der Subskala „Körperliche Vernachlässigung“ ($\alpha = 0,55$), welche zu hohe Korrelationen mit den anderen Subskalen aufwies. Die höchste interne Konsistenz mit einem α von 0,89 ergab sich für die Skala „Sexueller Missbrauch“. Insgesamt gilt der CTQ als ein valides und reliables Selbstbeurteilungsinstrument, wobei die Modellgüte aufgrund der Skala „Körperliche Vernachlässigung“ lediglich als ausreichend zu betrachten ist. Deshalb sollte die genannte Skala nur mit Vorsicht eingesetzt werden (Klinitzke et al., 2012). Angesichts der ökonomischen Anwendbarkeit und der guten psychometrischen Kennwerte dient der CTQ mittlerweile als das international am häufigsten zum Einsatz kommende Selbstbeurteilungsinstrument zur retrospektiven Erfassung von Misshandlungen im Kindes- und Jugendalter (com.can, 2020).

Die Befragten geben dabei auf einer 5-stufigen Likert-Skala (von 1 = „überhaupt nicht“ bis 5 = „sehr häufig“) an, wie häufig traumatische Erfahrungen in Kindheit und Jugend vorgefallen sind. Die 31 zu beantwortenden Items beginnen jeweils mit dem Satz „Als ich aufwuchs ...“ und werden zu je fünf Items den fünf Subskalen sowie mit jeweils drei Items der Skala „Bagatellisierung und Verleugnung“ und „Inkonsistenzerfahrungen“ zugeordnet. Nachfolgend wird exemplarisch jeweils ein Item jeder Subskala vorgestellt.

Tabelle 4
Subskalen des CTQ

| Subskala | Beispielitem: „Als ich aufwuchs ...“ |
|----------------------------------|---|
| Emotionaler Missbrauch | 3. „...bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als „dumm“, „faul“ oder „hässlich“. |
| Körperlicher Missbrauch | 9. „...wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus musste.“ |
| Sexueller Missbrauch | 23. „...versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen.“ |
| Emotionale Vernachlässigung | 7. „...hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.“ (Items dieser Skala werden umgepolt) |
| Körperliche Vernachlässigung | 6. „...musste ich dreckige Kleidung tragen.“ |
| Bagatellisierung und Verleugnung | 10. „...gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte.“ |
| Inkonsistenzerfahrungen | 30. „...befürchtete ich, dass meine Familie jederzeit auseinanderbrechen könnte.“ |

Für die Auswertung werden die Werte jeder Subskala aufsummiert. In Anlehnung an Häuser et al. (2011) werden die Ergebnisse in vier Schweregrade eingeteilt. Die Bereiche sind je Subskala dabei wie folgt definiert:

Tabelle 5
Schweregradeinteilung des CTQ

| Subskala | Nicht bis minimal | Gering bis mäßig | Mäßig bis schwer | Schwer bis extrem |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Emotionaler Missbrauch | 5-8 | 9-12 | 13-15 | 16-25 |
| Körperlicher Missbrauch | 5-7 | 8-9 | 10-12 | 13-25 |
| Sexueller Missbrauch | 5 | 6-7 | 8-12 | 13-25 |
| Emotionale Vernachlässigung | 5-9 | 10-14 | 15-17 | 18-25 |
| Körperliche Vernachlässigung | 5-7 | 8-9 | 10-12 | 13-25 |

2.4.4 Sexuelle Reviktimisierung im Erwachsenenalter

Zur Erfassung, ob die Betroffenen als Erwachsene sexuellem Missbrauch zum Opfer gefallen sind, werden die fünf Items der Skala „*Sexueller Missbrauch*“ des CTQ verwendet und jeweils mit dem Satz „Als Erwachsene(r)..“ (z.B. Item 23. „... drängte mich jemand, bei sexuellen Handlungen mitzumachen oder bei sexuellen Handlungen zuzusehen.“) eingeleitet und von den Befragten, analog zum CTQ, auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet. Die Einteilung der Schweregrade entspricht der des CTQ für die Subskala „*Sexueller Missbrauch*“. Da für sexuelle Reviktimisierung nach dem Wissensstand der Doktorandin keine validierten Messinstrumente vorlagen, wurde das Vorgehen von der Doktorandin selbst, ohne entsprechende Literaturvorlagen, festgelegt. Der Wortlaut für die Items zu sexuellem Missbrauch im Erwachsenenalter (ASA) wurde eins zu eins aus der Subskala „*Sexueller Missbrauch*“ des CTQ übernommen, um die guten psychometrischen Eigenschaften des CTQ so exakt wie möglich auf ASA zu übertragen. Sexuelle Reviktimisierung galt dann als gegeben, wenn sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter sexueller Missbrauch vorlagen.

2.4.5 International Trauma Questionnaire (ITQ)

Zur Erfassung der Kernsymptome der PTBS und KPTBS innerhalb der letzten vier Wochen, basierend auf den ICD-11-Kriterien bei Erwachsenen, wurde der ITQ in der deutschen Fassung als Kurzversion mit 18 Items (Lueger-Schuster et al., 2018) verwendet. Hierbei handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, bestehend aus ursprünglich 23 Items, in der deutschen Version von Knefel et al. (2013). Seit 2018 existiert eine 18-Item-Kurzversion von Cloitre et al. (2018), welche in der deut-

schen Version (Lueger-Schuster et al., 2018) verwendet wurde. Sechs Items repräsentieren dabei, je mit zwei Items, die drei Symptomgruppen der PTBS „Wiedererleben im Hier und Jetzt“, „Vermeidung“ und „Gefühl einer aktuellen Bedrohung“. Sechs weitere Items umfassen, ebenso mit jeweils zwei Items, die drei Symptombereiche zu Störungen in der Selbstorganisation (*disturbances of self-organization* = DSO): „affektive Dysregulation“, „negatives Selbstkonzept“ und „problematische Beziehungen“. Zusätzlich enthält der ITQ sechs Items, je drei für die PTBS- und DSO-Symptome, welche die funktionale Beeinträchtigung (zwischenmenschliche Beziehungen, Arbeit/Arbeitsfähigkeit, andere Lebensbereiche) in Bezug auf die PTBS- und DSO-Symptome erfassen. Die Befragten werden dabei gebeten, auf einer 5-Punkte-Likert-Skala anzugeben, wie stark sie im letzten Monat durch die Symptome beeinträchtigt waren (von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“). Ein Kriterium gilt dann als gegeben, wenn der jeweilige Wert ≥ 2 beträgt und wenn je eines der zwei Items bestätigt ist. Die Diagnose einer PTBS wird dann gestellt, wenn jeweils mindestens eines der beiden Items aus einer Symptomgruppe erfüllt ist. Eine KPTBS wird dann diagnostiziert, wenn auch je ein Kriterium der drei PTBS-Symptome und zusätzlich je eines der Kriterien aus drei DSO-Symptomgruppen vorhanden sind sowie je eines der drei Funktionsbeeinträchtigungskriterien für PTBS und KPTBS. Mit dem ITQ kann entweder eine PTBS oder eine KPTBS diagnostiziert werden, d.h. wenn eine Person die Kriterien einer KPTBS erfüllt, ist die Diagnose PTBS nicht gegeben. Die psychometrischen Eigenschaften der englischen Version können als sehr gut beurteilt werden. So konnte in Faktorenanalysen nachgewiesen werden, dass es sich bei PTBS und KPTBS um zwei unterschiedliche, jedoch verwandte Konstrukte handelt; auch die diskriminante Validität sowie die Reliabilität (Hyland et al., 2017; Shevlin et al., 2018) gelten für die englische Version als zufriedenstellend. In einem Review wird die Konstruktvalidität des ITQ ebenso als hoch bewertet (Brewin et al., 2017). Für die deutsche Kurzversion liegt eine österreichische Studie mit Pflegekindern vor, in welcher die Kriteriums- und Konstruktvalidität sowie die Reliabilität als gut eingeschätzt werden (Haselgruber et al., 2019).

2.4.6 Borderline Symptom Liste 23 (BSL-23)

Zur Beurteilung der Ausprägung der Borderline-Kriterien, insbesondere zur Differenzierung der klinischen von der KG-Stichprobe, wurde die Kurzversion der Borderline Symptom Liste BSL-23 (Bohus et al., 2009) herangezogen. Hierdurch sollten Proband:innen der KG, die ggf. eine Borderline-Akzentuierung aufweisen, identifiziert und von der Datenauswertung ausgeschlossen werden. Bei der BSL-23 handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument zum Screening von Borderline-Symptomen. Die Befragten geben auf einer 5-stufigen Likert-Skala (von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“) an, inwiefern eine Liste von 23 Aussagen in der letzten Woche auf sie zutraf (z.B. Item 9: „Während der letzten Woche stand ich innerlich unter Hochspannung.“). Auf einer visuellen

Analogskala (von 0 % = „ganz schlecht“ bis 100 % = „ausgezeichnet“) wird außerdem die allgemeine Befindlichkeit während der letzten Woche eingeschätzt. Zusätzlich umfasst die BSL eine Ergänzungsskala, bestehend aus elf Items zu dysfunktionalen Verhaltensweisen (z.B. „Während der letzten Woche... - hatte ich sexuelle Kontakte, die ich hinterher bereute.“). Diese werden auf ebendieser 5-stufigen Skala beantwortet. Zur Auswertung werden die Werte der einzelnen Items aufsummiert und es werden Mittelwerte gebildet; es existieren keine Subskalen. Kleindienst et al. (2020) entwickelten für die BSL-23 eine Schweregradeinteilung, welche empirisch gut validiert ist. Hierbei handelt es sich um folgende sechs Kategorien:

Tabelle 6
Schweregradeinteilung der BSL-23

| Symptomschwere (Mittelwert der BSL-23) | | | | | |
|--|-----------|-----------|----------|-----------|-------------|
| Nicht vorhan- den oder niedrig | Mild | Mäßig | Hoch | Sehr hoch | Extrem hoch |
| 0 – 0,28 | 0,28-1,07 | 1,07-1,87 | 1,87-2,7 | 2,7-3,5 | 3,5-4 |

Die BSL-23 stellt ein ökonomisches Selbstbeurteilungsinstrument mit guten psychometrischen Eigenschaften dar: Sie verfügt über eine hohe interne Konsistenz (in vier Stichproben: $\alpha = 0,93 - 0,97$), eine gute diskriminante Validität sowie eine hohe Veränderungssensitivität. Die Effektstärke nach dreimonatiger Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) betrug $d = 0,47$.

2.4.7 Fragebogen zu dissoziativen Symptomen beim Sex (FDS-Sex)

Zur Erfassung dissoziativer Symptome beim Sex wurde der aus 16 Items bestehende FDS-Sex³ verwendet. Dieser wurde an die validierte 20-Item-Kurzversion des Fragebogens dissoziativer Symptome (FDS) (Freyberger et al., 1998) so angepasst, dass sich die Items spezifisch auf Dissoziation bei sexuellen Erlebnissen beziehen. Auf einer Skala von 0 bis 100 % geben die Befragten hierbei an, inwiefern dissoziative Phänomene bei ihnen bei sexuellen Aktivitäten vorkommen, indem sie die entsprechende Prozentzahl markieren (z.B. Item 2: „Bei einer für mich typischen sexuellen Situation habe ich das Gefühl, dass mein Körper oder ein Teil meines Körpers nicht zu mir gehört“). Der FDS ist die deutsche Adaptation der Dissociative Experience Scale (DES) (Bernstein & Putnam, 1986), welcher die Häufigkeit und Variabilität dissoziativer Symptome erfasst. Hierbei geben Patient:innen auf einer Skala von 0 bis 100 % die Häufigkeit vergangener dissoziativer Erlebnisse an. Als Cut-Off-Wert wird für den FDS-20 ein Gesamtmittelwert von 13 empfohlen, der erste Hinweise auf eine dissoziative Störung liefert (Rodewald et al., 2006). Mit dem FDS-20 liegt ein

³ Arbeitsgruppe von PD Dr. Sarah Biedermann am UKE; unveröffentlicht

reliables (Test-Retest-Reliabilität: $rtt = 0,88$; interne Konsistenz: $\alpha = 0,93$) und valides Screening-Instrument vor, das einfach angewandt werden kann sowie gut zwischen psychiatrischen Patient:innen mit komplexen dissoziativen Störungen und nicht-klinischen Kontrollgruppen differenziert.

2.4.8 Sexual Motivation Scale (SexMS)

Zur Erfassung der sexuellen Motive der Proband:innen wurde eine deutsche Version⁴ der 24-Item-Sexual Motivation Scale (SexMS) (Gravel et al., 2016) verwendet. Der Fragebogen basiert auf der Selbstbestimmtheitstheorie (Deci & Ryan, 1985), in der sechs Kategorien von Selbstregulation unterschieden werden. Gravel et al. (2016) adaptierten diese auf sexuelle Aktivitäten. Der Fragebogen umfasst 24 Items, die unterschiedliche Gründe benennen, warum Menschen Sex haben. Zu je vier Items repräsentieren diese die folgenden *sechs Skalen*, die nach dem Grad an sexueller Selbstbestimmtheit geordnet sind.

Tabelle 7
Subskalen der SexMS

| | Sexuelles Motiv | Bedeutung | Beispielitem (jeweiliger Grund für Sex) |
|--------------------|----------------------|--|--|
| Extrinsisch | Intrinsisch | Höchster Grad an sexueller Selbstbestimmtheit (Spaß, Genuss, Vergnügen) | „Weil ich Sex genieße.“ |
| | <i>Integriert</i> | Sexualität ist integraler und bedeutsamer Teil der eigenen Identität | „Weil Sexualität ein bedeutsamer Teil meines Lebens ist.“ |
| | <i>Identifiziert</i> | Sexualität ist bedeutsam, aber kein persönlicher Wert oder Teil der eigenen Identität | „Weil ich finde, dass es wichtig ist, offen für neue Erfahrungen zu sein.“ |
| | <i>Introjiert</i> | Verhalten ist nicht selbstbestimmt, sondern dient der Selbstwert- oder Emotionsregulation, z.B. zur Vermeidung von Angst oder Schuld | „Um mir selbst zu beweisen, dass ich sexuell attraktiv bin.“ |
| | <i>External</i> | Verhalten ist von äußerem Druck bestimmt, z.B. um Strafe zu verhindern oder Lob zu erhalten | „Um Konflikte mit meiner Partnerin/meinem Partner zu vermeiden.“ |
| | Amotivation | Vollständiges Fehlen von Motivation, Absicht und Kontrolle über das sexuelle Verhalten. | „Ich weiß es nicht; Sex ist eine Enttäuschung für mich.“ |

Die Befragten gaben dabei auf einer 7-stufigen Likert-Skala an, in welchem Maß (von 0 = „trifft überhaupt nicht auf mich zu“ bis 6 = „trifft komplett auf mich zu“) die jeweiligen Gründe, sexuelle Beziehungen zu haben, auf sie zutrafen. Ergebnisse einer konfirmatorischen Faktorenanalyse liefern eine gute Modellpassung für die 6-Faktoren-Struktur der SexMS. Auch konnte der dimensionale

⁴ Arbeitsgruppe von PD Dr. Sarah Biedermann am UKE; unveröffentlicht

Charakter der Subskalen, die unterschiedliche Grade sexueller Selbstbestimmtheit messen, nachgewiesen werden. Außerdem ergaben sich für die Subskalen der SexMS gute bis hohe interne Konsistenzen ($\alpha = 0,83 - 0,90$). Damit gilt die SexMS als ein Messinstrument mit einer guten Reliabilität sowie Konstrukt- und Kriteriumsvalidität.

2.4.9 Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBDS; CSBD-19)

Zur Erfassung zwanghaften sexuellen Verhaltens nach den ICD-11-Kriterien (WHO, 2019) wird die Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBDS; CSBD-19) (Böthe et al., 2020b) verwendet. Diese besteht aus 19 Items, die die fünf Subskalen „Kontrolle“, „Salienz“, „Rückfall“, „Unzufriedenheit“ und „negative Konsequenzen“ abbilden. Die Befragten gaben auf einer 4-stufigen Likert-Skala (von 0 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 3 = „stimme voll zu“) den Grad ihrer Zustimmung bzgl. sexuell stimulierenden Verhaltens, mit dem Ziel, einen Orgasmus oder sexuelles Vergnügen hervorzurufen in Bezug auf die letzten sechs Monate an (z.B. Item 2: „Ich habe wichtige Aufgaben wegen meines Sexualverhaltens nicht erledigt“). In einer Validierungsstudie mit vier unabhängigen Stichproben ($n = 9325$) aus den USA, Ungarn und Deutschland konnte die 5-Faktoren-Struktur der CSBDS bestätigt werden (Böthe et al., 2020b). Männer erzielten insgesamt höhere Werte als Frauen. Bei einem Cut-Off-Wert von 50 Punkten liegt der Verdacht einer zwanghaften Sexualverhaltensstörung vor. Mit einem $\alpha > 0,70$ kann die interne Konsistenz als akzeptabel bewertet werden (Böthe et al., 2020b). Insgesamt gilt die CSBDS als ökonomisches, reliables und valides Messinstrument zur Erfassung von zwanghafter Sexualität.

2.4.10 Sexual Risk Survey (SRS)

Zur Erhebung sexuellen Risikoverhaltens wurde der Sexual Risk Survey (SRS) (Turchik & Garske, 2008) in der deutschen Fassung (übersetzt für diese Dissertation von Dudek, ehemals Schober) verwendet. Dieser umfasst 23 Items, die die fünf Faktoren „Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten“, „riskante Sexualpraktiken“, „impulsives sexuelles Verhalten“, „Absicht, riskante Sexualpraktiken auszuüben“ und „riskante Analsexpraktiken“ abbilden. Die Befragten gaben zu jeder Frage (z.B. Item 9: „Wie häufig hatten Sie Vaginalsex ohne Kondom?“) die Häufigkeit des Verhaltens in Bezug auf die letzten sechs Monate an. Wenn die Frage nicht auf sie zutrifft, wird eine „0“ eingetragen. Für die vorliegende Studie wurde in der deutschen Version des SRS ein Zeitraum von zwölf statt sechs Monaten gewählt, um alle Fragen zu sexuellem Risikoverhalten (s.u.) bzgl. des Zeitkriteriums zu vereinheitlichen. Außerdem wurde der SRS in dieser Arbeit, im Unterschied zur englischen Originalversion von Turchik und Garske (2008), die auf einer nicht-klinischen Stichprobe basiert, an Patient:innen mit BPS untersucht. Diese hatten in der Regel bereits einen längeren Klini-

kaufenthalt hinter sich, in dem sexuelle Aktivitäten nur eingeschränkt stattfinden konnten. Zusätzlich wäre das sexuelle Verhalten der Studienteilnehmer:innen in den sechs Monaten vor der Erhebung durch die Corona-Pandemie vermutlich nicht repräsentativ gewesen. Durch die Wahl von zwölf Monaten konnte teilweise auch der Zeitraum vor Beginn der Corona-Pandemie berücksichtigt werden.

In der Validierungsstudie von Turchik et al. (2015) mit College Student:innen ($n = 5496$) wurde die 5-Faktoren-Struktur des SRS mittels Faktorenanalyse bestätigt. Die interne Konsistenz von $\alpha = 0,90$ für den SRS-Gesamt-Score kann als hoch bewertet werden. Mit Ausnahme der Subskala „*riskante Analsexpraktiken*“ ($\alpha = 0,69$) kann die Reliabilität der anderen vier Skalen (0,79 bis 0,90) als zufriedenstellend betrachtet werden. Damit gilt der SRS als ein reliables und valides Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung einiger Aspekte sexuellen Risikoverhaltens. Zur Verbesserung der Qualität der deutschen Übersetzung des SRS wurde die *Forward-Backward-Translation*-Methode (Brislin, 1970) angewandt. Hierzu wurde die Übersetzung von einem Amerikanisten überprüft und die deutsche Version daraufhin durch eine englische Muttersprachlerin mit fließenden Deutschkenntnissen ins Englische rückübersetzt. Die englische *Backward-Translation* wies dabei eine sehr hohe Überschneidung mit der englischen Originalversion auf.

2.4.11 Weitere Fragen zu sexuellem Risikoverhalten

Da der SRS nicht alle Aspekte sexuellen Risikoverhaltens und sexueller Impulsivität abdeckt, wurden als weitere Kriterien das „*Alter beim ersten Geschlechtsverkehr*“ (Fergusson et al., 2013; Noll et al., 2011), die „*Anzahl an Sexualpartner:innen im Rahmen von festen und unverbindlichen Beziehungen*“ (Chen et al., 2007), das „*Bestehen auf Verhütung beim Geschlechtsverkehr*“ (Thompson et al., 2016), die Ausübung von „*ungeschütztem Geschlechtsverkehr*“, die „*Häufigkeit sexuell übertragbarer Erkrankungen*“ (u.a. Hepatitis, Chlamydien, Gonorrhoe, HIV etc.) (Senn et al., 2008), die Ausübung von „*Prostitution*“ (Chen et al., 2007; Hahn et al., 2010) sowie – in Anlehnung an Fergusson et al. (2013) die „*Anzahl ungeplanter Schwangerschaften*“ erhoben. Hierbei wurde allerdings nicht berücksichtigt, ob die Schwangerschaften auch ungewollt oder lediglich ungeplant waren. Ebenso liegen keine Angaben dazu vor, wie häufig es in Folge zu Schwangerschaftsabbrüchen kam.

Zusätzlich wurde das „*Praktizieren von BDSM*“ (Bondage & Disziplinierung, Dominanz & Unterwerfung, Sadismus & Masochismus), jeweils in Bezug auf das *ganze Leben* und auf die *letzten zwölf Monate* erfasst. So kann BDSM per se zwar nicht als SRV definiert werden, jedoch weisen Personen, die in der Kindheit sexuellen Missbrauch erlebt haben, erhöhte sadomasochistische Tendenzen auf (Abrams et al., 2022). Ebenfalls laufen Betroffene von Traumafolgestörungen eher Gefahr, im Rahmen von BDSM Erlebnisse zu haben, die potenziell gesundheitsschädigend sein können (Kratzer et

al., 2021). Um den Zusammenhang von Trauma, Borderline und BDSM in dieser Studie zu untersuchen, wurde BDSM als sexuelle Spielart mit aufgenommen. Für den Fall, dass BDSM praktiziert wurde, wurden die Befragten gebeten, anzugeben, ob sie sich eher als *sadistisch-dominant*, *masochistisch-devot* oder als *Switcher* einordneten.

2.4.12 Masochistische Störung

Hierfür wurden die ICD-10-Kriterien der masochistischen Störung (Dilling & Freyberger, 2019) erfasst. Die Befragten geben dazu auf einer 5-stufigen Likert-Skala (von 0 = „gar nicht“ bis 4 = „sehr“) an, in welchem Ausmaß sie den folgenden drei Aussagen, jeweils in Bezug auf die Bereiche *Sexualfantasien (SF)*, *Masturbationsfantasien (MF)* und *Sexualverhalten (SV)* zustimmen: 1. „Wie sehr empfinden Sie es als sexuell erregend, wenn Ihr/e Sexualpartner/in Macht über Sie ausübt bzw. Sie unterdrückt, Sie z.B. fesselt, Ihnen Schmerzen zufügt und Sie sich unterwerfen?“, 2. „Wie oft kommen diese sexuellen Wünsche bei Ihnen vor?“ und 3. „Wie sehr leiden Sie unter diesen sexuellen Wünschen?“.

2.4.13 Corona und Sexualität

Angesichts der zum Zeitpunkt der Rekrutierung noch andauernden Corona-Pandemie wurde zusätzlich erfasst, wie sich die *Häufigkeit* sowie die *Art und Weise von sexuellen Aktivitäten* der Befragten nach ihrem subjektiven Empfinden durch die Kontaktbeschränkungen veränderten.

2.5 Datenanalyse

2.5.1 Definition von relevanten Kriterien für die Auswertung

Die Datenanalyse erfolgte mit dem Softwareprogramm *Statistical Package for Social Science SPSS Statistics 28* (IBM Deutschland GmbH, 2021). Hierzu wurden zunächst Mittelwerte für die entsprechenden Subskalen der Messinstrumente gebildet. So wurde jeweils ein Mittelwert zu den 23 Befindlichkeits-Items und zu den elf dysfunktionalen Verhaltensweisen der BSL-23 berechnet. Außerdem wurden, basierend auf der Schweregradeinteilung von Kleindienst et al. (2020) drei Kategorien für die Schwere der Borderline-Symptomatik gebildet, wobei jeweils zwei Kategorien zusammengefasst wurden: *nicht vorhanden/niedrig bis mild* (0 – 1,069), *mäßig bis hoch* (1,07 – 2,669) und *sehr bis extrem hoch* (2,67 – 4). Für den CTQ wurden Summenscores der Subskalen „*Emotionaler Missbrauch*“, „*Körperlicher Missbrauch*“, „*Sexueller Missbrauch*“, „*Emotionale Vernachlässigung*“ und „*Körperliche Vernachlässigung*“ gebildet. Diese wurden jeweils den vier Kategorien von *nicht/minimal* bis *schwer/extrem* zugeordnet. Für die Fragestellungen der Studie

war v.a. die CTQ-Subskala „*Sexueller Missbrauch*“ relevant. Zur Prüfung, ob sexueller Missbrauch in der Kindheit vorlag, wurde die Dummy-Variable *CSA severe* gebildet, wobei nur Werte ≥ 7 , d.h. ab einem mäßigen bis schweren sexuellen Missbrauch, berücksichtigt wurden.

Zur Überprüfung, ob eine PTBS bzw. KPTBS-Diagnose, basierend auf den Angaben des ITQ vorlag, wurden zunächst Mittelwerte für die jeweiligen Subskalen gebildet. Zusätzlich wurde im freien Textfeld überprüft, ob es sich bei den Angaben der Proband:innen um ein traumatisches Ereignis als A-Kriterium einer (K)PTBS handelte. Anhand der Diagnosekriterien (je eines der beiden Items pro Subskala mit Cut-Off-Wert ≥ 2) wurde überprüft, ob alle notwendigen Voraussetzungen einer PTBS erfüllt waren. Außerdem wurden Mittelwerte für die metrischen Variablen des FDS-Sex, d.h. Dissoziation beim Sex sowie für die CSBDS zur Erfassung von zwanghaftem Sexualverhalten (ohne, dass die Diagnose zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung CSBD erfüllt sein musste) gebildet. Anhand des vorgeschlagenen Cut-Off-Wertes von 50 wurde berechnet, wie häufig der Verdacht der Diagnose CSBD vorkam. Zur Erfassung der Motive für Sexualität wurden die sechs Subskalen der SexMS „*Intrinsisch*“, „*Integriert*“, „*Identifiziert*“, „*Introjiert*“, „*External*“ und „*Amotivation*“ erstellt. Gleiches galt für die fünf Subskalen des SRS sowie für den Gesamtscore des SRS sowie für die Unterskalen des Masochismus-Fragebogens. Als Kriterium für sexuelle Reviktimisierung wurden alle Fälle berücksichtigt, bei denen sexueller Missbrauch in der Kindheit und im Erwachsenenalter jeweils über dem Cut-Off von 7 lagen, d.h. gleichzeitig *CSA severe* und *ASA (= adult sexual abuse) severe* gegeben waren.

Zur Auswertung der einzelnen Kriterien für SRV wurde folgendes Vorgehen gewählt: Beim *Alter des ersten Geschlechtsverkehrs* wurden in Anlehnung an Sansone, Chu, et al. (2011) alle Altersangaben unter zehn Jahren nicht berücksichtigt, wenn die Proband:innen von CSA berichteten. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei dieser Altersangabe nicht um freiwilligen ersten Geschlechtsverkehr gehandelt hatte. Dies kann selbstverständlich auch nicht bei Altersangaben über zehn Jahren ausgeschlossen werden. In einigen Fällen unterschieden die Patient:innen schriftlich bei den Angaben das Alter zwischen unfreiwilligem und freiwilligem ersten Geschlechtsverkehr. In diesem Fall wurde nur der freiwillige erste Sex berücksichtigt. Bzgl. der *Anzahl an Sexualpartner:innen* wurden insbesondere die Angaben zu unverbindlichen Sexualpartner:innen außerhalb von festen Partnerschaften als Kriterium herangezogen, da Promiskuität als Anzeichen sexuellen Risikoverhaltens zu betrachten ist. Bei der Frage zu *ungeschütztem Geschlechtsverkehr* wurde dieser nur dann als Risikoverhalten gewertet, wenn dieser außerhalb von festen Beziehungen stattfand. Hier wurden deshalb alle Personen, die als Familienstand *in fester Beziehung* oder *verheiratet* angaben, herausgefiltert. Für das Kriterium *sexuell übertragbare Krankheiten (sexually transmitted infections; STIs)* wurde die *Anzahl an STIs*, die die Proband:innen im Laufe ihres Lebens hatten, auf-

summiert. Auch beim Kriterium *Prostitution* wurde die gesamte Lebensspanne statt die letzten zwölf Monate berücksichtigt. Dieses Vorgehen wurde deshalb gewählt, um auch jene Teilnehmer:innen einzubeziehen, bei denen SRV früher auftrat, auch wenn dies gegenwärtig nicht (mehr) der Fall war. Zum anderen wurde hierdurch der Corona-Situation Rechnung getragen, da vermutet wurde, dass unverbindliche sexuelle Kontakte im Rahmen von Lockdowns zumeist in geringerem Maße vorkamen. Hinsichtlich des Kriteriums *ungeplante Schwangerschaften* wurde zum einen das *Vorliegen* und die *Häufigkeit* allgemein und zum anderen die *Anzahl ungeplanter Schwangerschaften* ausgewertet.

2.5.2 Statistische Tests

t-Tests und χ^2 -Tests

Zur Überprüfung der 1. und 2. Hypothese, ob Patient:innen mit BPS mehr SRV aufweisen als die KG (1. Hypothese) und ob Patient:innen mit BPS und CSA mehr SRV aufweisen als Patient:innen ohne CSA, wurden, jeweils für die einzelnen Kriterien für SRV, t-Tests für unabhängige Stichproben sowie χ^2 -Tests durchgeführt. Bei den Tests zu Hypothese 1 war *CSA severe*⁵ (mittlerer bis schwerer sexueller Missbrauch) die unabhängige nominalskalierte Variable mit zwei Stufen (vorhanden bzw. nicht vorhanden). Die abhängigen Variablen waren ZSV, die unterschiedlichen Kriterien für SRV sowie die Subskala der SexMS *Intrinsische Motive für Sexualität*. Bei den abhängigen Variablen, die metrisch skaliert waren (*CSBDS*, *SRS*, *Alter beim 1. Sex*, *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen*, *Anzahl an STIs* und *Anzahl an ungeplanten Schwangerschaften*) wurden jeweils t-Tests durchgeführt. Bei den abhängigen Variablen, die je zwei Ausprägungen (ja oder nein) hatten (*Verhütung beim Sex*, *Bestehen auf Verhütung*, *Prostitution* und *BDSM*) kam jeweils der Pearson Chi-Quadrat-Test zum Einsatz. Auch für die Überprüfung der 4. Hypothese zu sexueller Reviktimisierung wurde ein t-Test verwendet.

Vor Durchführung der Analysen wurden die Voraussetzungen der jeweiligen Tests untersucht. Mithilfe des Levene-Tests wurde bei der Berechnung der t-Tests die Varianzhomogenität geprüft. In vielen Fällen waren die Varianzen nicht gleich, d.h. die Signifikanz des Levene-Tests lag unter 0,05 %, sodass die Nullhypothese (Varianzgleichheit) abgelehnt und die untere Zeile der Tabelle im SPSS Output für die Interpretation des p -Wertes herangezogen wurde. Außerdem wurde jeweils auf Normalverteilung getestet, wozu der Shapiro-Wilk-Test zur Anwendung kam. Dieser wurde dem Kolmogorov-Smirnov-Test aufgrund seiner besseren Eigenschaften vorgezogen (Razali & Wah, 2011). Ist der Test nicht signifikant ($p > 0,05$) bedeutet dies, dass die Nullhypothese (Normalverteilung liegt vor) angenommen werden kann. Ein Signifikanzwert $p < 0,05$ bedeutet hingegen, dass die

⁵ Zur Vereinfachung wird nachfolgend von CSA statt von *CSA severe* gesprochen.

Hypothese, die zu testende Variable sei in der Grundgesamtheit normalverteilt, abgelegt werden muss, weil sich die Verteilung signifikant von einer Normalverteilung unterscheidet (Field, 2009). Zu beachten ist hierbei allerdings, dass sowohl der Kolmogorov-Smirnov- als auch der Shapiro-Wilk-Test bei größeren Stichprobengrößen ($n > 100$) leicht signifikante Werte produzieren, obwohl Normalverteilung vorliegt. Deshalb kamen zusätzliche explorative Analysen zum Einsatz, indem für jedes Merkmal die Schiefe und die Kurtosis berechnet wurden. Bei Werten nahe Null kann die Voraussetzung der Normalverteilung als gegeben betrachtet werden. Zusätzlich wurden Histogramme analysiert, um zu prüfen, ob die Daten der jeweiligen Variablen in etwa eine Normalverteilungskurve ergeben. Mithilfe der Q-Q-Diagramme (Normal-Quantil-Plots), bei welchen die beobachteten und die erwarteten Werte gegeneinander geplottet werden, wurde außerdem analysiert, ob die beobachteten tatsächlichen Werte mit den theoretischen erwarteten Werten übereinstimmen, d.h. die Werte auf einer Geraden liegen (Brosius, 2017; Field, 2009).

In der Patientengruppe waren die Verteilungen der Variablen *SRS*, *Anzahl an STIs* und *Dissoziation beim Sex* linkssteil, das *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr* eher rechtssteil. Die Mittelwerte des Gesamtscore der *BSL-23*, die Subskala des *CTQ Sexueller Missbrauch*, der *CSBDS* sowie die Subskala der *Sexual Motivation Scale SM Intrinsisch* waren in der Patientenstichprobe normalverteilt. In der KG waren der *Gesamtwert des SRS*, *riskante Sexualpraktiken*, *Masochismus*, das *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr* sowie *SM Intrinsisch* normalverteilt. Aufgrund der Verletzung der Normalverteilungsannahme bei einigen abhängigen Variablen müsste als Alternative zum t-Test auf den Mann-Whitney-U-Test zurückgegriffen werden. Der zentrale Grenzwertsatz besagt allerdings, dass die Voraussetzung der Normalverteilung des untersuchten Merkmals in der Grundgesamtheit der jeweiligen Gruppe bei einer Stichprobengröße von $n > 30$ vernachlässigt werden kann (Hemmerich, 2016b). Da sowohl der t-Test als auch die ANOVA robust gegenüber einer Verletzung der Normalverteilungsannahme sind (Wilcox, 2012), wurden in diesem Fall statt der non-parametrischen Verfahren Mann-Whitney-U-Test (als Alternative zum t-Test für unabhängige Stichproben) bzw. des Kruskal-Wallis-Test (als Alternative zur einfaktoriellen Varianzanalyse) die parametrischen Verfahren (t-Test und ANOVA) gerechnet. Auch Norman (2010) spricht sich dafür aus, dass bei Daten von Likert-Skalen, die ordinal- und nicht intervallskaliert sind, bei denen es häufig zur Verletzung der Normalverteilungsannahme kommt, aufgrund der Robustheit der statistischen Verfahren t-Tests bzw. ANOVAs durchgeführt werden dürfen.

Die 1. und 2. Hypothese umfassen jeweils mehrere einzelne Fragestellungen (ZSV, einzelne Kriterien von SRV sowie selbstbestimmte Sexualität), sodass multiple Signifikanztests zum Einsatz kamen. Hierdurch entsteht allerdings das Risiko der α -Fehler-Inflation oder α -Fehler-Kumulierung, welches besagt, dass der Fehler 1. Art, d.h. fälschlicherweise ein signifikantes Ergebnis zu erzielen, deutlich

höher als 5 % wird (Bühner & Ziegler, 2009). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde als post-hoc-Test die Bonferroni-Holm-Korrektur angewandt, welche im Unterschied zur Bonferroni-Korrektur weniger konservativ ist und dadurch mehr Power hat, während sie den α -Fehler auf gleiche Weise adjustiert wie die Bonferroni-Korrektur (Field, 2009). Hierbei werden die p -Werte ihrer Größe nach sortiert und schrittweise korrigiert, wobei diese schrittweise auf Signifikanz geprüft werden, beginnend mit dem kleinsten, d.h. signifikantesten p -Wert (Holm, 1979). Die Bonferroni-Holm-Korrektur der α -Fehler wurde auf Basis der beiden Haupthypothesen 1 und 2 mit jeweils drei Unterhypothesen, d.h. für sechs Hypothesen und mit dem Online-Rechner für korrigierte p -Werte von Hemmerich (2016a) durchgeführt. Dabei wurden alle sechs p -Werte eingegeben und als Korrekturmethode „Bonferroni-Holm“ ausgewählt. Anschließend erschien als Ergebnis eine Tabelle mit den unkorrigierten und korrigierten p -Werten. Letztere wurden für die Teststatistik herangezogen. Als Effektstärkemaß für die t-Tests wurde jeweils der standardisierte Korrelationskoeffizient r nach Pearson mithilfe folgender Formel berechnet (Field, 2009):

$$r = \sqrt{\frac{t^2}{t^2 + df}}$$

Zur Beurteilung der Effektstärken wurde die Einteilung nach Cohen (1988) herangezogen:

- $r > 0,10 < 0,30 \rightarrow$ kleiner Effekt
- $r > 0,30 \leq 0,50 \rightarrow$ mittlerer Effekt
- $r > 0,50 \rightarrow$ großer Effekt

Für die χ^2 -Tests wurde der Phi-Koeffizient φ als Zusammenhangsmaß für zwei dichotome Variablen verwendet (Bühner & Ziegler, 2009). Für die Effektgrößen gelten hierbei folgende Konventionen (Lenhard & Lenhard, 2016):

- $\varphi < 0,25 \rightarrow$ kleiner Effekt
- $\varphi = 0,25 - 0,66 \rightarrow$ mittelgradiger Effekt
- $\varphi > 0,66 \rightarrow$ großer Effekt

Mehrfaktorielle multivariate Varianzanalyse (MANOVA)

Zur explorativen Analyse wurde des Weiteren eine zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse (MANOVA) durchgeführt, um zu überprüfen, wie sich die BPS-Patient:innen ($N = 120$) mit bzw. ohne CSA (1. Faktor: *CSA severe* mit den zwei Ausprägungen „Ja“ und „Nein“; nominalskaliert) und je nach Ausprägung der *Borderline-Symptomatik* in der BSL-23 (2. Faktor: „Gering“, „Mittel“ und „Schwer“; ordinalskaliert) in den verschiedenen Kriterien des SRVs (intervallskalierte abhängige

Variablen: *SRS gesamt* sowie *Subskalen der SRS*, *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr*, *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* und *Anzahl an STIs*) sowie in den abhängigen Variablen *Gesamtscore der CSBDS*, *SM Intrinsisch* und *sexueller Masochismus* voneinander unterscheiden. Hierbei wurden keine konkreten Hypothesen aufgestellt. Die Analyse diente mehr einem explorativen Vorgehen, bei dem posthoc untersucht wurde, ob und falls ja, welche Unterschiede es zwischen den verschiedenen Schweregraden gibt. Stevens (1980) empfiehlt v.a. bei kleineren Stichprobengrößen nicht mehr als zehn abhängige Variablen in das Modell einzubeziehen.

Zunächst wurden die Voraussetzungen der MANOVA überprüft. Die beiden durch die Faktoren gebildeten Gruppen waren dabei unabhängig voneinander. Es lagen weder univariate noch multivariate Ausreißer vor. Die Normalverteilungsannahme der abhängigen Variablen war, wie bereits vorher beschrieben, zumeist verletzt, jedoch gelten die Verletzungen dieser Annahme ab einem n von 25 pro Gruppe als unproblematisch (Schmider et al., 2010). Des Weiteren wurde für alle abhängigen Variablen der Levene-Test zur Überprüfung der Voraussetzung der Homoskedastizität, d.h. der Gleichheit der Fehlervarianzen, sowie der Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzmatrizen durchgeführt. Bei leichten Verletzungen der Homogenität der Fehlervarianzen sowie der Kovarianzmatrizen gilt die MANOVA bei gleichen Gruppengrößen und Normalverteilung als robust (Ateş et al., 2019). Je mehr die Gruppengrößen voneinander abweichen, desto eher kommt es bei einer zu starken Verletzung der Varianzgleichheit zu einer Verzerrung des F-Wertes (Field, 2009). Die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen gemäß dem Levene-Test, basierend auf dem Mittelwert, war für das *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr* ($p = 0,57$), *ZSV* ($p = 0,57$), die *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* ($p = 0,53$), die Subskalen der *SRS Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten* ($p = 0,28$) und *riskante Sexualpraktiken* ($p = 0,22$) sowie *sexuellen Masochismus* ($p = 0,60$) erfüllt, nicht jedoch für die *SRS-Subskalen riskante Analsexpraktiken* ($p = 0,002$), *impulsives sexuelles Verhalten* ($p < 0,001$), den *SRS-Gesamtwert* ($p = 0,03$) sowie die *Anzahl an STIs* ($p = 0,04$). Die Homogenität der Kovarianzmatrizen gemäß dem Box-Test war nicht gegeben ($p < 0,001$). Um einer Verzerrung des F-Wertes, die bei ungleich großen Gruppengrößen und einer Verletzung der Varianzgleichheit vorliegen kann, entgegenzuwirken, sollte in diesem Fall auf den Games-Howell post-hoc-Test zurückgegriffen werden. Dieser basiert auf der Welch-ANOVA und ist robust ggü. ungleichen Fehlervarianzen und Gruppengrößen (Field, 2009; Hemmerich, 2018). Da dieser jedoch nur für die zweifaktorielle ANOVA, nicht jedoch für die zweifaktorielle MANOVA in SPSS implementiert ist, wurde alternativ auf die ohnehin konservativere Bonferroni-Korrektur zurückgegriffen. Zuletzt wurde die Voraussetzung überprüft, dass keine Multikollinearität besteht, d.h. keine Korrelationen der abhängigen Variablen über 0,90 vorliegen (Tabachnik & Fidell, 2013). Die maximale Korrelation (zwischen der *SRS-Subskala Eingehen von sexuellen Risiken* und dem *SRS-*

Gesamtmittelwert) betrug 0,80. Die Korrelation der anderen abhängigen Variablen betrug maximal 0,42 (*ZSV* und *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen*). Somit lag keine Multikollinearität vor.

Multiple hierarchische Regressionsanalysen

Zur Überprüfung der 3. Hypothese, welche besagte, dass der Zusammenhang zwischen *sexuellem Missbrauch in der Kindheit* und *sexuellem Risikoverhalten* durch die Variablen *ZSV* und *Dissoziation beim Sex* vermittelt wird, wurden Mediations- bzw. Moderationsanalysen durchgeführt. Hierbei wurde nur die Stichprobe der Borderline-Patient:innen ($N = 120$) und nicht die KG berücksichtigt. Es kamen multiple hierarchische Regressionsanalysen zum Einsatz, wobei die Ausprägung des *sexuellen Missbrauchs in der Kindheit* (Mittelwert der Subskala des CTQ *Sexueller Missbrauch*) der Prädiktor war und einzelne metrische Variablen des SRVs jeweils das Kriterium.

Auch hier wurden zunächst die Voraussetzungen für die Durchführung von multiplen Regressionsanalysen geprüft. Zunächst wurde sichergestellt, dass die eingeschlossenen unabhängigen Variablen intervallskaliert oder als Dummy-Variablen kodiert und die abhängigen Variablen intervallskaliert sind⁶. Außerdem wurde geprüft, ob lineare Zusammenhänge zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen vorliegen. Des Weiteren wurden die fünf Gauss-Markov-Annahmen (1. Linearität der Regressionskoeffizienten, 2. Zufallsstichprobe, 3. Erwartungswert von 0 für Fehlerwert der unabhängigen Variablen, 4. Stichprobenvariation der unabhängigen Variablen und 5. Homoskedastizität, d.h. gleiche Streuung der Vorhersagefehler für jeden Wert der unabhängigen Variablen) überprüft sowie folgende drei Kriterien: Abhängigkeit des Fehlerwertes, Normalverteilung der Fehlerwerte und keine Multikollinearität der unabhängigen Variablen (Bühner & Ziegler, 2009; Field, 2009; Rottmann, 2010). Bei Verletzung der Homoskedastizität wurde die Parameterschätzung mithilfe der HC3-Methode angewandt, um robustere Standardfehler zu erhalten (Hayes & Cai, 2007).

Bei allen Regressionsanalysen wurden in Modell 1 die Kontrollvariablen, z.B. *Geschlecht*, *Alter*, *Bildungsniveau* wie *Hauptschulabschluss* oder *Borderline-Symptomatik* (BSL-23) per „Enter“-Methode in den ersten Prädiktorenblock eingefügt. Dies war deshalb notwendig, weil erst durch die Kontrolle bestimmter soziodemographischer Variablen gewährleistet ist, dass Varianzunterschiede in den Kriterien z.B. durch *sexuellen Missbrauch* oder *Dissoziation beim Sex* und nicht durch demographische Variablen erklärt werden (Bühner & Ziegler, 2009). Die Kontrollvariablen wurden einerseits theoriegeleitet ausgewählt, andererseits wurde die Auswahl anhand von statistischen Berechnungen getroffen. Dabei wurden immer nur diejenigen Variablen kontrolliert, die mit dem jeweiligen

⁶ Die kategorialen abhängigen Variablen *Verhütung beim Sex*, *Bestehen auf Verhütung*, *Prostitution* und *BDSM* wurden in den Regressionsanalysen nicht berücksichtigt. Diese könnten mit binären logistischen Regressionsanalysen untersucht werden, was bzgl. der Fragestellungen für die vorliegende Arbeit allerdings nicht von Relevanz war.

Kriterium in einem signifikanten linearen Zusammenhang standen. Vor Einschluss der Kontrollvariablen wurden Dummy-Kodierungen vorgenommen, sodass die nominalen Variablen zur Vorhersage in dichotomer Form vorlagen (Bühner & Ziegler, 2009). Im 2. Modell wurden die Haupteffekte, im 3. Modell die Interaktionsterme (im Falle der Moderationsanalysen) in die Regressionsanalyse einbezogen, um zu prüfen, in welchem Ausmaß die Variablen Varianzunterschiede in den Kriterien des SRVs aufklären können.

Zur Überprüfung, ob Mediationseffekte vorliegen, wurde zunächst getestet, ob die notwendige Voraussetzung, dass alle Variablen (Prädiktor, Mediator und Kriterium) jeweils signifikant miteinander korrelieren (Baron & Kenny, 1986), erfüllt ist. Als Grundlage hierfür wurde die *Tabelle 11* herangezogen. Des Weiteren müssen folgende Kriterien erfüllt sein: 1. Es muss ein signifikanter Effekt des Prädiktors auf das Kriterium vorliegen, d.h. der direkte Pfad c muss signifikant sein. War dies gegeben, wurde im nächsten Modell getestet, ob 2. der Prädiktor einen signifikanten Effekt auf den Mediator hat, d.h. Pfad a signifikant ist. Sofern dies zutrifft, wurde 3. geprüft, ob der Mediator einen signifikanten Effekt auf das Kriterium hat, d.h. dass Pfad b signifikant ist, unter Kontrolle der unabhängigen Variable. Hierfür wurde eine multiple Regression gerechnet. Eine Mediation ist nur dann gegeben, wenn 4. der direkte Effekt des Prädiktors auf das Kriterium (Pfad c) entweder vollständig verschwindet, d.h. das Regressionsgewicht des Prädiktors keine Signifikanz mehr erzielt und Null wird, oder sich das β -Gewicht des Prädiktors signifikant reduziert (Baron & Kenny, 1986). Die einzelnen Kriterien gelten als Entscheidungspfad, d.h. die Mediationsanalyse wurde nur fortgesetzt, wenn die jeweils vorherige Voraussetzung erfüllt war.

Hier wurden verschiedene Mediationsmodelle gerechnet, jedoch scheiterte es zumeist an der Grundvoraussetzung, dass alle drei Variablen, Prädiktor, Mediator und Kriterium jeweils miteinander korrelieren müssen. Deshalb wurde der Fokus der nachfolgenden Tests auf Moderationsanalysen gelegt. Auch hierbei kamen multiple hierarchische Regressionsanalysen zum Einsatz. Um mit SPSS zu überprüfen, ob eine Moderation vorliegt, muss laut Bühner und Ziegler (2009) aus dem Prädiktor X und dem hypothetischen Moderator (2. Prädiktor) Z ein Interaktionsterm (X·Z) gebildet werden. Wenn Produktterme in multiple Regressionsanalysen eingehen, kann jedoch das Problem der Multikollinearität auftreten. Hierbei korrelieren die beiden Prädiktorvariablen hoch miteinander, sodass die Standardfehler der Regressionskoeffizienten groß sind und β -Gewichte somit unpräzise geschätzt werden. Um dies zu umgehen, empfehlen Aiken und West (1991) die Prädiktoren vor Bildung des Interaktionsterms zu zentrieren, sodass jede Variable einen Mittelwert von 0 hat. Dadurch wird gewährleistet, dass die Variablen X und Z mit dem Produktterm X·Z nicht mehr oder nur noch geringfügig korrelieren und die Schätzgenauigkeit des Kriteriums erhöht wird (Bühner & Ziegler, 2009). Dieses Vorgehen wurde vor der jeweiligen multiplen Regressionsanalyse durchge-

führt. Es wurden nicht alle Kriterien von SRV berücksichtigt, sondern nur diejenigen, bei denen sich im Vorfeld ein relevanter Zusammenhang zu den unabhängigen Variablen zeigte.

3. Ergebnisse

3.1 Rücklauf und Dropouts

Die Erhebung fand von August 2020 bis Oktober 2021 statt. Zur Rekrutierung der Patientenstichprobe der Doktorandin wurden 193 Fragebogenpakete an die jeweiligen Einrichtungen und Praxen ausgehändigt. Die Rücklaufquote betrug mit 83 ausgefüllten Paper-Pencil-Fragebögen somit 43 %. Nach Angaben der jeweiligen Studieneinrichtungen wurden die Fragebögen nicht an alle Patient:innen, die formal die Einschlusskriterien erfüllt hätten, ausgeteilt. Gründe waren zu hohe Symptombelastung, mangelndes Interesse an einer Teilnahme seitens der Patient:innen oder Ängste vor der Beschäftigung mit dem Thema *Trauma und Sexualität*. Einige Patient:innen hätten nach Angaben der Behandler:innen mit der Bearbeitung des Fragebogens begonnen, diesen dann jedoch nicht vollständig ausgefüllt und zurückgegeben, da manche Fragen zu Missbrauchserfahrungen oder zur eigenen Sexualität zu aufwühlend bzw. zu intim gewesen seien. Manche Bögen wurden aus anderen Gründen (z.B. Versäumnis, Fragebogen wieder an die Behandler:innen zurückgegeben bzw. kein erneutes Nachfragen seitens des Behandler:innen) nicht abgegeben. Sieben Proband:innen, die ihr Interesse an einer Studienteilnahme bekundeten, waren älter als 45 Jahre (46 bis 50 Jahre). Nach Rücksprache mit der Doktorandin wurden diese trotz des ursprünglich festgelegten Höchstalters von 45 als Voraussetzung für die Studienteilnahme eingeschlossen, da sie die sonstigen Kriterien erfüllten. Eine der 83 Patient:innen gab den Bogen zurück, füllte die letzten beiden Fragebögen jedoch nicht aus. Die vorhandenen Angaben flossen dennoch in die Auswertung ein; die fehlenden Werte wurden als *Missings* gekennzeichnet. Dasselbe Vorgehen wurde gewählt, wenn Patient:innen einzelne Items bei der Beantwortung ausließen.

In der kooperierenden Klinik UKE nahmen insgesamt 50 Patient:innen an der Befragung teil, davon drei Männer und 47 Frauen. Drei Patientinnen wurden aufgrund von vorzeitigem Abbruch der Befragung bzw. einer fehlenden Einverständniserklärung ausgeschlossen. Da zehn Patient:innen nicht den erst später eingefügten SRS (Sexual Risk Survey) sowie einige weitere Items zu sexuellem Risikoverhalten, welche zentral für die Auswertung waren, ausgefüllt hatten, wurden diese aus dem Datensatz gelöscht. Somit wurden insgesamt 37 Patient:innen (34 weiblich und drei männlich) des UKE berücksichtigt. Insgesamt umfasste die klinische Stichprobe somit 120 BPS-Patient:innen, was 15 Personen mehr als der a priori berechneten Stichprobengröße entsprach.

In der KG-Befragung wurde der Online-Link von 332 Proband:innen geöffnet, wobei 149 Teilnehmer:innen den Fragebogen vollständig ausfüllten. In der Online-Umfrage der KG war eine Fortführung der Studie nur möglich, wenn alle Items beantwortet wurden, sodass hier keine fehlenden Werte zustande kamen. Die 183 Personen, die vorher abbrachen, wurden bereits vor der Auswertung aus dem Datensatz entfernt. Weitere 21 Proband:innen wurden aufgrund von ungültigen Angaben (u.a. Ausreißer bzgl. des Alters [89 oder 90 Jahre]; Auswahl immer des gleichen Wertes bei jedem Item) und Angaben einer vorliegenden BPS oder PTBS ausgeschlossen, was Ausschlusskriterien in der KG waren. Fünf der 21 ausgeschlossenen Fälle wiesen in der Borderline Symptom Liste (BSL-23) Mittelwerte von über 2 auf. Da dies für eine zu stark ausgeprägte Borderline-Symptomatik spricht, wurden diese ebenfalls ausgeschlossen. Somit wurden 128 gültige Werte berücksichtigt.

Zusätzlich wurden durch eine Medizindoktorandin in Hamburg weitere 46 KG-Teilnehmer:innen rekrutiert, die an derselben Online-Umfrage teilnahmen. Von diesen wurden zwei Personen ausgeschlossen, da keine Einverständniserklärung vorlag. Von den verbleibenden 44 Proband:innen waren alle Werte gültig, d.h. es wurden keine erhöhten Werte in der BSL-23, keine PTBS oder BPS als Diagnosen angegeben. Die erhobenen Daten wurden anschließend exportiert und der Doktorandin über SPSS zur Verfügung gestellt. Anschließend wurden die Datensätze zusammengefügt. Insgesamt wurden somit 172 KG-Teilnehmer:innen in die Datenauswertung einbezogen.

Im nachfolgenden Flowchart ist der Rücklauf in der Patienten- und KG-Gruppe sowie Dropouts infolge ungültiger Werte oder mangels Erfüllung der Studienvoraussetzungen dargestellt.

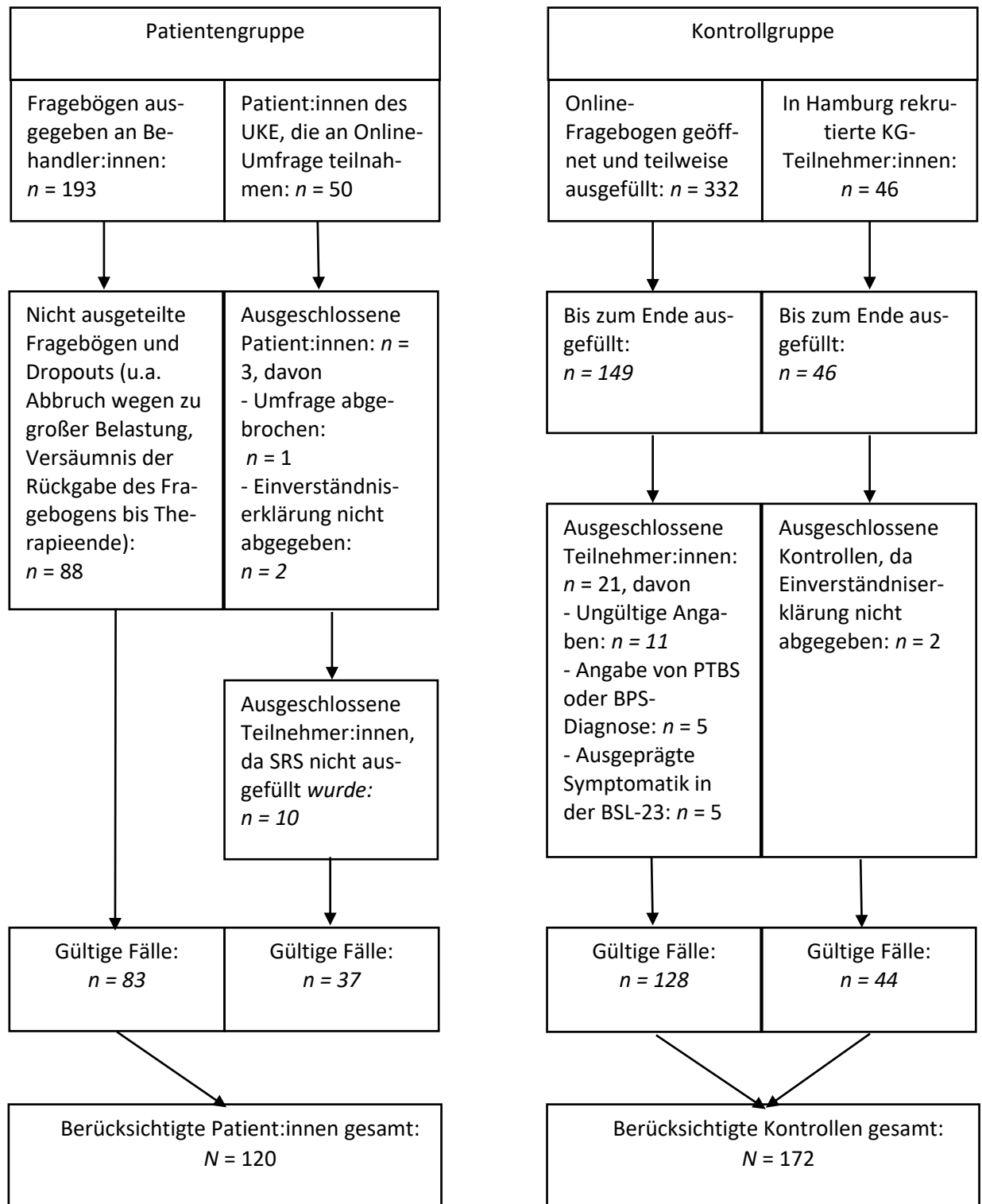


Abbildung 1. Flowdiagramm zu Rücklaufquote und Dropouts in der Patienten- und Kontrollgruppe.

Die Ergebnisse der t-Tests, MANOVA, χ^2 -Tests, Korrelationsanalysen sowie der hierarchischen Regressionsanalysen mit Moderations- und Mediationsanalysen zur Hypothesentestung sowie zur weiterführenden explorativen Analyse werden im folgenden Abschnitt erläutert.

3.2 Soziodemographische und deskriptive Angaben der Patientengruppe

Die Patient:innen waren zwischen 18 und 53 Jahre alt ($M = 30,13$, $SD = 8,45$). Von den 120 Patient:innen waren 103 (85,8 %) weiblich, 14 (11,7 %) männlich und zwei Personen (1,7 %) divers (transsexuell männlich). Eine Person (0,8 %) gab als Geschlecht „Sonstiges“ (Neutrum) an. Bzgl. des Familienstandes gaben 53,3 % Personen an, ledig/Single, 35,8 % in einer festen Partnerschaft, 2,5 % verheiratet und 5,0 % geschieden zu sein; 3,3 % gaben als Familienstand „Sonstiges“ (eingetragene oder polyamore Lebenspartnerschaft) an. Von den 103 Frauen gaben 36 % an, rein heterosexuell zu sein, 32 % vorwiegend heterosexuell, 16 % bisexuell, 4 % homosexuell, 3 % vorwiegend homosexuell, 4 % pansexuell und 5 % asexuell zu sein.

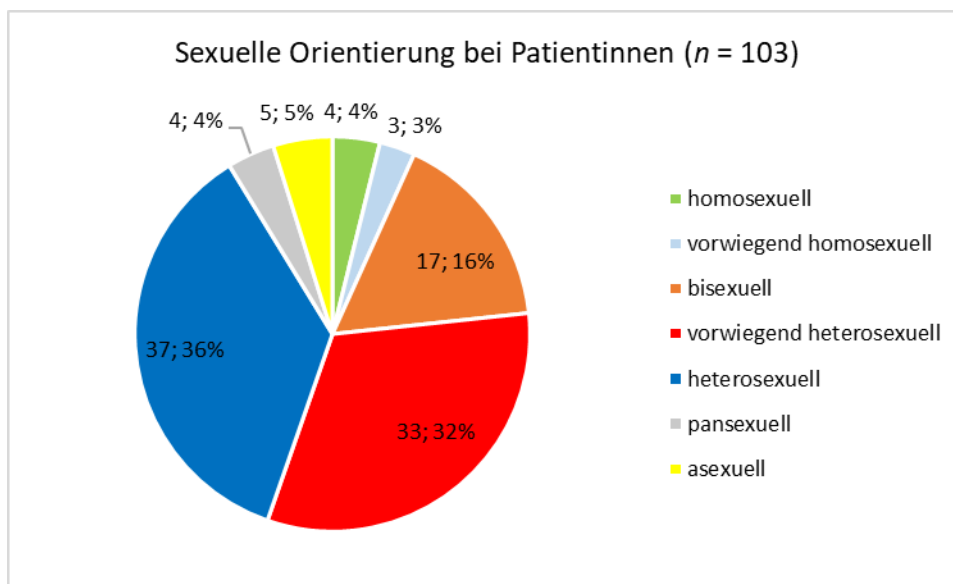


Abbildung 2. Sexuelle Orientierung bei BPS-Patientinnen ($n = 103$).

Von den 14 Männern waren 50 % heterosexuell, 7 % vorwiegend heterosexuell, 22 % homosexuell, 14 % bisexuell. Eine Person (7 %) gab als sexuelle Orientierung „zu Trans-Gender-Personen“ an.

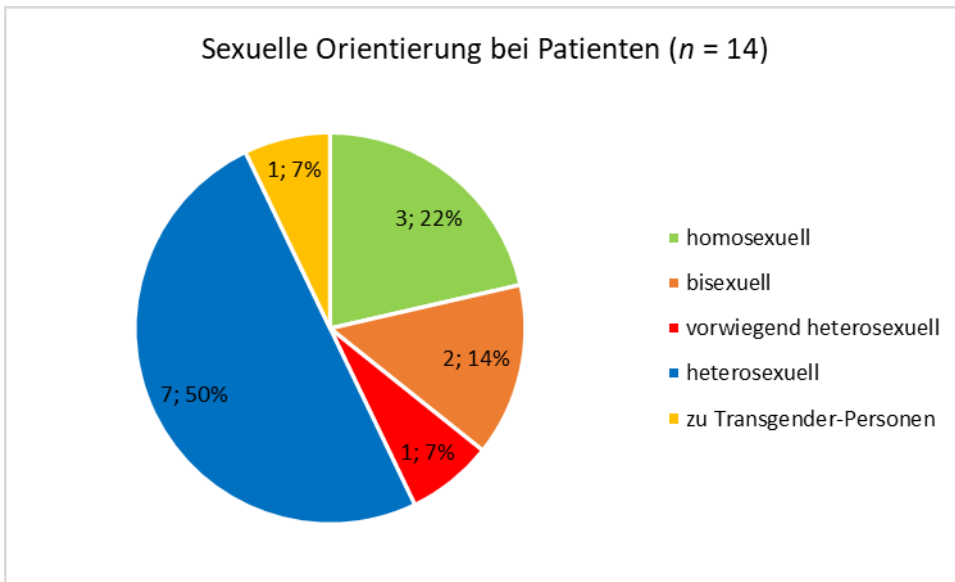


Abbildung 3. Sexuelle Orientierung bei BPS-Patienten (n = 14).

Von den diversen Patient:innen gaben zwei Personen (67 %) ihre sexuelle Orientierung als „vorwiegend zu Männern, manchmal zu Frauen“ und eine Person (33 %) als „asexuell“ an.

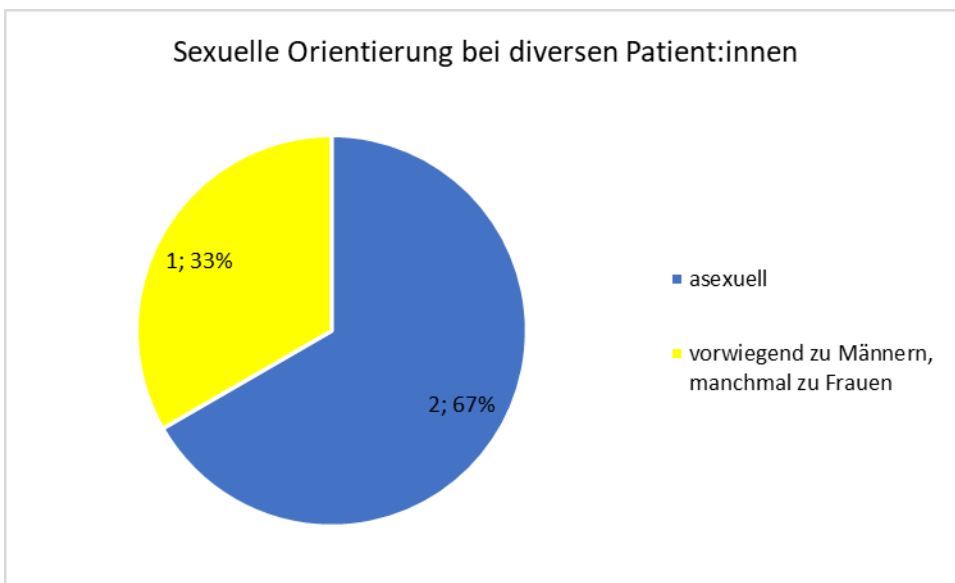


Abbildung 4. Sexuelle Orientierung bei diversen/sonstigen BPS-Patient:innen (n = 3).

Als höchsten Bildungsabschluss gaben 40,8 % Abitur, 37,5 % Mittlere Reife, 17,5 % Hauptschule, 1,7 % (noch) keinen Abschluss und 2,5 % Sonstiges an (Tabelle 8). Hinsichtlich der beruflichen Situation waren 30,0 % arbeitslos, 20,0 % befanden sich in einer Ausbildung, im Studium oder einer Umschulung, 19,2 % waren voll erwerbstätig, 15,8 % teilerwerbstätig, 6,7 % waren geringfügig beschäftigt und 6,7 % waren berentet.

Die Anzahl an Diagnosen lag zwischen einer und acht. Bei 10 % lag die Borderline-Diagnose ohne komorbide Diagnosen vor. Am häufigsten waren zwei (24 %), drei (32 %) oder vier (26 %) Diagnosen. Die komorbiden Diagnosen waren v.a. affektive Störungen, insbesondere rezidivierende de-

pressive Störungen (72 %), PTBS (39 %), Angststörungen (27 %) und Essstörungen (27 %), v.a. Bulimia nervosa.

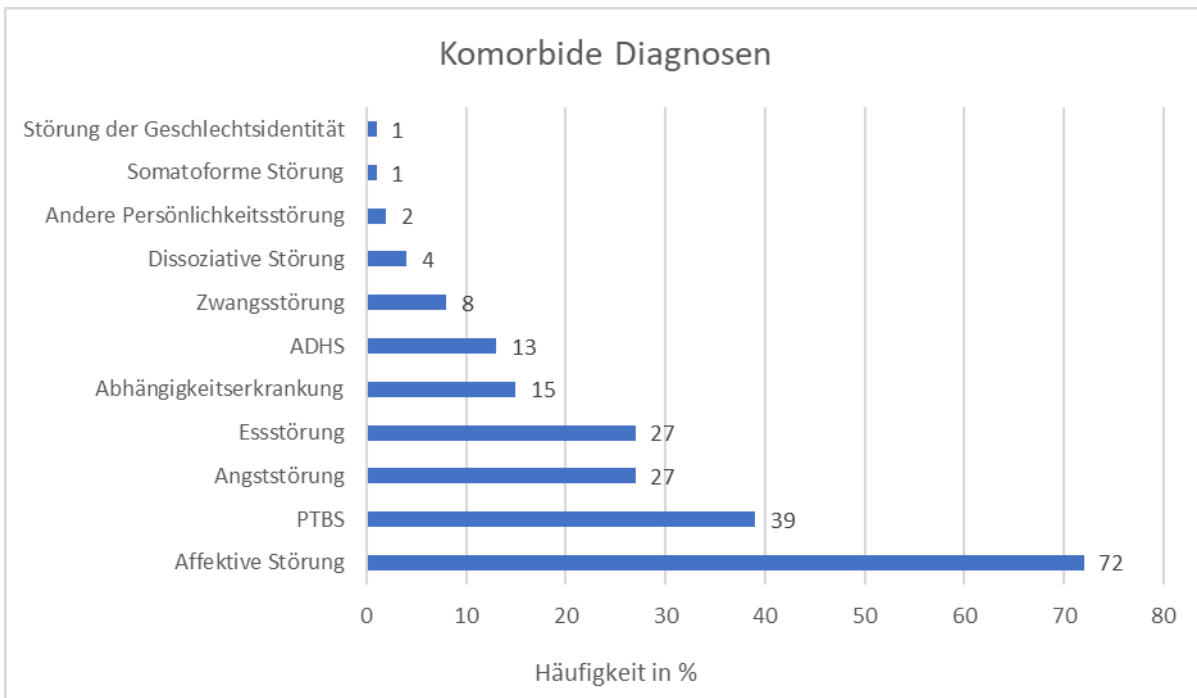


Abbildung 5. Komborbid Diagnosen bei BPS-Patient:innen (N = 120).

Von den 120 Patient:innen gaben 96,7 % an, eine Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben. Wegen psychischer Probleme jemals in stationärer Behandlung waren 91,7 % der Patient:innen. Medikamente im Allgemeinen nahmen 75,8 % der Patient:innen ein; 71,7 % gaben an, momentan Psychopharmaka verschrieben zu bekommen.

Von den 120 Patient:innen nahmen 56 % im stationären, 19 % im teilstationären und 25 % im ambulanten Setting an der Studie teil.

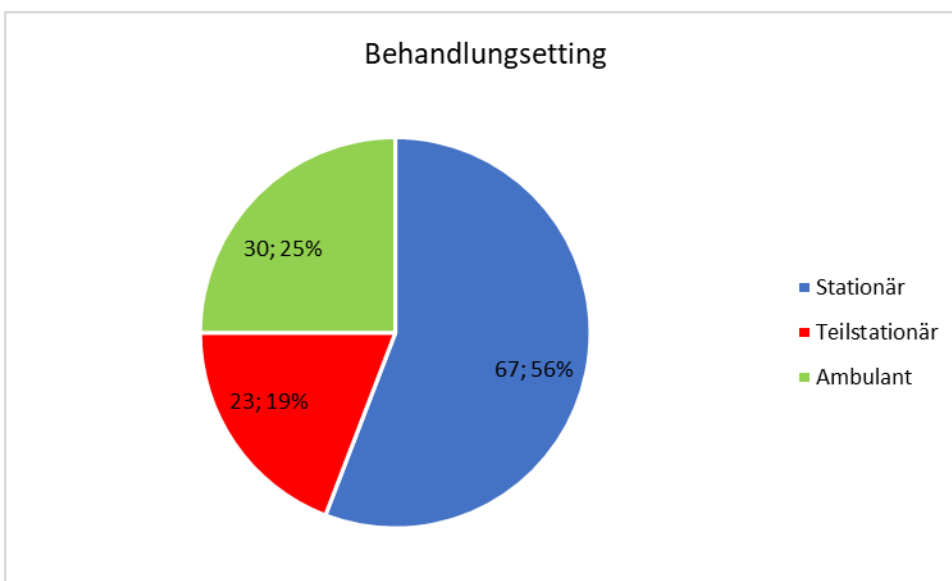


Abbildung 6. Behandlungssetting bei BPS-Patient:innen (N = 120).

Tabelle 8

Soziodemographische Angaben der Teilnehmer:innen (N = 292). n (%).

| | Patient:innen (n = 120) | KG-Teilnehmer:innen (n = 172) |
|--|-----------------------------------|---|
| Geschlecht | | |
| Männlich | 14 (11,7) | 47 (27,3) |
| Weiblich | 103 (85,8) | 125 (72,7) |
| Divers/Sonstiges | 3 (2,5) | 0 |
| Familienstand | | |
| Ledig/Single | 64 (53,3) | 77 (44,8) |
| In fester Partnerschaft | 43 (35,8) | 65 (37,8) |
| Verheiratet | 3 (2,5) | 27 (15,7) |
| Geschieden | 6 (5,0) | 0 (0) |
| Sonstiges | 4 (3,3) | 3 (1,7) |
| Höchster Bildungsabschluss | | |
| (Noch) kein Abschluss | 2 (1,7) | 0 (0) |
| Hauptschule | 21 (17,5) | 1 (0,6) |
| Mittlere Reife | 45 (37,5) | 16 (9,3) |
| Abitur/Hochschulreife | 49 (40,8) | 131 (76,2) |
| Sonstiges | 3 (2,5) | 24 (13,9) |
| Berufliche Situation | | |
| Voll erwerbstätig | 23 (19,2) | 92 (53,3) |
| Teilzeit erwerbstätig | 19 (15,8) | 24 (14,0) |
| Geringfügig/gelegentlich erwerbstätig | 8 (6,7) | 23 (13,4) |
| In Ausbildung/Studium/Umschulung | 24 (20,0) | 28 (16,3) |
| Arbeitslos, arbeitssuchend | 36 (30,0) | 5 (2,9) |
| Berentet/pensioniert | 8 (6,7) | 0 (0) |
| Vorliegen einer psychischen Diagnose | 120 (100) | 5 (2,9) |
| Bereits in psychotherapeutischer Behandlung | 116 (96,7) | 51 (29,7) |
| Bereits in stationärer Einrichtung wegen psychischer Probleme | 110 (91,7) | 6 (3,5) |
| Einnahme von Medikamenten (allgemein) | 91 (75,8) | 33 (19,2) |
| Einnahme von Psychopharmaka | 86 (71,7) | 1 (0,6) |

3.3 Soziodemographische und deskriptive Angaben der Kontrollgruppe

Die Proband:innen der KG waren zwischen 18 und 55 Jahre alt ($M = 29,70$; $SD = 6,24$). Von den 172 Teilnehmer:innen waren 125 weiblich (72,7 %) und 47 männlich (27,3 %). Bzgl. des Familienstandes der KG waren 77 (44,8 %) ledig, 65 (37,8 %) in fester Partnerschaft und 27 (15,7 %) verheiratet. Drei (1,7 %) gaben an, in einer offenen Partnerschaft zu leben.

Von den Frauen der KG berichteten 56,8 % rein heterosexuell, 37,6 % vorwiegend heterosexuell, 3,2 % ausschließlich homosexuell, eine Person vorwiegend homosexuell (0,8 %), und zwei Personen (1,6 %) pansexuell zu sein. Von den männlichen KG-Teilnehmern waren 78,8 % ausschließlich heterosexuell, 10,6 % vorwiegend heterosexuell und 10,6 % ausschließlich homosexuell.

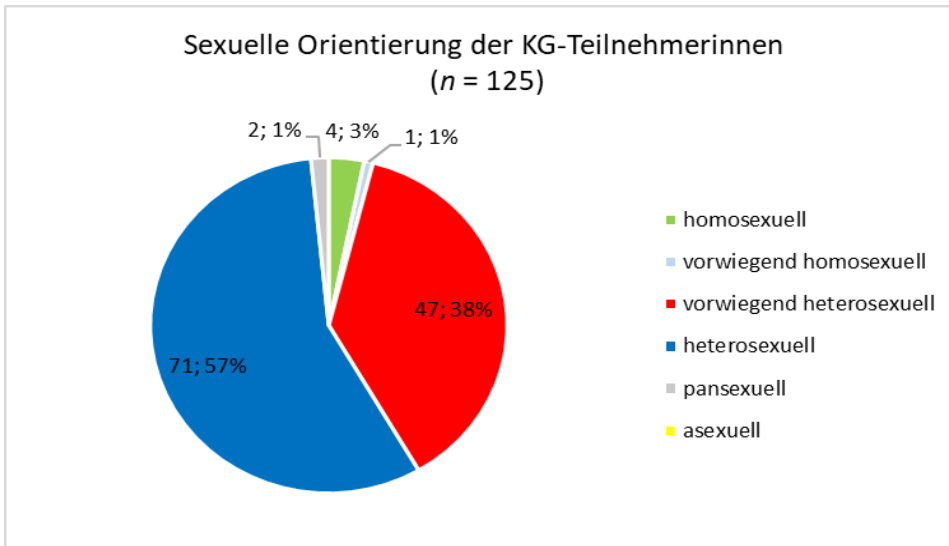


Abbildung 7. Sexuelle Orientierung der KG-Teilnehmerinnen (n = 125).

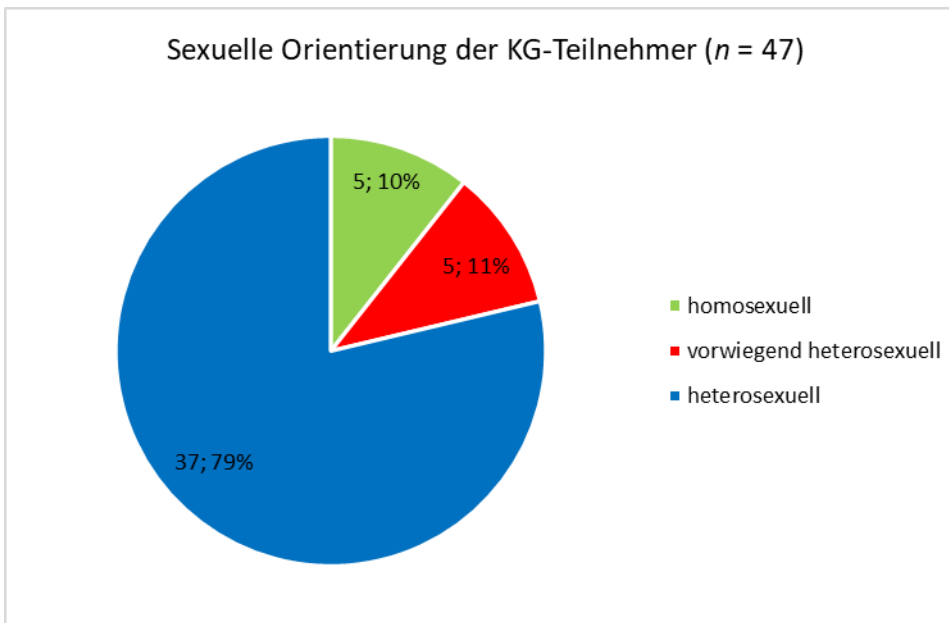


Abbildung 8. Sexuelle Orientierung der KG-Teilnehmer (n = 47).

Als höchsten Bildungsabschluss gaben 76,2 % Abitur, 9,3 % Mittlere Reife, 0,6 % Hauptschule, und 13,9 % Sonstiges an. Hinsichtlich der beruflichen Situation waren 53,3 % voll erwerbstätig, 14,0 % arbeiteten in Teilzeit, 13,4 % waren geringfügig beschäftigt und 16,3 % befanden sich in einer Ausbildung, im Studium oder einer Umschulung.

Fünf Proband:innen (2,9 %) gaben an, dass bei ihnen aktuell eine psychische Diagnose vorliegt (darunter Depression, Angststörung und Anorexie). 13 Proband:innen, die als Diagnose „Borderline“ oder „PTBS“ angaben, wurden bereits im Vorfeld aus den Analysen ausgeschlossen. 121 Teilnehmer:innen (70,3 %) haben noch keine Psychotherapie in Anspruch genommen, 51 Personen (29,7 %) waren in Psychotherapie. Sechs Personen (3,5 %) waren wegen psychischer Probleme in stationärer Behandlung. In der KG gaben 19,2 % an, Medikamente im Allgemeinen einzunehmen. Psychopharmaka nahm eine Person ein (0,6 %).

3.4 Schweregrade der Borderline-Symptomatik

Von den 120 Patient:innen hatten 22 % niedrige bis milde Borderline-Symptome, 53 % mäßige bis hohe und 25 % sehr bis extrem hohe Symptome.

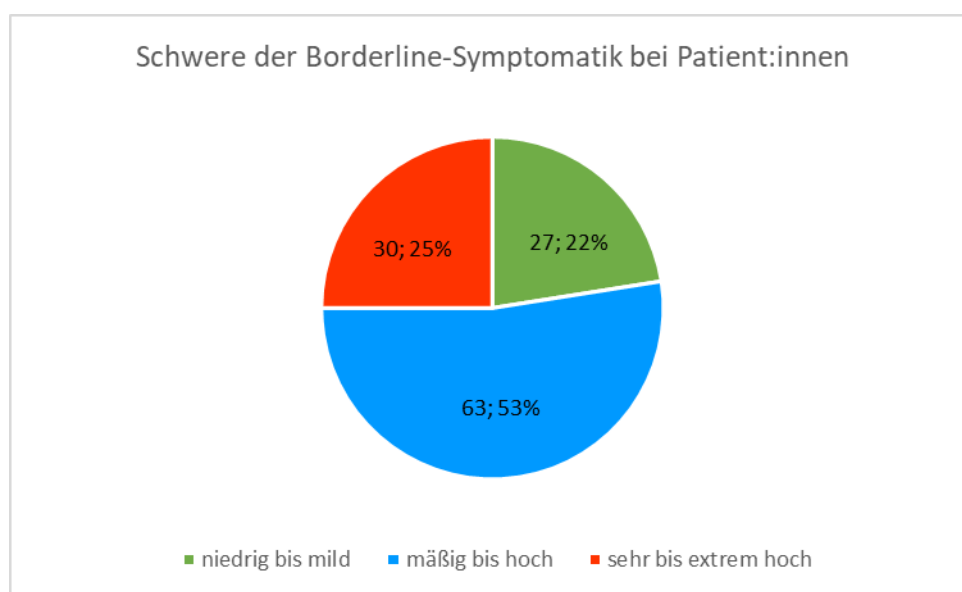


Abbildung 9. Häufigkeit der Schweregrade der BSL-23-Symptomatik bei BPS-Patient:innen: niedrig, mäßig bis hoch, sehr bis extrem hoch (N = 120).

3.5 Unterschiede zwischen Patient:innen und KG-Teilnehmer:innen

Hypothese 1 besagte, dass Patient:innen mit BPS im Vergleich zur Normalbevölkerung 1. mehr ZSV, 2. mehr SRV und 3. einen niedrigeren Grad an *sexueller Selbstbestimmtheit* aufweisen. Die Ergebnisse sind in *Tabelle 9* im Überblick dargestellt und werden nachfolgend im Detail erläutert.

Tabelle 9

Unterschiede zwischen Patient:innen und KG

CTQ, BSL-23, ITQ, FDS-Sex, SM, CSBDS, SRS, Alter beim 1. Sex, Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen, STIs, ungeplanter Schwangerschaften und Häufigkeit von Masochismus (M/SD). Schutz beim Sex, Bestehen auf Verhütung, Prostitution und BDSM (n/%). (N = 292)

| <i>Metrische Variablen</i> | Patient:innen | KG | <i>t(df)</i> | <i>p</i> ⁷ | <i>r (Cohen)</i> |
|---|---------------|---------------|-----------------|-----------------------|------------------|
| | (n = 120) | (n = 172) | | | |
| | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | | | |
| CTQ Gesamt | 2,68 (0,80) | 1,63 (0,28) | -13,71 (140) | <0,001 | 0,75 |
| Sexueller Missbrauch | 2,17 (1,24) | 1,09 (0,28) | -9,24 (126) | <0,001 | 0,63 |
| Emotionaler Missbrauch | 3,61 (1,17) | 1,60 (0,75) | -16,66 (187) | <0,001 | 0,77 |
| Körperlicher Missbrauch | 1,86 (0,94) | 1,17 (0,47) | -7,41 (160) | <0,001 | 0,50 |
| Emotionale Vernachlässigung | 3,37 (1,11) | 2,29 (0,76) | -9,24 (195) | <0,001 | 0,55 |
| Körperliche Vernachlässigung | 2,35 (0,65) | 1,98 (0,37) | -5,55 (174) | <0,001 | 0,39 |
| Sexueller Missbrauch im Erwachsenenalter | 2,09 (1,09) | 1,24 (0,42) | -7,80 (144) | <0,001 | 0,54 |
| BSL-23 | 1,97 (0,95) | 0,35 (0,35) | -17,91 (142) | <0,001 | 0,83 |
| ITQ PTBS | 2,13 (1,17) | 0,60 (0,67) | -12,85 (172) | <0,001 | 0,70 |
| ITQ KPTBS | 2,59 (0,96) | 0,59 (0,57) | -20,39 (177) | <0,001 | 0,84 |
| FDS-Sex | 3,01 (5,37) | 2,24 (4,52) | -1,32 (289) | 0,09 | 0,08 |
| Häufigkeit von Masochismus | 2,63 (1,26) | 2,85 (1,49) | 1,17 (234) | 0,12 | 0,08 |
| <i>Ab hier korrigierte p-Werte</i> | | | | | |
| SM Intrinsisch | 3,11 (1,81) | 4,49 (1,28) | 7,22 (197) | 0,02 | 0,46 |

⁷ Die 16 *p*-Werte ab der Variable SM Intrinsisch bis BDSM wurden mithilfe der Bonferroni-Holm Korrektur adjustiert, da es sich hierbei um die Unterhypothesen der Hypothese 1 handelte. So wurde der *p*-Wert bei CSBDS z.B. von *p* < 0,001 auf *p* = 0,02 korrigiert. Die restlichen *p*-Werte (CTQ Gesamt bis Häufigkeit von Masochismus) sind unkorrigiert.

| | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------|----------|--------------------------|
| CSBDS | 1,70 (0,63) | 1,35 (0,41) | -5,29 (184) | 0,02 | 0,42 |
| SRS Gesamt | 6,99 (14,78) | 6,00 (14,43) | -0,56 (286) | 0,54 | 0,03 |
| Impulsives sexuelles Verhalten | 2,24 (3,62) | 0,95 (1,29) | -3,71 (139) | 0,02 | 0,30 |
| Absicht, riskante Sexualpraktiken auszuüben | 1,30 (4,09) | 1,04 (3,30) | -0,60 (287) | 0,54 | 0,03 |
| Riskanter Analsex | 8,16 (46,15) | 1,71 (5,96) | -1,50 (119) | 0,49 | 0,14 |
| Riskante Sexualpraktiken | 16,49 (32,2) | 22,99 (65,43) | 0,99 (287) | 0,49 | 0,06 |
| Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten | 5,62 (25,65) | 1,40 (2,29) | -1,77 (117) | 0,36 | 0,16 |
| Alter beim 1. Geschlechtsverkehr | 16,28 (3,20) | 16,78 (2,62) | 1,40 (271) | 0,49 | 0,08 |
| Unverbindliche Sexualpartner:innen | 7,63 (5,75) | 6,48 (4,70) | -1,78 (213) | 0,36 | 0,12 |
| STIs | 1,23 (7,88) | 0,21 (0,45) | -1,42 (119) | 0,08 | 0,13 |
| Ungeplante Schwangerschaften | 1,51 (0,96) | 1,23 (0,44) | -1,23 (22) | 0,49 | 0,12 |
| Kategoriale Variablen | n (%) | n (%) | $\chi^2(df)$ | p | ϕ |
| Verhütung beim Sex (Ledige) | Ja: 64 (86,5) Nein: 10 (13,5) | Ja: 77 (97,5) Nein: 2 (2,5) | 6,37 (1) | 0,10 | 0,20 |
| Bestehen auf Verhütung | Nein: 13 (11,4) Tlw.: 35 (30,7) Immer: 66 (57,9) | Nein: 0 (0,0) Tlw.: 2 (1,2) Immer: 170 (98,9) | 79,78 (2) | 0,02 | 0,53 |
| Prostitution (jemals im Leben) | Ja: 22 (22,5) Nein: 93 (77,5) | Ja: 1 (0,6) Nein: 171 (99,4) | 39,17 (1) | 0,02 | -0,37 |
| BDSM (im letzten Jahr) | Ja: 37 (30,8) Nein: 83 (69,2) | Ja: 24 (13,9) Nein: 148 (86,1) | 12,47 (1) | 0,02 | -0,21 |

Anmerkungen: *M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung. *N* = Stichprobengröße. *CTQ* = Childhood Trauma Questionnaire. *BSL-23*: Borderline Symptom Liste. *ITQ*: International Trauma Questionnaire. *FDS-Sex*: Fragebogen zu dissoziativen Symptomen während des Sex. *SexMS*: Sexual Motivation Scale. *CSBDS*: Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale. *SRS*: Sexual Risk Survey. *STIs*: Sexuell übertragbare Erkrankungen. *r*: Effektstärke nach Cohen. ϕ : Phi.

3.5.1 Zwanghaftes Sexualverhalten

Patient:innen mit BPS hatten signifikant höhere Werte an *zwanghaftem Sexualverhalten* ($M = 1,70$; $SD = 0,63$) als Teilnehmer:innen der KG ($M = 1,35$; $SD = 0,41$) [$t(184) = -5,29$; $p = 0,02$]. Die Effektstärke betrug $r = 0,42$, was nach Cohen (1988) einem mittleren Effekt entspricht. Die Verdachtsdiagnose einer zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung – basierend auf einem Cut-Off-

Summenwert von ≥ 50 - lag bei 14,4 % der Patient:innen (zwölf weiblich, fünf männlich) und 1,2 % der KG-Teilnehmer:innen (je eine Person weiblich und männlich) vor. Die Gruppenunterschiede waren signifikant [$\chi^2(1) = 20,05; p < 0,001$] mit einem $\varphi = 0,26$, was nach Lenhard & Lenhard (2016) einem kleinen Effekt entspricht. ZSV war bei den männlichen ($M = 2,06; SD = 0,77$) signifikant stärker ausgeprägt als bei den weiblichen BPS-Patient:innen ($M = 1,65; SD = 0,60$) [$t(113) = -2,27; p = 0,01$]. Die Effektstärke lag bei $r = 0,21$, was einem kleinen Effekt entspricht. Auch in der KG kam ZSV bei Männern ($M = 1,58; SD = 0,49$) häufiger vor als bei Frauen ($M = 1,26; SD = 0,33$) [$t(62) = -4,11; p < 0,001; r = 0,46$], was einem mittleren Effekt entspricht.

3.5.2 Sexuelles Risikoverhalten

Unterschiede in der SRS

Zur Überprüfung, ob sich Patient:innen mit BPS und KG hinsichtlich des *sexuellen Risikoverhaltens*, das mit dem SRS erfasst wurde, voneinander unterscheiden, wurden t-Tests, jeweils für jede der fünf Subskalen des SRS und für den Gesamtmittelwert des SRS durchgeführt. So zeigten die Borderline-Patient:innen mehr *impulsives sexuelles Verhalten* ($M = 2,24; SD = 3,62$) als die KG ($M = 0,95; SD = 1,29$) [$t(138) = -3,71; p = 0,02$]. Die Effektstärke betrug $r = 0,30$, was einem mittleren Effekt entspricht. Ebenso zeigten die Patient:innen höhere Werte im Bereich *Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten* als die KG ($M = 5,62; SD = 25,65$ vs. $M = 1,40; SD = 2,29$), nach α -Fehler-Adjustierung war der Unterschied jedoch nicht mehr signifikant [$t(117) = -1,77; p = 0,36$]. Auf den Subskalen *Absicht, riskante Sexualpraktiken auszuüben*, *riskante Analsexpraktiken* sowie im *Gesamtwert des SRS* zeigten sich bei den Patient:innen zwar deskriptiv höhere Werte im Vergleich zur KG, jedoch waren die Unterschiede nicht signifikant. Der Bereich *riskante Sexualpraktiken* war hingegen bei den KG-Teilnehmer:innen stärker ausgeprägt als in der Patientengruppe, allerdings ohne signifikanten Gruppenunterschied.

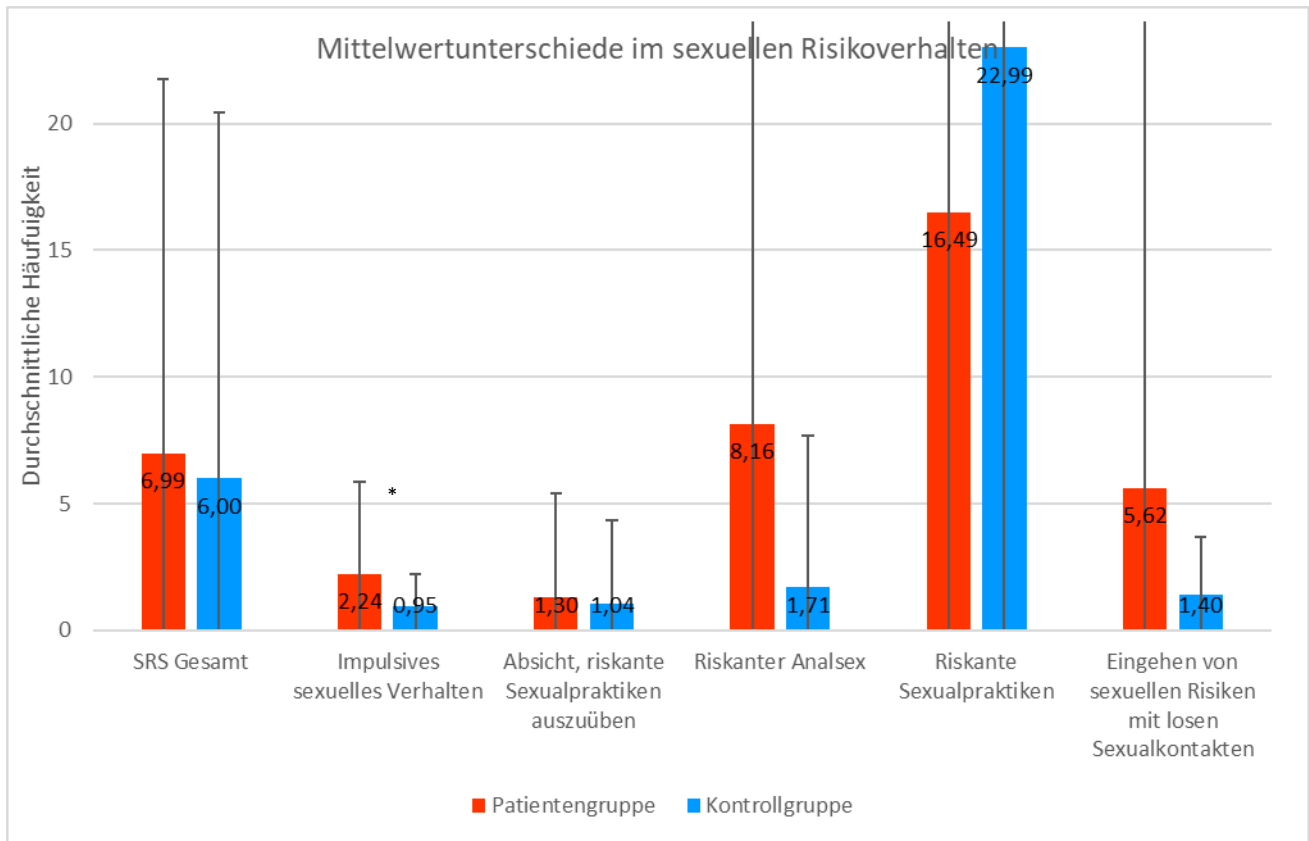


Abbildung 10. Mittelwertunterschiede im SRV zwischen Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$). * $p < 0,05$.

Alter beim ersten Geschlechtsverkehr

Zwar hatte die Patientengruppe mit einem Alter von $M = 16,3$ ($SD = 3,2$) durchschnittlich etwas früher ihren *ersten Geschlechtsverkehr* als die KG ($M = 16,8$; $SD = 2,6$), jedoch waren die Altersunterschiede nicht signifikant [$t(271) = -1,40$; $p = 0,08$].

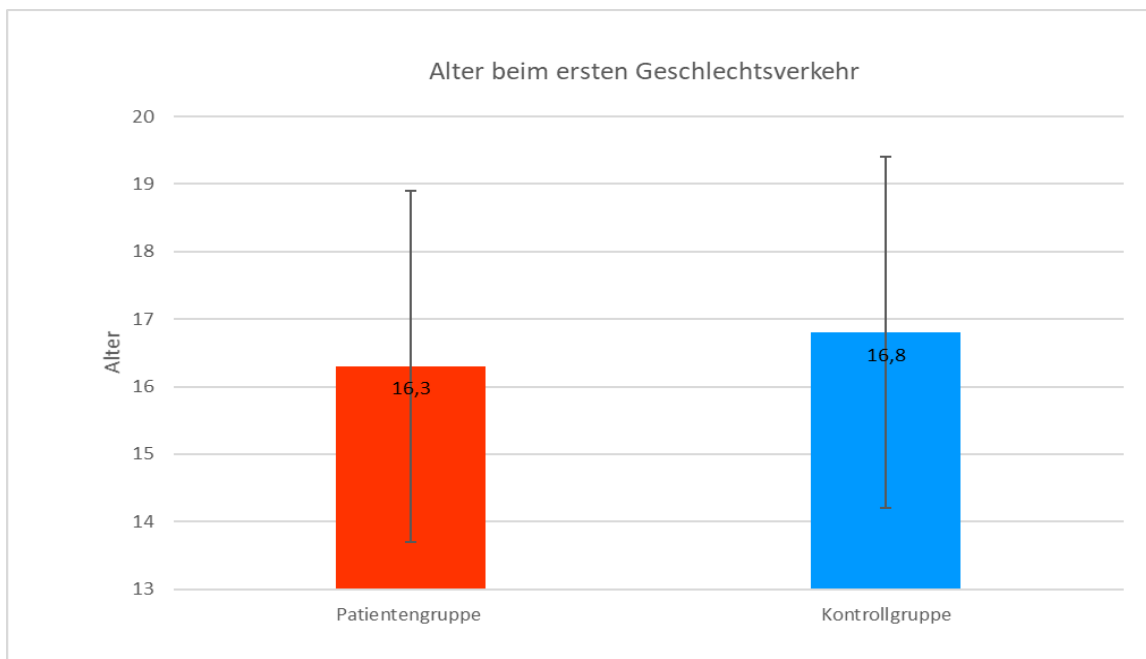


Abbildung 11. Mittelwertunterschiede im Alter des ersten Geschlechtsverkehrs zwischen Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$).

Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen

Hinsichtlich der *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* lag ein Gruppenunterschied vor, der nach α -Fehler-Korrektur nicht mehr signifikant war: So hatten die Patient:innen durchschnittlich sieben unverbindliche Sexualpartner:innen ($M = 7,6$; $SD = 5,7$), die KG fünf ($M = 6,5$; $SD = 4,7$) [$t(213) = -1,78$; $p = 0,36$].

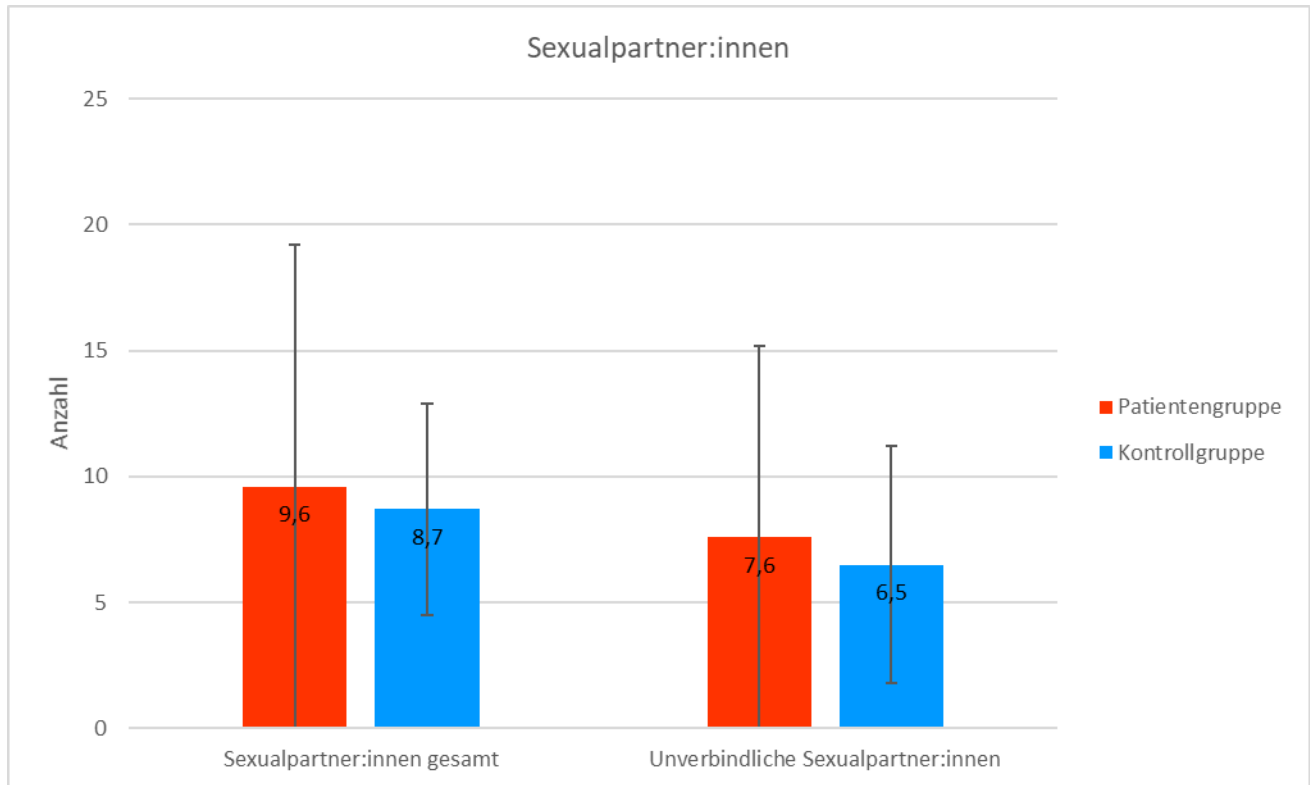


Abbildung 12. Mittelwertunterschiede in der Anzahl an (unverbindlichen) Sexualpartner:innen zwischen Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$).

Verhütung beim Sex

Insgesamt gaben 97,7 % der KG-Teilnehmer:innen ($n = 168$) an, sich beim *Geschlechtsverkehr vor Schwangerschaft und STIs zu schützen*; 2,3 % ($n = 4$) verzichteten auf Verhütung. In der Patientengruppe schützten sich 88,3 % ($n = 106$) beim Sex, während 11,7 % ($n = 14$) auf Schutz verzichteten. Da ungeschützter Geschlechtsverkehr nur dann als SRV zu betrachten ist, wenn dieser außerhalb von festen Partnerschaften stattfindet, wurden nur die Fälle berücksichtigt, die sich in keiner festen Beziehung befanden, d.h. alle Personen, die nicht „in fester Beziehung“ oder „verheiratet“ angegeben haben. Dies waren $n = 153$, davon 79 KG-Teilnehmer:innen und 74 Patient:innen. In der KG und BPS-Gruppe gab jeweils die Mehrheit an, sich vor STIs und Schwangerschaft zu schützen. Von den ledigen KG-Teilnehmer:innen waren es 97,5 % ($n = 77$), die sich beim Sex schützen, 2,5 % ($n = 2$), die sich nicht schützen. Bei den Borderline-Patient:innen ohne feste Beziehung ($n = 74$) verhüteten hingegen nur 86,5 % ($n = 64$), wohingegen 13,5 % ($n = 10$) keinen Schutz beim Sex verwendeten. Der

χ^2 -Test verfehlte nach α -Fehler-Adjustierung knapp das Niveau der statistischen Signifikanz, [$\chi^2(1) = 6,37; p = 0,10$].

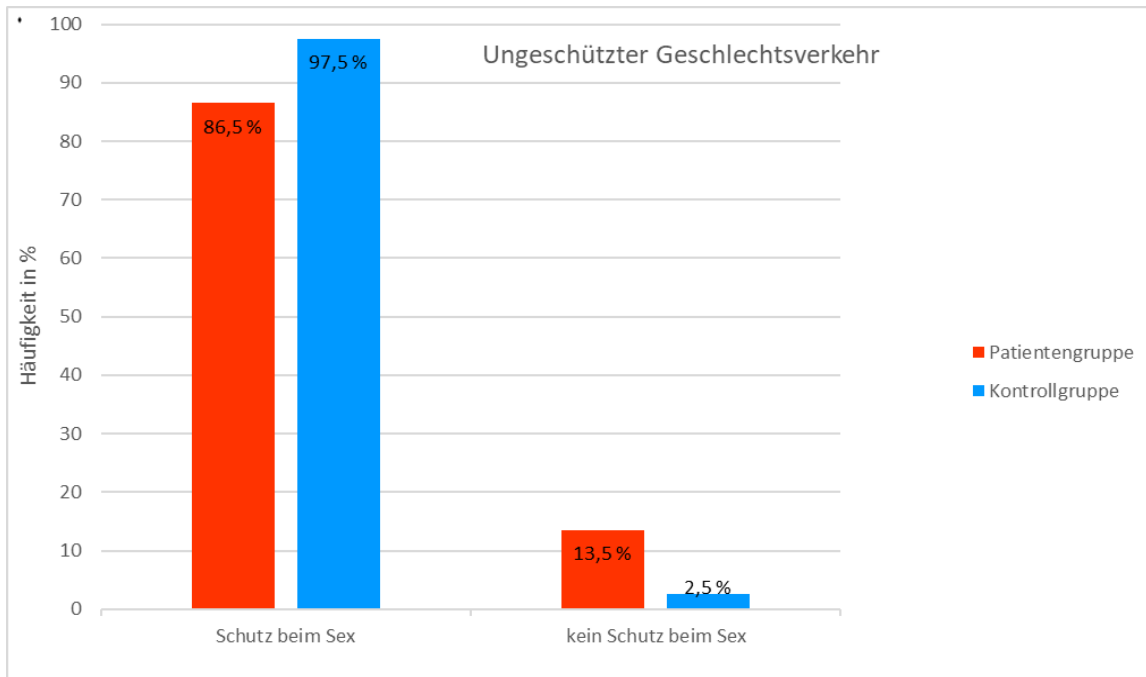


Abbildung 13. Häufigkeit von geschütztem bzw. ungeschütztem Geschlechtsverkehr in Prozent bei ledigen Patient:innen ($n = 74$) und KG-Teilnehmer:innen ($n = 153$).

Bestehen auf Verhütung

Bzgl. der Frage, ob die Proband:innen beim *Sex auf Verhütung bestehen*, um eine Schwangerschaft oder STI zu verhindern, gaben nahezu 98,8 % der ledigen KG-Teilnehmer:innen an, dass sie auf Verhütung bestanden, während dies bei zwei Personen (1,2 %) nur manchmal der Fall war. In der Patientengruppe berichteten 57,6 %, immer und 42,3 %, nicht oder manchmal auf Schutz beim Sex zu bestehen. Die Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich des Bestehens auf Verhütung waren signifikant [$\chi^2(1) = 79,91; p = 0,02$] mit einem $\varphi = -0,53$, was einem mittleren Effekt entspricht.

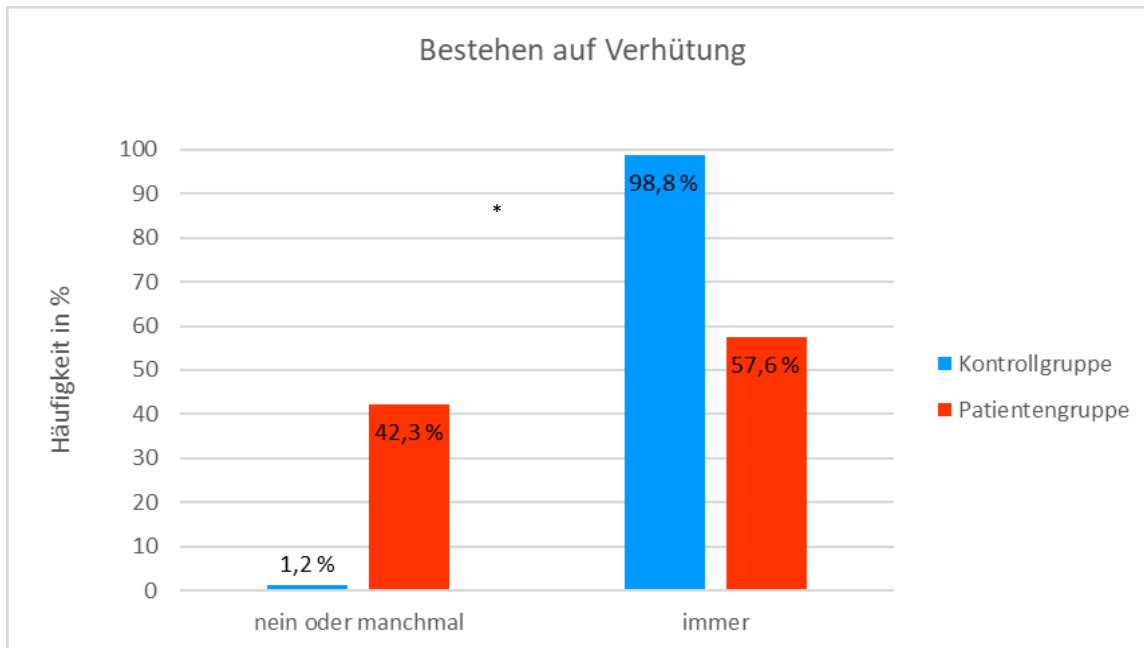


Abbildung 14. Häufigkeit bzgl. des Bestehens auf Verhütung in Prozent bei Patient:innen ($N = 114$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$). * $p < 0,05$.

Anzahl sexuell übertragbarer Erkrankungen (STIs)

Insgesamt gaben 19,8 % ($n = 34$) der KG-Teilnehmer:innen an, in ihrem Leben eine STI gehabt zu haben; in der Patientengruppe waren es 24,2 % ($n = 29$). Der Unterschied bzgl. des Vorliegens einer STI zwischen Patient:innen und KG war nicht signifikant [$\chi^2(1) = 0,81$; $p = 0,37$].

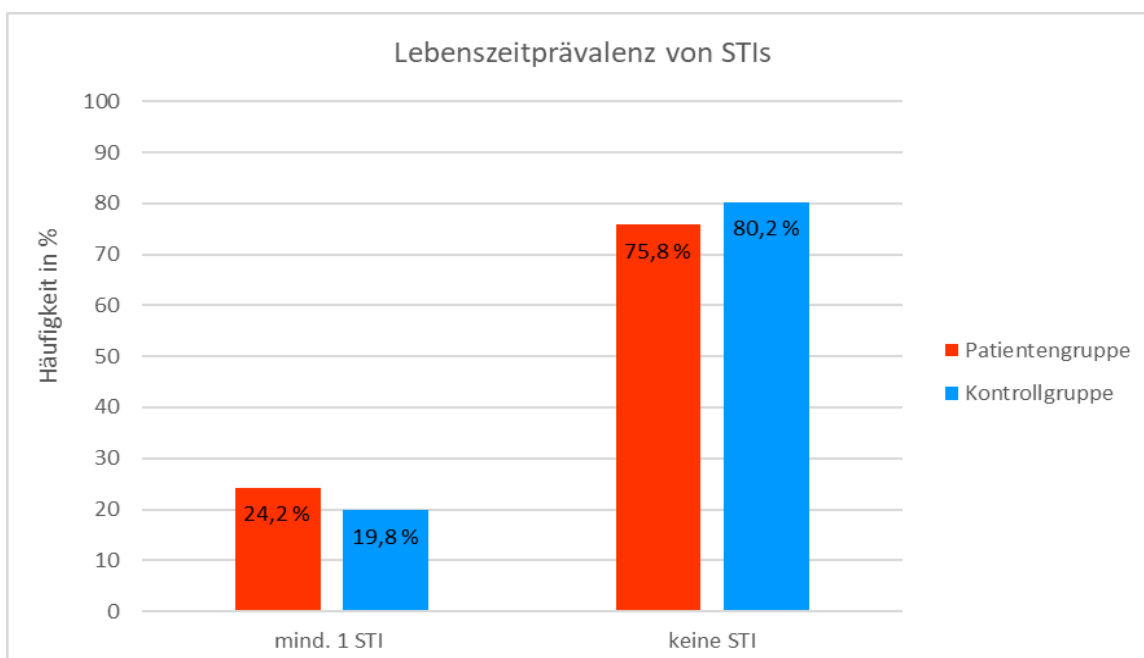


Abbildung 15. Lebenszeitprävalenz von STIs in Prozent bei Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$).

Hinsichtlich der *Anzahl an STIs* verfehlte der Unterschied zwischen Patient:innen und KG knapp das Niveau der statistischen Signifikanz: Gemittelt über alle Teilnehmenden hatten die Patient:innen

durchschnittlich 1,23 STIs ($SD = 7,88$), wohingegen es in der KG 0,21 ($SD = 0,45$) waren [$t(119) = -1,42$; $p = 0,08$]. Jene Patient:innen, die bereits unter einer STI litten, hatten im Schnitt mehrere STIs in ihrem Leben ($M = 5,10$; $SD = 15,60$) im Vergleich zur KG ($M = 1,06$; $SD = 0,34$) [$t(28) = -1,40$; $p = 0,09$]. Die Mittelwertunterschiede zeigten jedoch nur eine Tendenz zur Signifikanz.

Prostitution

In der KG gab ein Teilnehmer (männlich) an (0,6 %), sich im Laufe seines Lebens in *Prostitution* begeben zu haben. Unter den Patient:innen waren es insgesamt 22,5 % ($n = 27$), davon zwei Männer und 25 Frauen, die schon einmal Sex für Geld angeboten haben. Der Unterschied zwischen KG und Patient:innen war signifikant [$\chi^2(1) = 39,17$; $p = 0,02$]. Die Effektstärke lag bei $\varphi = -0,37$, was einem mittleren Effekt entspricht.

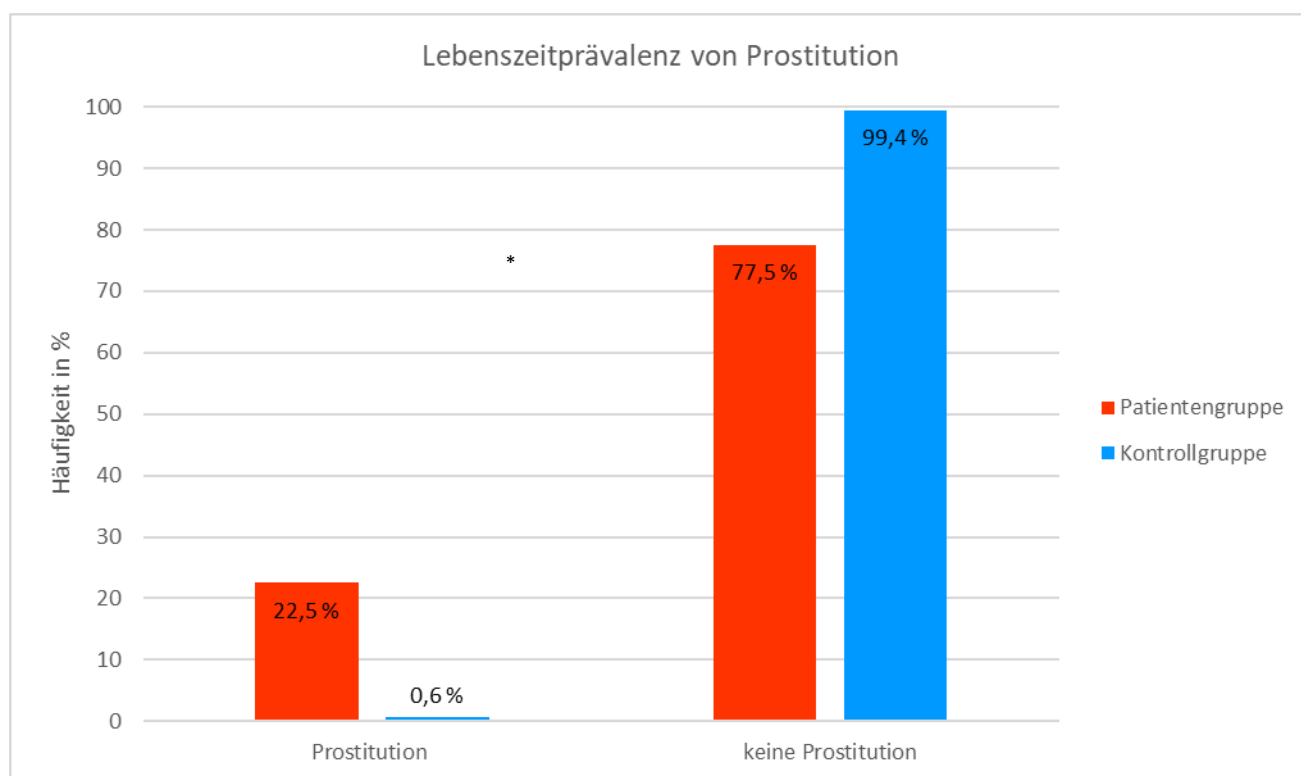


Abbildung 16. Lebenszeitprävalenz von Prostitution in Prozent bei Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$). * $p < 0,05$.

Ungeplante Schwangerschaften

Insgesamt gaben 51 Frauen an, schwanger gewesen zu sein, davon 43,1 % ($n = 22$) KG-Teilnehmerinnen und 56,9 % ($n = 29$) Patientinnen. *Ungeplante Schwangerschaften* kamen bei 29 Frauen vor. In der KG gaben 59,0 % ($n = 13$) der schwangeren Frauen an, mindestens einmal und maximal zwei Mal ungeplant schwanger gewesen zu sein. Von den Patientinnen, die bereits schwanger waren, berichteten 55,1 % ($n = 16$) von mindestens einer bis maximal vier ungeplanten

Schwangerschaften. Die Anzahl an ungeplanten Schwangerschaften insgesamt betrug in der Patientengruppe 25, in der KG 16, wobei eine Patientin allein elf Mal ungeplant schwanger war.

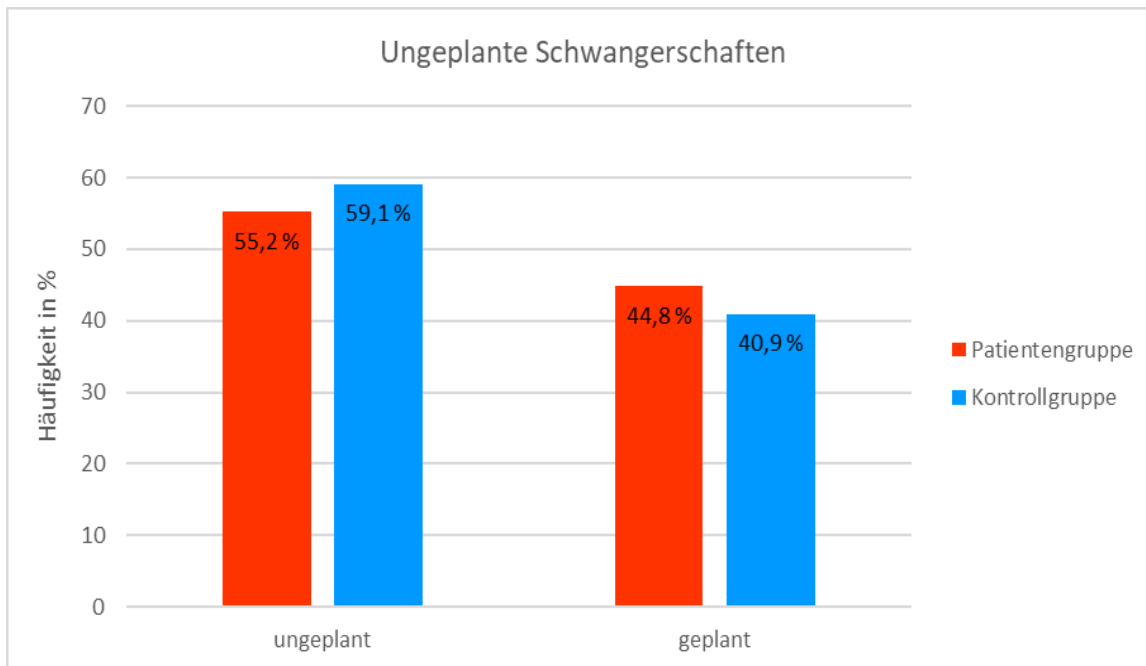


Abbildung 17. Anteil an schwangeren Frauen in der Patienten- ($n = 29$) und KG ($n = 22$), die geplant und ungeplant schwanger wurden.

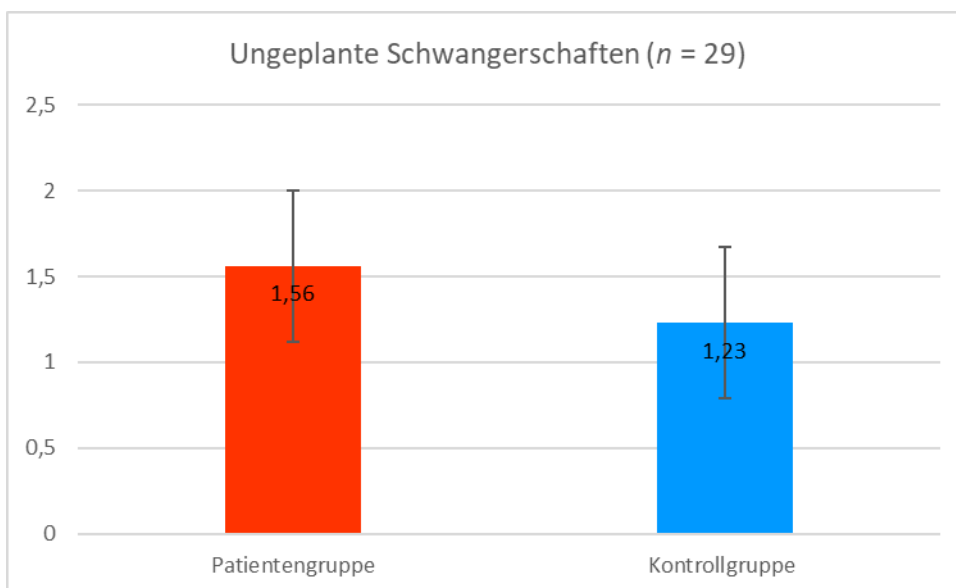


Abbildung 18. Mittelwertunterschiede von ungeplanten Schwangerschaften zwischen Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$).

Insgesamt hatten die Patientinnen durchschnittlich eine höhere Anzahl ungeplanter Schwangerschaften ($M = 1,56$; $SD = 0,96$) als die KG-Teilnehmerinnen ($M = 1,23$; $SD = 0,44$), der Unterschied war jedoch nicht signifikant [$t(22) = -1,23$; $p = 0,49$].

BDSM

Insgesamt gaben 61 Teilnehmer:innen an, in den letzten zwölf Monaten *BDSM* ausgeübt zu haben, wovon 60,6 % Patient:innen (33 weiblich, vier männlich) und 39,4 % KG-Teilnehmer:innen (16 weiblich und acht männlich) waren. Innerhalb der BPS-Gruppe waren es damit 30,8 %, die im letzten Jahr *BDSM* praktizierten, in der KG mit 14,0 % weniger als die Hälfte. Der Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. *BDSM* war signifikant [$\chi^2(1) = 12,47; p = 0,02$]. Die Effektstärke lag bei $\varphi = -0,21$, was einem kleinen Effekt entspricht. Von den *BDSM* ausübenden KG-Teilnehmer:innen gaben 19,0 % an, in der aktiven und jeweils 40,5 % in der passiven/masochistischen und Switcher-Rolle gewesen zu sein. Unter den Patient:innen lag der Anteil an passiv/masochistisch Ausübenden bei 66,7 % und der Switcher bei 33,3 %. Die Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen Rollen (aktiv, passiv und Switcher) zwischen den Gruppen waren signifikant [$\chi^2(2) = 14,18; p = 0,001$] mit einem $\varphi = 0,38$, was einem mittleren Effekt entspricht. Wurden nur die Frauen, die *BDSM* praktizierten, berücksichtigt, gaben 71,4 % der Patientinnen und 50,0 % der KG-Teilnehmerinnen an, die masochistische Rolle auszuüben.

Die Unterschiede zwischen BPS-Patient:innen ($M = 2,63; SD = 1,26$) und KG ($M = 2,85; SD = 1,49$) bzgl. der Häufigkeit von sexuellem Masochismus waren hingegen nicht signifikant [$t(234) = 1,17; p = 0,12$].

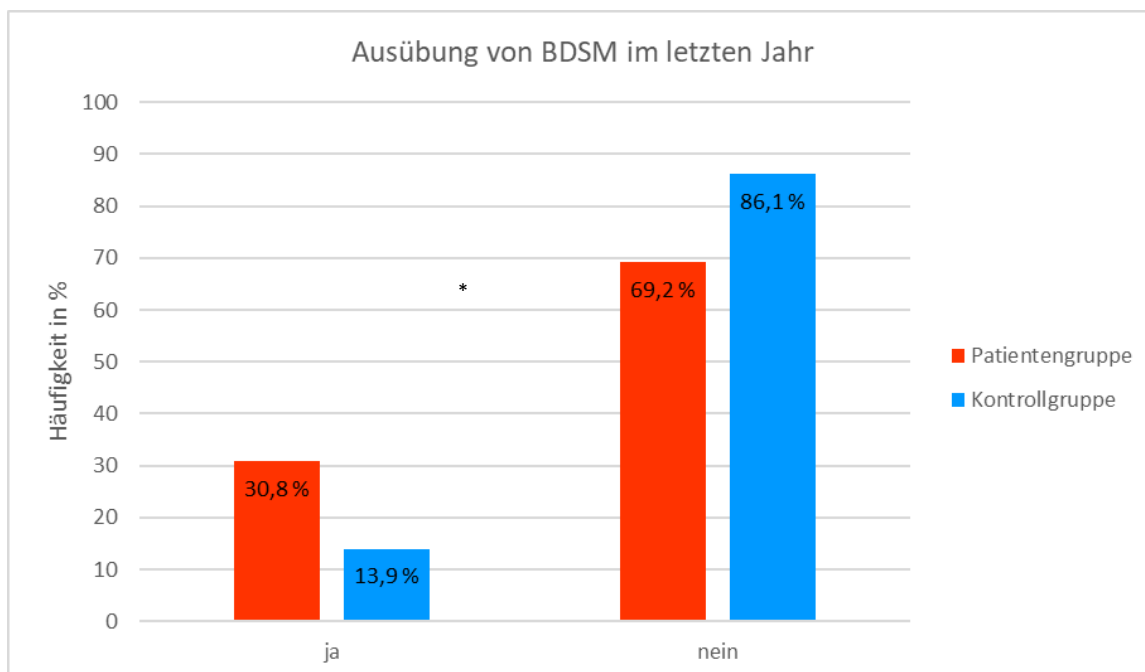


Abbildung 19. Häufigkeit in Prozent von *BDSM* im letzten Jahr bei Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$). * $p = 0,05$.

3.5.3 Sexuelle Selbstbestimmtheit

Die Hypothese, dass Patient:innen mit BPS einen niedrigeren *Grad an sexueller Selbstbestimmtheit* als die KG-Teilnehmer:innen haben, konnte bestätigt werden. So wies die KG höhere Werte im Bereich *intrinsische Motive für Sexualität* auf ($M = 4,49$; $SD = 1,28$) als die Patient:innen ($M = 3,11$; $SD = 1,81$) [$t(197) = 7,22$; $p = 0,02$] mit einem $r = 0,46$, was auf eine mittlere Effektstärke hindeutet. Stattdessen war die *extrinsische Motivation für Sexualität* bei den Patient:innen ($M = 2,32$; $SD = 1,85$) stärker ausgeprägt als in der KG ($M = 1,14$; $SD = 1,17$) [$t(178) = -6,14$; $p^1 = 0,02$], was mit einem $r = 0,42$ einem mittleren Effekt entspricht. Ebenso wiesen die Patient:innen ($M = 2,42$; $SD = 1,48$) auf der Subskala *introjizierte Motivation für Sexualität* höhere Werte auf als die KG ($M = 1,67$; $SD = 1,20$) [$t(218) = -4,55$; $p = 0,02$], was mit $r = 0,29$ einem kleinen Effekt entspricht.

3.5.4 Unterschiede zwischen Patient:innen und KG bzgl. CSA

Generell gaben 69,7 % der Patient:innen ($n = 83$) an, zumindest *geringen bis mäßigen sexuellen Missbrauch* (CSA; ab Cut-Off-Wert von 5) erlebt zu haben, während, 30,3 % ($n = 36$) nicht von CSA betroffen waren. Im Folgenden werden allerdings erst Missbrauchserfahrungen ab *mäßig bis schwer*, d.h. Summenwerte für CSA ab einem Cut-Off-Wert von 7 berücksichtigt, was mit geringeren Prozentzahlen für sexuellen Missbrauch verbunden ist.

Hinsichtlich eines mäßigen bis schweren sexuellen Missbrauchs gaben demnach 66 BPS-Patient:innen von 119 gültigen Fällen (55,5 %) an, in der Kindheit sexuell missbraucht worden zu sein, während 53 Patient:innen (44,5 %) keinen Missbrauch erfahren haben². Von den Betroffenen Patient:innen waren 60 weiblich, drei männlich und drei Personen divers. In der KG gaben 14 Personen (8,1 %) an, in der Kindheit CSA erlitten zu haben, von denen zwölf Personen weiblich und zwei männlich waren.

¹ Die p -Werte für die Subskalen *Extrinsisch* und *Introjiziert* sind ebenfalls α -Fehler-adjustiert.

² Eine Patientin machte keine Angaben zu sexuellem Missbrauch im CTQ, weshalb hier nur 119 statt 120 Fälle berücksichtigt wurden.

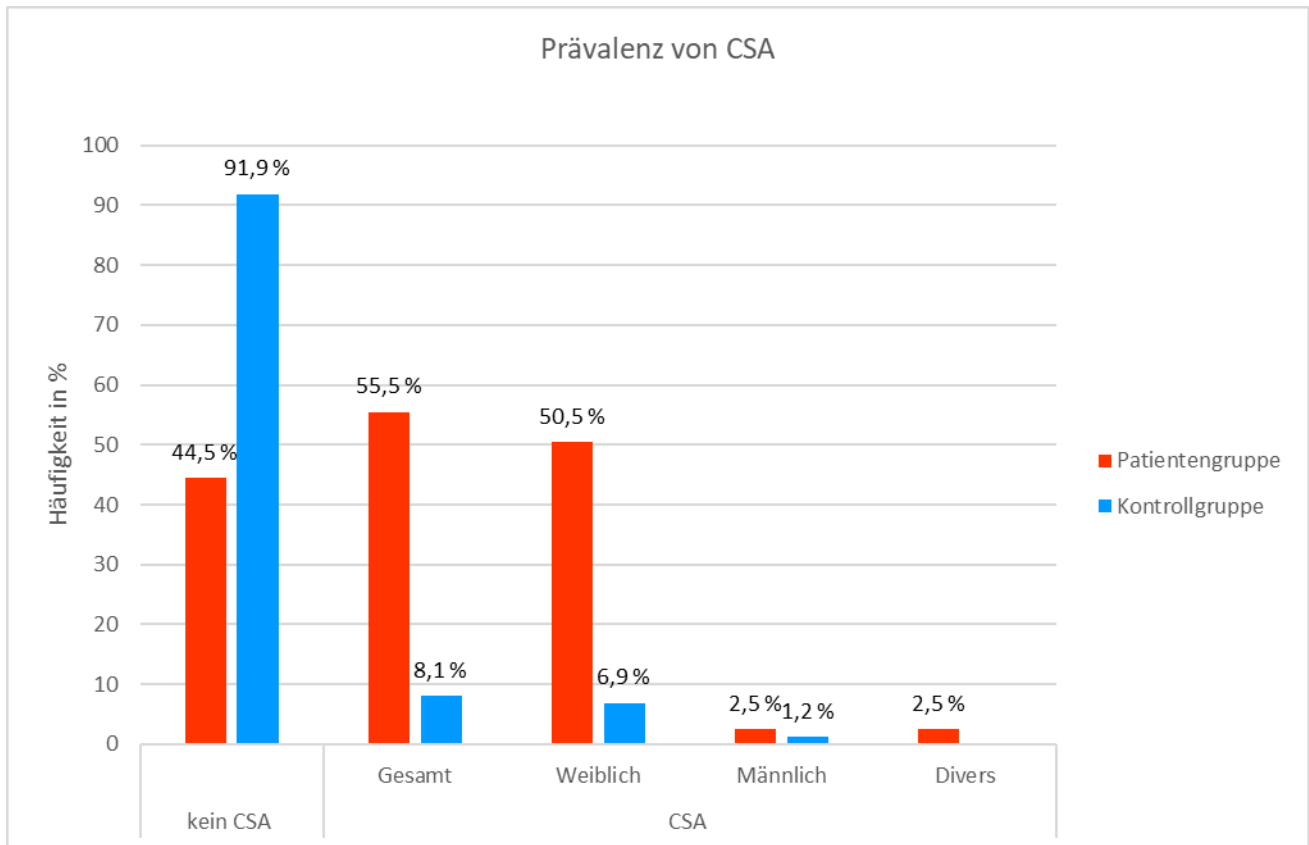


Abbildung 20. Prävalenz von CSA gesamt und zwischen Geschlechtern bei Patient:innen ($N = 119$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 171$).

Auf allen fünf Skalen des CTQ wiesen die Patient:innen signifikant höhere Werte auf als die KG (Abbildung 21). So kam CSA bei den Patient:innen signifikant häufiger vor ($M = 2,17$; $SD = 1,24$) als in der KG ($M = 1,09$; $SD = 0,28$) [$t(126) = -9,24$; $p < 0,001$]. Ebenso trat ASA bei den Patient:innen signifikant häufiger auf ($M = 2,09$; $SD = 1,09$) als in der KG ($M = 1,24$; $SD = 0,42$) [$t(144) = -7,80$]³. Die Effektstärke für CSA betrug $r = 0,63$ und für ASA $r = 0,54$, was jeweils einem großen Effekt entspricht.

³ Für die p -Werte des CTQ fand keine α -Fehler-Adjustierung statt.

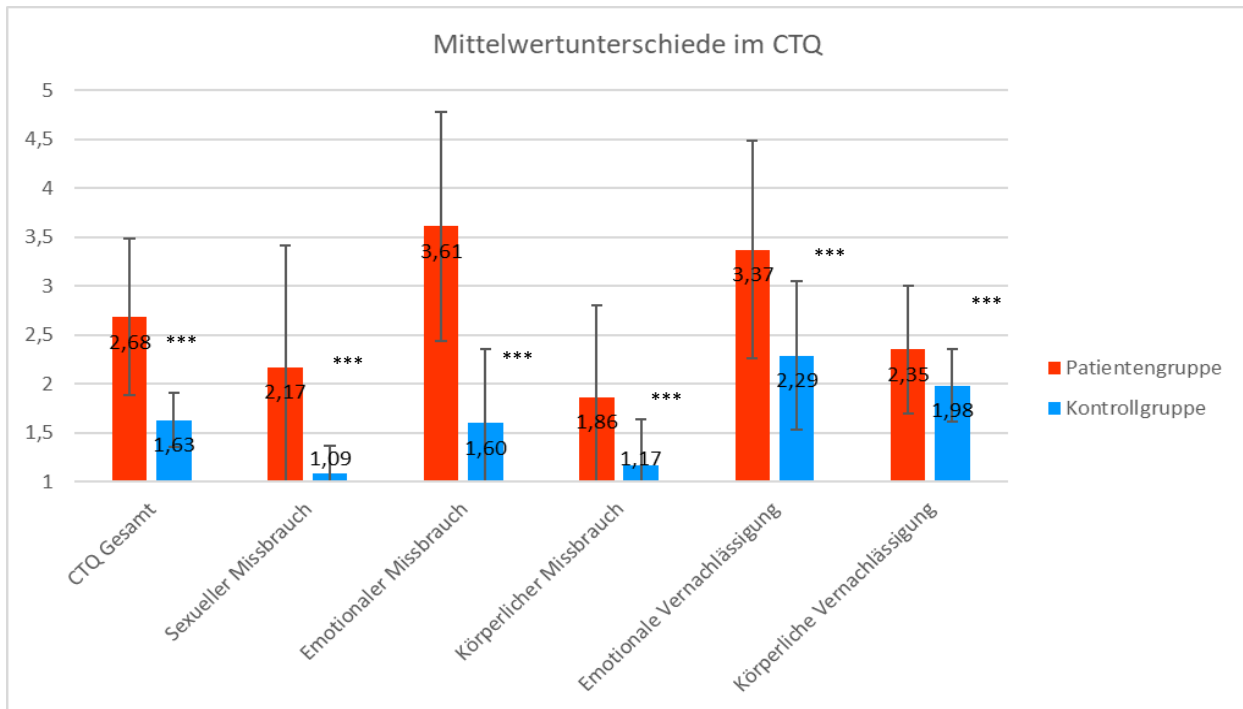


Abbildung 21. Mittelwertunterschiede im CTQ zwischen Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$). *** $p < 0,001$.

3.5.5 Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen

Bivariate Korrelationsanalysen in der Gesamtstichprobe der KG und Patient:innen ergaben, dass das *weibliche Geschlecht* negativ mit der *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* assoziiert war ($r = -0,14$; $p = 0,02$), d.h. Frauen hatten weniger, Männer hingegen mehr unverbindliche Sexualpartner:innen. Weiterhin stand das *weibliche Geschlecht* in einem positiven Zusammenhang mit der *Ausprägung der Borderline-Symptomatik* ($r = 0,22$; $p < 0,001$), *CSA* ($r = 0,21$; $p < 0,001$) und *ASA* ($r = 0,26$; $p < 0,001$) sowie in einem negativen Zusammenhang mit dem *SRS-Gesamtwert* ($r = -0,13$; $p = 0,03$), *riskanten Sexualpraktiken* ($r = -0,26$; $p < 0,001$) und *ZSV* ($r = -0,16$; $p = 0,01$).

Das *Alter* der Proband:innen war positiv mit der *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* ($r = 0,16$; $p = 0,01$), der *Anzahl an ungeplanten Schwangerschaften* ($r = 0,51$; $p = 0,004$) sowie negativ mit der *Häufigkeit von sexuellem Masochismus* ($r = -0,18$; $p = 0,01$) assoziiert.

Bzgl. des *höchsten Bildungsabschlusses* ergaben sich folgende Assoziationen: *Hauptschulabschluss* war positiv mit der *Ausprägung der Borderline-Symptomatik* ($r = 0,29$; $p < 0,001$), der *Anzahl ungeplanter Schwangerschaften* ($r = 0,44$; $p = 0,02$), *CSA* ($r = 0,14$; $p = 0,012$) und der *Anzahl an STIs* ($r = 0,20$; $p < 0,001$) sowie negativ mit *Bestehen auf Schutz beim Sex* ($r = -0,29$; $p < 0,001$) korreliert. Mit *Abitur* als Bildungsabschluss hingegen ergaben sich negative Korrelationen mit der *Ausprägung der Borderline-Symptomatik* ($r = -0,27$; $p < 0,001$), der *Anzahl ungeplanter Schwangerschaften* ($r = -0,42$, $p = 0,02$), *CSA* ($r = -0,20$, $p < 0,001$), *Prostitution* ($r = -0,16$; $p = 0,01$), sowie eine positive Korrelation mit *Bestehen auf Schutz* ($r = 0,28$; $p < 0,001$).

3.6 Unterschiede zwischen BPS-Patient:innen mit und ohne CSA

Zur Überprüfung der 2. Hypothese, dass *BPS-Patient:innen mit CSA* 1. mehr ZSV, 2. mehr SRV und 3. einen niedrigeren Grad an sexueller Selbstbestimmtheit aufweisen als *BPS-Patient:innen ohne CSA*, wurden erneut t-Tests und χ^2 -Tests durchgeführt. Diesmal wurden nur die Borderline-Patient:innen berücksichtigt ($N = 119$)⁴, davon 66 Patient:innen mit und 53 ohne CSA. Die Ergebnisse sind in *Tabelle 10* im Überblick dargestellt und werden nachfolgend erläutert.

Tabelle 10

Unterschiede zwischen Patient:innen mit und ohne CSA

CTQ, BSL-23, ITQ, FDS-Sex, SM, CSBDS, SRS, Alter beim 1. Sex, Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen, STIs, ungeplanter Schwangerschaften und Häufigkeit von Masochismus (M/SD). Schutz beim Sex, Bestehen auf Verhütung, Prostitution und BDSM (n/%). (N = 119)

| | BPS- Patient:innen mit CSA (n = 66) M (SD) | BPS- Patient:innen ohne CSA (n = 53) M (SD) | t(df) | p⁵ | r (Cohen) |
|---|---|--|--------------|----------------------|------------------|
| CTQ Gesamt | 3,09 (0,67) | 2,13 (0,57) | 8,25 (117) | <0,001 | 0,61 |
| Sexueller Missbrauch | 3,02 (1,06) | 1,10 (0,17) | 12,98 (117) | <0,001 | 0,77 |
| Emotionaler Missbrauch | 4,01 (0,97) | 3,10 (1,19) | 4,56 (117) | <0,001 | 0,39 |
| Körperlicher Missbrauch | 2,17 (0,98) | 1,43 (0,65) | 4,69 (117) | <0,001 | 0,40 |
| Emotionale Vernachlässigung | 3,70 (0,94) | 2,94 (1,16) | 3,95 (117) | <0,001 | 0,34 |
| Körperliche Vernachlässigung | 2,55 (0,64) | 2,07 (0,54) | 4,38 (117) | <0,001 | 0,38 |
| Sexueller Missbrauch im Erwachsenenalter | 2,51 (1,18) | 1,51 (0,65) | 5,84 (105) | <0,001 | 0,50 |
| BSL-23 | 2,29 (0,95) | 1,56 (0,78) | 4,48 (117) | <0,001 | 0,50 |
| ITQ PTBS | 2,51 (1,11) | 1,62 (1,06) | 4,42 (116) | <0,001 | 0,38 |
| ITQ KPTBS | 2,82 (0,89) | 2,29 (0,97) | 3,08 (116) | <0,001 | 0,27 |
| FDS-Sex | 4,11 (6,61) | 1,66 (2,76) | 2,73 (91) | 0,04 | 0,28 |

⁴ Aufgrund fehlender Werte zu CSA bei einer Patientin basieren die nachfolgenden Berechnungen auf einem $N = 119$ statt $N = 120$.

⁵ Die 16 p -Werte ab der Variable SM Intrinsisch bis BDSM wurden mithilfe der Bonferroni-Holm Korrektur adjustiert, da es sich hierbei um die Unterhypothesen der Hypothese 1 handelte. So wurde der p -Wert bei CSBDS z.B. von $p < 0,001$ auf $p = 0,02$ korrigiert. Die restlichen p -Werte (CTQ Gesamt bis Häufigkeit von Masochismus) sind unkorrigiert.

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|----------|--------------------------|
| Häufigkeit von Masochismus | 2,78 (1,31) | 2,46 (1,20) | 1,31 (107) | 0,10 | 0,13 |
| <i>Ab hier sind p-Werte korrigiert</i> | | | | | |
| SM Intrinsisch | 2,82 (1,99) | 3,49 (1,64) | -2,03 (116) | 0,32 | 0,19 |
| CSBDS | 1,79 (0,64) | 1,59 (0,61) | 1,71 (115) | 0,60 | 0,16 |
| SRS Gesamt | 8,10 (18,47) | 5,69 (7,95) | 0,86 (113) | 0,99 | 0,08 |
| Impulsives sexuelles Verhalten | 2,68 (4,07) | 1,71 (2,95) | 1,44 (114) | 0,08 | 0,13 |
| Absicht, riskante Sexualpraktiken auszuüben | 1,25 (3,40) | 1,39 (4,28) | -0,189 (114) | 0,42 | 0,02 |
| Riskanter Analsex | 12,68 (61,48) | 2,57 (6,56) | 1,32 (66) | >0,99 | 0,16 |
| Riskante Sexualpraktiken | 17,91 (33,84) | 15,01 (30,55) | 0,48 (114) | >0,99 | 0,04 |
| Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten | 6,75 (33,80) | 4,28 (7,70) | 0,51 (114) | >0,99 | 0,05 |
| Alter beim 1. Geschlechtsverkehr | 15,8 (3,4) | 16,6 (2,6) | -1,23 (104) | >0,99 | 0,12 |
| Unverbindliche Sexualpartner:innen | 8,02 (5,85) | 7,27 (5,64) | 0,68 (113) | >0,99 | 0,06 |
| STIs | 1,92 (10,57) | 0,40 (0,94) | 1,05 (117) | >0,99 | 0,10 |
| Ungeplante Schwangerschaften | 1,62 (1,04) | 1,33 (0,58) | 0,44 (14) | >0,99 | 0,12 |
| Kategoriale Variablen | n (%) | n (%) | $\chi^2(df)$ | p | ϕ |
| Verhütung beim Sex (Ledige) | Ja: 27 (81,8) Nein: 6 (18,2) | Ja: 20 (80,0) Nein: 5 (20,0) | 0,03 (1) | >0,99 | 0,02 |
| Bestehen auf Verhütung | Nein: 7 (11,1) Tlw.: 29 (46,0) Immer: 27 (42,9) | Nein: 6 (11,8) Tlw.: 6 (11,8) Immer: 39 (76,4) | 4,74 (2) | 0,02 | 0,21 |
| Prostitution (jemals im Leben) | Ja: 19 (28,8) Nein: 47 (71,2) | Ja: 8 (15,1) Nein: 45 (84,9) | 3,14 (1) | >0,99 | -0,16 |
| BDSM (im letzten Jahr) | Ja: 23 (34,8) Nein: 43 (65,2) | Ja: 14 (26,9) Nein: 38 (73,1) | 0,85 | >0,99 | -0,08 |

Anmerkungen: *M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung. *N* = Stichprobengröße. *CTQ* = Childhood Trauma Questionnaire. *BSL-23*: Borderline Symptom Liste. *ITQ*: International Trauma Questionnaire. *FDS-Sex*: Fragebogen zu dissoziativen Symptomen während des Sex. *SexMS*: Sexual Motivation Scale. *CSBDS*: Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale. *SRS*: Sexual Risk Survey. *STIs*: Sexuell übertragbare Erkrankungen. *r*: Effektstärke nach Cohen. ϕ : Phi. ⁺

3.6.1 Zwanghaftes Sexualverhalten

Die Hypothese, dass Patient:innen, die CSA erlebt haben, mehr ZSV aufweisen ($M = 1,79$; $SD = 0,64$) als die, die keinen CSA erlitten haben ($M = 1,59$; $SD = 0,61$), konnte nach α -Fehler-Adjustierung nicht mehr bestätigt werden [$t(115) = 1,71$; $p = 0,60$]. Von den 17 Patient:innen mit Verdacht auf eine zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung kam bei elf Personen CSA vor (64,7 %) und bei sechs Patient:innen (35,3 %) nicht. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren nicht signifikant [$\chi^2(1) = 0,56$; $p = 0,46$]. Bei 16,7 % der Patient:innen mit CSA konnte damit eine zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung nach ICD-11-Kriterien diagnostiziert werden. Die Schwere des *sexuellen Kindesmissbrauchs* und der Grad an ZSV waren dabei positiv miteinander korreliert ($r = 0,18$; $p = 0,05$).

3.6.2 Sexuelles Risikoverhalten

Unterschiede im SRS

Die Patient:innen mit CSA hatten etwas höhere Werte im *Gesamtscore des SRS*. Nach α -Fehler-Adjustierung lagen jedoch keine signifikanten Unterschiede mehr vor.

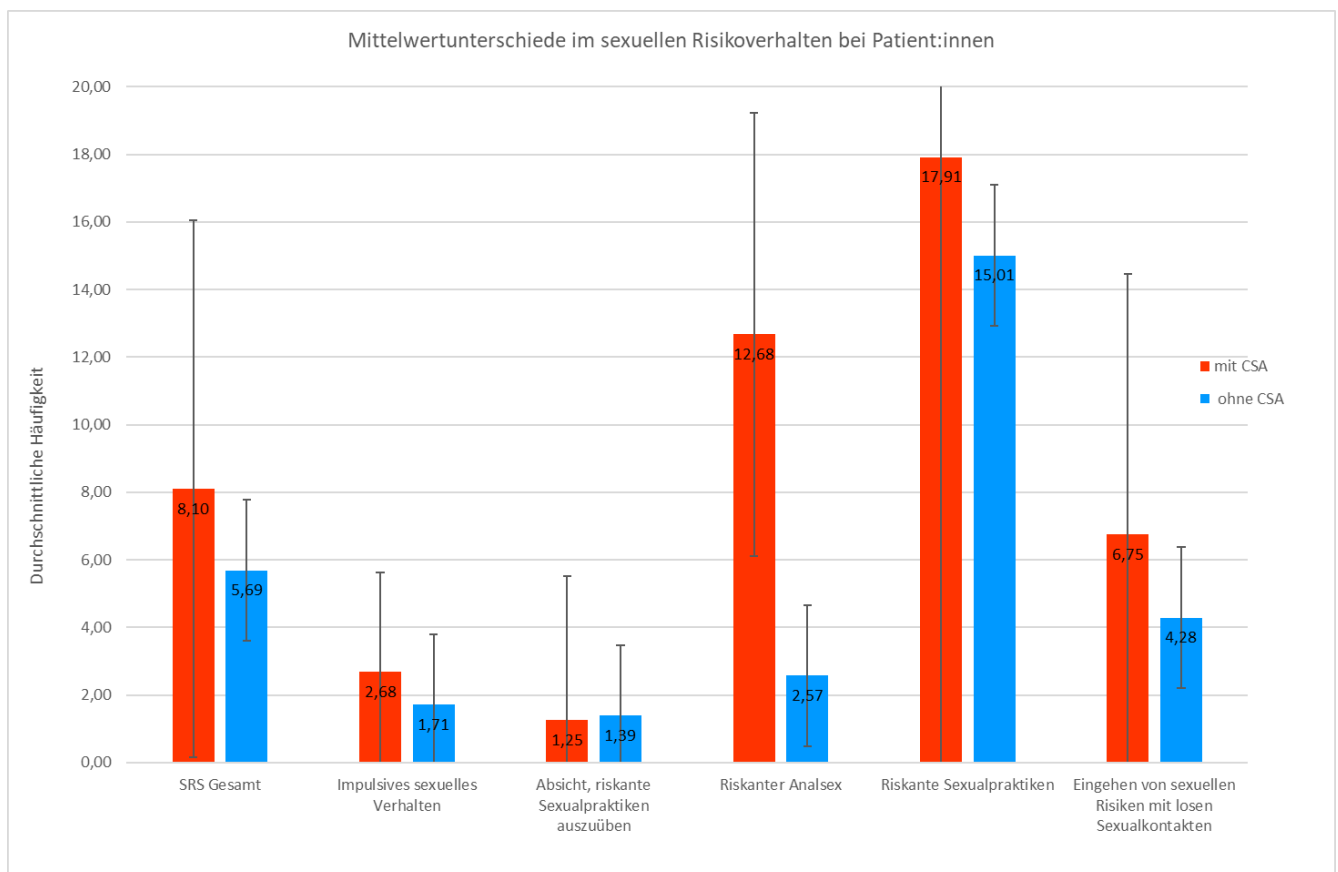


Abbildung 22. Mittelwertunterschiede im SRS zwischen Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$).

Alter beim ersten Geschlechtsverkehr

Das *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr* als weiteres Kriterium für SRV war zwar bei Borderline-Patient:innen mit CSA durchschnittlich etwas geringer ($M = 15,84$; $SD = 3,36$) als bei jenen ohne CSA ($M = 16,57$; $SD = 2,59$), jedoch waren die Unterschiede nicht signifikant [$t(104) = -1,23$; $p > 0,99$]. Wurden nur die weiblichen Patientinnen, die Angaben zu ihrem ersten Geschlechtsverkehr gemacht haben ($n = 92$), betrachtet, so ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen Patientinnen mit CSA ($M = 15,52$; $SD = 2,83$) und jenen ohne CSA ($M = 16,62$; $SD = 2,35$) [$t(90) = -1,20$; $p = 0,02$], was mit einem $r = 0,20$ einem kleinen Effekt entspricht.

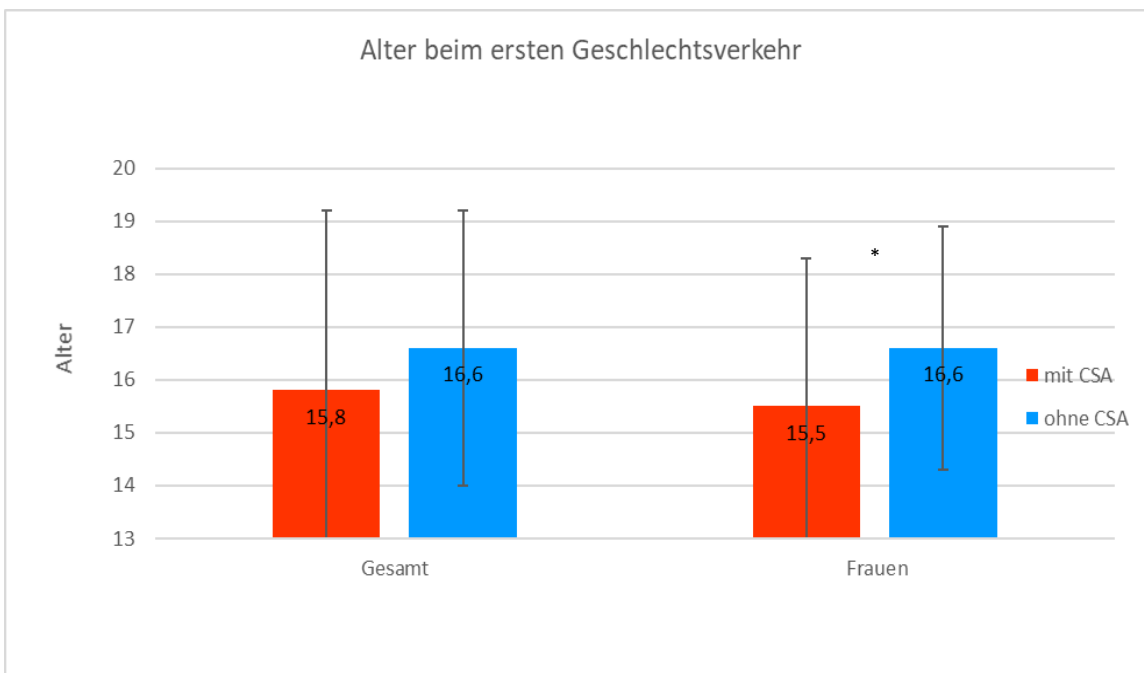


Abbildung 23. Mittelwertunterschiede im Alter des ersten Geschlechtsverkehrs zwischen Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$).

Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen

Bei der *Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen* zeigte sich, dass die Patient:innen mit CSA etwas mehr unverbindliche Sexualpartner:innen hatten ($M = 8,02$; $SD = 5,85$) als jene ohne CSA ($M = 7,27$; $SD = 5,64$), jedoch war der Unterschied nicht signifikant [$t(113) = 0,68$; $p > 0,99$].

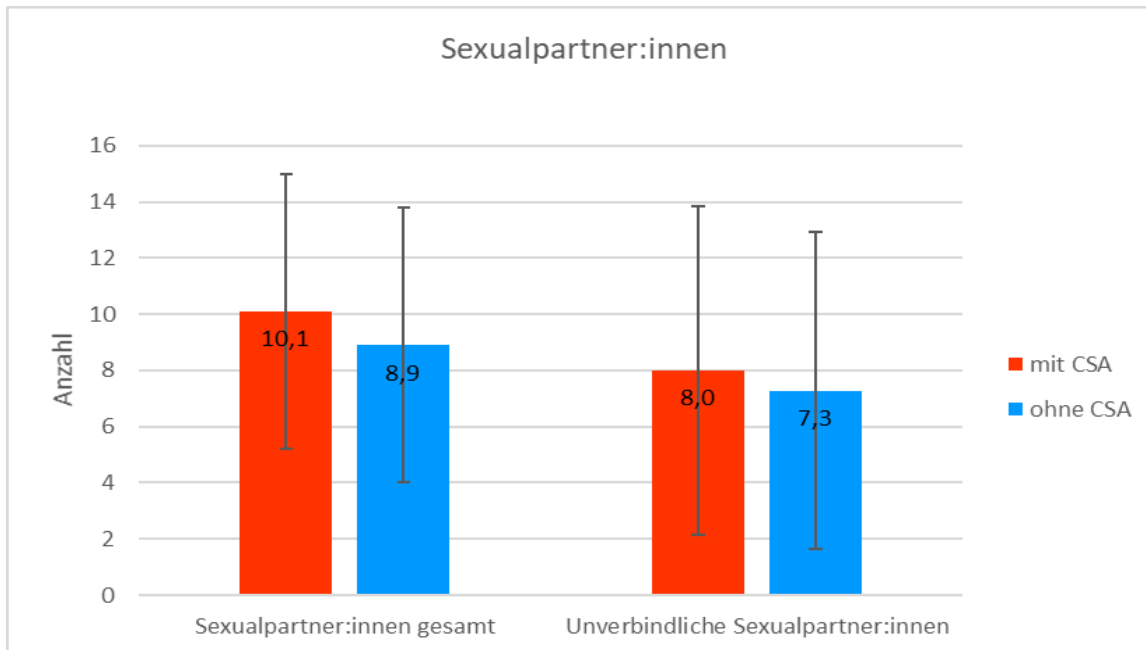


Abbildung 24. Mittelwertunterschiede in der Anzahl an (unverbindlichen) Sexualpartner:innen zwischen Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$).

Verhütung beim Sex

Von den ledigen Patient:innen ($n = 58$) schützten sich insgesamt 47 Personen, elf hingegen nicht. Von denjenigen, die sich nicht vor Schwangerschaft oder STIs schützten, waren sechs von CSA betroffen, fünf hingegen nicht. Die Hypothese, dass ledige BPS-Patient:innen mit CSA seltener verhüteten als jene ohne CSA, konnte nicht bestätigt werden [$\chi^2(1) = 0,03$; $p > 0,99$].

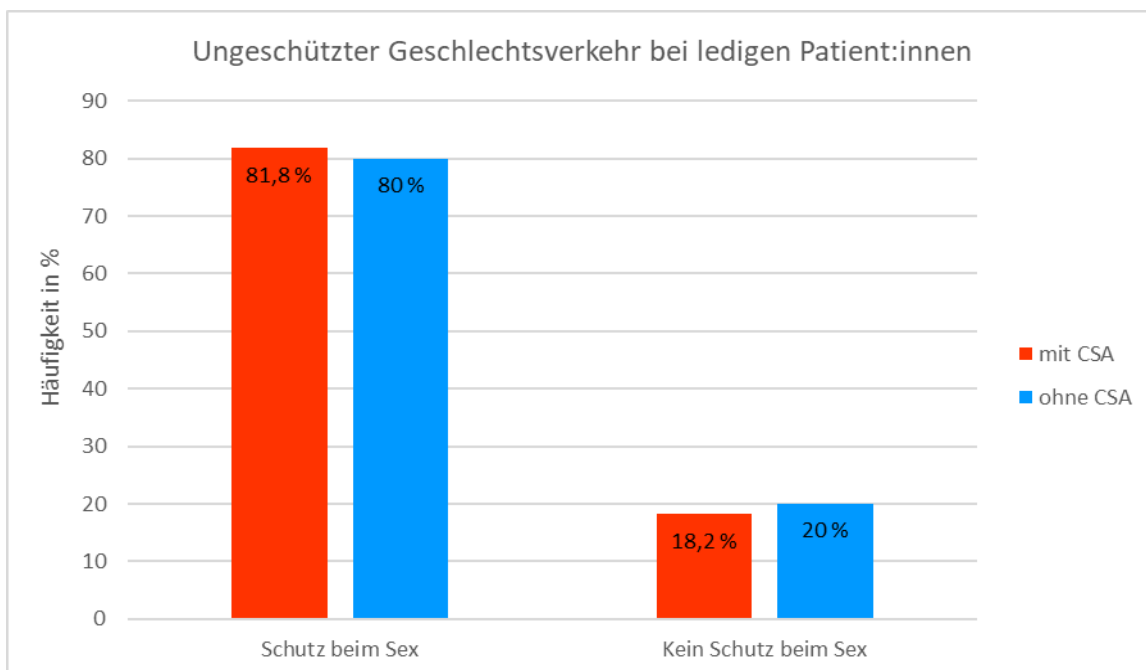


Abbildung 25. Häufigkeit von geschütztem bzw. ungeschütztem Geschlechtsverkehr in Prozent bei Patient:innen mit ($n = 33$) und ohne CSA ($n = 25$).

Bestehen auf Verhütung

Von den 63 Patient:innen⁶, die von CSA betroffen waren, bestanden 42,9 % immer auf Verhütung, wohingegen 57,1 % dies nicht oder nur teilweise taten. Von den Patient:innen ohne CSA ($n = 51$) bestanden 76,4 % immer auf Verhütung, während 23,6 % nicht oder nur teilweise auf Verhütung bestanden. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren signifikant [$\chi^2(1) = 11,45$; $p = 0,02$]. Die Effektstärke betrug $\varphi = -0,32$, was einem mittleren Effekt entspricht.

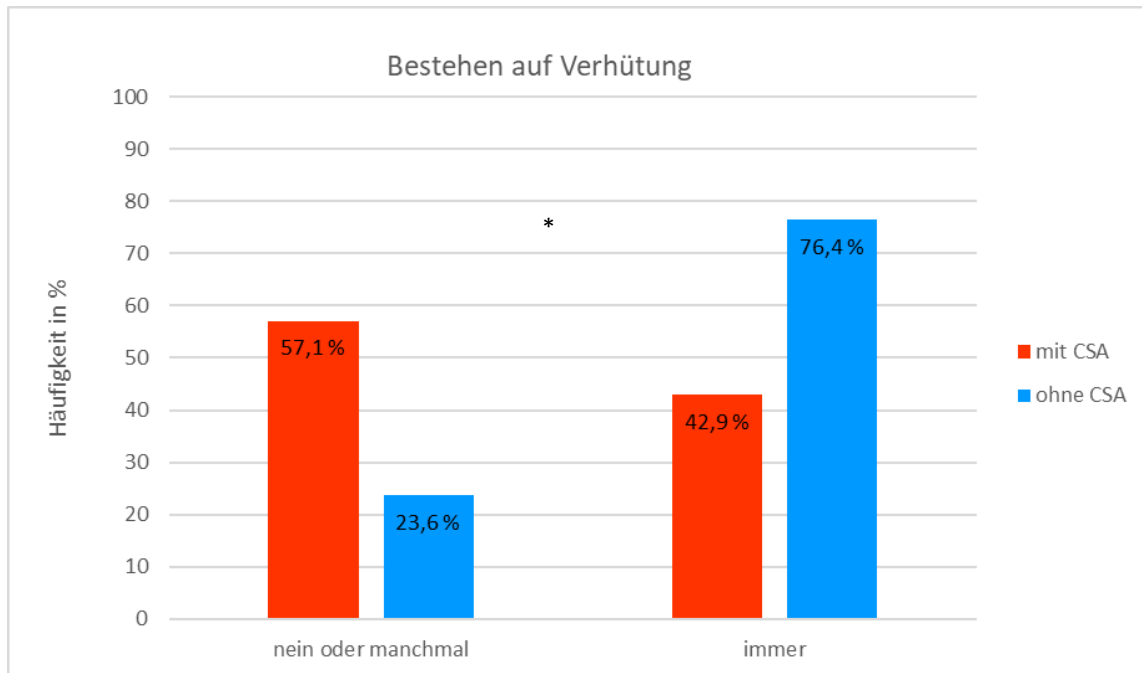


Abbildung 26. Häufigkeit des Bestehens auf Verhütung in Prozent bei Patient:innen mit ($n = 63$) und ohne CSA ($n = 51$). * $p < 0,05$.

Anzahl sexuell übertragbarer Erkrankungen

Die Hypothese, dass Patient:innen mit BPS und CSA eine höhere *Anzahl an STIs* in ihrem Leben hatten ($M = 1,92$; $SD = 10,57$) als jene ohne CSA ($M = 0,40$; $SD = 0,95$), konnte nicht bestätigt werden [$t(117) = 1,05$; $p = 0,15$]. Von den 29 Patient:innen, die angaben, mindestens einmal in ihrem Leben eine STI diagnostiziert bekommen zu haben, waren 58,6 % ($n = 17$) von CSA betroffen, 41,4 % ($n = 12$) hingegen nicht. Die Gruppenunterschiede waren nicht signifikant [$\chi^2(1) = 0,15$; $p > 0,99$].

⁶ Insgesamt waren 66 Patient:innen von CSA und 53 Patient:innen nicht von CSA betroffen, jedoch machten nicht alle Angaben dazu, ob sie beim Sex auf Verhütung bestanden.

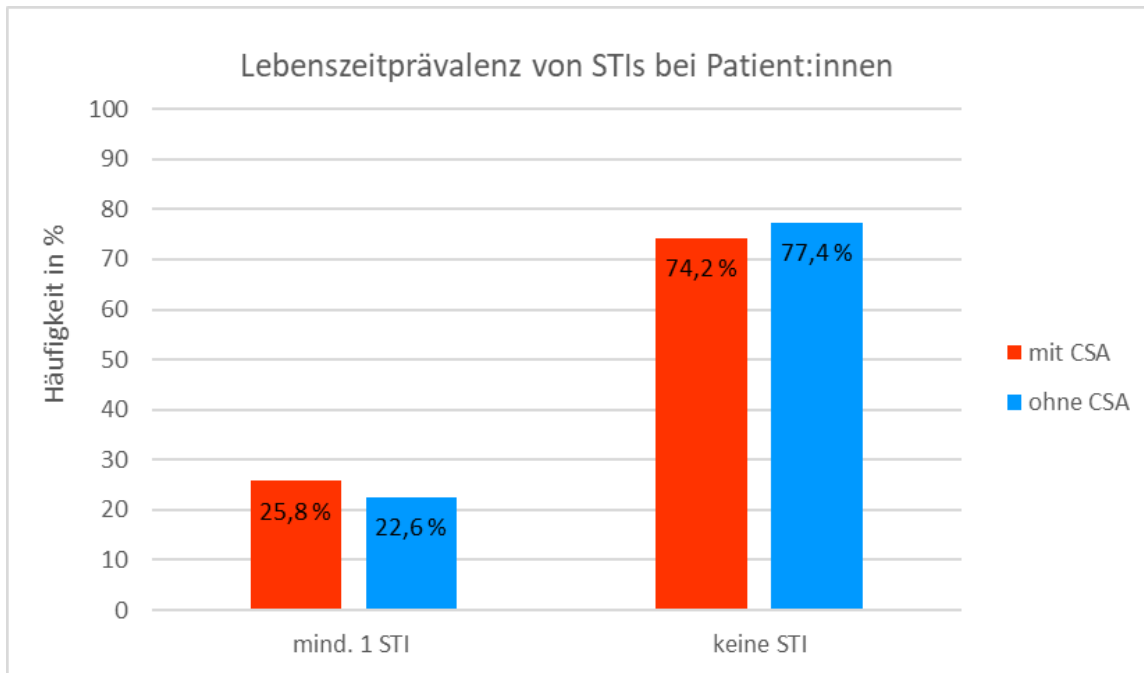


Abbildung 27. Lebenszeitprävalenz von STIs in Prozent bei Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$).

Die durchschnittliche Anzahl an STIs lag bei den Patient:innen mit CSA und mindestens einer STI im Leben zwar höher ($M = 7,47$; $SD = 20,25$) als bei jenen ohne CSA ($M = 1,75$; $SD = 1,29$), jedoch war der Gruppenunterschied nicht signifikant [$t(27) = 0,97$; $p = 0,17$].

Ungeplante Schwangerschaften

Insgesamt kamen bei 28,1 % ($n = 29$) der BPS-Patientinnen Schwangerschaften vor, wovon 55,2 % ($n = 16$) ungeplant waren. Bei den Patientinnen mit CSA ($n = 21$) lag der Anteil an ungeplanten Schwangerschaften bei 61,9 %, in der Gruppe ohne CSA ($n = 8$) waren es 37,5 %. Die Gruppenunterschiede waren nicht signifikant [$\chi^2(1) = 1,39$; $p > 0,99$].

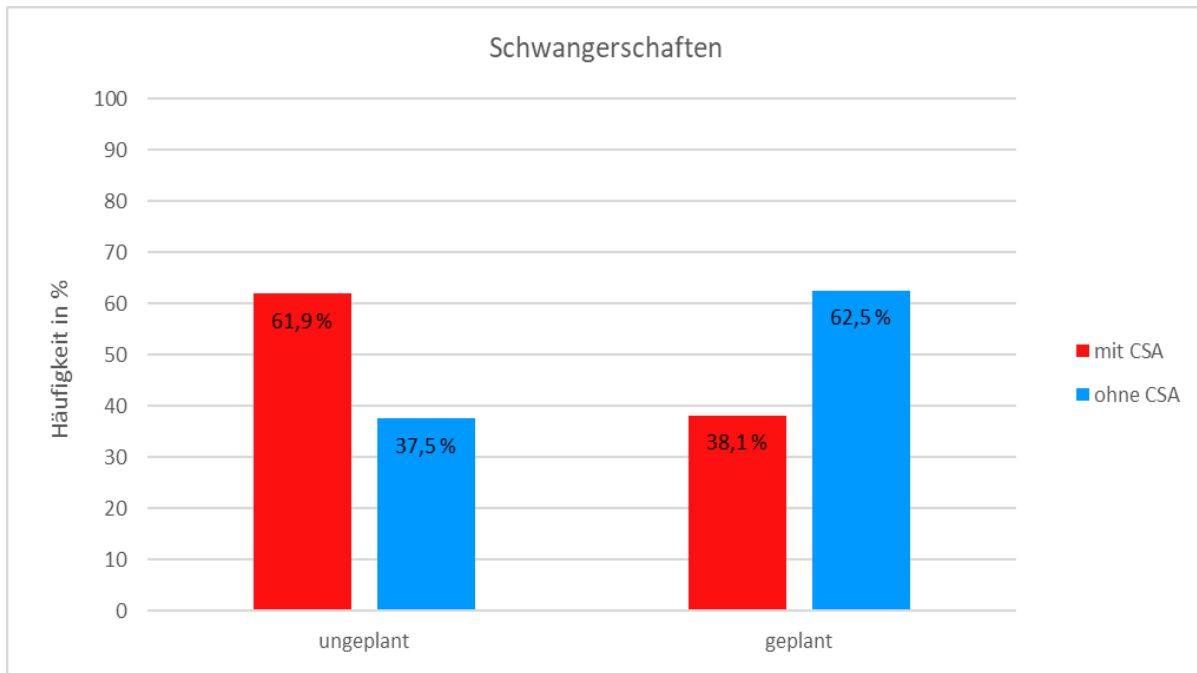


Abbildung 28. Häufigkeit von ungeplanten und geplanten Schwangerschaften in Prozent bei Patient:innen mit ($n = 21$) und ohne CSA ($n = 8$).

Im Mittel lag die Zahl der ungeplanten Schwangerschaften unter den Frauen mit BPS und CSA etwas höher ($M = 1,62$; $SD = 1,04$) als unter den Frauen mit BPS ohne CSA ($M = 1,33$; $SD = 0,58$), jedoch war der Unterschied nicht signifikant [$t(14) = 0,44$; $p = 0,33$].

Prostitution

Insgesamt berichteten 22,5 % der Patient:innen ($n = 27$), sich im Laufe ihres Lebens in *Prostitution* begeben zu haben, wovon die Mehrheit Frauen waren ($n = 24$). Bei 70,4 % der Patient:innen, die Sex für Geld angeboten hatten, kam CSA vor. Von den 66 BPS-Patient:innen mit CSA gaben 28,8 % ($n = 19$) an, während ihres Lebens schon einmal Sex für Geld angeboten zu haben, was 15,9 % der Patientenstichprobe entspricht. Bei den 53 Patient:innen ohne CSA waren es 15,1 % ($n = 8$), die sich bereits prostituiert hatten, was 6,7 % der BPS-Patient:innen ausmacht. Die Gruppenunterschiede waren nicht signifikant [$\chi^2(1) = 3,14$; $p > 0,99$]. Wurden nur die BPS-Frauen berücksichtigt, war der Anteil an Frauen, die sich prostituierten mit CSA höher (30,5 %) als bei jenen ohne CSA (14,6 %), jedoch waren die Gruppenunterschiede nicht signifikant [$\chi^2(1) = 3,34$; $p = 0,68$].

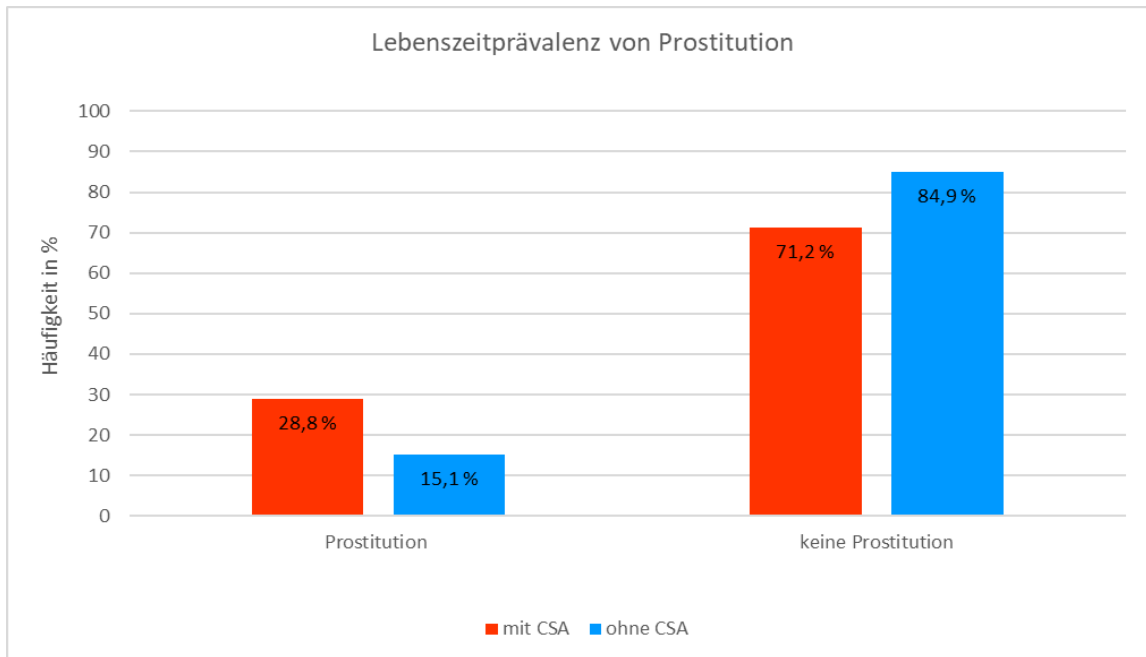


Abbildung 29. Lebenszeitprävalenz von Prostitution in Prozent bei Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$).

BDSM im letzten Jahr

Insgesamt übten 30,8 % ($n = 37$) der Patient:innen im letzten Jahr *BDSM* aus, von denen 62,6 % ($n = 23$) CSA erlebt haben. Von den sexuell traumatisierten Patient:innen praktizierten 34,8 % in den letzten zwölf Monaten *BDSM*, während es in der Gruppe der Patient:innen ohne CSA 26,9 % waren. Die Gruppenunterschiede waren nicht signifikant [$\chi^2(1) = 0,85$; $p > 0,99$]. Unter den Patient:innen mit CSA, die *BDSM* praktizierten, lag der Anteil an passiv/masochistisch Ausübenden bei 70,6 % und der Switcher bei 29,4 %. Von den *BDSM*-ausübenden Patient:innen ohne CSA waren 60,9 % in der passiven und 39,1 % in der Switcher-Rolle. Wurden nur die Frauen, die die masochistische Rolle im *BDSM* ausübten, betrachtet, waren 65,7 % von ihnen von CSA betroffen und 34,3 % nicht. Die Patientinnen mit CSA zeigten keine höheren Werte im sexuellen Masochismus ($M = 2,67$; $SD = 1,26$) als jene ohne CSA ($M = 2,65$; $SD = 1,45$) [$t(92) = 0,06$; $p = 0,47$].

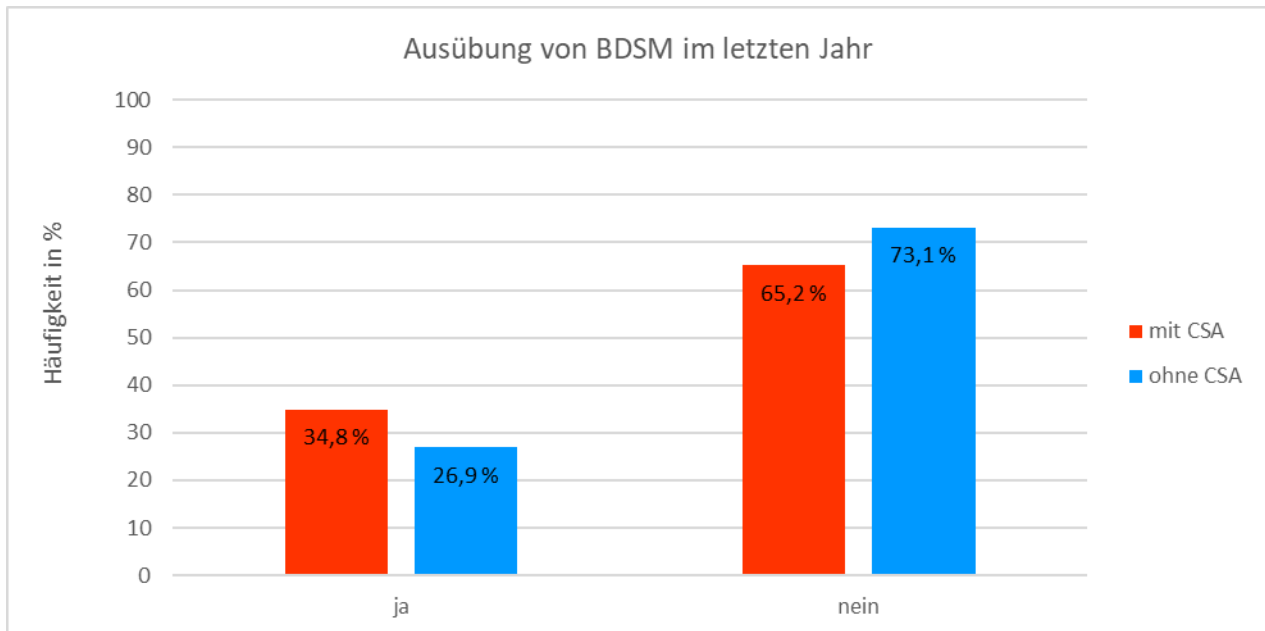


Abbildung 30. Häufigkeit von BDSM im letzten Jahr in Prozent bei Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$).

3.6.3 Sexuelle Selbstbestimmtheit

Die Patient:innen mit CSA zeigten einen niedrigeren *Grad an sexueller Selbstbestimmtheit*, d.h. weniger *intrinsische Motive für Sexualität* ($M = 2,82$; $SD = 1,90$) als die Patient:innen ohne CSA ($M = 3,49$; $SD = 1,64$), jedoch war der Unterschied nach Adjustierung des α -Fehlers nicht mehr signifikant [$t(116) = -2,03$; $p = 0,30$]. Wie vermutet waren die *extrinsischen Motive für Sexualität* bei den Patient:innen mit CSA ($M = 2,41$; $SD = 1,93$) stärker ausgeprägt als bei den Patient:innen ohne CSA ($M = 2,19$; $SD = 1,76$), jedoch waren die Unterschiede nicht signifikant [$t(114) = 0,63$; $p = 0,26$]. Auch wiesen die Betroffenen von CSA ($M = 2,48$; $SD = 1,54$) leicht höhere Werte auf der Subskala *introjizierte Motivation für Sexualität* auf als jene, die keinen CSA erlebt hatten ($M = 2,38$; $SD = 1,40$), wobei die Gruppenunterschiede nicht signifikant waren [$t(116) = 0,35$; $p = 0,36$].

Zusammenhänge mit sexueller Selbstbestimmtheit

Bzgl. der soziodemographischen Variablen waren *Alter* und *intrinsische Motive für Sexualität* negativ miteinander korreliert ($r = -0,26$; $p = 0,005$), d.h. je älter die Patient:innen waren, desto niedriger die intrinsische Motivation und desto niedriger war damit der Grad an sexueller Selbstbestimmtheit. Gemäß der Hypothese hatten die BPS-Patient:innen einen niedrigeren Grad an *sexueller Selbstbestimmtheit*, je schwerer der *sexuelle Kindesmissbrauch* ($r = 0,30$; $p = 0,01$) und je stärker die *BPS-Symptome* ausgeprägt waren ($r = -0,34$; $p < 0,001$) und wenn eine *PTBS-Diagnose* vorlag ($r = -0,28$; $p = 0,002$). Der Grad an sexueller Selbstbestimmtheit bei Borderline-Patient:innen mit PTBS war insgesamt niedriger ($M = 2,48$; $SD = 1,92$) als bei den Patient:innen ohne PTBS ($M = 3,50$; $SD = 1,62$) [$t(84) = -3,00$; $p < 0,001$], was mit $r = 0,31$ einem mittleren Effekt entspricht.

3.6.4 Unterschiede im CTQ zwischen Patient:innen mit und ohne CSA

Die Patient:innen, die sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebt haben, hatten auch in den anderen Bereichen des CTQ (emotionaler und körperlicher Missbrauch sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung) signifikant höhere Werte als die Patient:innen ohne CSA (Abbildung 31; Tabelle 10).

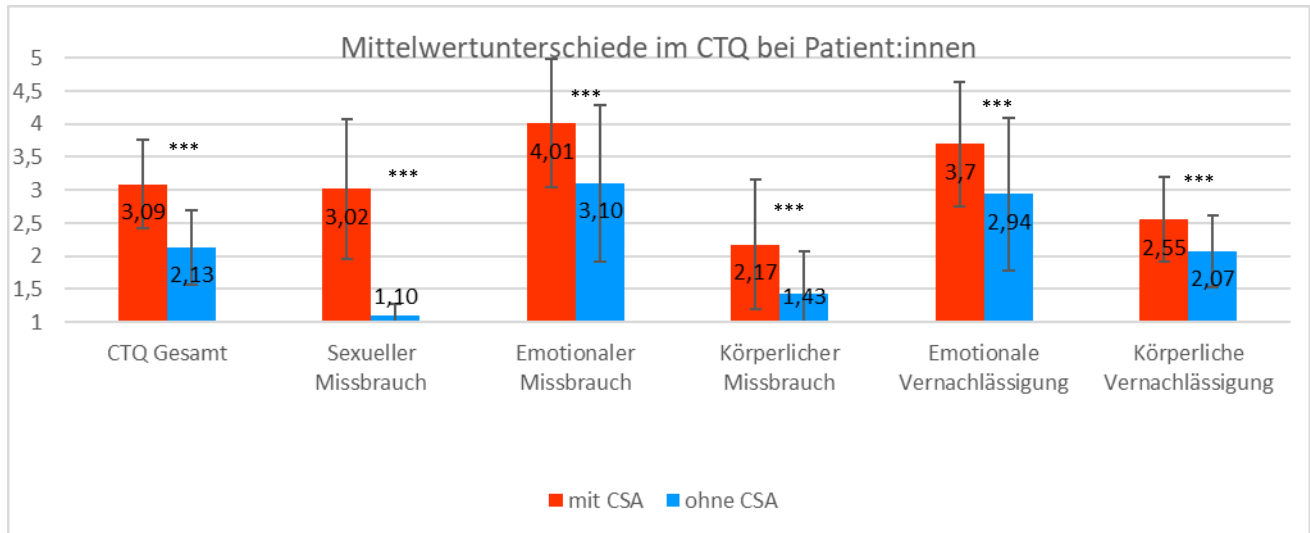


Abbildung 31. Mittelwertunterschiede im CTQ zwischen Patient:innen mit ($n = 66$) und ohne CSA ($n = 53$). *** $p < 0,001$.

3.7 Unterschiede zwischen BPS-Patient:innen mit und ohne CSA in Abhängigkeit von der Schwere der Borderline-Symptomatik

Entsprechend der Borderline-Schweregradeinteilung nach Kleindienst et al. (2020) wiesen 22,7 % ($n = 27$) der BPS-Patient:innen eine geringe, 52,1 % ($n = 62$) eine mittlere und 25,2 % ($n = 30$) eine schwere Symptombelastung in der BSL-23 auf. In der Gruppe mit der geringen Symptombelastung waren 29,6 % ($n = 8$) von CSA betroffen, unter den Patient:innen mit mittlerer Borderline-Symptomatik 51,6 % ($n = 32$) und bei jenen mit schwerer Symptombelastung mit 86,7 % ($n = 26$) nahezu alle Patient:innen.

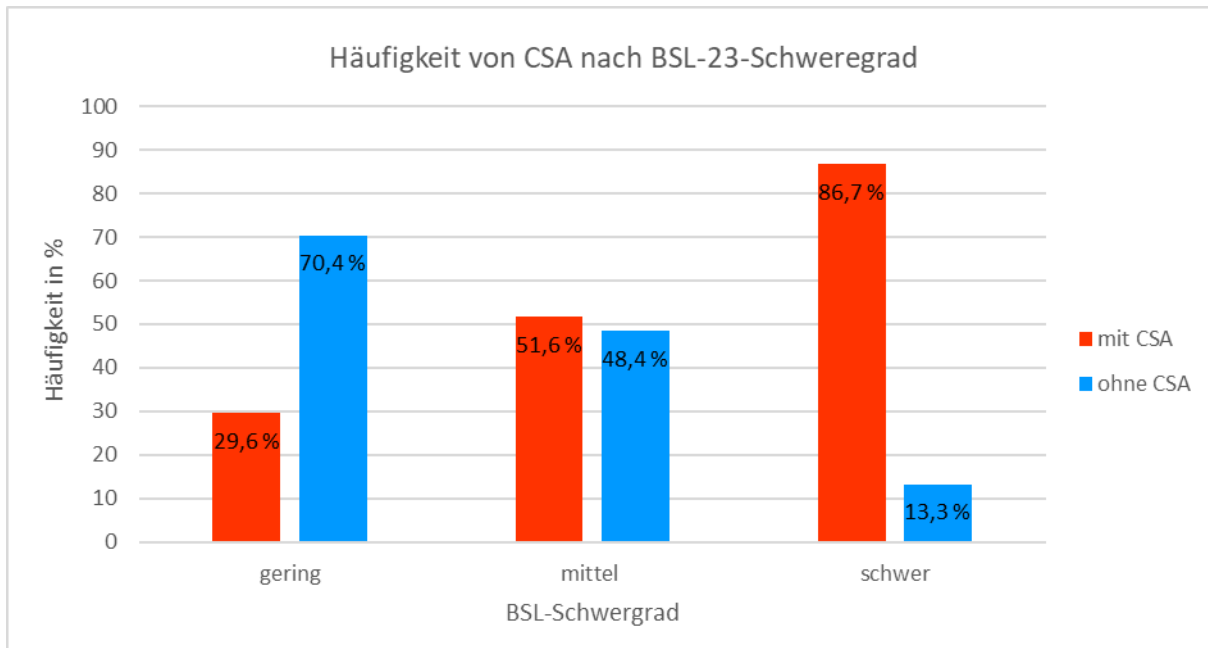


Abbildung 32. Häufigkeit von CSA in Prozent bei Patient:innen mit geringer, mittlerer und schwerer Borderline-Symptomatik ($N = 119$).

Als explorative Sekundäranalysen wurde untersucht, inwiefern sich die Patient:innen mit bzw. ohne CSA in Merkmalen zu Sexualität, abhängig von der Schwere der Borderline-Symptomatik, voneinander unterscheiden. Hierzu wurde eine zweifaktorielle MANOVA durchgeführt. Zunächst wurden die Voraussetzungen der MANOVA überprüft (s. 2.5.2 *Statistische Tests*).

3.7.1 Zwanghaftes Sexualverhalten

Deskriptiv zeigte sich, dass die BPS-Patient:innen mit schwerer Symptombelastung und CSA höhere Werte im ZSV aufwiesen als jene mit CSA und niedrigerer oder mittlerer Symptombelastung. Während die Werte auf der CSBDS bei Patient:innen, die von CSA betroffen waren in den Gruppen mittlere und schwere Borderline-Symptomatik höher waren als bei jenen ohne CSA, zeigte sich bei Patient:innen mit geringer Symptomschwere in der BSL-23 die umgekehrte Tendenz: hier wiesen Patient:innen ohne CSA leicht höheres ZSV auf als diejenigen mit CSA. Es lagen jedoch keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte vor.

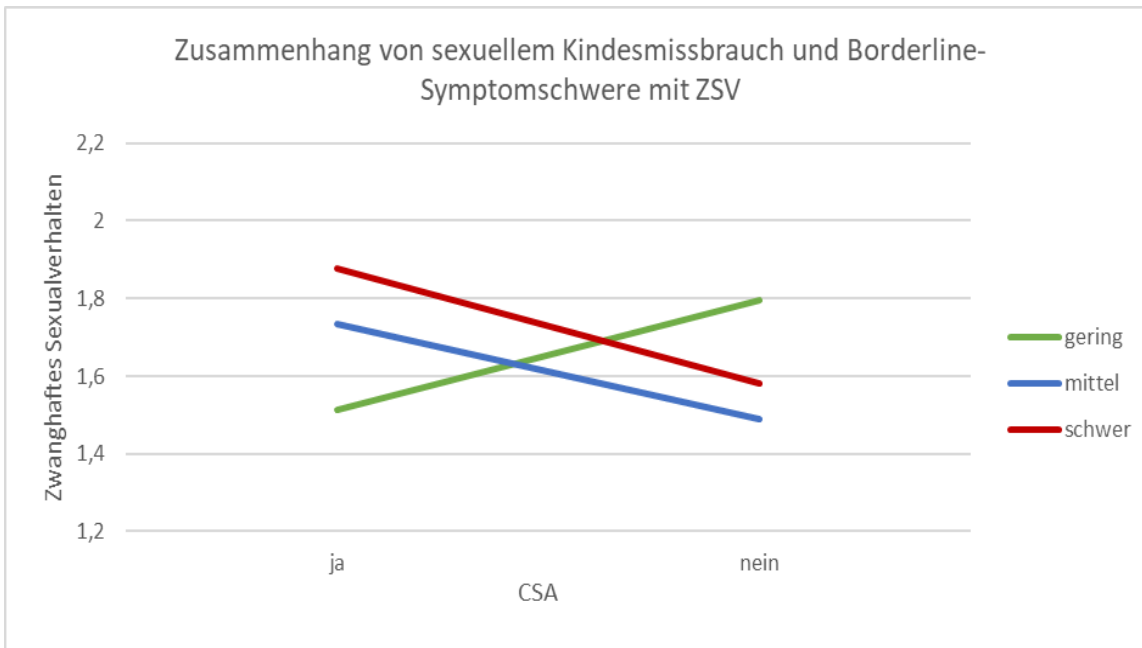


Abbildung 33. Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf ZSV (N = 119).

3.7.2 Sexuelles Risikoverhalten

Unterschiede im SRS gesamt

Im *Gesamtwert des SRS* zeigten sich innerhalb der Patient:innen mit niedriger Borderline-Symptomatik leicht höhere Werte bei den Patient:innen mit CSA im Vergleich zu jenen ohne CSA. Von den Patient:innen mit mittlerer Symptombelastung zeigten hingegen jene mehr SRV, die von CSA betroffen waren. Die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. In der Gruppe mit schweren Borderline-Symptomen gab es keine Unterschiede im SRS zwischen jenen mit oder ohne CSA.

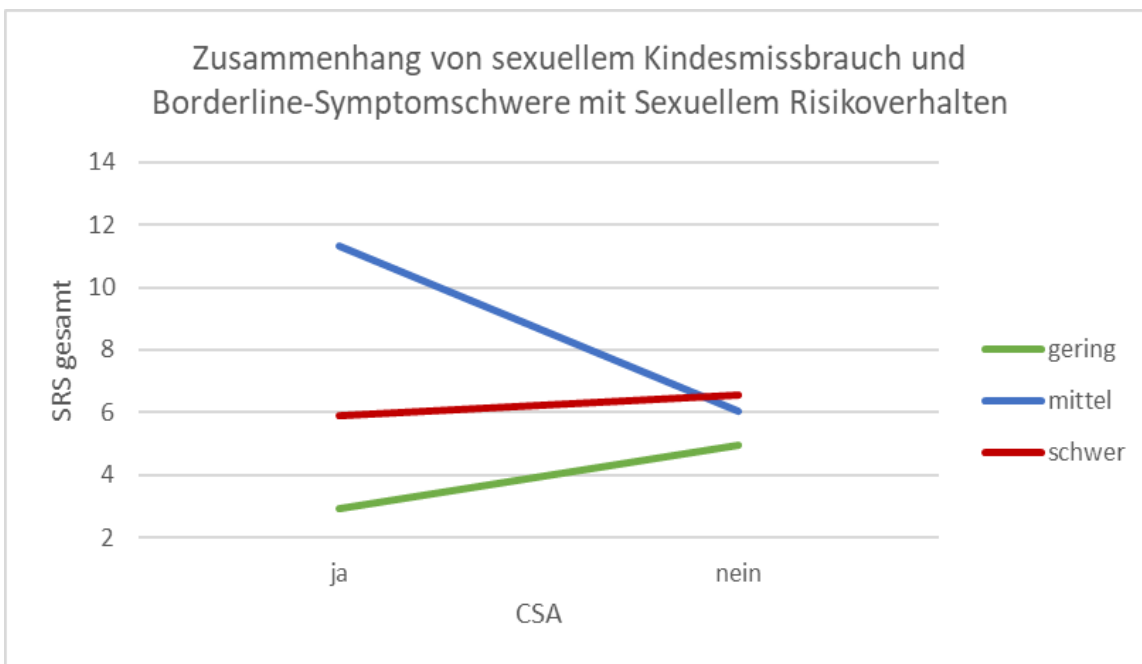


Abbildung 34. Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf SRV gesamt (N = 119).

Unterschiede im SRS – Impulsives sexuelles Verhalten

In der Gruppe mit schwerer Symptombelastung hatten die Patient:innen mit CSA höhere Werte in der SRS-Subskala *impulsives sexuelles Verhalten* als diejenigen ohne CSA. Es zeigte sich die Tendenz zu einem Interaktionseffekt aus BSL-23-Schweregrad und CSA, welcher jedoch nicht signifikant war. Bonferroni-korrigierte Post-hoc-Tests ergaben, dass sich die Patient:innen mit schwerer von jenen mit geringer Symptombelastung voneinander unterscheiden, jedoch verfehlte der Mittelwertsunterschied knapp das Niveau der statistischen Signifikanz [$M_{\text{Diff}} = 2,55$; 95%-CI (-0,10; 5,21); $p = 0,06$].

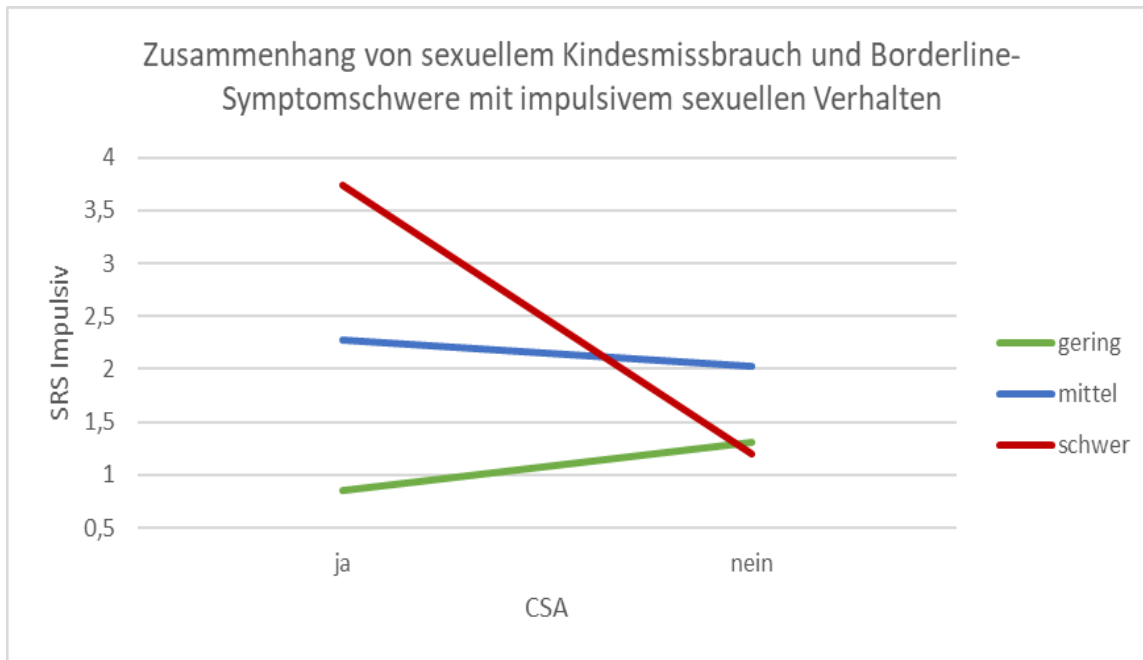


Abbildung 35. Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf impulsives sexuelles Verhalten ($N = 119$).

Unterschiede im SRS – Riskante Sexualpraktiken

Bzgl. der SRS-Subskala *riskante Sexualpraktiken* zeigte sich deskriptiv, dass die Patient:innen mit mittlerer Symptombelastung am häufigsten riskante Sexualpraktiken ausübten, während die Werte bei den Patient:innen mit geringem BSL-23-Schweregrad am niedrigsten ausgeprägt waren, jedoch hatte CSA in allen drei Gruppen keinen Einfluss. Es lagen keine signifikanten Haupteffekte vor.

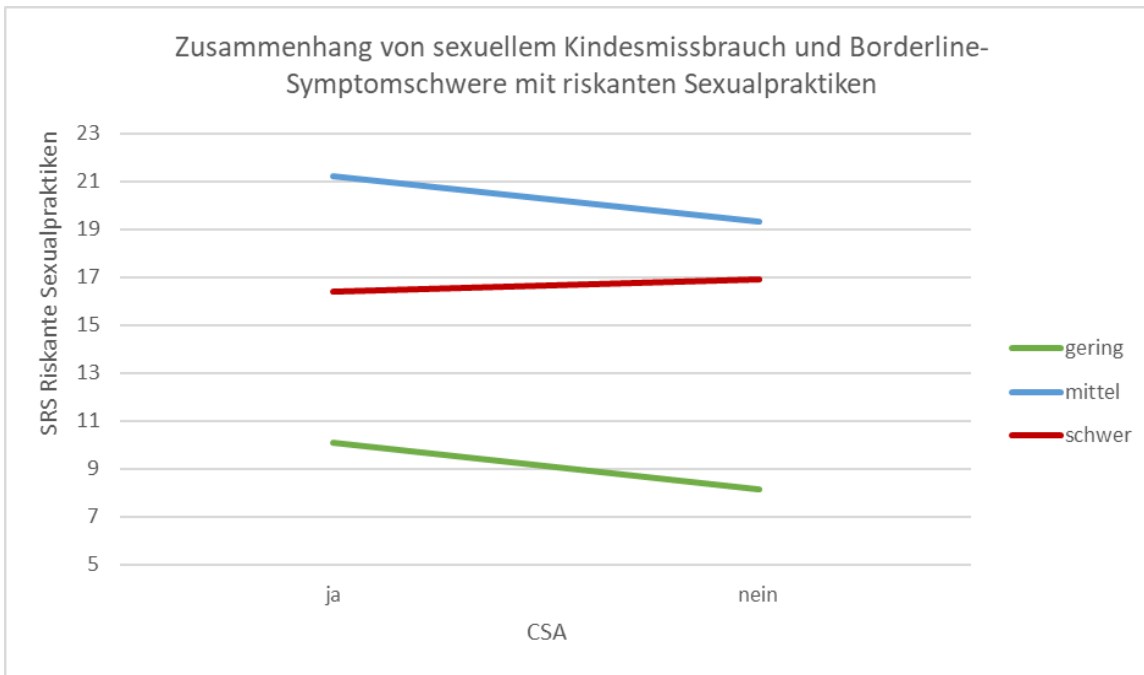


Abbildung 36. Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf riskante Sexualpraktiken (N = 119).

Unterschiede im SRS – Absicht, riskante Sexualpraktiken auszuüben

Im Bereich *Absicht, riskante Sexualpraktiken auszuüben* wiesen die Patient:innen mit der mittleren Borderline-Symptomatik und CSA höhere Werte auf als jene Patient:innen ohne CSA, während sich in der Gruppe mit geringer Symptomschwere eher höhere Werte bei jenen ohne CSA zeigten. Schwer belastete Borderline-Patient:innen gaben auf der Subskala *Absicht, riskante Sexualpraktiken auszuüben* keine erhöhten Werte an, weder mit noch ohne CSA. Es lagen keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte vor.

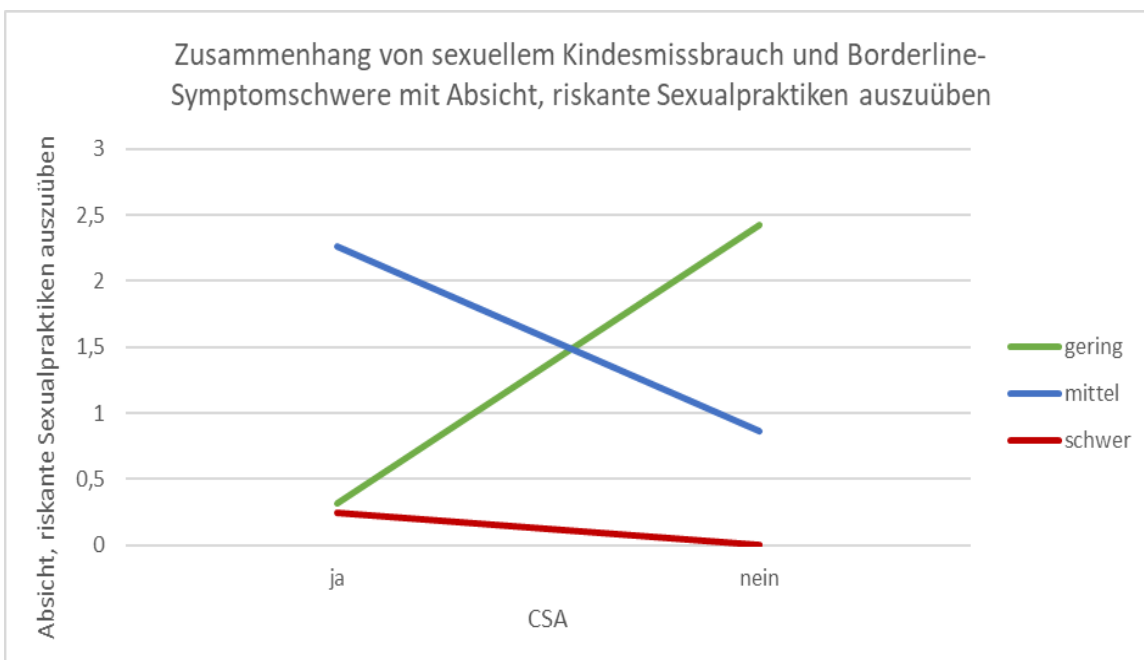


Abbildung 37. Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf Absicht, riskante Sexualpraktiken auszuüben (N = 119).

Riskante Analsexpraktiken

Ebenso zeigten die Patient:innen mit mittlerer Borderline-Symptomatik bei gleichzeitigem Vorliegen von CSA höhere Werte in der SRS-Subskala *riskante Analsexpraktiken* als die Patient:innen mit geringer oder schwerer BSL-23-Belastung. Die Gruppenunterschiede waren nicht signifikant.

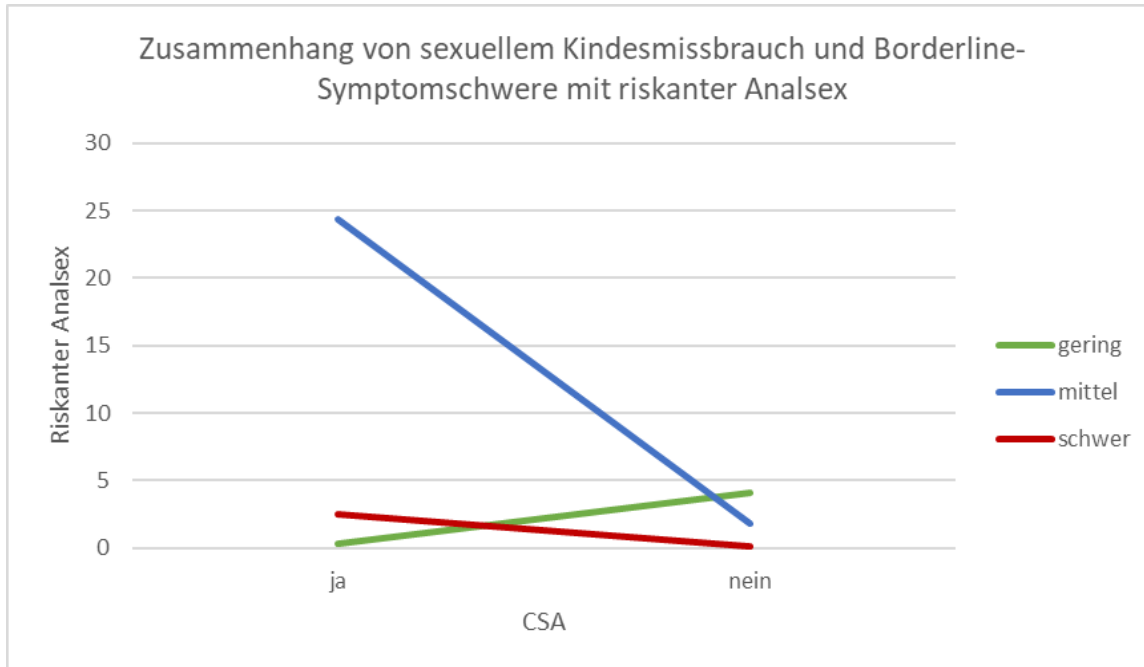


Abbildung 38. Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf riskante Analsexpraktiken ($N = 119$).

Alter beim ersten Geschlechtsverkehr

Es zeigte sich deskriptiv, dass die Borderline-Patient:innen mit mittlerer bis schwerer Symptomatik bei gleichzeitigem Vorliegen von CSA ein niedrigeres *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr* angaben als jene, die nicht von CSA betroffen waren. Bei Patient:innen mit geringer Symptomatik in der BSL-23 hingegen waren diejenigen mit CSA tendenziell etwas älter als jene, die keinen CSA erlitten haben. Jedoch lagen weder signifikante Haupteffekte von CSA und BSL-Symptomatik noch ein Interaktionseffekt beider Faktoren vor.

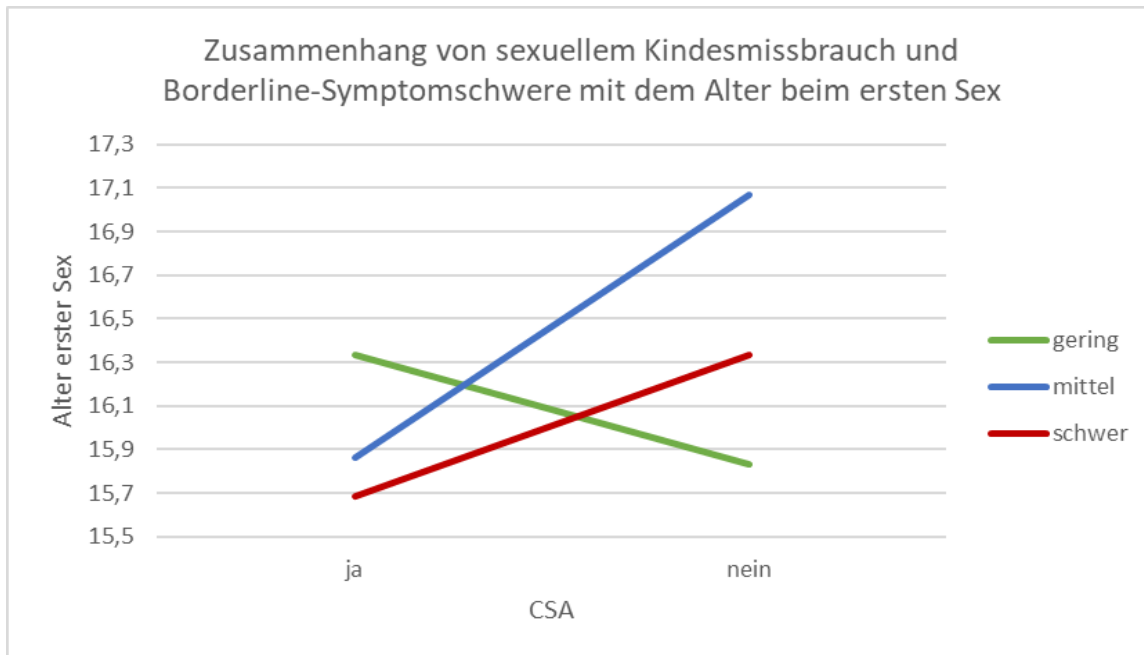


Abbildung 39. Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf Alter beim ersten Geschlechtsverkehr ($N = 119$).

Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen

Es zeigte sich eine Tendenz, dass die BPS-Patient:innen mit mittlerer und schwerer Borderline-Symptomatik und CSA eine höhere *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* hatten als jene ohne CSA, während in der Gruppe mit niedriger Symptombelastung die Betroffenen von CSA im Vergleich zu jenen ohne CSA eher weniger unverbindliche Sexualpartner:innen hatten. Es lagen jedoch keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte vor.

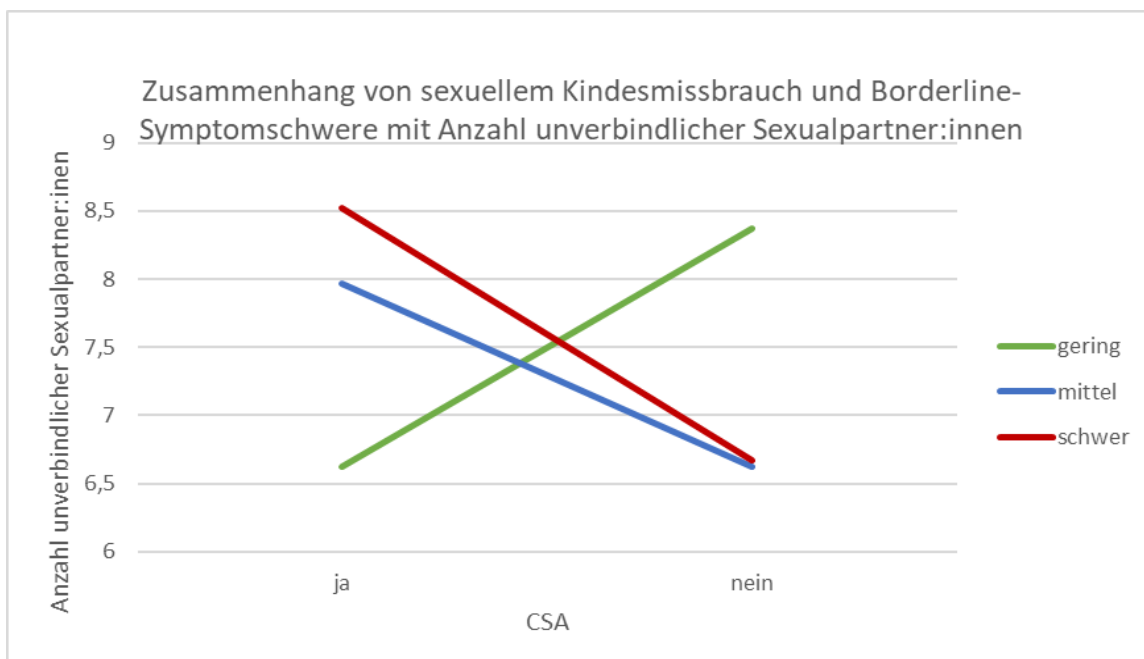


Abbildung 40. Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen ($N = 119$).

Anzahl an STIs

Es zeigte sich, dass die Patient:innen mit schwerer Borderline-Symptomatik und CSA eine höhere *Anzahl an STIs* aufwiesen als jene ohne CSA. Außerdem hatten von den Patient:innen mit CSA diejenigen mit der höchsten Borderline-Symptomatik höhere Werte als diejenigen mit mittlerer oder geringer Symptombelastung. Es lagen jedoch weder signifikante Haupteffekte noch eine signifikante Interaktion aus CSA und Borderline-Symptomatik vor.

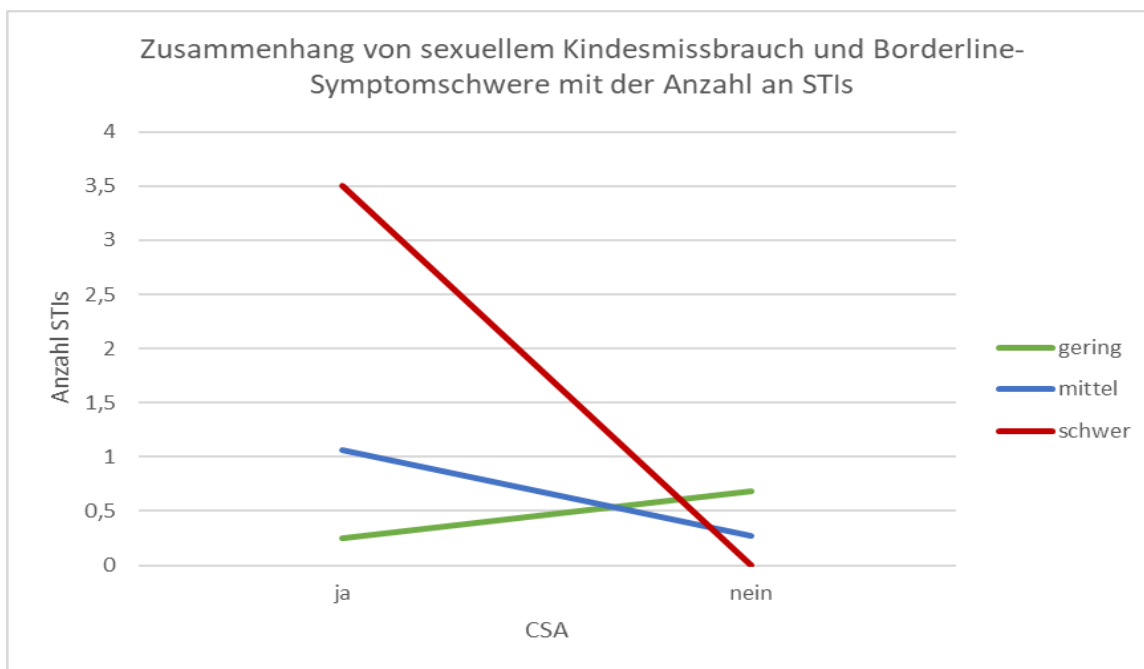


Abbildung 41. Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf Anzahl an STIs ($N = 119$).

3.7.3 Sexuelle Selbstbestimmtheit

Es lag ein signifikanter Haupteffekt der Borderline-Symptomatik auf *sexuelle Selbstbestimmtheit* vor [$F(2,89) = 3,47$; $p = 0,03$], was mit $\eta_p^2 = 0,07$ einem kleinen Effekt entspricht. Das Gesamtmodell war signifikant [$F(5,89) = 2,95$; $p = 0,02$]. Bonferroni-korrigierte Post-hoc-Tests zeigten, dass sich Patient:innen mit geringer ($M = 4,09$; $SD = 1,46$) von jenen mit hoher Symptombelastung ($M = 2,31$; $SD = 1,55$) unterschieden ($p = 0,001$) und jene mit mittlerer ($M = 3,46$; $SD = 1,64$) von jenen mit hoher ($p = 0,01$). Die Patient:innen mit bzw. ohne CSA unterschieden sich nicht in ihrem Grad an sexueller Selbstbestimmtheit. Ebenso lag kein signifikanter Interaktionseffekt vor.

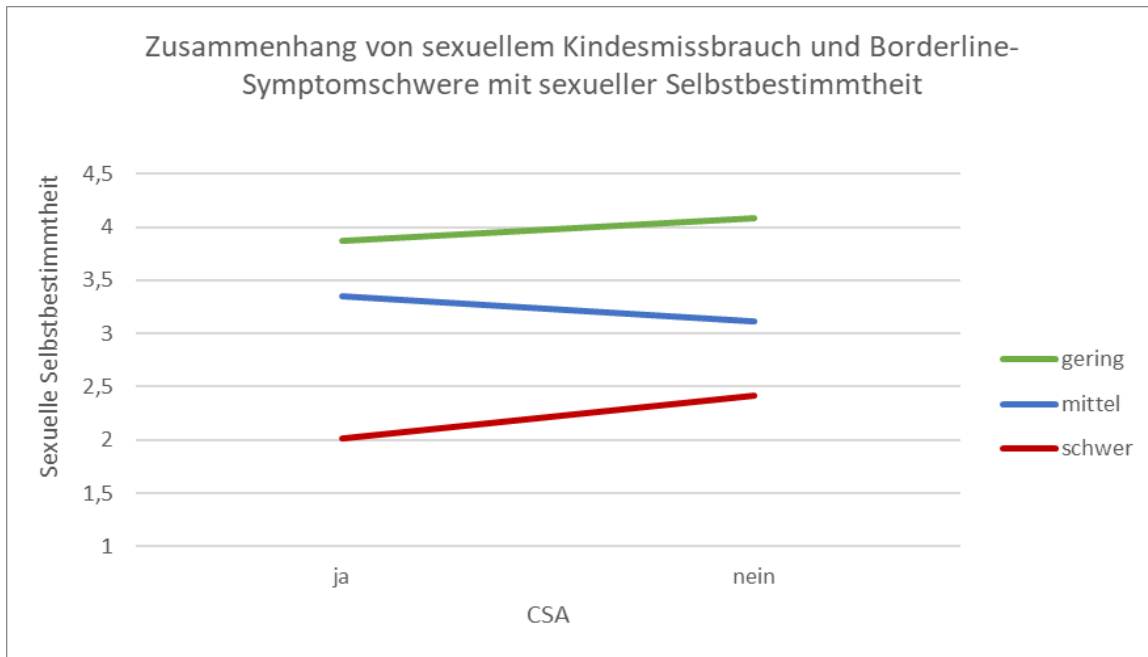


Abbildung 42. Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf sexuelle Selbstbestimmtheit (N = 119).

3.7.4 Häufigkeit von sexuellem Masochismus

Wie graphisch dargestellt, berichteten die Patient:innen mit mittlerer und schwerer Borderline-Symptomatik, die CSA erlitten haben, von mehr *sexuellem Masochismus*, während jene mit geringer Symptombelastung weniger Masochismus angaben. Bei Patient:innen mit geringer Symptombelastung waren die Masochismus-Werte niedriger bei CSA in der Vorgeschichte, wohingegen sich bei mittlerer Borderline-Symptomatik höhere Werte bei Betroffenen von CSA ergaben. Es lagen jedoch keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte vor.

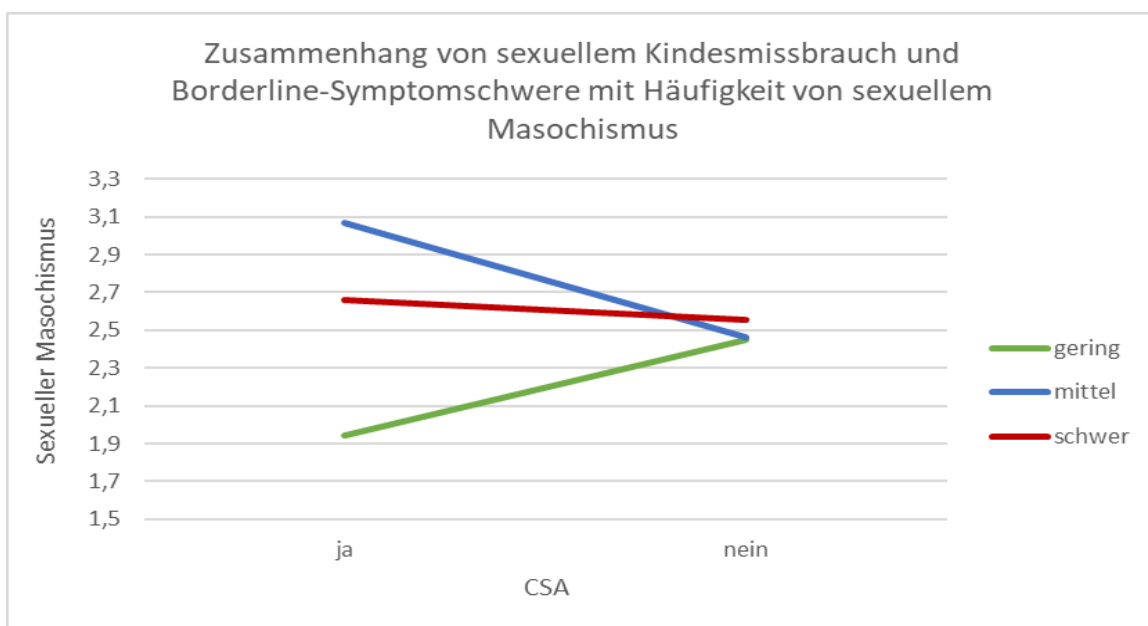


Abbildung 43. Einfluss von CSA und Borderline-Symptomschwere (gering, mittel, schwer) auf Häufigkeit von sexuellem Masochismus (N = 119).

3.8 Prädiktoren für sexuelles Risikoverhalten bei BPS-Patient:innen

Da, wie oben beschrieben, die Voraussetzungen für Mediationsanalysen zumeist nicht erfüllt waren, wurde ein eher exploratives Vorgehen gewählt. Hierbei wurden hierarchische multiple Regressions- und Moderationsanalysen mit den Variablen durchgeführt, die in einem positiven Zusammenhang miteinander standen und bei denen sich bei den Ergebnissen von Hypothese 2 signifikante Unterschiede zwischen BPS-Patient:innen mit und ohne CSA im sexuellen Risikoverhalten zeigten. In *Tabelle 11* sind die Korrelationen der einzelnen Variablen untereinander zur Übersicht dargestellt. Die Tabelle dient als Basis für die nachfolgenden Regressionsmodelle.

Tabelle 11

Deskriptive Statistiken und Korrelationen zwischen den Variablen bei BPS-Patient:innen

| Variable | <i>M</i> | <i>SD</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|----------------------------------|----------|-----------|-------------------|--------|--------|--------|--------|-------------------|--------|--------|--------|-------------------|-------------------|---------|--------------------|-------------------|-------|--------|--------|
| 1. Geschlecht | - | - | 1,00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Alter | 30,13 | 8,45 | 0,20* | 1,00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. BSL-23 | 1,97 | 0,95 | -0,04 | 0,02 | 1,00 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. PTBS | - | - | 0,18 | 0,09 | 0,45** | 1,00 | | | | | | | | | | | | | |
| 5. CSA | 2,17 | 1,24 | 0,17 ⁺ | 0,09 | 0,53** | 0,50** | 1,00 | | | | | | | | | | | | |
| 6. CSBDS | 1,70 | 0,63 | 0,21* | 0,04 | 0,19 | 0,06 | 0,18* | 1,00 | | | | | | | | | | | |
| 7. FDSs | 3,01 | 5,37 | 0,11 | -0,10 | 0,35** | 0,30** | 0,22* | 0,00 | 1,00 | | | | | | | | | | |
| 8. Masochismus | 2,63 | 1,26 | 0,06 | -0,16 | 0,09 | 0,08 | 0,08 | 0,34** | 0,06 | 1,00 | | | | | | | | | |
| 9. SM Intrinsisch | 3,11 | 1,81 | -0,17 | -0,26* | -,34** | -,28** | -0,29* | 0,17 ⁺ | -0,12 | 0,39** | 1,00 | | | | | | | | |
| 10. SRS Gesamt | 6,70 | 14,78 | -0,02 | -0,13 | 0,01 | -0,01 | -0,02 | 0,26** | -0,02 | 0,29** | 0,25** | 1,00 | | | | | | | |
| 11. Unverbindliche Sexualpartner | 1,86 | 0,51 | 0,03 | -0,10 | 0,04 | -0,07 | -0,02 | 0,10 | 0,09 | 0,13 | 0,27** | 0,12 | 1,00 | | | | | | |
| 12. Alter beim ersten Sex | 16,28 | 3,20 | -0,13 | 0,17 | 0,03 | -0,03 | -0,09 | -0,14 | -0,07 | -0,14 | -0,08 | -0,11 | -0,44** | 1,00 | | | | | |
| 13. Bestehen auf Schutz | - | - | -0,03 | -0,15 | -0,11 | -0,06 | 0,25** | -0,40** | -0,06 | -0,09 | 0,02 | -0,13 | -0,10 | 0,08 | 1,00 | | | | |
| 14. STIs | 1,23 | 7,88 | 0,03 | 0,12 | 0,07 | -0,08 | 0,21* | 0,12 | 0,02 | 0,11 | -0,00 | 0,03 | 0,04 | -0,13 | -0,16 ⁺ | 1,00 | | | |
| 15. Ungeplante Schwangerschaften | 1,56 | 0,96 | 0,51** | 0,44 | 0,07 | 0,28 | 0,10 | -0,23 | -0,08 | -0,04 | -0,38 | -0,19 | 0,13 | -0,37 | 0,00 | 0,48 ⁺ | 1,00 | | |
| 16. Prostitution | - | - | 0,08 | 0,04 | 0,14 | 0,03 | 0,13 | 0,25** | 0,01 | 0,15 | 0,07 | -0,05 | 0,06 | -0,28** | -0,09 | 0,20* | 0,00 | 1,00 | |
| 17. BDSM | - | - | 0,01 | -0,02 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,27** | -0,04 | 0,44** | 0,25* | 0,15 | 0,19* | -0,26* | -0,05 | 0,09 | -0,15 | 0,27** | 1,00 |
| 18. ASA | 2,01 | 1,09 | 0,19* | -0,01 | 0,33** | 0,22* | 0,53** | 0,30** | 0,29** | 0,22* | -0,04 | 0,16 ⁺ | 0,16 ⁺ | -0,31** | -0,22* | 0,26* | -0,04 | 0,26** | 0,27** |

Anmerkung: *N* = 120. Die nominalen Variablen sind als Dummy-Variablen kodiert: Geschlecht (1 = weiblich, 0 = männlich), PTBS (1 = ja, 0 = nein), Bestehen auf Schutz (1 = Bestehen auf Verhütung, 0 = kein oder teilweise Bestehen), Prostitution jemals im Leben (1 = ja, 0 = nein), BDSM jemals im Leben (1 = ja, 0 = nein). **p* < 0,10; ***p* < 0,05; ****p* < 0,01.

3.8.1 Vorhersage impulsiven sexuellen Verhaltens

Wie aus *Tabelle 11* hervorgeht, bestand zwischen *CSA*¹⁴ und *sexuellem Risikoverhalten (SRS Gesamt)* kein positiver Zusammenhang ($r = -0,02$; $p = 0,42$). Jedoch korrelierte der Mittelwert im *CSA* positiv mit der Dimension des *SRS impulsives sexuelles Verhalten* ($r = 0,19$; $p = 0,03$). Nachfolgend wurde deshalb eine multiple hierarchische Regressionsanalyse durchgeführt, um zu prüfen, ob der Zusammenhang zwischen *CSA* und *impulsivem sexuellen Verhalten* durch *Dissoziation beim Sex* moderiert wird. Zunächst wurden die Voraussetzungen für multiple Regressionen überprüft. Von den Kontrollvariablen stand die *Borderline-Symptomatik* in einem positiven linearen Zusammenhang mit dem *impulsiven sexuellen Verhalten* ($r = 0,21$; $p = 0,01$) sowie die Variablen *CSA* ($r = 0,22$; $p = 0,01$) und der Interaktionsterm aus *CSA und Dissoziation beim Sex* ($r = -0,17$; $p = 0,03$). Auch die partiellen Regressionsdiagramme zeigten einen linearen Zusammenhang der Variablen. Die 3. und 4. Gauss-Markov-Annahme wurde über das Streudiagramm der standardisierten, geschätzten Werte von y auf der X-Achse und der standardisierten Fehlerwerte auf der y-Achse überprüft. Dieses zeigte, dass sich die positiven und negativen Abweichungen von 0 auf der y-Achse im Schnitt ausglich, weshalb bei den unabhängigen Variablen ungefähr von einem Erwartungswert von 0 ausgegangen werden konnte. Ebenso ging aus dem Diagramm hervor, dass alle unabhängigen Variablen Varianz aufweisen. Die visuelle Inspektion des Streudiagramms sowie der Breusch-Pagan-Test auf Heteroskedastizität ergaben, dass keine Homoskedastizität vorlag ($p < 0,001$), womit die 5. Annahme verletzt war. Die Voraussetzung der Normalverteilung der Fehlerwerte war, wie im Histogramm ersichtlich, gegeben, sodass eine Parameterschätzung mit dem robusten Standardfehler HC3 durchgeführt werden konnte (Hayes & Cai, 2007). Durch die HC3-Methode ergaben sich robustere Standardfehler, die jedoch zu keinen veränderten p-Werten in der Regression führten. Ebenso zeigte das Streudiagramm, dass die Unabhängigkeit der Fehlerwerte erfüllt war. Die Durbin-Watson-Statistik hatte einen Wert von 2,18. Da Werte zwischen 1,5 und 2,5 auf nicht korrelierte Residuen hindeuten (Walther, 2019a), konnte Autokorrelation ausgeschlossen werden. Ebenso lag keine Multikollinearität der unabhängigen Variablen vor, da die Korrelationen der Prädiktoren untereinander maximal $r = 0,20$ betragen. Erst ab Korrelationswerten über 0,8 wäre Field (2009) zufolge Multikollinearität gegeben.

Nach Kontrolle von *Alter*, *Geschlecht* und *Borderline-Symptomatik* im 1. Modell und der Haupteffekte *CSA* und *Dissoziation beim Sex* im 2. Modell wurde das Regressionsgewicht ($\beta = -0,20$) des Interaktionsterms aus *CSA und Dissoziation beim Sex* signifikant [$t(108) = -2,22$; $p = 0,05$] und

¹⁴ Bei den Regressionsanalysen wurde *CSA* aus dem Mittelwert der CTQ-Subskala *Sexueller Missbrauch in der Kindheit* gebildet, um eine metrische Variable zu verwenden.

konnte 3,1 % der zusätzlichen Varianz im *impulsiven sexuellen Verhalten* erklären. Dies bestätigt, dass ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen *CSA* und *Dissoziation beim Sex* auf *impulsives sexuelles Verhalten* vorliegt [$F(4, 113) = 12,57; p = 0,03$].

Tabelle 12

Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage impulsiven sexuellen Verhaltens durch CSA und Dissoziation beim Sex

| Prädiktoren | Impulsives sexuelles Verhalten | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|----------|
| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 |
| Alter | -0,08 | 0,04 | -0,10 |
| Geschlecht | -0,20* | 0,22* | -0,23* |
| BSL-23 | 0,25** | 0,19 | 0,14 |
| CSA | | 0,19 ⁺ | 0,15 |
| Dissoziation beim Sex | | -0,02 | -0,05 |
| CSA x Dissoziation beim Sex | | | -0,20* |
| ΔR^2 | 0,09 | 0,02 | 0,04 |
| ΔF | 3,52* | 1,48 | 4,93* |
| R^2 | 0,06 | 0,07 | 0,10 |
| F | 3,52* | 2,72* | 3,18** |

Anmerkung: $N = 119$. Die Koeffizienten in jeder Spalte sind standardisierte β -Gewichte. R^2 : korrigiertes R-Quadrat.

⁺ $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.8.2 Vorhersage der Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen

Um die *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* vorherzusagen, wurden im ersten Schritt die Kontrollvariablen *Alter*, *Geschlecht* und *Borderline-Symptomatik* in das Modell aufgenommen. Die Bildungsniveaus *Hauptschulabschluss*, *Mittlere Reife* und *Abitur* standen dabei in keinem signifikanten Zusammenhang mit dem Kriterium, weshalb diese hier nicht als Kontrollvariablen eingefügt wurden. Im zweiten Schritt wurden *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr*, *Bestehen auf Verhütung*, *ZSV*, die SRS-Subskalen *Absicht*, *riskante Sexualpraktiken auszuüben* und *impulsives sexuelles Verhalten* sowie *intrinsische Motive für Sexualität* als Prädiktoren in das Modell aufgenommen (Tabelle 13). *CSA* wurde nicht berücksichtigt, da dieser nicht mit der *Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen* korrelierte. Es bestand keine Multikollinearität zwischen den unabhängigen Variablen. Alle Prädiktoren, abgesehen von *Geschlecht* und *BSL-23-Symptomatik*, standen in einem linearen Zusammenhang mit dem Kriterium. Das Streudiagramm schloss Heteroskedastizität sowie Korrelation der Residuen aus (Durbin-Watson-Statistik: $2,1 < 2,5$). Auch mit dem nicht

signifikanten Breusch-Pagan-Test ($p = 0,30$) wurde das Vorliegen von Homoskedastizität bestätigt. Die standardisierten Residuen im Histogramm entsprachen einer Normalverteilungskurve; auch im P-P-Plot lagen die Daten annähernd auf einer Diagonalen, sodass die Normalverteilung der Residuen erfüllt war.

Im Modell 1 leistete lediglich das *Alter* ($\beta = 0,28$; $p = 0,01$) einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen*. Modell 2 hatte mit einem $R^2 = 0,44$ (korrigiertes $R^2 = 0,39$) eine hohe Anpassungsgüte bzw. einen hohen Effekt (Cohen, 1988). Während im 1. Modell 9,5 % der Varianz im Kriterium erklärt werden konnten, waren es im 2. Modell 34,9 % an zusätzlicher Varianzaufklärung. So sagten die Prädiktoren *Alter* ($\beta = 0,39$; $p < 0,001$), *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr* ($\beta = -0,30$; $p < 0,001$), *ZSV* ($\beta = 0,25$; $p = 0,01$) und *intrinsische Motive für Sexualität* ($\beta = 0,30$; $p = 0,003$) signifikant das Kriterium *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* voraus [$F(9, 89) = 7,90$; $p < 0,001$].

Tabelle 13

Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen

| Prädiktoren | Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen | |
|---|--|--------------------|
| | Modell 1 | Modell 2 |
| Alter | 0,28** | 0,39*** |
| Geschlecht | 0,05 ⁺ | -0,14 ⁺ |
| BSL-23 | -0,12 | -0,01 |
| Alter 1. Geschlechtsverkehr | | -0,30*** |
| Bestehen auf Verhütung | | -0,05 |
| ZSV | | 0,25* |
| Absicht, riskante Sexualpraktiken auszuüben | | 0,11 |
| Impulsives sexuelles Verhalten | | 0,07 |
| Intrinsische Motive für Sexualität | | 0,30** |
| ΔR^2 | 0,09 | 0,35 |
| ΔF | 3,34 | 9,31 |
| R^2 | 0,07 | 0,39 |
| F | 3,34 | 7,90 |

Anmerkung: $N = 119$. Die Koeffizienten in jeder Spalte sind standardisierte β -Gewichte. R^2 : korrigiertes R-Quadrat.

⁺ $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.8.3 Vorhersage der Anzahl an STIs

Zur Vorhersage der *Anzahl an STIs* wurde zunächst überprüft, ob die vermuteten Prädiktoren tatsächlich mit der *Anzahl an STIs* assoziiert waren (Tabelle 11), was der Fall war: *CSA* ($r = 0,21$; $p = 0,02$) und *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* ($r = 0,20$; $p = 0,03$). Da *Alter*, *Geschlecht* und *BSL-23-Symptomatik* in keinem Zusammenhang mit der *Anzahl an STIs* standen, wurden diese diesmal nicht als Kontrollvariablen aufgenommen. Jedoch korrelierte das Bildungsniveau *Hauptschulabschluss* positiv mit der *Anzahl an STIs* ($r = 0,19$; $p = 0,04$), weshalb hierfür kontrolliert wurde.

Bei Überprüfung der Voraussetzungen für die Durchführung der multiplen Regression fiel auf, dass keine Normalverteilung der Residuen gegeben war. Da Regressionen jedoch robust ggü. Verletzungen der Normalverteilungsannahme sind (Lumley et al., 2002), wurde die Regression fortgesetzt. Es bestand keine Multikollinearität zwischen den Prädiktoren, auch keine Autokorrelation (Durbin-Watson-Statistik: $2,39 < 2,5$). Wie das Streudiagramm und der modifizierte Breusch-Pagan-Test auf Heteroskedastizität ($p < 0,001$), der bei Verletzung der Normalverteilung der Residuen angewendet wird (Walther, 2019b), zeigten, war keine Homoskedastizität gegeben. Die Parameterschätzung mit robusten Standardfehlern mithilfe der HC3-Methode ergab hier keine signifikante Varianzaufklärung für die Prädiktoren. Nachfolgend wurde dennoch eine hierarchische multiple Regressionsanalyse gerechnet, welche aufgrund der Verletzung der Homoskedastizität eingeschränkter interpretierbar ist.

Moderation von CSA und STIs durch Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen

Da vermutet wurde, dass die *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* den Zusammenhang von *CSA* und der *Anzahl an STIs* moderiert, wurde ein Interaktionsterm aus den zentrierten Variablen *CSA* und *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* gebildet, der im zweiten Schritt in das Regressionsmodell aufgenommen wurde. Die Prädiktoren *CSA* ($\beta = 0,20$) und die *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* ($\beta = 0,18$) konnten nach Kontrolle des Bildungsniveaus 7,7 % der Varianzunterschiede im Kriterium vorhersagen [$F(3, 111) = 4,78$; $p = 0,004$] (Tabelle 14). Nach Hinzunahme des Produktterms ($\beta = 0,24$) in das Regressionsmodell im dritten Schritt ergab sich eine zusätzliche Varianzaufklärung in der *Anzahl an STIs* von 5,1 %. Modell 3 hat mit einem $R^2 = 0,17$ (korrigiertes $R^2 = 0,13$) nach Cohen (1988) eine moderate Varianzaufklärung bzw. Anpassungsgüte. So konnten durch das 3. Modell 13,5 % der Varianz in der *Anzahl an STIs* erklärt werden [$F(4, 110) = 4,78$; $p = 0,004$]. Dies bestätigt die Hypothese, dass die *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* den Zusammenhang von *CSA* und der *Anzahl an STIs* moderiert.

Tabelle 14

Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl an STIs durch CSA und Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen

| Prädiktoren | Anzahl an STIs | | |
|--|----------------|----------|----------|
| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 |
| Hauptschulabschluss | 0,19* | 0,19* | 0,18* |
| CSA | | 0,20* | 0,18* |
| Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen | | 0,18* | 0,25** |
| CSA x Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen | | | 0,24** |
| ΔR^2 | 0,04 | 0,08 | 0,05 |
| ΔF | 4,36* | 4,84* | 6,75* |
| R^2 | 0,03 | 0,09 | 0,13 |
| F | 4,36* | 4,78** | 5,46*** |

Anmerkung: $N = 119$. Die Koeffizienten in jeder Spalte sind standardisierte β -Gewichte. R^2 : korrigiertes R-Quadrat.

* $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$.

In *Abbildung 44* ist der Interaktionseffekt grafisch dargestellt. Hierfür wurden für die *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* drei Kategorien gebildet: *niedrig* (0 bis 10: $n = 74$), *mittel* (11 bis 20: $n = 14$) und *hoch* (> 20 : $n = 32$). Es zeigte sich, dass der Zusammenhang zwischen *CSA* und der *Anzahl an STIs* stärker bei Patient:innen mit einer *hohen* (rote Linie) als bei jenen mit einer *mittleren Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen* (blaue Linie) war. Bei Personen mit einer *niedrigen Anzahl an Sexualpartner:innen* (grüne Linie) war kein Zusammenhang zwischen *CSA* und *STIs* festzustellen.

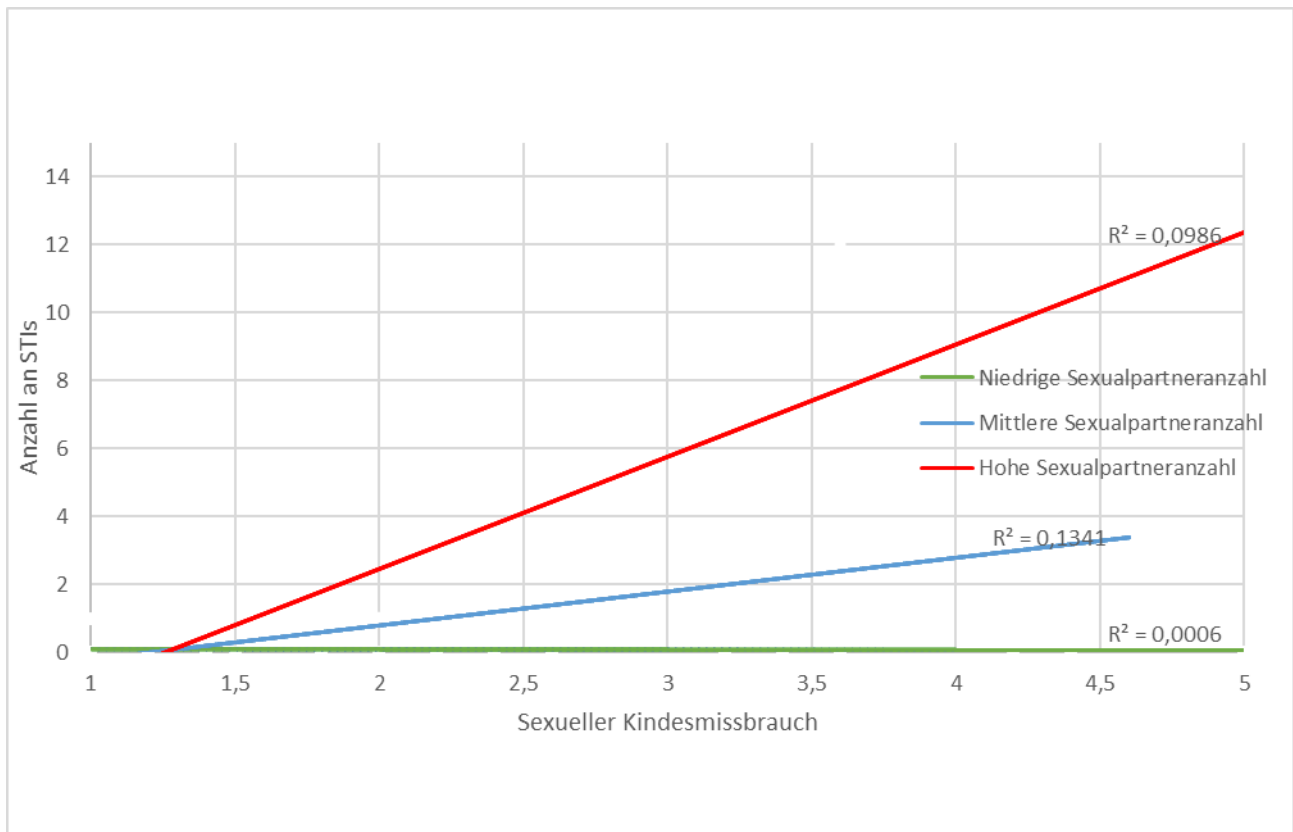


Abbildung 44. Zusammenhang zwischen CSA und Anzahl an STIs moderiert durch Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen (niedrig, mittel, hoch).

Moderation von CSA und STIs durch Bestehen auf Verhütung

Weiterhin wurde überprüft, ob die Variable *Bestehen auf Verhütung beim Geschlechtsverkehr* den Zusammenhang zwischen CSA und der *Anzahl an STIs* moderiert (Tabelle 15). Es bestand keine Multikollinearität zwischen den unabhängigen Variablen und es lag keine Autokorrelation vor (Durbin-Watson-Test: $2,2 < 2,5$). Anhand des Histogramms zeigte sich, dass die Voraussetzungen der Normalverteilung der Fehlerterme sowie die Homoskedastizität der Residuen verletzt waren. Wie im oberen Abschnitt beschrieben, wurde trotz der Verletzung der Voraussetzungen eine hierarchische multiple Regressionsanalyse gerechnet, deren Ergebnisse eingeschränkter interpretierbar sind.

Auch hierbei wurden die Variablen *Alter* und *Geschlecht* nicht kontrolliert, da kein signifikanter Zusammenhang mit der *Anzahl an STIs* bestand. Nach Kontrolle des *Hauptschulabschlusses* in Modell 1 wurden CSA, *Bestehen auf Verhütung beim Geschlechtsverkehr* (als Dummy-Variable) sowie die *Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen* (wie im vorherigen Kapitel) im zweiten Schritt in das Regressionsmodell aufgenommen. Im dritten Schritt wurde der Interaktionsterm aus den beiden zentrierten Variablen in das Modell eingefügt. Tabelle 15 ist zu entnehmen, dass das Regressionsgewicht des Interaktionsterms aus CSA und *Bestehen auf Verhütung* signifikant wurde [$\beta = -0,25$; $t(109) = -2,64$; $p = 0,01$]. Durch den Interaktionsterm konnten 5,5 % an zusätzlicher Varianz

in der *Anzahl an STIs* erklärt werden. Dies bestätigt die Hypothese, dass die Variable *Bestehen auf Verhütung beim Geschlechtsverkehr* den Zusammenhang von *CSA* und der *Anzahl an STIs* moderiert [$F(5, 104) = 4,77; p < 0,001$]. Das Modell 3 hatte mit einem $R^2 = 0,19$ (korrigiertes $R^2 = 0,15$) eine mittlere Effektstärke (Cohen, 1988).

Tabelle 15

Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl an STIs durch CSA und Bestehen auf Verhütung beim Geschlechtsverkehr

| Prädiktoren | Anzahl an STIs | | |
|--|----------------|----------|----------|
| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 |
| Hauptschulabschluss | 0,20* | 0,19* | 0,19* |
| CSA | | 0,21* | 0,19* |
| Bestehen auf Verhütung | | -0,04 | -0,12 |
| Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen | | 0,18* | 0,22* |
| CSA x Bestehen auf Verhütung | | | -0,25** |
| ΔR^2 | 0,04 | 0,09 | 0,05 |
| ΔF | 4,64* | 3,65* | 7,00** |
| R^2 | 0,03 | 0,10 | 0,15 |
| F | 4,64* | 3,98** | 4,77*** |

Anmerkung: $N = 119$. Die Koeffizienten in jeder Spalte sind standardisierte β -Gewichte. R^2 : korrigiertes R-Quadrat. * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$.

Abbildung 45 ist zu entnehmen, dass Patient:innen mit höherer Ausprägung im *CSA* eine umso höhere *Anzahl an STIs* aufwiesen, wenn sie *nicht oder nur teilweise auf Verhütung beim Sex* bestanden (rote Linie). Bei *Bestehen auf Verhütung* (blaue Linie) hingegen fiel die *Anzahl an STIs* bei gleicher Ausprägung im *CSA* niedriger aus, was auch an der Höhe des Bestimmtheitsmaßes R^2 ersichtlich wird.

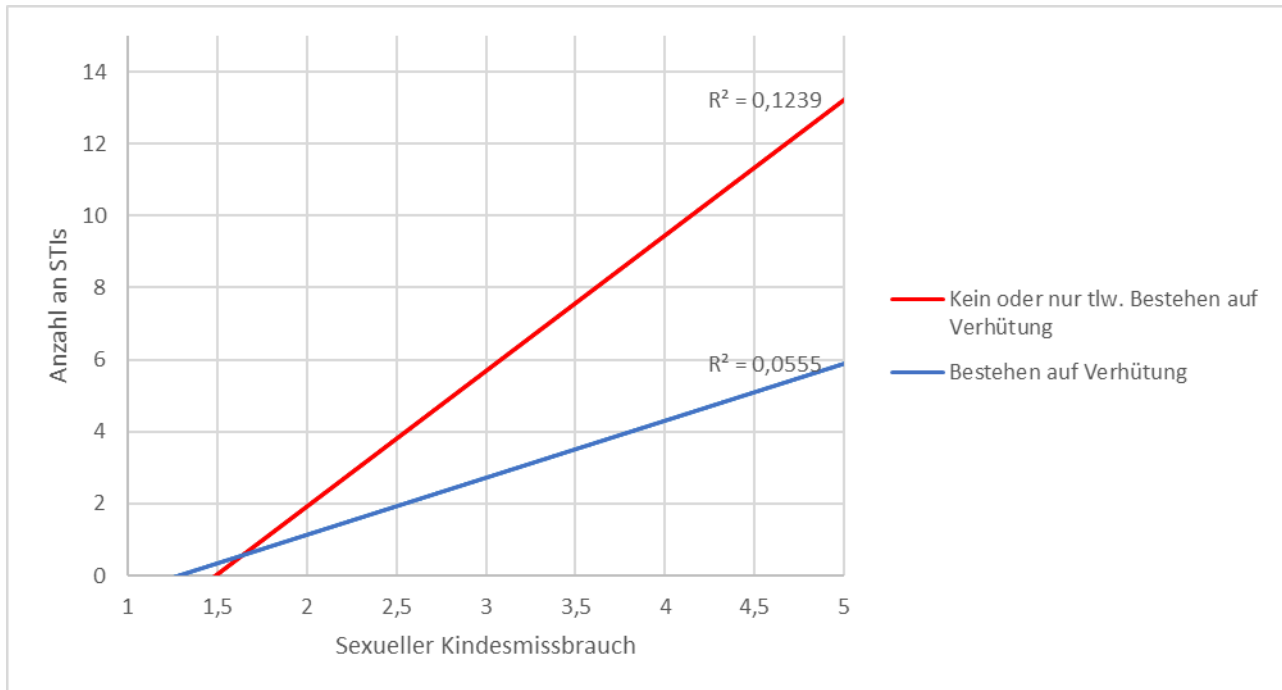


Abbildung 45. Zusammenhang zwischen CSA und Anzahl an STIs moderiert durch Bestehen auf Verhütung beim Geschlechtsverkehr.

Moderation von CSA und STIs durch Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten

Außerdem wurde vermutet, dass der Zusammenhang zwischen CSA und der Anzahl an STIs durch das *Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten* moderiert wird. Diesmal wurden zusätzlich *ungeschützter Geschlechtsverkehr* ($r = -0,26$; $p = 0,01$) und *Prostitution* ($r = 0,20$; $p = 0,03$) in die Regression aufgenommen, da diese mit der Anzahl an STIs ebenso in einem linearen Zusammenhang standen. Es lagen weder Multikollinearität noch Autokorrelation der Residuen vor (Durbin-Watson-Statistik: $2,1 < 2,5$). Wie im Histogramm ersichtlich wurde, war die Normalverteilung der Residuen gegeben. Das Streudiagramm sowie der Breusch-Pagan-Test ($p < 0,001$) schlossen das Vorliegen von Homoskedastizität aus. Dennoch wurde auch hier eine hierarchische multiple Regressionsanalyse gerechnet, deren Ergebnisse eingeschränkter interpretierbar sind.

Nach Kontrolle des Merkmals *Hauptschulabschluss* sowie der Variablen CSA, Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen und der Dummy-kodierten Variablen *ungeschützter Geschlechtsverkehr*, *Prostitution* und *Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten* in Modell 1 und 2 (Tabelle 16), wurde das Regressionsgewicht des Interaktionsterms in Modell 3 signifikant [$\beta = 1,36$; $t(77) = 4,84$; $p < 0,001$]. Durch den Interaktionsterm konnten 19,3 % an zusätzlicher Varianz in der Anzahl an STIs erklärt werden. Insgesamt verfügte Modell 3 mit einem $R^2 = 0,37$ (korrigiertes $R^2 = 0,32$) über eine mittlere Anpassungsgüte (Cohen, 1988). Dies bestätigte die Annahme, dass eine signifikante Wechselwirkung zwischen CSA und dem *Eingehen von sexuellen Risiken* besteht.

Dies bedeutet, dass die Stärke des Zusammenhangs zwischen Prädiktor CSA und dem Kriterium abhängig von der Ausprägung des Moderators *Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten* ist [$F(6, 76) = 6,49; p < 0,001$].

Tabelle 16

Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl an STIs durch CSA und das Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten

| Prädiktoren | Anzahl an STIs | | |
|--|----------------|-------------------|----------|
| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 |
| Hauptschulabschluss | 0,24* | 0,19 ⁺ | 0,21* |
| CSA | | 0,18 ⁺ | 0,23* |
| Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen | | 0,12 | 0,07 |
| Ungeschützter Geschlechtsverkehr | | -0,17 | -0,15 |
| Prostitution | | 0,13 | 0,15 |
| Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten | | 0,05 | 1,35*** |
| CSA x Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten | | | 1,36*** |
| ΔR^2 | 0,06 | 0,12 | 0,19 |
| ΔF | 4,88* | 2,35* | 23,43*** |
| R^2 | 0,04 | 0,12 | 0,32 |
| F | 4,88* | 2,84* | 6,49*** |

Anmerkung: $N = 119$. Die Koeffizienten in jeder Spalte sind standardisierte β -Gewichte. R^2 : korrigiertes R-Quadrat. ⁺ $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

3.9 Prädiktoren für sexuellen Missbrauch im Erwachsenenalter

Zur Überprüfung der Hypothese, dass Patient:innen, die von CSA betroffen waren, auch häufiger sexuellen Missbrauch im Erwachsenenalter (ASA), d.h. sexuelle Reviktimisierung erlitten haben, wurde erneut ein t-Test durchgeführt. Die Patient:innen mit CSA wiesen dabei signifikant höhere Werte auf der Skala ASA auf ($M = 2,51; SD = 1,18$) als die Patient:innen ohne CSA ($M = 1,51; SD = 0,65$) [$t(105) = 5,84; p < 0,001$]. Die Effektstärke betrug $r = 0,49$, was einem mittleren bis großen Effekt entspricht. Damit kann die Hypothese bestätigt werden.

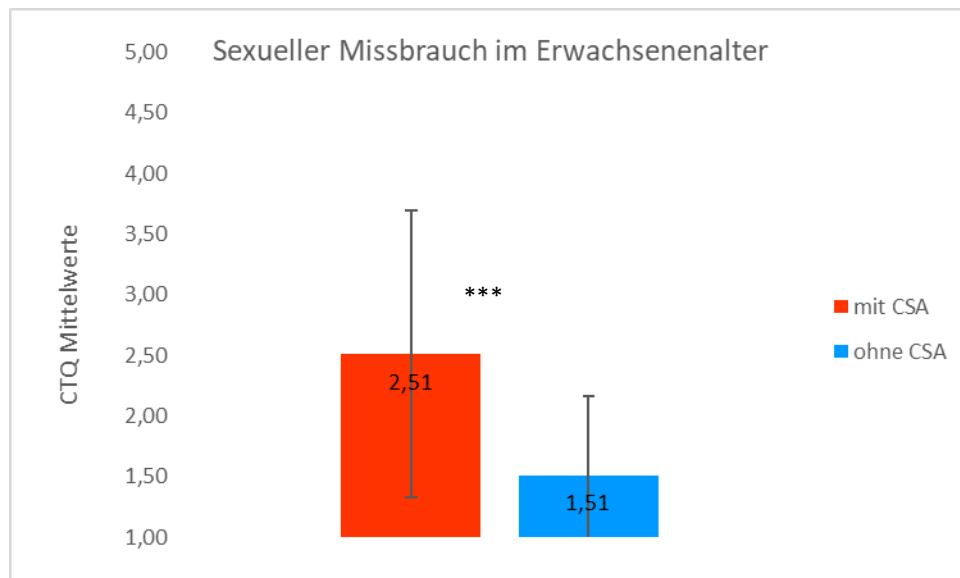


Abbildung 46. Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen von ASA bei BPS-Patient:innen mit und ohne CSA. Anmerkung: *** $p < 0,001$.

Auch mithilfe einer linearen Regressionsanalyse konnte gezeigt werden, dass durch die Ausprägung von CSA 27,1 % der Varianzunterschiede im Kriterium ASA vorhergesagt werden konnten [$\beta = 0,53$; $F(1, 109) = 41,92$; $p < 0,001$].

Die Voraussetzung des linearen Zusammenhangs zwischen den Prädiktoren und dem Kriterium war erfüllt. Da *Alter* und *Bildungsabschluss* nicht mit ASA in Zusammenhang standen, wurde die Variable nicht in der Regression berücksichtigt. Es bestand keine Multikollinearität zwischen den unabhängigen Variablen. Das Histogramm und das P-P-Diagramm der standardisierten Residuen zeigten, dass normalverteilte Residuen vorlagen. Das Streudiagramm wies keine Clusterbildung auf, was für die Unabhängigkeit der Residuen sowie für Homoskedastizität sprach. Dass keine Autokorrelation bestand, wurde auch mit der Durbin-Watson-Statistik ($2,1 < 2,5$) bestätigt. Somit waren die Voraussetzungen einer hierarchischen multiplen Regressionsanalyse erfüllt, deren Ergebnisse in *Tabelle 17* zusammengefasst sind. Im ersten Schritt wurden *Geschlecht*, *Borderline- und PTBS-Symptomatik* als Kontrollvariablen, im zweiten CSA und im dritten Schritt ZSV in das Regressionsmodell eingefügt. In Modell 1 trug nur die PTBS-Symptomatik ($\beta = 0,29$) signifikant zur Vorhersage von ASA bei [$t(110) = 2,77$; $p = 0,01$]. Durch das 1. Modell konnten 15,6 % der Varianz im Kriterium erklärt werden. Nach Hinzunahme der Variable CSA im 2. Modell ergab sich eine zusätzliche Varianzaufklärung von 16,0 % auf insgesamt 31,4 % (korrigiertes R^2). Die Variable ZSV konnte weitere 3,3 % der Veränderung im Kriterium ASA aufklären. Insgesamt konnten die Prädiktoren im 3. Modell ASA signifikant vorhersagen [$F(5, 108) = 12,81$; $p < 0,001$]. Modell 3 hat mit

einem $R^2 = 0,37$ (korrigiertes $R^2 = 0,34$) eine hohe Anpassungsgüte und damit starke Varianzaufklärung (Cohen, 1988).

Tabelle 17

Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage von ASA durch CSA und ZSV

| Prädiktoren | ASA | | |
|------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 |
| Geschlecht | 0,14 | 0,95 | 0,15 ⁺ |
| Borderline-Symptomatik | 0,13 | -0,07 | -0,07 |
| PTBS-Symptomatik | 0,29 ^{**} | 0,19 ⁺ | 0,15 |
| CSA | | 0,49 ^{***} | 0,46 ^{***} |
| ZSV | | | 0,20 [*] |
| ΔR^2 | 0,18 | 0,16 | 0,03 |
| ΔF | 7,98 ^{***} | 26,38 ^{***} | 5,76 [*] |
| R^2 | 0,16 | 0,31 | 0,34 |
| F | 7,98 ^{***} | 13,96 ^{***} | 12,81 ^{***} |

Anmerkung: $N = 114$. Die Koeffizienten in jeder Spalte sind standardisierte β -Gewichte. R^2 : korrigiertes R-Quadrat.

⁺ $p < 0,10$; ^{*} $p < 0,05$; ^{**} $p < 0,01$; ^{***} $p < 0,001$.

Um nach Baron und Kenny (1986) von einer Mediation zu sprechen, müssen folgende Kriterien erfüllt sein: Als Grundvoraussetzungen müssen Prädiktor, Mediator und Kriterium jeweils signifikant miteinander korrelieren, was erfüllt war (Tabelle 11). Im Modell 1 wurde geprüft, ob es einen direkten Effekt vom Prädiktor auf das Kriterium gibt. Wie in Abbildung 47 dargestellt, war Pfad c signifikant ($\beta = 0,29^{**}$). Zweitens muss ein signifikanter Effekt des Prädiktors auf den Mediator vorliegen, d.h. Pfad a muss signifikant werden, was der Fall war ($\beta = 0,42^{***}$). Drittens muss es einen signifikanten Effekt des Mediators auf das Kriterium geben, unter Kontrolle des Prädiktors (Pfad b: $\beta = 0,49^{***}$), was erfüllt war. In Modell 4 wird geprüft, ob der Pfad c', d.h. der Effekt zwischen Prädiktor und Kriterium nach Aufnahme des Mediators nicht mehr signifikant ist (vollständige Mediation) oder seine Signifikanz verringert (partielle Mediation). Nach Aufnahme der Variable CSA reduzierte sich das Regressionsgewicht auf $\beta = 0,19$, was keinem signifikanten Zuwachs an Varianzaufklärung mehr entspricht ($p = 0,05$). Mithilfe des Sobel-Tests (Bühner & Ziegler, 2009) wurde bestätigt, dass der indirekte Pfad a · b signifikant war [$t(117) = 3,70$; $p < 0,001$]. Somit lag eine vollständige Mediation vor in dem Sinne, dass der Zusammenhang zwischen der PTBS-Symptomatik und ASA durch CSA vermittelt, d.h. „verursacht“ wurde.

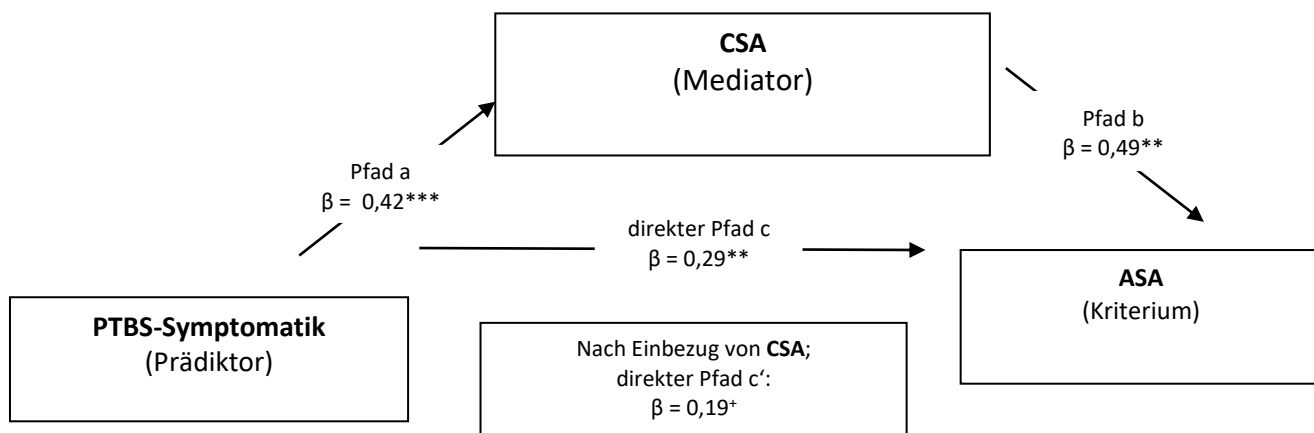


Abbildung 47. Überprüfung des Vorliegens einer Mediation des Zusammenhangs zwischen PTBS-Symptomatik und ASA durch CSA. Anmerkung $+p < 0,10$; $*p < 0,05$; $**p < 0,01$; $***p < 0,001$.

Vorhersage von ASA durch weitere Prädiktoren

Da insgesamt noch weitere Variablen mit ASA in einem Zusammenhang standen, wurde explorativ überprüft, ob sich die Varianz im Kriterium durch Hinzunahme weiterer Prädiktoren verbessert. So wurden nach Kontrolle von *Geschlecht*, *Borderline-Symptomatik* sowie CSA im zweiten Schritt die Prädiktoren *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr*, *Dissoziation beim Sex* und *ZSV* in das Regressionsmodell eingefügt (Tabelle 18). Während durch das 1. Modell 29,4 % an Varianz erklärt werden konnten, waren es im 2. Modell durch die drei weiteren Prädiktoren 9,9 % an zusätzlicher Varianz. Modell 2 hatte mit $R^2 = 0,39$ (korrigiertes $R^2 = 0,35$) nach Cohen (1988) eine hohe Effektstärke. Abgesehen von den Prädiktoren *Geschlecht* und *Borderline-Symptomatik*, leisteten sowohl CSA ($\beta = 0,41$; $p < 0,001$), *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr* ($\beta = -0,18$; $p = 0,03$), *Dissoziation beim Sex* ($\beta = 0,17$; $p = 0,04$) als auch *ZSV* ($\beta = 0,21$; $p = 0,01$) einen signifikanten Beitrag in der Vorhersage von ASA [$F(6, 97) = 10,44$; $p < 0,001$].

Tabelle 18

Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage von ASA durch CSA, Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, Dissoziation beim Sex und ZSV

| Prädiktoren | ASA | |
|--------------------------------------|----------------------|----------------------|
| | Modell 1 | Modell 2 |
| Geschlecht | 0,12 | 0,16 [†] |
| BSL-23 | -0,03 | -0,06 |
| CSA | 0,53 ^{***} | 0,41 ^{***} |
| Alter beim ersten Geschlechtsverkehr | | -0,18 [*] |
| Dissoziation beim Sex | | 0,17 [*] |
| ZSV | | 0,21 [*] |
| ΔR^2 | 0,29 | 0,10 |
| ΔF | 13,86 ^{***} | 5,25 ^{**} |
| R^2 | 0,27 | 0,35 |
| F | 13,86 ^{***} | 10,44 ^{***} |

Anmerkung: $N = 114$. Die Koeffizienten in jeder Spalte sind standardisierte β -Gewichte. R^2 : korrigiertes R-Quadrat. [†] $p < 0,10$; ^{*} $p < 0,05$; ^{**} $p < 0,01$; ^{***} $p < 0,001$.

3.10 Einfluss von Corona auf die Sexualität

Am Ende der Befragung wurden die Teilnehmer:innen darum gebeten, den Einfluss der Corona-Pandemie auf ihre Paarsexualität¹⁵ einzuschätzen. Bei den Fragen waren Mehrfachantworten möglich, was erklärt, weshalb die Häufigkeit ($n = 129$ bzw. $n = 179$) etwas höher als die jeweilige Stichprobengröße war. Zusammenfassend zeigte sich, dass der Großteil der KG-Teilnehmer:innen genauso viel Sex wie vor der Pandemie (55,5 %) oder mehr Sex mit dem/der festen Partner:in (22,3 %) hatte. Unter den Patient:innen berichteten 36,4 %, genauso viel Sex und 13,2 %, mehr Sex mit dem/der festen Partner:in wie vor der Pandemie gehabt zu haben. Während in der KG niemand angab, weniger Sex in einer festen Partnerschaft auszuüben, waren es unter den Patient:innen 7,7 %. In beiden Gruppen gaben die Teilnehmenden an, weniger (KG: 13,4 %, Patient:innen: 16,3 %) als mehr wechselnde Sexualpartner:innen (KG: 1,7 %, Patient:innen 3,1 %) zu haben als vor der Pandemie. Überhaupt keinen Sex mehr hatten 7,0 % der Patient:innen und 3,4 % der KG-Teilnehmer:innen. Es berichteten 16,3 % der Patient:innen und 3,9 % der KG-Teilnehmer:innen, unabhängig von Corona sexuell nicht aktiv gewesen zu sein.

¹⁵ Solosexualität wurde hierbei nicht abgefragt.

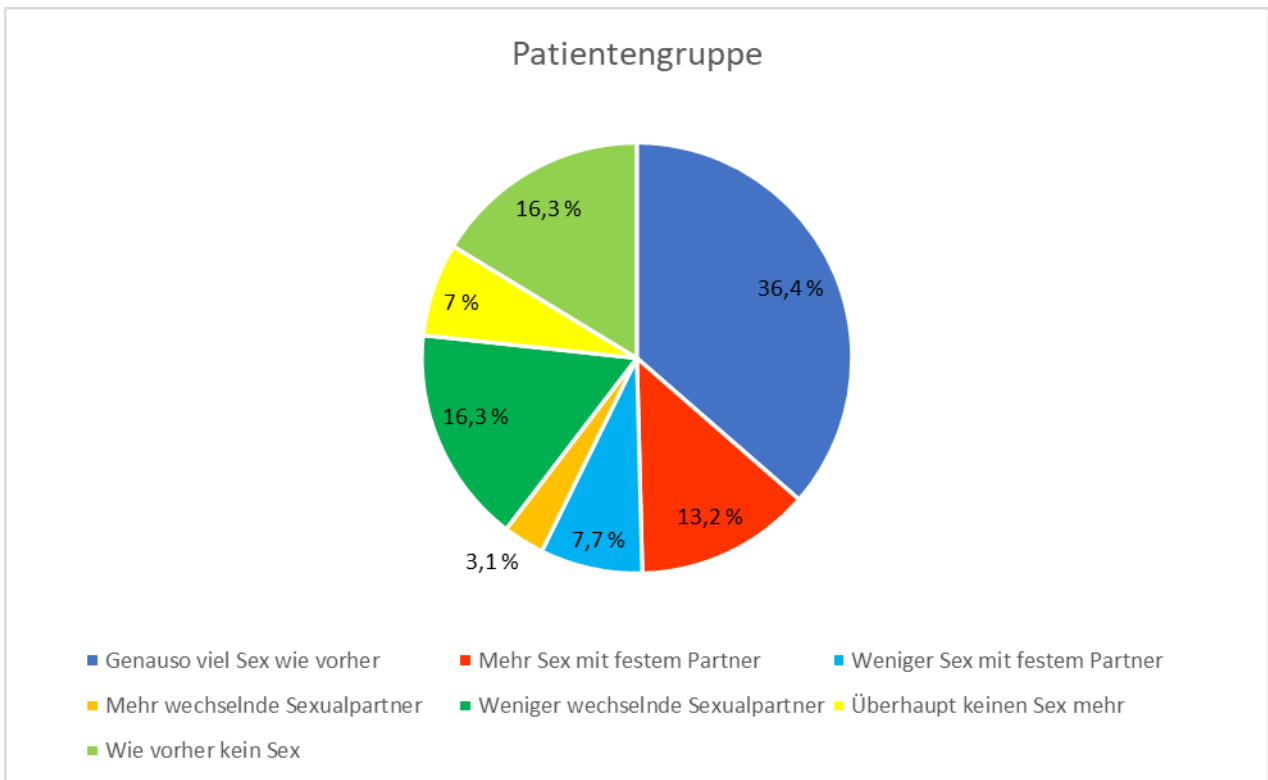


Abbildung 48. Subjektiv beschriebener Einfluss von Corona auf die Häufigkeit sexueller Aktivitäten bei BPS-Patient:innen (N = 129).

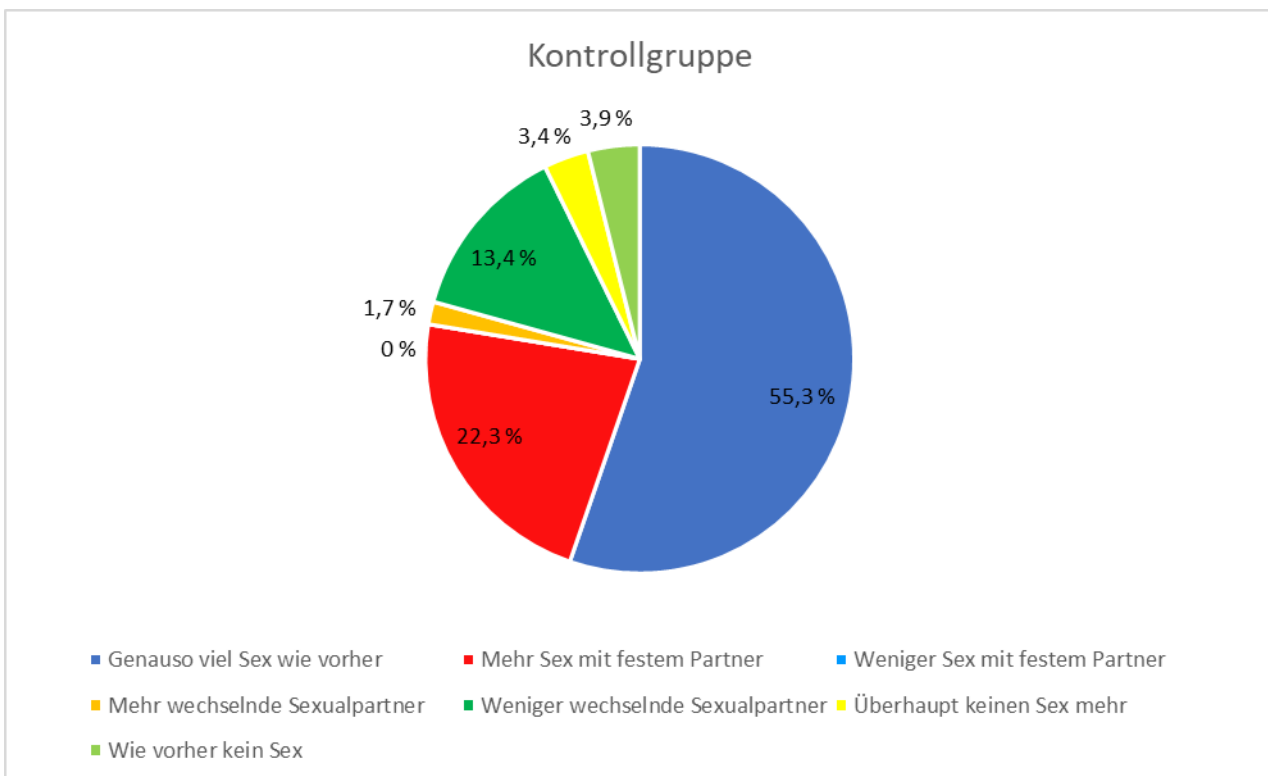


Abbildung 49. Subjektiv beschriebener Einfluss von Corona auf die Häufigkeit sexueller Aktivitäten bei KG-Teilnehmer:innen (N = 179).

In *Abbildung 50* sind die Unterschiede in den Häufigkeiten der sexuellen Aktivitäten zwischen Patient:innen und KG-Teilnehmer:innen nochmals einander gegenübergestellt.

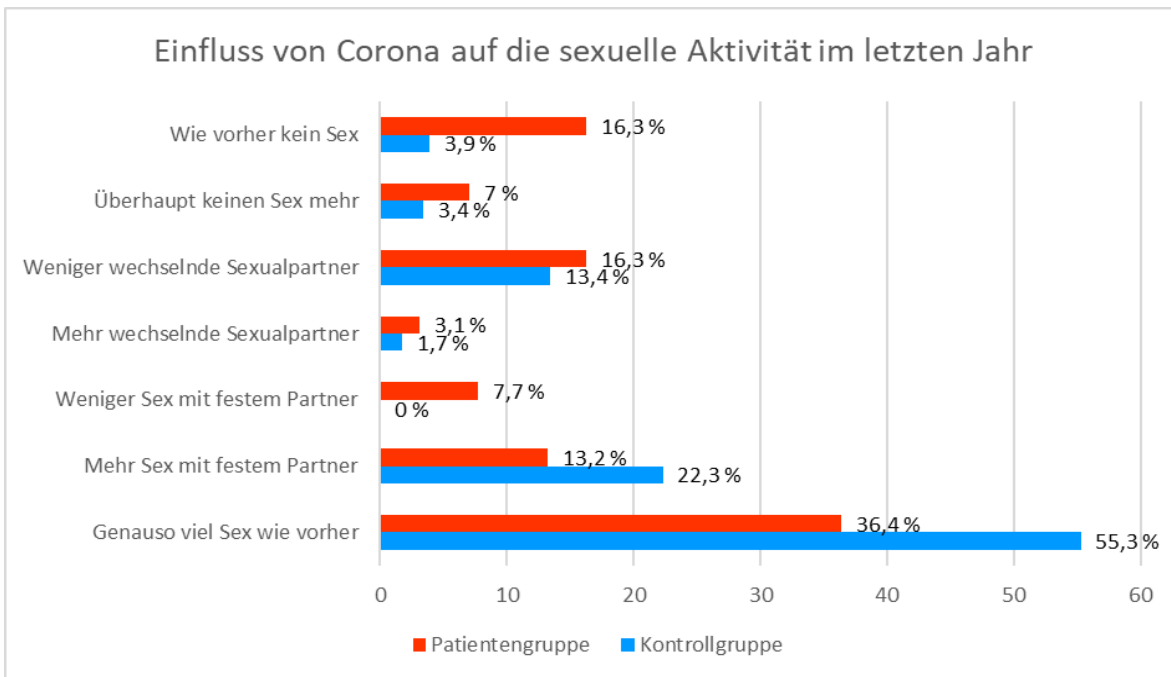


Abbildung 50. Einfluss von Corona auf die sexuelle Aktivität im letzten Jahr bei Patient:innen ($N = 129$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 179$).

Bei 72,0 % der Patient:innen gab es durch die Pandemie keine Veränderungen hinsichtlich ungeschütztem Geschlechtsverkehr, 18,3 % hatten seltener und 9,7 % häufiger ungeschützten Sex. Bei 75,8 % der Teilnehmer:innen der KG gab es keine Veränderungen im ungeschützten Geschlechtsverkehr, während 13,1 % häufiger und 11,1 % seltener beim Sex verhüteten.

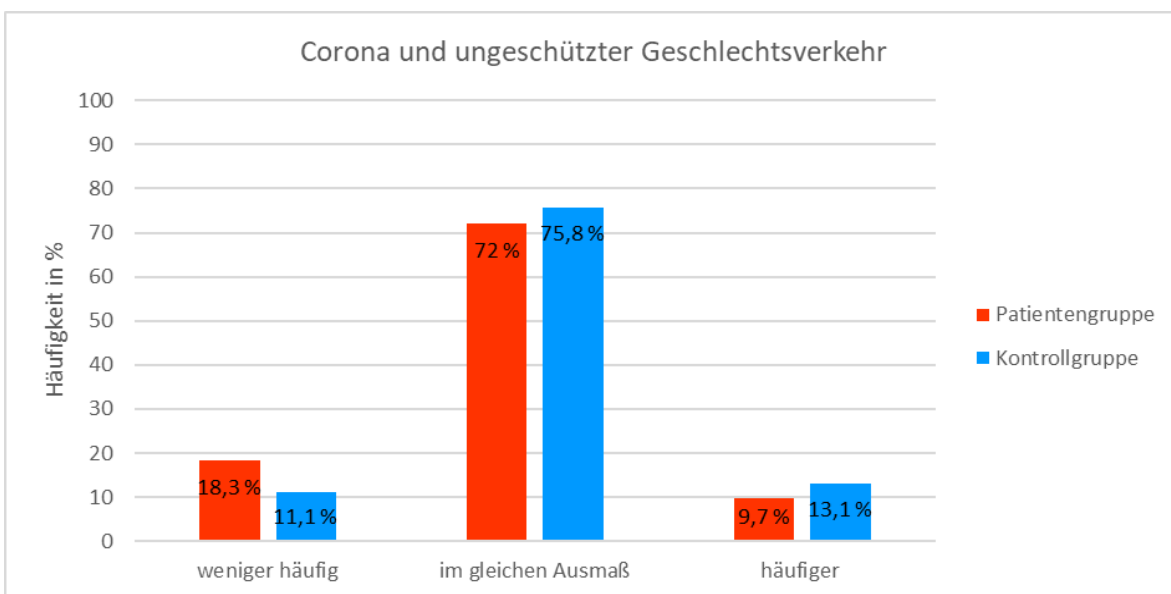


Abbildung 51. Corona und ungeschützter Geschlechtsverkehr bei BPS-Patient:innen ($N = 120$) und KG-Teilnehmer:innen ($N = 172$).

Von den Patient:innen gaben 67,1 % an, dass sie Internetpornographie in gleichem Ausmaß¹⁶ konsumierten, während sich der Konsum bei 20,0 % erhöhte und bei 12,9 % reduzierte. In der KG gaben 73,4 % an, nichts an ihrem Verhalten bzgl. Pornokonsum verändert zu haben (weiterhin nicht vorhanden oder weiterhin gleichermaßen vorhanden). Bei 17,8 % der Probanden kam es zu einer Zunahme des Pornokonsums, bei 8,9 % zu einem Rückgang.

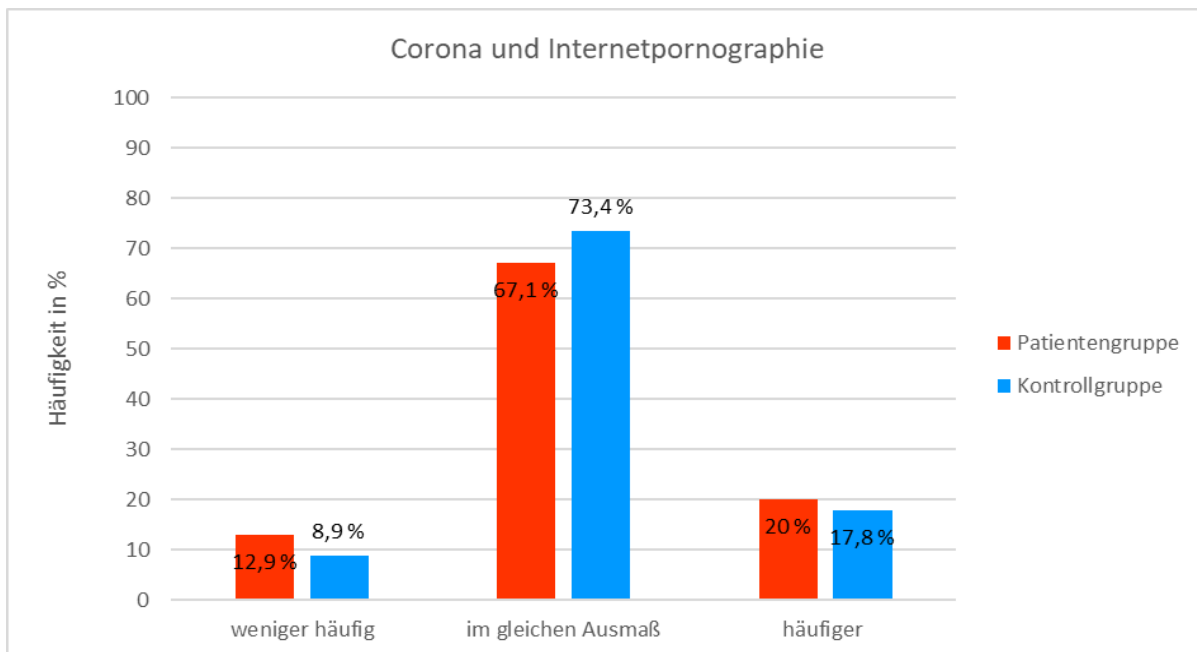


Abbildung 52. Corona und Internetpornographie bei BPS-Patient:innen (N = 120) und KG-Teilnehmer:innen (N = 172).

BDSM wurde von 59,6 % der Patient:innen weiterhin im gleichen Ausmaß praktiziert, während 26,9 % BDSM seltener und 13,5 % häufiger ausübten. Von 81,7 % KG-Teilnehmer:innen wurde BDSM entweder weiterhin nicht oder im gleichen Ausmaß praktiziert. Bei 18,3 % der Personen in der KG kam es zu einem Rückgang der Ausübung von BDSM, bei 3,0 % zu einer Zunahme.

¹⁶ Bei Patient:innen wurde in „gleichem Ausmaß“ nur angegeben, wenn Internetpornographie tatsächlich konsumiert wurde. In der KG bedeutet „in gleichem Ausmaß“ hingegen, dass sich nichts am Verhalten veränderte (entweder weiterhin gleich viel Konsum oder gar kein Konsum).

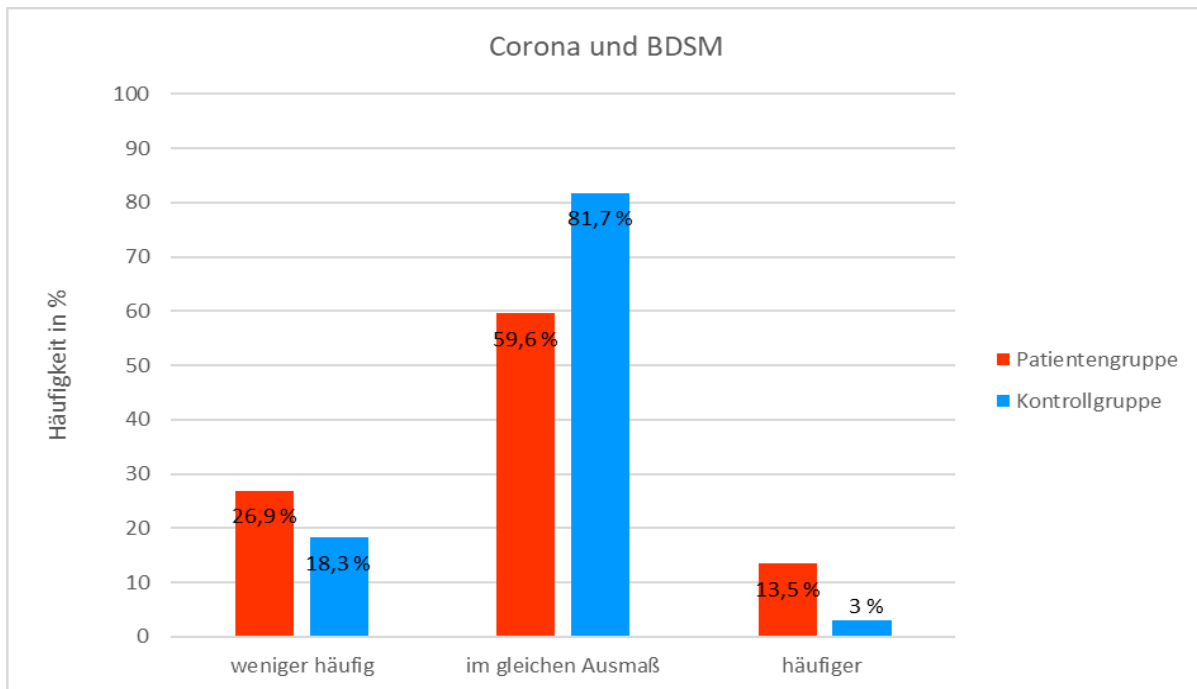


Abbildung 53. Corona und BDSM bei BPS-Patient:innen (N = 120) und KG-Teilnehmer:innen (N = 172).

Von den Patient:innen gaben 20,0 % an, während der Pandemie seltener Sex mit unbekanntem Personen gehabt zu haben, den sie später bereuten, 12,7 % hatten häufiger Sex mit Unbekanntem und bei 67,3 % gab es keine Veränderung. In der KG hatten 17,2 % seltener, 3,0 % häufiger und 79,9 % in gleichem Ausmaß Geschlechtsverkehr mit ihnen unbekanntem Personen.

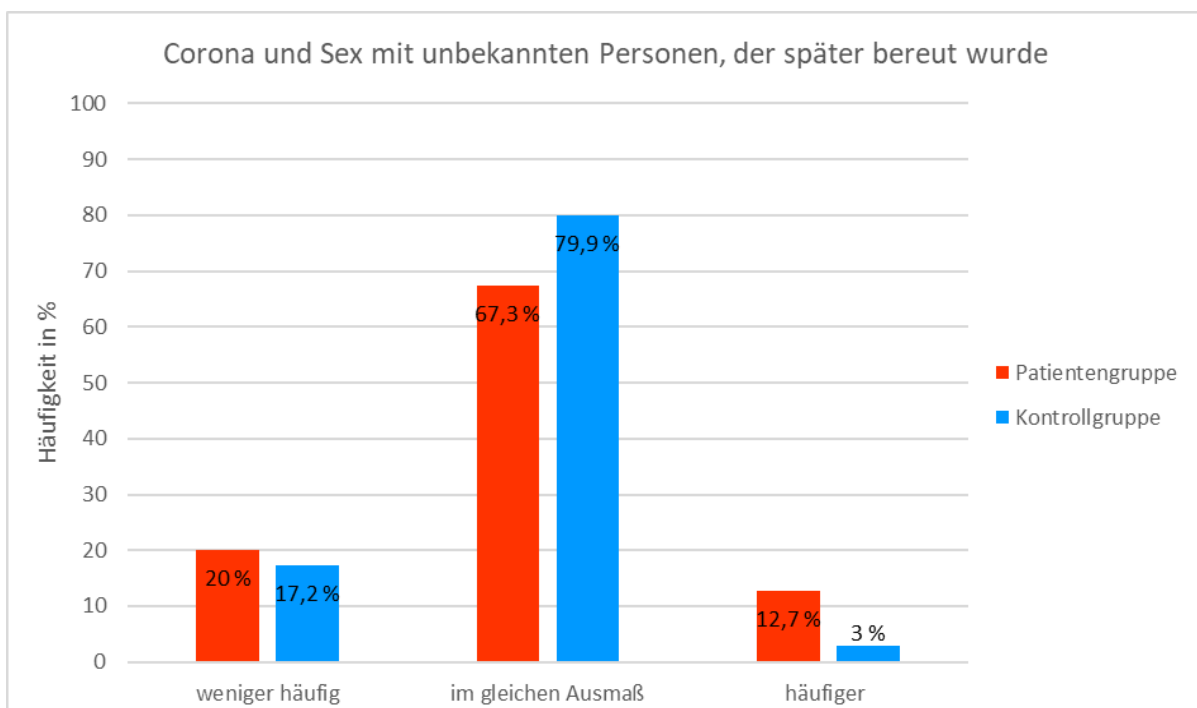


Abbildung 54. Corona und Sex mit unbekanntem Personen, der später bereut wurde bei BPS-Patient:innen (N = 120) und KG-Teilnehmer:innen (N = 172).

Bei 75,0 % der Patient:innen kam Prostitution in gleichem Ausmaß (gar nicht oder weiterhin gleichbleibend), bei 5,0 % häufiger und bei 20,0 % seltener vor. Von den KG-Teilnehmer:innen gaben 85,2 % an, in gleichem Ausmaß (v.a. weiterhin nicht), 1,8 % häufiger und 13,0 % seltener Sex im Gegenzug für Geld anzubieten.

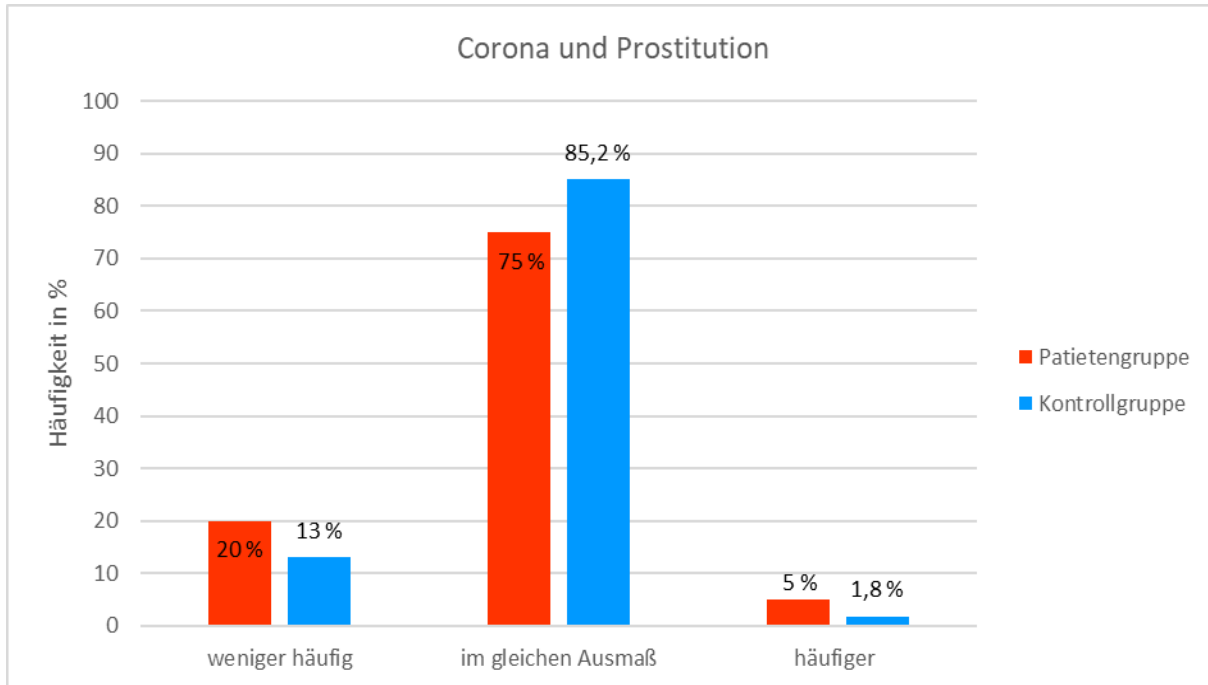


Abbildung 55. Corona und Prostitution bei BPS-Patient:innen (N = 120) und KG-Teilnehmer:innen (N = 172).

4. Diskussion

4.1 Unterschiede zwischen BPS-Patient:innen und KG-Teilnehmerinnen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand u.a. darin, zu untersuchen (1. Hypothese), ob Patient:innen mit BPS im Vergleich zur Normalbevölkerung a) erhöhte Raten an ZSV, b) *SRV* sowie c) einen niedrigeren Grad an *sexueller Selbstbestimmtheit* aufweisen. Hypothese 1 konnte größtenteils bestätigt werden.

So zeigten die Patient:innen mit BPS signifikant mehr ZSV und erfüllten häufiger die Verdachtsdiagnose Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung (CSBD) als die KG-Teilnehmer:innen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Ballester-Arnal et al. (2020), in deren Studie eine BPS häufiger komorbid bei Personen mit CSBD vorkam als bei Proband:innen ohne CSBD. Auch Jardin et al. (2017) konnten in ihrer Untersuchung an 1326 College-Studentinnen zeigen, dass Borderline-Kriterien mit ZSV in Zusammenhang standen.

Im Gesamtwert des SRS waren die Gruppenunterschiede nicht signifikant, d.h. die Hypothese, dass BPS-Patient:innen insgesamt mehr *SRV* aufweisen als die KG, konnte nicht bestätigt werden. Jedoch zeigten die Patient:innen mehr *impulsives sexuelles Verhalten* (SRS-Subskala) als die gesunden Proband:innen, welches unvorhergesehene sexuelle Begegnungen mit einer höheren Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen, die später bereut wurden, umfasst (Turchik & Garske, 2008). Dies stützt die Ergebnisse unterschiedlicher Studien, sowohl mit psychiatrischen als auch mit nicht psychiatrischen Proband:innen. Hier kam promiskuitives Verhalten, d.h. Gelegenheitssex mit unbekanntem Sexualpartner:innen, bei Patient:innen mit BPS häufiger vor als in der jeweiligen KG (Sansone, Chu, et al., 2011; Sansone & Wiederman, 2009; Thompson et al., 2019). Auch auf den SRS-Subskalen *Absicht, riskante Sexualpraktiken auszuüben, riskanter Analsex* sowie *Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten* zeigten die BPS-Patient:innen im Vergleich zur KG erhöhte Werte, jedoch lagen keine signifikanten Unterschiede vor. Dies lässt sich vermutlich in erster Linie auf die geringe Fallzahl pro Subskala zurückführen. Auf der Skala *riskante Sexualpraktiken* zeigten sogar die KG-Teilnehmer:innen erhöhte Werte. Diese Skala umfasst die Häufigkeit von ungeschütztem Vaginal- und Oralsex sowie den Konsum von Alkohol und Drogen während des Geschlechtsverkehrs. Hier fielen insbesondere die hohen Varianzunterschiede in der KG auf, die darauf schließen lassen, dass ein Anteil an KG-Proband:innen in erhöhtem Maße ungeschützten Geschlechtsverkehr hatte. Im SRS wird jedoch nicht berücksichtigt, ob der Sex innerhalb oder außerhalb von festen Beziehungen stattfand, was eine Schwäche des Fragebogens darstellt. Somit machten auch die Teilnehmer:innen, die in festen Beziehungen waren, Angaben zur Häufigkeit von ungeschütztem Sex, welcher jedoch nicht als riskante Sexualpraktik zu verstehen ist.

Außerdem lagen insbesondere auf den Subskalen *riskanter Analsex* und *riskante Sexualpraktiken* hohe Varianzunterschiede in beiden Teilstichproben vor. So fiel bereits bei der Datenauswertung auf, dass sowohl die Patient:innen als auch die KG-Teilnehmer:innen teilweise sehr unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit der jeweiligen sexuellen Aktivität machten. Dies könnte damit erklärt werden, dass die Proband:innen sich nicht an die genaue Anzahl eines bestimmten sexuellen Verhaltens innerhalb der letzten zwölf Monate erinnern konnten und lediglich grobe Schätzungen vornahmen. Teilweise schrieben die Patient:innen auch als Kommentar neben die Items, dass sie die Häufigkeiten nicht wussten oder die Items missverständlich formuliert waren. Dies war z.B. bei einem Item der Subskala *Absicht, riskante Sexualpraktiken auszuüben* („Wie häufig sind Sie in Bars/auf Partys/soziale Veranstaltungen gegangen, mit der Absicht, „jemanden aufzureißen“ und sich auf sexuelle Aktivitäten einzulassen, aber keinen Sex zu haben?“) der Fall. Folglich kamen, je nach Interpretation der Frage, unterschiedliche Antworten zustande.

Weiterhin zeigte sich deskriptiv, dass die Borderline-Patient:innen *jünger beim ersten Sex* waren als die KG, jedoch waren die Gruppenunterschiede nicht inferenzstatistisch signifikant. So ergeben sich in der bisherigen Literatur zur sexuellen Frühreife, d.h. dem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, welches oft als weiteres Kriterium für sexuelle Impulsivität definiert wird (Frias et al., 2016), unterschiedliche Befunde: Während Sansone et al. (2008) sowie Thompson et al. (2019) zu dem Ergebnis kamen, dass Patientinnen mit BPS im Unterschied zu jenen ohne BPS bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr jünger waren, gab es in einer anderen Untersuchung zum ersten Sex keine Altersunterschiede zwischen den Gruppen (Sansone, Chu, et al., 2011). Hier ist zu beachten, dass in allen drei Stichproben nur Patientinnen berücksichtigt wurden, während die vorliegende Studie auch männliche Borderline-Patienten einschloss.

Aus der Erhebung der *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* ergab sich, dass die Borderline-Patient:innen zwar mit einer größeren Zahl unverbindlicher Sexualpartner:innen Geschlechtsverkehr hatten als die KG, jedoch waren die Unterschiede nicht signifikant. Deskriptiv stehen die Resultate damit im Einklang mit vorherigen Befunden, wonach BPS-Patient:innen mehr unverbindliche Sexualpartner:innen haben als Erwachsene ohne BPS-Diagnose (Sansone, Lam, et al., 2011; Tull et al., 2011). Die fehlende Signifikanz lässt sich erneut vermutlich durch die geringere Stichprobengröße im Vergleich zu den Vorbefunden erklären.

Im Gegensatz zu den ledigen gesunden Proband:innen kam *ungeschützter Geschlechtsverkehr* bei den ledigen Patient:innen etwas häufiger vor, jedoch war der Unterschied nicht signifikant. In einer Studie mit 403 Jugendlichen, d.h. einer größeren Fallzahl, war die Diagnose BPS mit dem Nichtgebrauch von Kondomen assoziiert (Lavan & Johnson, 2002). Entsprechend der Annahme

bestanden die Patient:innen seltener auf Verhütung als die Teilnehmer:innen der KG. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Thompson et al. (2019) in ihrer Studie mit weiblichen BPS-Patientinnen im Vergleich zu gleichaltrigen Peers ohne BPS: Diese konnten zeigen, dass weibliche Borderline-Patientinnen, bezogen auf ihre erste sexuelle Erfahrung, seltener verhüteten und sich tendenziell häufiger zu teils ungeschütztem Sex drängen ließen, auch wenn sie diesen gar nicht wollten.

Ebenso deutete sich zwar an, dass die Patienten- im Vergleich zur Kontrollgruppe im Laufe ihres Lebens insgesamt häufiger an einer *STI* erkrankten und im Mittel mehrere *STIs* diagnostiziert bekamen, jedoch verfehlten die Gruppenunterschiede das Niveau der statistischen Signifikanz. Auch andere Studien konnten nicht inferenzstatistisch zeigen, dass BPS-Patientinnen häufiger wegen *STIs* in Behandlung waren als jene ohne BPS (Sansone et al., 2008; Sansone, Chu, et al., 2011). Thompson et al. (2019) kamen zwar zu dem Ergebnis, dass der allgemeine Gesundheitszustand, u.a. gemessen am Alkohol- und Zigarettenkonsum, der BPS-Patientinnen im Vergleich zu den gesunden Probandinnen schlechter war, jedoch lagen in dieser Stichprobe keine Unterschiede in der Anzahl an *STIs* vor.

Wenngleich es unter den BPS-Patientinnen insgesamt eine höhere *Anzahl an ungeplanten Schwangerschaften* gab als bei den Frauen der KG, war der Anteil an ungeplanten Schwangeren sogar in der KG marginal höher als bei den Patientinnen. Die Ergebnisse sind damit nicht konsistent mit den Befunden von De Genna et al. (2012), die einen höheren Anteil an ungeplanten Schwangerschaften bei Patientinnen mit BPS identifizierten. Deren KG bestand jedoch aus Patientinnen mit einer Achse-I-Störung und nicht aus vornehmlich psychisch gesunden Frauen.

Die Hypothese, dass die Lebenszeitprävalenz für *Prostitution* unter BPS-Patient:innen höher war als in der KG, konnte bestätigt werden. Dies ist konsistent mit den Befunden von Tull et al. (2011), wonach kommerzieller Sex bei Patient:innen mit Substanzabhängigkeit und komorbider BPS häufiger berichtet wurde als bei Patient:innen ohne BPS.

Im Unterschied zu den Ergebnissen von Connolly (2006), die in ihrer Studie mit 132 *BDSM*-Praktizierenden keine erhöhten Raten einer BPS feststellen konnten, kam *BDSM* unter den BPS-Patient:innen signifikant häufiger vor als in der KG. Insbesondere wurde in der Patienten- im Vergleich zur KG die masochistische Rolle im *BDSM* häufiger ausgeübt, sowohl in den jeweiligen Gesamtgruppen als auch spezifisch nur unter Frauen. *Sexueller Masochismus*, unabhängig von *BDSM*, trat hingegen weder in der gesamten Borderline-Stichprobe noch unter Frauen mit BPS häufiger auf als in der jeweiligen KG. Dies wiederum stützt nicht die Befunde der Studie von Frias et al. (2017), in der Frauen mit BPS zehnmal häufiger unter einer sexuellen masochistischen Störung litten als Frauen mit anderen Persönlichkeitsstörungen. Die Häufigkeit von *sexuellem Masochis-*

mus war sowohl unter Patient:innen ($r = 0,44$; $p < 0,001$) als auch unter KG-Teilnehmer:innen ($r = 0,39$; $p < 0,001$) mit *BDSM* assoziiert. Jedoch ist davon auszugehen, dass *BDSM* sowie masochistische Aktivitäten und Fantasien eher als sexuelle Spielart zu verstehen sind und nicht zwangsläufig mit psychischen Diagnosen in Zusammenhang stehen (Richters et al., 2008).

Des Weiteren konnte bestätigt werden, dass Borderline-Patient:innen einen niedrigeren Grad an *sexueller Selbstbestimmtheit* aufweisen als die KG. Außerdem sprechen die Befunde dafür, dass die Borderline-Patient:innen signifikant häufiger extrinsisch motiviert sind, d.h. deshalb Sex haben, um z.B. Konflikte mit der Partnerperson zu verhindern. Auch Bouchard et al. (2009) kamen zu dem Ergebnis, dass sich Frauen mit BPS häufiger zum Sex gezwungen fühlen, um die sexuellen Bedürfnisse ihres Partners zu erfüllen, was impliziert, dass diese in der Ausübung von Sexualität eher external als intrinsisch motiviert sind. Des Weiteren ergab die Auswertung der Subskala *Introjiert* der Sexual Motivation Scale, dass Sexualität den Patient:innen in höherem Ausmaß der Selbstwert- und Emotionsregulation dient als den Proband:innen der KG. So sind Borderline-Symptome nach Tragesser und Benfield (2012) häufiger mit verschiedenen Strategien assoziiert, Partner:innen über potenzielle schaden- und kostenverursachende sexuelle Strategien wie Verführung oder Unterwerfung an sich zu binden und damit Verlassenwerden zu verhindern.

Zusammenfassend konnte die 1. Hypothese größtenteils bestätigt werden, wenngleich nicht alle Merkmale zu SRV inferenzstatistisch signifikant waren. Unseres Wissens ist dies die erste Studie, die zeigt, dass ZSV unter BPS-Patient:innen häufiger auftritt als in der Normalbevölkerung. Im Einklang mit der bisherigen Literatur konnte nachgewiesen werden, dass BPS-Patient:innen mehr impulsives sexuelles Verhalten aufweisen, sich häufiger in Prostitution begeben und seltener auf Verhütung bestehen als gesunde Proband:innen. Deskriptiv deuten die Befunde weiterhin darauf hin, dass Patient:innen mit einer BPS mehr unverbindliche Sexualpartner:innen haben, verstärkt ungeschützten Geschlechtsverkehr ausüben und eine höhere Anzahl an STIs aufweisen, was sich größtenteils mit den bisherigen Forschungsbefunden deckt. Dass die Ergebnisse nicht signifikant wurden, lässt sich am ehesten damit erklären, dass die Daten auf einer – im Unterschied zum Großteil der Vergleichsstudien – relativ geringen Stichprobengröße von 120 BPS-Patient:innen und 172 KG-Teilnehmer:innen beruhen.

Anders als in bisherigen Befunden kam *BDSM* in der vorliegenden Arbeit bei BPS-Patient:innen häufiger vor als in der Normalbevölkerung; sexueller Masochismus hingegen wurde unter den Patient:innen nicht vermehrt diagnostiziert. Die Hypothese, dass ungeplante Schwangerschaften unter BPS-Frauen häufiger auftraten, konnte im Gegensatz zu bisherigen Befunden nicht gezeigt werden. Die Auswertung der sexuellen Motive bestätigten die Annahme, dass Borderline-

Patient:innen Sexualität weniger aus freien Stücken ausüben, sondern vielmehr aus extrinsischen Gründen, d.h. um die Bedürfnisse der Partnerperson zu befriedigen. Außerdem hat Sex eher die Funktion der Selbstwert- und Emotionsregulation, was bisherige empirische Befunde zu Sexualität von BPS-Patient:innen stützt. Die Ergebnisse zeigen somit deutlich, dass BPS-Patient:innen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zwar häufiger sexuell zwanghaftes, promiskuitives und riskantes Verhalten aufweisen, welches zumeist jedoch nicht als sexuell selbstbestimmtes Verhalten bewertet werden kann. Dies spricht folglich für die These von Hurlbert et al. (1992), wonach Sexualität Betroffenen einer BPS zur Stabilisierung ihres fragilen Selbstwertgefühls sowie zur Regulation unangenehmer Gefühlszustände wie Einsamkeit und innere Leere dient.

4.2 Unterschiede in der Sexualität zwischen BPS-Patient:innen mit und ohne CSA

Die Ergebnisse der 2. Hypothese lassen sich wie folgt zusammenfassen: a) Patient:innen, die CSA erlitten haben, zeigten mehr ZSV als jene ohne sexuelle Missbrauchserfahrungen, jedoch waren die Ergebnisse nicht signifikant. Hier ergaben sich Parallelen zu den Befunden von Noll et al. (2003), denen zufolge Frauen, die von CSA betroffen waren, mehr ZSV wie z.B. mehr Masturbation und exzessiveren Geschlechtsverkehr praktizierten als jene ohne CSA. Auch waren die Schwere des CSA und das Ausmaß an ZSV positiv miteinander assoziiert, was bisherige Forschungsergebnisse, jedoch mit nicht BPS-Populationen, unterstützt (Meyer et al., 2017; Vaillancourt-Morel et al., 2016).

Die Hypothese, dass Patient:innen mit CSA b) mehr SRV zeigen, konnte nur teilweise bestätigt werden. So wiesen die Patient:innen mit CSA erhöhte Raten im *Gesamtscore des SRS* sowie den Subskalen *impulsives sexuelles Verhalten*, *riskanter Analsex*, *riskante Analsexpraktiken* und *Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten* auf, jedoch lag nur beim *impulsiven sexuellen Verhalten* eine Tendenz zur Signifikanz vor. Hier finden sich Ähnlichkeiten zu den Befunden von Zanarini et al. (2002), wonach die Schwere des CSA bei Borderline-Patient:innen positiv mit der Schwere des impulsiven Verhaltens, nicht nur sexueller Natur, assoziiert war. Auch Turniansky et al. (2019) konnten in ihrer Studie mit 78 jugendlichen BPS-Patientinnen zeigen, dass diejenigen, die über mindestens drei Monate sexuellem Kindesmissbrauch ausgesetzt waren, signifikant häufiger sexuell impulsives Verhalten aufwiesen, d.h. sich tendenziell schneller in sexuelle Aktivitäten hineinbegaben, ohne sich der möglichen Konsequenzen bewusst zu sein.

Die Hypothese, dass die BPS-Patient:innen mit CSA *jünger beim ersten Geschlechtsverkehr* waren als diejenigen ohne CSA, konnte nicht bestätigt werden. Wurden jedoch nur die Frauen mit BPS berücksichtigt, waren die Unterschiede signifikant. So kamen auch Hahm et al. (2010) in ihrer Stu-

die mit 700 Frauen zu dem Ergebnis, dass diejenigen, die von CSA betroffen waren, früher im Leben Sex hatten als jene, die keinen CSA erlitten hatten. Allerdings lag hier keine Stichprobe mit BPS-Patientinnen zugrunde. Wie bereits beschrieben, fanden auch Thompson et al. (2019) und Sansone et al. (2008) mehr sexuelle Frühreife bei Borderline-Patientinnen, jedoch wurde hier nicht berücksichtigt, ob diese von CSA betroffen waren. Die Autoren vermuteten jedoch, dass das jüngere Alter beim ersten Geschlechtsverkehr unter Borderline-Patientinnen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen zusammenhängen kann.

Die *Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen* war bei den Patient:innen mit CSA deskriptiv etwas höher als bei jenen ohne CSA, jedoch ergaben sich auch hier keine signifikanten Unterschiede. Somit weisen die Ergebnisse die gleiche Richtung auf wie z.B. die Befunde von Fergusson et al. (2013) und Hahm et al. (2010), die zeigten, dass Betroffene von CSA, jedoch keine BPS-Patient:innen, mehr unverbindliche Sexualpartner:innen hatten als jene ohne CSA. Die Studien basierten allerdings auf deutlich höheren Fallzahlen ($n = 900$ und $n = 7576$) als die der vorliegende Untersuchung, was eine Erklärung für die fehlende Signifikanz der Unterschiede ist.

Entgegen der Hypothese kam *ungeschützter Geschlechtsverkehr* bei BPS-Patient:innen mit CSA im Vergleich zu jenen ohne CSA nicht häufiger vor. Dies ist inkonsistent mit den Befunden von Senn et al. (2006), die herausfanden, dass Betroffene von CSA häufiger auf Verhütung beim Sex verzichteten als jene, die keinen CSA erlitten hatten. Allerdings lagen als Stichprobe auch hier keine Patient:innen mit einer BPS, sondern Betroffene einer STI zugrunde. Auch in dem Review von Arriola et al. (2005) gibt es Hinweise auf einen positiven Zusammenhang von CSA und ungeschütztem Geschlechtsverkehr.

Die Hypothese, dass BPS-Patient:innen mit CSA *seltener auf Verhütung bestanden* als diejenigen ohne CSA, wurde bestätigt. Ebenso konnten Stoner et al. (2008) in ihrer Studie zeigen, dass Frauen mit CSA weniger insistierten, beim Sex ein Kondom zu verwenden, wobei hier keine BPS-Patientinnen, sondern Frauen, die unter Alkoholeinfluss standen, untersucht wurden.

Zwar war die *Anzahl an STIs* unter den BPS-Patient:innen mit CSA höher als in der Gruppe ohne CSA, allerdings waren die Unterschiede nicht signifikant, was vermutlich auf die zu geringe Stichprobengröße zurückzuführen ist. Die Befunde stehen tendenziell im Einklang mit den Ergebnissen von z.B. Shamu et al. (2019) ($n = 2042$) und der Metaanalyse von Senn et al. (2008), die ebenfalls erhöhte Raten an HIV und anderen STIs bei Betroffenen von CSA feststellen konnten. Hierbei wurden jeweils deutlich höhere Fallzahlen als in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt.

Es zeichnete sich zwar deskriptiv ab, dass *der Anteil an ungeplanten Schwangerschaften* bei Borderline-Patientinnen mit CSA höher war als bei jenen ohne CSA, jedoch waren die Unterschiede

de nicht signifikant. Dennoch weisen die Ergebnisse die gleiche Tendenz auf wie vorherige Befunde mit höheren Stichprobengrößen, welche allerdings nicht auf Stichproben mit BPS-Patientinnen beruhen. Diesen zufolge sind betroffene Frauen von CSA häufiger ungewollt schwanger als diejenigen, die keine Opfer von CSA geworden sind (Fergusson et al., 2013; van Roode et al., 2009).

Für die Lebenszeitprävalenz von *Prostitution* deuteten sich ebenfalls erhöhte Raten bei den Patient:innen mit CSA an als bei jenen ohne CSA, ebenso, wenn nur die Frauen mit BPS gesondert betrachtet wurden. Jedoch verfehlten die Unterschiede das Niveau der statistischen Signifikanz, was sich vermutlich durch die zu geringe Stichprobengröße erklären lässt. Somit kann nur deskriptiv, jedoch nicht inferenzstatistisch, wie beispielsweise von Steel und Herlitz (2005) sowie Hahm et al. (2010) gezeigt, bestätigt werden, dass Frauen, die in der Kindheit sexuell missbraucht wurden, später häufiger Sex im Gegenzug für Geld anbieten. Umgekehrt trat in der vorliegenden Studie bei 75 % der Frauen, die angaben, sich bereits in Prostitution begeben zu haben, CSA auf. Dies ist konform mit den Befunden einer Untersuchung, in der 73 % der (Ex-)Prostituierten von CSA betroffen waren Bagley und Young (1987).

Die Hypothese, dass *BDSM* unter BPS-Patient:innen mit CSA häufiger vorkommt als bei jenen ohne CSA, konnte nicht bestätigt werden. Die Befunde stützen die Ergebnisse einer repräsentativen australischen Studie, in der kein signifikanter Zusammenhang zwischen CSA und der Ausübung von *BDSM* im Erwachsenenalter gefunden werden konnte (Richters et al., 2008). Die Mehrheit der *BDSM* ausübenden Patient:innen in der vorliegenden Arbeit war weiblich und der Großteil übte die passive/masochistische Rolle aus. Diese kam bei jenen, die von CSA betroffen waren, etwas häufiger vor als bei jenen ohne Vorgeschichte eines CSA, wobei es auch hier keine signifikanten Unterschiede gab.

Es zeigte sich die Tendenz, dass sexueller Masochismus, insbesondere bei von CSA betroffenen Frauen mit BPS, häufiger vorlag. Ebenso kamen Abrams et al. (2022) sowie Hopkins et al. (2016) zu dem Ergebnis, dass CSA und sadomasochistische Tendenzen miteinander assoziiert sind. In einer Studie mit klinischen Fällen wurde zudem angemerkt, dass die Frauen, die in der Kindheit sexuell missbraucht wurden, neben sexuellem Masochismus auch häufiger von BPS betroffen waren (Abrams & Stefan, 2012). Insgesamt kann zusammengefasst werden, dass masochistische Tendenzen und *BDSM* zwar mit traumatischen Erlebnissen in Verbindung stehen können, jedoch keinesfalls als pathologisch oder SRV zu bewerten sind (Richters et al., 2008; Sprott & Hadcock, 2017). Für Betroffene von sexueller Gewalt in der Kindheit kann die Ausübung von *BDSM* allerdings eine Möglichkeit darstellen, traumatische Erlebnisse besser zu verarbeiten (Kratzer et al., 2021).

Es zeichnete sich zwar ab, dass Patient:innen mit CSA weniger *intrinsische Motive für Sexualität* hatten, d.h. einen *niedrigeren Grad an sexueller Selbstbestimmtheit* aufwiesen als jene, die nicht von CSA betroffen waren, allerdings wurde die Hypothese nicht inferenzstatistisch bestätigt. Außerdem zeigte sich die Tendenz, dass Patient:innen mit CSA Sex häufiger ausüben, um dem/der Partner:in zu genügen (extrinsische Motive) und um das eigene Selbstwertgefühl sowie dysfunktionale Emotionen zu regulieren (introjizierte Motive) als diejenigen ohne CSA, jedoch waren die Gruppenunterschiede auch auf diesen Subskalen nicht signifikant.

Zusammenfassend zeigte sich bei nahezu allen Merkmalen von SRV die Tendenz, dass von CSA betroffene Patient:innen mehr SRV ausüben als Borderline-Patient:innen, die nicht sexuell missbraucht wurden, jedoch lag nur beim Kriterium *Bestehen auf Verhütung* ein signifikanter Unterschied vor. Der niedrigere Grad an *sexueller Selbstbestimmtheit* bei von CSA Betroffenen bei gleichzeitig höheren Werten im *ZSV, impulsiven sexuellen Verhalten*, einer tendenziell höheren *Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen* und *STIs*, unterstützt bisherige Befunde, dass von CSA Betroffene mehr ZSV und SRV ausüben, *obwohl* Sexualität für sie häufiger mit Angst und Aversion verbunden ist (Noll et al., 2011). Außerdem fanden die Autoren heraus, dass weibliche Jugendliche, die in der Kindheit misshandelt wurden, öfters Schwierigkeiten haben, ihre Emotionen, Kognitionen und ihr Verhalten zu regulieren. Dies erhöht in Kombination mit bestimmten sexuellen Stimuli die Wahrscheinlichkeit, sexuellen Impulsen unkontrolliert zu folgen und SRV auszuüben.

4.3 Unterschiede zwischen BPS-Patient:innen mit und ohne CSA in Abhängigkeit von der Schwere der Borderline-Symptomatik

Wenngleich die Ergebnisse der Gruppenunterschiede zwischen BPS-Patient:innen mit oder ohne schweren CSA sowie mit geringer, mittlerer und schwerer Symptombelastung in der BSL-23 keine signifikanten Unterschiede im *SRV* erbrachten, zeichneten sich deskriptiv dennoch im *ZSV* sowie über die verschiedenen Merkmale des *SRVs* hinweg konsistente Trends ab. So wiesen die Patient:innen mit mittlerer und/oder schwerer Borderline-Symptomatik, die gleichzeitig von CSA betroffen waren, ein höheres *ZSV*, mehr *SRV* – gemessen über den *SRS-Gesamtwert* - mehr *impulsives sexuelles Verhalten* und mehr *riskante Sexualpraktiken* auf als Patient:innen mit geringer Borderline-Ausprägung und CSA. Speziell beim *impulsiven sexuellen Verhalten* wurde bei den schwer belasteten Borderline-Patient:innen erkennbar, dass jene mit CSA häufiger sexuell impulsiv handelten als jene ohne CSA. Außerdem lag eine Tendenz zu einem Interaktionseffekt zwischen

CSA und Symptomschwere zwischen Patient:innen mit geringer und schwerer Symptomatik vor, der jedoch das Niveau der statistischen Signifikanz verfehlte.

Bzgl. der Variablen *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr* und *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* schien sich bei Patient:innen mit geringer Belastung ein umgekehrter Effekt bzgl. CSA zu ergeben. Während Patient:innen mit mittlerer und schwerer Symptomatik und gleichzeitigem CSA beim ersten Sex jünger waren und mehr *wechselnde Sexualpartner:innen* hatten als diejenigen ohne CSA, war es bei Patient:innen mit geringer Borderline-Symptomatik umgekehrt: Hier hatten die Patient:innen eher etwas später zum ersten Mal Geschlechtsverkehr und tendenziell weniger *unverbindliche Sexualpartner:innen*, wenn sie in der Kindheit sexuell missbraucht wurden. Zudem hatten die Patient:innen, die gleichzeitig CSA erlitten hatten und schwere Borderline-Symptome aufwiesen, eine höhere *Anzahl an STIs* als jene mit geringer und mittlerer Symptomschwere und als Patient:innen mit schwerer Symptomatik ohne CSA.

Auch hinsichtlich *sexuellem Masochismus* zeigten Patient:innen mit mittlerer und schwererer BSL-23-Ausprägung höhere Werte, wenn CSA vorlag, als jene mit einer geringen Borderline-Symptomatik. Gleichzeitig hatten Patient:innen mit mittlerer Symptombelastung und CSA etwas höhere masochistische Tendenzen als jene ohne CSA, wohingegen wiederum Patient:innen mit niedrigerer Borderline-Symptomatik eher weniger sexuellen Masochismus aufwiesen, wenn sie als Kind sexuell missbraucht wurden. Ebenso konnten Frias et al. (2017) zeigen, dass sexueller Masochismus bei Frauen mit BPS assoziiert war und zehnmal häufiger vorkam als bei jenen mit einer anderen Persönlichkeitsstörung. Zudem waren Frauen mit BPS und sexueller masochistischer Störung häufiger von CSA betroffen. Hier wurde zwar nicht nach Schwere der Borderline-Symptomatik und Vorliegen von CSA (ja/nein) differenziert, jedoch vermuten die Autoren, dass CSA einen Risikofaktor dafür darstellt, komorbid BPS und eine sexuell masochistische Störung zu entwickeln. Die vorliegenden Befunde stützen die These, dass Borderline-Patient:innen, für welche impulsives Verhalten und eine gestörte Emotionsregulationsfähigkeit charakteristisch sind, die in der Vergangenheit sexuellem Missbrauch zum Opfer gefallen sind, vermehrt zu potenziell sexuell selbstschädigendem Verhalten, wie bei sexuellem Masochismus der Fall, neigen (Hill et al., 2015). Auch Hopkins et al. (2016) konnten nachweisen, dass sexuelle Traumatisierung einen Prädiktor für masochistische Tendenzen darstellt.

Insgesamt lassen sich die Ergebnisse so zusammenfassen, dass die Patient:innen, die in der Kindheit sexuell missbraucht wurden *und* eine mittlere bis schwere Borderline-Symptomatik haben, eher zu *ZSV* und *SRV* – operationalisiert durch den *SRS*, das *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr*, die *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* und die *Anzahl an STIs* – sowie zu *sexuellem Maso-*

chismus tendieren als von CSA betroffene Patient:innen mit geringer ausgeprägten Borderline-Symptomen. Somit kann geschlussfolgert werden, dass CSA bei Borderline-Patient:innen nicht zwangsläufig mit mehr sexuellem Risikoverhalten einhergeht, sondern von der Schwere der Borderline-Symptomatik abhängt. Interessanterweise hatte CSA speziell bei den Variablen *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr* und der *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* eher einen gegenteiligen Effekt in dem Sinne, dass die Patient:innen mit geringer Borderline-Symptomatik mehr SRV zeigten, wenn sie als Kind nicht missbraucht wurden. So kann vermutet werden, dass die Patient:innen mit mittlerer und schwerer Symptomatik durch ausgeprägteres impulsives Verhalten auch in der Sexualität impulsiver agieren und traumatische Erlebnisse sowie ihre Emotionen vermehrt über sexuelles Risikoverhalten zu regulieren versuchen (Berner, 2011).

Bei Patient:innen mit niedrigem Schweregrad, die von CSA betroffen sind, zeigt sich womöglich eher die Tendenz zu einem sexuell vermeidenden oder aversiven Verhalten. Dies würde durch die Ergebnisse von Zanarini et al. (2003) gestützt, die in ihrer Studie herausfanden, dass 65 % der weiblichen und 43 % der männlichen BPS-Patient:innen nach sexueller Betätigung häufig symptomatisch reagierten und sexuelle Aktivitäten deshalb aus Angst vor einer Symptomverschlechterung vermieden. Insbesondere kam es bei beiden Geschlechtern dann zu Problemen in oder zu einer gänzlichen Vermeidung der Sexualität, wenn CSA vorlag. Hierbei wurde jedoch nicht unterschieden, wie stark die Borderline-Symptomatik ausgeprägt war.

Was könnten die Gründe für die unterschiedlich hohen Werte im SRV bei von CSA betroffenen Patient:innen mit geringer vs. mittlerer/schwerer Borderline-Symptomatik sein? Eine komorbide PTBS-Diagnose scheint hier keinen Einfluss zu haben, denn so kam eine PTBS mit zunehmendem BSL-23-Symptombelastung häufiger vor (7,4 % bei geringer vs. 63,3 % bei schwerer Borderline-Symptomatik). Auch der Familienstand hatte wohl keinen Effekt, da insgesamt mehr Patient:innen mit schwerer (53,3 %) und mittlerer (41,3 %) Belastung in festen Partnerschaften waren als jene mit geringer Symptomatik (25,9 %). Möglicherweise hatte das Bildungsniveau einen Einfluss auf das unterschiedlich stark ausgeprägte SRV, denn die Patient:innen hatten mit zunehmender Symptombelastung ein niedrigeres Bildungsniveau.

Da es sich lediglich um deskriptive Ergebnisse und Tendenzen handelt, die nicht inferenzstatistisch signifikant waren, müssen die vorliegenden Befunde mit Vorsicht interpretiert werden. Gründe für die fehlende Signifikanz trotz konsistenter Trends über die verschiedenen Variablen von SRV hinweg werden im Kapitel *Limitationen* diskutiert. Weiterführende Forschung zu SRV im Zusammenhang mit der Borderline-Schweregradeinteilung nach Kleindienst et al. (2020) wäre hier sinnvoll, um diese ersten Befunde zu validieren.

4.4 Prädiktoren für sexuelles Risikoverhalten

Die 3. Hypothese, welche besagte, dass der Zusammenhang von CSA und SRV bei Borderline-Patient:innen durch ZSV, *Dissoziation beim Sex* und *sexuellen Masochismus* vermittelt wird, konnte größtenteils nicht bestätigt werden. Hierbei waren die Grundvoraussetzungen, die bei Mediationsanalysen erfüllt sein müssen, häufig verletzt. Als Sekundäranalysen wurden stattdessen hierarchische multiple Regressionsanalysen, darunter auch Moderationsanalysen, durchgeführt, durch welche verschiedene Kriterien von SRV vorhergesagt werden konnten.

Sexuell impulsives Verhalten

Dissoziation beim Sex fungierte in der vorliegenden Studie zwar nicht als Mediatorvariable zwischen CSA und SRV, darunter *sexuell impulsives Verhalten*, wie von Zurbriggen und Freyd (2004) sowie Malow et al. (2006) in ihren Mediationsmodellen vermutet, jedoch als Moderatorvariable. Dabei waren CSA und *Dissoziation beim Sex* jeweils für sich genommen keine signifikanten Prädiktoren für *impulsives sexuelles Verhalten*, jedoch wurde der Zusammenhang zwischen CSA und *impulsivem sexuellen Verhalten* durch *Dissoziation beim Sex* moderiert, d.h. dieser war umso stärker, je mehr die Patient:innen beim Sex angaben, zu dissoziieren. Eine Erklärung für diesen Zusammenhang ist, dass viele Betroffene von CSA durch das Dissoziieren kurz vor oder während des Geschlechtsverkehrs anfälliger für SRV wie sexuelle Impulsivität sind (Hansen et al., 2012).

Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen

Prädiktoren für die *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* als weiteres Kriterium für SRV waren *Alter*, *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr*, ZSV sowie *intrinsische Motive für Sexualität*. Je älter die Patient:innen zum Zeitpunkt der Erhebung waren und je früher im Leben sie erstmals Sex hatten, desto höher war die *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen*, was plausibel erscheint. Außerdem hatten die Patient:innen mit ZSV bzw. Tendenzen zur zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung eine höhere *Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen*. Dieser Befund wird unterstützt von der Arbeit von Jardin et al. (2017), die herausfanden, dass ZSV den Einfluss von Borderline-Symptomatik auf die Anzahl an Sexualpartner:innen vermittelt. Auch Benotsch et al. (1999) kamen in ihrer Studie mit 112 HIV-positiven Männern (keine Population mit BPS-Patient:innen) zu dem Ergebnis, dass diejenigen mit hohen Raten an ZSV ohne Verhütung Sex mit einer höheren Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen hatten.

Mögliche Gründe für eine höhere Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen

Interessanterweise waren intrinsische Motive für Sexualität positiv mit der Anzahl an Sexualpartner:innen assoziiert, d.h. je höher das Maß an sexueller Selbstbestimmtheit der Borderline-Patient:innen war, desto mehr wechselnde Sexualpartner:innen hatten sie. Dies steht im Widerspruch dazu, dass sich Patient:innen mit BPS häufiger eher zum Sex gezwungen fühlen und damit extrinsische Motive bei der Sexualität dominieren (Bouchard et al., 2009). Stattdessen scheint es zumindest eine Gruppe an BPS-Patient:innen zu geben, bei der die Sexualität aus freien Stücken stattfindet und dem eigenen Lustgewinn dient. Hintergrund für den Zusammenhang von intrinsischen Motiven für Sexualität und der Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen könnte die Tendenz der Borderline-Patient:innen nach *Sensation Seeking* sein, welches in der Literatur auch als Motiv für sexuelles Risikoverhalten diskutiert wird (Bornoalova et al., 2010). Unter *Sensation Seeking* ist ein Persönlichkeitsmerkmal zu verstehen, das gehäuft bei Patient:innen mit BPS vorkommt (Linehan, 1993). Dieses ist mit einem gesteigertem Aufsuchen von intensiven Sinneseindrücken und Reizen, u.a. in der Sexualität verbunden, um ein ideales Erregungsniveau zu erreichen und aufrechtzuerhalten (Roth & Hammelstein, 2003). Hierbei handelt es sich somit um ein intrinsisches Motiv für Sexualität, welches der eigenen sexuellen Erregung und dem Lustgewinn dient.

Gleichzeitig korrelierte die Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen positiv mit introjizierten Motiven für Sexualität ($r = 0,46$; $p < 0,001$). Folglich ist davon auszugehen, dass sich hinter einem häufigeren Wechsel an Sexualpartner:innen eine dysfunktionale Emotionsregulationsstrategie oder ein frustriertes Bedürfnis nach Bindung oder Selbstwerterhöhung verbergen kann. Eine entscheidende Rolle, welche Motivation Patient:innen für Sexualität haben, spielt vermutlich, ob die Patient:innen von CSA betroffen waren. Denn die Befunde deuten daraufhin (Ergebnisse der Hypothesen 1c und 2c), dass Sexualität bei Borderline-Patient:innen allgemein und Betroffenen von CSA im Speziellen weniger den Zweck erfüllt, Freude und Genuss zu empfinden. Häufiger dient sie den Betroffenen eher der Bedürfnisbefriedigung der Partnerperson (extrinsisch) bzw. der eigenen Selbstwert- und Emotionsregulation (introjiziert).

Anzahl an STIs

Ein Prädiktor für die *Anzahl an STIs* über die gesamte Lebensspanne bei Borderline-Patient:innen war CSA. Houston et al. (2013) kamen zu ähnlichen Ergebnissen: So wurden HIV sowie andere STIs häufiger bei jenen Frauen diagnostiziert, die von CSA betroffen waren sowie gleichzeitig unter BPS und PTBS litten. Des Weiteren sagten die *Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* sowie die *Interaktion aus CSA und der Anzahl unverbindlicher Sexualpartner:innen* die *Anzahl an STIs* voraus,

d.h. je mehr unverbindliche Sexualpartner:innen die Patient:innen hatten, desto stärker war der Zusammenhang zwischen CSA und der Anzahl an STIs. Dies steht im Einklang mit bisherigen Befunden, wonach eine höhere Anzahl an Sexualpartner:innen mit der Diagnose von STIs und HIV assoziiert ist (Gewirtzman et al., 2011; Hahm et al., 2010; Scott et al., 2011). Hierbei wurde die Diagnose BPS jedoch nicht berücksichtigt.

Eine weitere Moderatorvariable für den Zusammenhang zwischen CSA und der *Anzahl an STIs* war das *Bestehen auf Verhütung*. Der Zusammenhang zwischen CSA und der Anzahl an STIs war dabei umso stärker, je weniger die BPS-Patient:innen beim Sex auf Verhütung bestanden. Wie in mehreren Studien gezeigt werden konnte, ist der Nichtgebrauch von Kondomen bei Betroffenen von CSA wiederum mit einem höheren Risiko, an HIV und anderen STIs zu erkranken, assoziiert (Senn et al., 2008; Shamu et al., 2019). Außerdem wurde die *Anzahl an STIs* durch das *Eingehen von sexuellen Risiken mit losen Sexualkontakten*, einem Kriterium für promiskuitives Verhalten, vorhergesagt. BPS-Patient:innen, die sich mehr auf sexuelle Risiken mit teilweise Unbekannten einließen, was ungeschützten Geschlechtsverkehr umfasst, hatten damit ein höheres Risiko, sich mit einer STI zu infizieren.

4.5 Prädiktoren für sexuelle Reviktimisierung

Die Hypothese, dass die BPS-Patient:innen, die von CSA betroffen waren, signifikant häufiger im Erwachsenenalter sexuell missbraucht wurden als jene, die keinen CSA erlebt haben, wurde bestätigt. Mithilfe einer hierarchischen multiplen Regression konnte gezeigt werden, dass ASA bei Borderline-Patient:innen signifikant durch die Prädiktoren *PTBS-Symptomatik*, *sexueller Kindesmissbrauch* und *ZSV* vorhergesagt wurde. Hierbei kam der Zusammenhang zwischen *PTBS-Symptomatik* und ASA nur durch den Mediator CSA zustande, d.h. die *PTBS-Symptomatik* der BPS-Patient:innen wirkte sich nicht direkt auf ASA aus, sondern auf den Mediator. Dies erscheint logisch, da das Vorhandensein eines traumatischen Ereignisses – wie CSA – Voraussetzung dafür ist, dass Patient:innen PTBS-Symptome aufweisen und eine PTBS-Diagnose erhalten. Die Befunde sind damit konsistent mit der bisherigen Forschung zur sexuellen Reviktimisierung, wonach die Hälfte der Betroffenen von CSA als Erwachsene erneut Opfer von sexueller Gewalt werden (Walker et al., 2019) bzw. das Risiko für sexuelle Reviktimisierung bei Betroffenen von CSA doppelt so hoch ist (Noll et al., 2003). Auch in anderen Studien konnten die Diagnose PTBS bzw. PTBS-Symptome als Risikofaktoren für sexuelle Reviktimisierung identifiziert werden (Filipas & Ullman, 2006; Risser et al., 2006).

ZSV fungierte jedoch nicht, wie angenommen, als Mediator für den Zusammenhang von CSA und ASA, war jedoch ein signifikanter Prädiktor dafür, als Erwachsene(r), Opfer sexueller Übergriffe zu werden. Auch Griffee et al. (2012) konnten in ihrer Studie nachweisen, dass hypersexuelles und riskantes Sexualverhalten, gemessen mit der Hypersexuality and Risky Sexual Behavior Scale, der beste Schätzer für sexuellen Missbrauch ab dem Alter von 18 Jahren war. Ebenso kamen andere Forschergruppen zu dem Ergebnis, dass SRV, darunter u.a. die Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen sowie sexuelle Frühreife, ein Risikofaktor für sexuelle Reviktimisierung ist (Fargo, 2009; Rinehart et al., 2014). *Sexuell impulsives Verhalten* und ZSV standen bei den BPS-Patient:innen in einem positiven Zusammenhang ($r = 0,35; p < 0,001$), was die Überschneidung der beiden Konstrukte verdeutlicht (Hill et al., 2015). Damit erscheint es nachvollziehbar, dass sich Patient:innen mit ZSV impulsiv in sexuelle Aktivitäten begeben, ohne sich der möglichen negativen Konsequenzen bewusst zu sein, die u.U. zu einem erneuten sexuellen Missbrauch führen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass Patient:innen, die von CSA betroffen sind und jene, die als Folge eine PTBS und/oder BPS entwickeln, häufig über eingeschränkte Fähigkeiten der Emotionsregulation verfügen (Cloitre et al., 2005). So sind dysfunktionale Emotionsregulationsstrategien, wozu impulsives sexuelles Verhalten oder ZSV zählen, ein zusätzlicher Risikofaktor für sexuelle Reviktimisierung (Messman-Moore & Long, 2000; Walsh et al., 2011).

Weitere Prädiktoren für ASA bei BPS-Patient:innen waren das *Alter beim ersten Geschlechtsverkehr* und *Dissoziation beim Sex*. Auch in der Studie von Rodriguez-Srednicki (2001) konnte dissoziatives Erleben signifikant sexuelle Reviktimisierung vorhersagen. Hierbei mediierte Dissoziation den Zusammenhang zwischen sexuellem Kindesmissbrauch und Reviktimisierung, was in der vorliegenden Arbeit allerdings nicht der Fall war. Dissoziation kann ebenso als dysfunktionale Emotionsregulationsstrategie bei BPS-Patient:innen betrachtet werden (van Dijke et al., 2010), welche das Risiko für Reviktimisierung erhöht. Des Weiteren sind Patient:innen, die vor oder während des Geschlechtsverkehrs dissoziieren, wegen der geistigen Abwesenheit nicht mehr in der Lage, selbstbestimmt Entscheidungen für sich zu treffen, was sexuelle Handlungen gegen ihren Willen wahrscheinlicher macht (Zurbriggen & Freyd, 2004).

4.6 Einfluss von Corona auf die Sexualität der BPS-Patient:innen und KG-

Teilnehmer:innen

Um einordnen zu können, ob die Ergebnisse zu SRV durch die Corona-Pandemie und die damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen sowie Schließungen u.a. von Bars und Clubs womöglich verzerrt sind, wurden zwei Kontrollfragen mit erhoben. Die deskriptiven Ergebnisse werden hier

kurz zusammengefasst und diskutiert. Sowohl in der Patienten- als auch in der Kontrollgruppe wurden veränderte Verhaltensweisen berichtet. Nur etwa 36 % der Patient:innen und 55 % der KG-Teilnehmer:innen hatte im gleichen Ausmaß Sex wie vorher. Bei vielen kam es in der Zeit pandemiebedingter Lockdowns, in der die Erhebung stattfand, zu einem Rückgang der sexuellen Aktivität insgesamt. Dies ist konsistent mit den Ergebnissen einer in Norditalien durchgeführten Untersuchung ($n = 6821$), in der es durch die noch strengeren Kontaktbeschränkungen als in Deutschland bei der Hälfte der sonst sexuell Aktiven zu einer Unterbrechung in der sexuellen Aktivität kam.

Es berichteten 16 % der Patient:innen und 13,4 % der KG-Teilnehmer:innen, weniger wechselnde Sexualpartner:innen während der Pandemiehochphase gehabt zu haben. Eine höhere Anzahl an wechselnden Sexualpartner:innen kam in nahezu keiner der beiden Gruppen vor. Hinsichtlich der unterschiedlichen Merkmale zu SRV veränderte sich bei der Mehrheit der Patient:innen und KG-Teilnehmer:innen das Ausmaß nicht. Jedoch zeichnete sich ab, dass jeweils ein Fünftel der Patient:innen seltener Sex im Gegenzug für Geld anbot und seltener Sex mit Unbekannten hatte, der später bereut wurde, was überschneidend mit den Angaben zu Prostitution sein kann. Ebenso kam ungeschützter Geschlechtsverkehr bei 20 % der Patient:innen seltener vor. Grund hierfür kann sein, dass sich zu unverbindlichem Sex unter Alkoholeinfluss, der das Risiko für ungeschützten Geschlechtsverkehr erhöht (Stoner et al., 2008), durch die Schließung von Bars und Nachtclubs seltener die Gelegenheit bot. Dennoch kam Gelegenheitssex, der später bereut wurde, bei immerhin 13 % der Patient:innen häufiger vor, in der KG jedoch nahezu nicht. Auch BDSM wurde von knapp 30 % der Patient:innen und etwa 20 % der KG-Teilnehmer:innen seltener praktiziert. Hier wurde jedoch nicht gemessen, ob BDSM innerhalb oder außerhalb fester Beziehungen stattfand. Stattdessen schienen mehr Personen (beider Gruppen) häufiger Internetpornographie zu konsumieren, was angesichts der eingeschränkteren Möglichkeiten, im realen Leben sexuelle Kontakte zu haben, plausibel erscheint.

4.7 Limitationen

Die Ergebnisse liefern einige relevante Hinweise darauf, welche spezifischen Unterschiede es im SRV zwischen BPS-Patient:innen und der KG gibt sowie dazu, wie sich Patient:innen mit und ohne CSA in verschiedenen Aspekten des SRVs voneinander unterscheiden. Trotz wichtiger Erkenntnisse sollen im Hinblick auf Folgestudien einige Schwächen der Untersuchung diskutiert werden.

Eingeschränkte Repräsentativität der Stichproben

Geschlechterverhältnis

Als erste Limitation bzgl. der Stichprobe ist anzuführen, dass die Mehrheit der Borderline-Patient:innen weiblich (85,8 %) und die Stichprobe damit nicht repräsentativ für alle Geschlechter war. Die KG umfasste etwas mehr Männer, jedoch waren auch hier 72,7 % weiblich. In vielen zitierten Studien mit BPS-Patient:innen bzw. mit Betroffenen von CSA wurden nur Frauen untersucht oder die Geschlechter waren ausgewogener verteilt, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Deshalb wäre es sinnvoll, in Folgestudien die Stichprobe in einem gleichen Geschlechterverhältnis zusammensetzen oder, alternativ nur Frauen mit BPS auszuwählen. Die Überrepräsentanz an Frauen in der Patientenstichprobe lässt sich damit erklären, dass die Geschlechterverteilung bei der BPS in klinischen Stichproben generell 3:1 beträgt (Johl, 2008), wohingegen die BPS bei Männern wie Frauen in der Bevölkerung in etwa gleich verteilt ist (Grabe & Giertz, 2020). So seien in klinischen Settings, in denen die Patient:innen rekrutiert wurden, ca. 80 % der Patient:innen weiblich (Paris, 2004). Männer mit BPS, bei denen sich die Störung oftmals durch impulsives und antisoziales Verhalten auszeichnet, finden sich hingegen tendenziell häufiger in forensischen Einrichtungen (Barnow et al., 2007). Von den Proband:innen, die von CSA betroffen waren, war ebenso die große Mehrheit weiblich (Patientengruppe: 90,9 %; Kontrollgruppe: 85,7 %), was die höhere Prävalenz von CSA bei Frauen untermauert (Bieneck et al., 2011).

Unterschiedliches Bildungsniveau zwischen Stichproben

Eine weitere Limitation ergibt sich möglicherweise durch das unterschiedliche Bildungsniveau zwischen Patient:innen und KG, welche die Repräsentativität der jeweiligen Gruppe sowie die Vergleichbarkeit der Gruppen einschränkt. In beiden Gruppen kam Abitur/Allgemeine Hochschulreife als höchster Bildungsabschluss am häufigsten vor. Jedoch machten die Abiturient:innen in der KG mit 76,2 % den größten Anteil aus, während es unter den Borderline-Patient:innen mit 40,8 % weniger waren. Bei den Patient:innen waren die verschiedenen Bildungsniveaus heterogener verteilt (Mittlere Reife: 37,5 %; Hauptschulabschluss: 18,5 %). Damit repräsentierten sie eher das Bildungsniveau der deutschen Bevölkerung. Dem aktuellen Bericht der Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2020) zufolge verfügten im Jahr 2018 durchschnittlich 33 % der Bevölkerung über eine Hochschulreife, 34 % über eine Mittlere Reife, 30 % über einen Hauptschulabschluss und ca. 3 % über keinen Abschluss.

In der KG hingegen gab nur eine Person einen Hauptschulabschluss und 9,3 % Mittlere Reife als höchsten Bildungsabschluss an, was somit nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung ist. Die

unterschiedlichen Bildungsniveaus in den jeweiligen Gruppen lassen sich mitunter dadurch erklären, dass die Teilnehmer:innen der KG insbesondere über soziale Netzwerke (Facebook und Instagram) sowie den Freundes- und Bekanntenkreis der Doktorandin, in dem sich viele Akademiker:innen befinden, rekrutiert wurden. Der Anteil mit einer Allgemeinen Hochschulreife war bei den Patient:innen somit höher als im Bevölkerungsdurchschnitt. Dies war insofern überraschend, als dass es Borderline-Patient:innen durch ihre Symptomatik oft schwerer haben, Schulabschlüsse erfolgreich zu beenden, wodurch sie ihre eigentlichen Potentiale häufig nicht voll ausschöpfen können, und hinter ihren Fähigkeiten bleiben (Arntz & van Genderen, 2022).

Um Scheinkorrelationen zu vermeiden, wäre es aufgrund der unterschiedlichen Bildungsniveaus zwischen beiden Gruppen sinnvoll gewesen, das Bildungsniveau bei den Vergleichen von KG und BPS-Patient:innen als Kovariaten mit aufzunehmen, was im Rahmen der t-Tests und Chi-Quadrat-Tests jedoch methodisch nicht möglich war. So zeichnete sich insgesamt ab, dass die Teilnehmer:innen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss (Hauptschule) ein ausgeprägteres SRV zeigten, was sich in einer höheren Anzahl ungeplanter Schwangerschaften und STIs sowie in einem selteneren Bestehen auf Verhütung beim Sex widerspiegelte. Ein höherer Bildungsabschluss stellte hingegen eher einen protektiven Faktor für SRV sowie Borderline-Symptomatik dar. Bzgl. des Alters und des Geschlechts ergaben sich zwischen KG und Patient:innen hingegen keine signifikanten Unterschiede, weshalb es hier nicht von Relevanz war, dass diese Merkmale nicht bei den Gruppenunterschieden kontrolliert wurden.

Bei den Untersuchungen, die sich lediglich auf die Borderline-Patient:innen bezogen, wurden hingegen das Bildungsniveau sowie weitere soziodemographische Merkmale im Rahmen der Regressionsanalysen (Hypothese 3 und 4) als Kontrollvariablen berücksichtigt, wenn diese mit dem zu testenden Kriterium in einem signifikanten Zusammenhang standen. Bzgl. des Bildungsniveaus war dies allerdings nur zwischen Hauptschulabschluss und der Anzahl an STIs der Fall.

Teilnahme nur bestimmter Borderline-Patient:innen

Doch nicht nur in der KG mit der Dominanz an Abiturient:innen, sondern auch in der klinischen Stichprobe ist die Repräsentativität der BPS-Patient:innen als eingeschränkt zu beurteilen. So nahmen auch nur die Patient:innen an der Studie teil, die Interesse an dem Thema hatten und offen dafür waren, sich teils aufwühlenden Fragen zu traumatischen Vorerfahrungen zu stellen. Während des Rekrutierungsprozesses wurde der Doktorandin von mehreren Behandler:innen der jeweiligen Einrichtungen rückgemeldet, dass einige Patient:innen die Befragung aufgrund einer zu hohen Belastung durch die Fragen abbrachen. Dies war insbesondere bei jenen der Fall, bei denen

komorbid eine PTBS vorlag und durch die Fragen zu sexuellen Vorerfahrungen u.a. Intrusionen und Dissoziation hervorgerufen wurden. Andere wiederum hätten aus Angst vor den weiteren Fragen vermieden, den Bogen bis zum Ende auszufüllen oder vergaßen die Abgabe des Bogens zum Therapieende bewusst oder unbewusst. Außerdem sei bei manchen Patient:innen als Reaktion auf die durch die Fragen ausgelösten intensiven Emotionen impulsives Verhalten in dem Sinne aufgetreten, dass diese den Bogen zerrissen oder verbrannten. Deshalb ist davon auszugehen, dass in der Patientenstichprobe nicht das gesamte Spektrum an Borderline-Patient:innen abgebildet ist.

Somit handelte es sich sowohl in der Patienten- als auch in der Kontrollgruppe, wie in der wissenschaftlichen Forschung zumeist der Fall, nicht um Zufalls-, sondern um Gelegenheitsstichproben. Diese werden aus freiwilligen Proband:innen nicht nach Zufall, sondern nach Verfügbarkeit gebildet (Henrich et al., 2010; Planing, 2021). In beiden Gruppen erklärten sich lediglich diejenigen zu einer Studienteilnahme bereit, die eine gewisse Neugierde für und ein Interesse an der Thematik aufbrachten oder, wie in der KG zum Teil der Fall, der Doktorandin bekannt waren, was von vornherein nicht die Gesamtbevölkerung repräsentiert. Bei dem Vorgehen kann auch von einer nicht zufallsgesteuerten Ad-hoc-Auswahl gesprochen werden (Bühner & Ziegler, 2009), bei der so lange freiwillige Patient:innen bzw. KG-Teilnehmer:innen in die Stichprobe aufgenommen werden, bis das angestrebte N erfüllt ist. Im Unterschied zu Zufallsstichproben besteht bei Gelegenheitsstichproben jedoch stets die Gefahr eines sogenannten *Sampling Bias*, wodurch nicht die Grundgesamtheit der jeweiligen Population abgebildet wird und die Generalisierbarkeit damit eingeschränkt ist (Bühner & Ziegler, 2009; Sansone, Chu, et al., 2011). Im Hinblick auf die Rekrutierung in der klinischen Stichprobe wurde bewusst Wert darauf gelegt, dass nicht nur Patient:innen in die Studie aufgenommen wurden, von denen bereits im Vorfeld bekannt war, dass sie SRV als Problemverhalten aufwiesen. Genauso waren Patient:innen in der Stichprobe erwünscht, die eher dem sexuell vermeidenden oder asexuellen Spektrum zuzuordnen waren, um eben diesem Rekrutierungsbias entgegenzuwirken.

Antwortverhalten

Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt ist das Problem der Sozialen Erwünschtheit, d.h. die Tendenz von Befragten, Fragen nicht wahrheitsgemäß zu beantworten, sondern entsprechend sozialer Erwartungen und Normen, wodurch sich verzerrte Antworten ergeben (Edwards, 1957). Es wäre denkbar, dass insbesondere die KG-Teilnehmer:innen auf sensiblere und teils evtl. schambe-setzte Fragen zur eigenen Sexualität (z.B. zum Thema Verhütung und STIs) sozial erwünscht antworteten. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Befragten, die teilweise aus dem Bekanntenkreis

der Doktorandin rekrutiert wurden, trotz Zusicherung der Anonymität evtl. Sorge hatten, dass von ihren Angaben Rückschlüsse auf ihre Person gezogen und sie dadurch negativ beurteilt wurden. Bei den Patient:innen, die sich in (teil-) stationären Settings für eine mehrwöchige Dialektisch-Behaviorale-Therapie befanden oder eine ambulante Psychotherapie durchführten, ist eher davon auszugehen, dass diese ehrlicher antworteten, obwohl die Befragung hier sogar „lediglich“ pseudonymisiert und nicht anonymisiert stattfand. So ist anzunehmen, dass es Patient:innen, die sich aus freien Stücken auf eine psychotherapeutische Behandlung einlassen, eher gewohnt sind, vertrauliche Fragen gestellt zu bekommen. Zugunsten des eigenen Behandlungserfolgs geben diese vermutlich eine ehrlichere Auskunft zu sensiblen Themen wie traumatischen Ereignissen und dem eigenen Sexualverhalten. Ein Hinweis auf sozial erwünschtes Verhalten in der KG ergibt sich z.B. bei der Frage zur Verhütung beim Sex. Hier beteuerten nahezu alle Teilnehmer:innen, immer auf Verhütung zu bestehen; nur zwei Personen räumten ein, teilweise darauf zu verzichten. Gleichzeitig kamen jedoch STIs in der KG, wenn auch nicht in hoher Anzahl vor, was im Widerspruch zu den Angaben zum Bestehen auf Verhütung steht. Bei den Patient:innen hingegen zeigte sich diese Diskrepanz nicht. Da STIs über die gesamte Lebensspanne ausgewertet wurden, könnten die angegebenen Infektionen mit STIs jedoch auch bereits aus einer früheren Zeit stammen, in der die Befragten jünger waren und womöglich weniger auf Verhütung beim Sex bestanden als heutzutage.

Befragungsformate

Hinsichtlich des methodischen Vorgehens sind außerdem die unterschiedlichen Modi bei der Beantwortung der Fragen zu diskutieren. Zwar waren alle Fragen in der Patienten- und Kontrollgruppe identisch, jedoch kam in der KG eine Online-Umfrage zum Einsatz, während den Patient:innen aus Gründen der besseren Umsetzbarkeit im klinischen Setting Paper-Pencil-Fragebögen ausgehändigt wurden. Der Nachteil beim schriftlichen Fragebogen bestand darin, dass die Patient:innen somit die Möglichkeit hatten, manche Items, die evtl. zu unangenehm waren oder nicht beantwortet werden konnten, auszulassen. Dies kam zwar nicht häufig vor, dennoch ergaben sich hierdurch einige fehlende Werte, die im Datensatz nicht ersetzt, sondern als *Missings* gekennzeichnet wurden. Die KG-Teilnehmer:innen hingegen konnten die Befragung nur fortsetzen, wenn alle Items beantwortet wurden. Teilweise kamen hierdurch allerdings verfälschte Antworten zustande, wenn manche Antwortkategorien nicht auf die Proband:innen zutrafen und dennoch angekreuzt werden mussten. Dies war z.B. bei den Fragen dazu, wie sich die Nutzung pornographischer Inhalte oder die Ausübung von BDSM während der Corona-Pandemie veränderte, der Fall. Während die Patient:innen diese einfach auslassen konnten, wenn sie für sie nicht von Relevanz waren, mussten die

KG-Teilnehmer:innen angeben, ob sie die jeweilige Aktivität „weniger häufig“, „in gleichem Umfang“ oder „häufiger“ ausführten. Für künftige Befragungen sollte deshalb darauf geachtet werden, bei Bedarf auch die Antwortoption „trifft nicht auf mich zu“ anzubieten.

Für ein möglichst standardisiertes methodisches Vorgehen wäre evtl. zu überlegen, in beiden Gruppen das gleiche Befragungsformat einzusetzen. Die Paper-Pencil-Befragung wurde bei den Patient:innen allerdings deshalb ausgewählt, damit die Patient:innen die Fragen in ihrem Tempo beantworten können, um einer Überforderung entgegenzuwirken. Im Falle der Online-Befragung hätten die Patient:innen alle Fragen vor dem Laptop, Rechner oder Tablet am Stück beantworten müssen, was ggf. zu belastend gewesen wäre. Tatsächlich wurde der Doktorandin auch seitens der Therapeut:innen rückgemeldet, dass die Beantwortung des Bogens bei vielen in Teilschritten erfolgte und die Patient:innen sich mit dem schriftlichen Antwortformat wohler fühlten, was für den Einsatz des Paper-Pencil-Verfahrens sprach.

Ein weiterer Vorzug der Paper-Pencil-Befragung bestand darin, dass die Patient:innen an den Rand der Items teilweise wertvolle Informationen notierten. So gaben manche an, dass sie in der Vergangenheit vermehrt SRV ausübten, z.B. in jüngeren Jahren mehr wechselnde Sexualpartner:innen hatten oder sich in Prostitution begeben hatten, während viele nun in einer festen Beziehung lebten. Durch psychotherapeutische Unterstützung, stabile gesunde Partnerschaften oder zunehmende Lebenserfahrung ist es vielen Teilnehmer:innen bereits gelungen, mehr auf ihre eigenen Bedürfnisse in der Sexualität zu achten und dysfunktionales Verhalten in der Sexualität schrittweise abzulegen. Andere Patient:innen gaben an, mittlerweile kein Interesse mehr an Sex zu haben, wohingegen sie früher noch sexuell aktiv waren und teils riskantes Sexualverhalten ausübten. Ein kleiner Anteil (5,8 %) an Patient:innen bezeichnete sich als asexuell. So berichteten insgesamt 23,3 % der Patient:innen, während der Pandemie, in der die Erhebung stattfand, keinen Sex mehr gehabt zu haben, wovon 16,3 % auch vor Corona nicht mehr sexuell aktiv gewesen seien.

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu SRV ist deshalb zu berücksichtigen, dass es sich teilweise nicht um aktuelle, sondern retrospektive Angaben handelt. Hierdurch wird nicht immer die aktuelle Lebenswirklichkeit der Patient:innen dargestellt. Des Weiteren spiegeln die Ergebnisse teils auch deshalb nicht das aktuelle SRV der Patient:innen wider, weil die Möglichkeiten, sexuell aktiv zu sein, durch wiederholte Lockdowns und Kontaktbeschränkungen im Rahmen der Pandemie, eingeschränkt waren. Wie die Auswertungen der Fragen zu Corona zeigten, kam es bei einem Teil der Patienten- sowie der Kontrollgruppe zu einem Rückgang sexueller Aktivitäten insgesamt und manchen Aspekten sexuellen Risikoverhaltens.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass sich ein Großteil der Patient:innen schon seit längerer Zeit in stationärer Behandlung befand, was für akutere Symptome oder eine stärkere Ausprägung der Borderline-Symptome spricht. So sind v.a. die Patient:innen im stationären Setting, in dem sie sich tagsüber wie nachts befinden, weniger sexuell aktiv als jene, die neben der ambulanten oder teilstationären Therapie über mehr freie Zeit verfügen, in der sie potenzielle sexuelle Begegnungen haben können. Zwar wurden bewusst die sexuellen Aktivitäten der letzten zwölf Monate und teilweise auch über die gesamte Lebensspanne hinweg abgefragt, jedoch kann nicht garantiert werden, dass die Patient:innen ihre Angaben zur Sexualität auch auf den Zeitraum vor einem Klinikaufenthalt bezogen. Hierdurch könnte es u.U. zu verzerrten Ergebnissen kommen.

Ein weiterer schriftlicher Kommentar am Rand des Fragebogens betraf das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr. Hier wurden die Patient:innen lediglich danach gefragt, wann sie in ihrem Leben erstmals Sex hatten. Dabei wurde allerdings nicht zwischen freiwilligem und unfreiwilligem Sex unterschieden. So ergänzten zwei Frauen im Fragebogen, dass der erste Geschlechtsverkehr der sexuelle Missbrauch im Kindesalter war. Um nicht das Alter des CSAs als ersten Geschlechtsverkehr zu erheben, wurden bei der Auswertung, in Anlehnung an Sansone, Chu, et al. (2011) alle Angaben zum ersten Sex unter zehn Jahren gelöscht, wenn die Befragten gleichzeitig im CTQ oder ITQ ankreuzten, in der Kindheit sexuell missbraucht worden zu sein. Das gleiche Problem trat bei der Angabe zur Anzahl an unverbindlichen Sexualpartner:innen auf. Auch hier wurde nicht berücksichtigt, ob die Sexualkontakte unter Zwang oder freiwillig stattfanden, wie es auch in der Studie von Sansone, Chu, et al. (2011) der Fall war. Es ist anzunehmen, dass die Grenzen hierbei fließend sind und viele der Patient:innen den Sexualkontakt zum damaligen Zeitpunkt womöglich nicht als einen sexuellen Übergriff einordneten, obwohl es sich um CSA handelte. Für weitere Studien wäre jedoch zu beachten, dass bei den Fragen zum ersten Geschlechtsverkehr sowie zur Anzahl an Sexualkontakten jeweils zwischen – retrospektiv bewertet - „freiwillig“ und „unfreiwillig“ differenziert wird.

Stichprobengröße und Verletzung von Testvoraussetzungen

Eine weitere Einschränkung besteht in den zu kleinen und teilweise ungleich großen Stichprobengrößen. So umfasste die KG mehr Teilnehmer:innen ($n = 172$) als die Gruppe der BPS-Patient:innen ($n = 120$). Dies stellt in diesem Falle kein Problem dar, da die jeweiligen Stichproben größer waren als die, die mit der Power-Analyse bei Studienplanung berechnet wurde ($n = 105$ pro Gruppe). Die Testergebnisse der t-Tests zu Hypothese 1 und 2 gelten auch trotz teilweiser Verletzungen der Testvoraussetzungen wie der Normalverteilungsannahme aufgrund des zentralen Grenzwertsatzes

ab einer Stichprobengröße von $n > 30$ als robust (Wilcox, 2012). Bei der MANOVA wurde zwar dem Problem der Alphafehler-Kumulierung entgegengewirkt, sodass - im Unterschied zu den im Rahmen der Testung der Hypothesen 1 und 2 durchgeführten t-Tests und Chi-Quadrat-Tests - keine post-hoc-Alpha-Fehler-Adjustierung durchgeführt werden musste. Hier fiel allerdings das zu geringe Fallzahlenproblem ins Gewicht. Für die zweifaktorielle MANOVA wurden die Patient:innen nach den beiden Faktoren *Borderline-Schweregrad (gering, mittel, schwer)* und *CSA (ja oder nein)* aufgeteilt, wodurch sich sechs Untergruppen ergaben. Bzgl. der Stichprobengröße gilt die Faustregel, dass es pro Untergruppe mindestens so viele Fälle geben sollte, wie es abhängige Variablen gibt (Hemmerich, 2015). Bei der Berechnung der zweifaktoriellen MANOVA wurden zehn abhängige Variablen berücksichtigt, jedoch wiesen zwei Untergruppen ein $n < 10$ auf (geringer BSL-23-Schweregrad mit CSA: $n = 8$; schwerer BSL-23-Schweregrad ohne CSA: $n = 4$). Die Stichprobengrößen der anderen Gruppen lagen hingegen zwischen 19 und 32. Dies führt im Zusammenhang mit einer teilweisen Verletzung der Testvoraussetzungen, die erst ab einem n von 25 pro Gruppe als unproblematisch zu bewerten sind (Schmider et al., 2010), zu einer eingeschränkten Interpretierbarkeit der Ergebnisse. Die geringen Fallzahlen pro Zelle erklären mit hoher Wahrscheinlichkeit, weshalb bei der MANOVA trotz konsistenter Tendenzen in der deskriptiven Analyse keine signifikanten Ergebnisse hervorgebracht werden konnten.

Auch bei der Berechnung der multiplen linearen Regressionsanalysen wäre ein größerer Stichprobenumfang von Vorteil gewesen, um eine bessere Modellpassung (*goodness of fit*) und damit höhere statistische Power zu erzielen (Bender et al., 2007). So ist die Varianzaufklärung und folglich die Effektstärke in den Regressionsmodellen teilweise als gering einzustufen. Es wurden zwar bereits bis zu neun Prädiktoren in die Regressionsanalysen eingefügt, jedoch ist davon auszugehen, dass es noch weitere zu erklärende Variablen für das jeweilige Kriterium gegeben hätte. Beispielsweise wäre es sinnvoll gewesen, ergänzend den *Substanzmittelkonsum während sexueller Aktivitäten* oder *Emotionsregulationsstrategien* als potenzielle Mediatoren zwischen CSA und SRV zu erheben. Hierdurch könnte einem möglichen Konfundierungseffekt entgegengewirkt werden, bei dem eine weitere nicht berücksichtigte Störvariable zusätzlich einen Einfluss auf das Kriterium ausübt (Field, 2009). Mit zunehmender Anzahl an Prädiktoren ist stets ein größerer Stichprobenumfang vonnöten, um eine bessere Schätzgenauigkeit zu erzielen (Harrell et al., 1996). Der für Regressionen verhältnismäßig kleine Stichprobenumfang der Patient:innen erklärt damit vermutlich, weshalb viele Modelle, einschließlich der Mediationsanalysen nicht signifikant waren. Es wäre deshalb interessant, die gleichen Analysen mit einer größeren Patientengruppe zu wiederholen.

Außerdem soll die Problematik angesprochen werden, die generell im Zusammenhang mit Regressionsanalysen auftritt: die Frage des kausalen Schlusses. Wie z.B. die Ergebnisse zu Hypothese 3 aufzeigen, wiesen Patient:innen, die als Kind sexuell missbraucht wurden, mehr impulsives sexuelles Verhalten auf, wenn sie beim Sex dissoziierten. Denkbar wäre jedoch auch die umgekehrte Richtung, dass die Patient:innen durch ein impulsiveres sexuelles Verhalten mehr dissoziieren. Laut Bühner und Ziegler (2009, S. 595) ist eine kausale Interpretation bei Regressionen nur dann zulässig, wenn eine „zeitliche Ordnung der Variablen“ oder eine „theoretisch fundierte und plausible Annahme“ vorliegen. Da alle Variablen zum gleichen Messzeitpunkt erhoben wurden, kann nicht davon ausgegangen werden, dass Dissoziation beim Sex dem impulsiven sexuellen Verhalten vorausgeht. Im Hinblick auf die Vorhersage von STIs ist es einleuchtend, dass Patient:innen sich erst dann mit einer STI infizieren, wenn sie mehr Sex mit unverbindlichen Sexualpartner:innen haben bzw. weniger auf Verhütung beim Sex bestehen. Auch in Bezug auf CSA und sexuelle Reviktimisierung im Erwachsenenalter liegt die zeitliche Ordnung der Variablen vor. Aufgrund theoretischer Überlegungen und zeitlicher Faktoren erscheinen die getroffenen kausalen Interpretationen gerechtfertigt.

Trotz der aufgeführten Limitationen besteht eine Stärke der vorliegenden Untersuchung darin, dass SRV sowie ASA umfassend anhand verschiedenster Kriterien und mithilfe unterschiedlicher statistischer Tests untersucht wurden. Außerdem ist hervorzuheben, dass es sich um eine kontrollierte Studie handelt, in der nicht nur die Sexualität von Borderline-Patient:innen, sondern auch jene von einer gesunden Kontrollgruppe erfasst wurde. Somit konnte bestätigt werden, dass die Borderline-Patient:innen tatsächlich mehr ZSV, mehr SRV und weniger sexuelle Selbstbestimmtheit aufweisen, bevor überprüft wurde, wie sich Patient:innen mit und ohne CSA voneinander unterscheiden. Des Weiteren handelt es sich um die erste uns bekannte Studie, in der nicht nur untersucht wurde, wie sich CSA, sondern auch wie sich die Borderline-Symptomschwere (Kleindienst et al., 2020) auf die Sexualität von Borderline-Patient:innen auswirkt. Wenngleich sich häufig nur deskriptive und keine statistisch signifikanten Befunde ergaben, liefert die Untersuchung dennoch wertvolle erste Ergebnisse, die in Folgestudien näher beleuchtet werden könnten.

5. Fazit und Ausblick

Abschließend sollen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zusammenfassend und übergeordnet bewertet sowie klinische Implikationen abgeleitet werden.

Wie erwartet bestätigte sich, dass Patient:innen mit BPS insgesamt mehr ZSV, mehr SRV und weniger *sexuelle Selbstbestimmtheit* aufwiesen als die KG. Des Weiteren zeigte sich deskriptiv die Tendenz, dass Borderline-Patient:innen, die in der Kindheit CSA erlebt hatten, mit höherer Wahrscheinlichkeit ZSV und SRV zeigten. Gleichzeitig wiesen von CSA betroffene Patient:innen jedoch weniger *intrinsische Motive für Sexualität* auf. Sexualität diene für sie somit weniger dazu, Spaß, Genuss und Vergnügen zu empfinden, sondern vermutlich eher dazu, eigene Bedürfnisse z.B. nach Nähe oder Selbstwerterhöhung oder die Bedürfnisse des Partners / der Partnerin zu erfüllen.

Diese Ambiguität zwischen einerseits häufigerer Unzufriedenheit und Aversion ggü. Sexualität und gleichzeitig verstärkter sexueller Aktivität ist ein bereits gut bekanntes Phänomen bei Patient:innen, zumeist Frauen mit BPS (Bouchard et al., 2009; Hurlbert et al., 1992). Die höheren Werte im SRV bei von CSA betroffenen Patient:innen lassen sich möglicherweise damit erklären, dass sich hinter dem Wunsch nach Sexualität häufig das Bedürfnis nach Nähe und Intimität verbirgt (Hahn et al., 2016), die von den Patient:innen nur schwer zugelassen werden können. Dies sind oft frustrierte Bedürfnisse bei von Misshandlung betroffenen Patient:innen, sodass die Ausübung sexueller Aktivitäten als Versuch verstanden werden kann, negative Assoziationen mit Sexualität aus früheren Missbrauchserfahrungen zu überschreiben (Hurlbert et al., 1992). Gleichzeitig stellten sexuelle Missbrauchserlebnisse für manche Betroffene womöglich auch die einzigen Momente in ihrer Entwicklung dar, in denen sie zumindest ein Mindestmaß an Nähe und Bindung erfuhren, sodass sich selbstschädigende, erneut übergriffige sexuelle Erlebnisse im Erwachsenenalter gewissermaßen vertraut anfühlen können. Außerdem können vermehrte Promiskuität und ZSV insbesondere für von CSA betroffene BPS-Patient:innen die Funktion haben, selbst Kontrolle über sexuelle Situationen herzustellen, um die Gefühle von Ohnmacht aus früheren Missbrauchserlebnissen zu kompensieren und sich nicht mehr als Opfer zu fühlen (Jackson et al., 1990). Eine weitere Ursache für die stärkere Ausprägung von SRV und ZSV bei Patient:innen mit BPS allgemein im Vergleich zur Normalbevölkerung und insbesondere bei Patient:innen mit CSA kann sein, dass die Patient:innen über Sexualität versuchen, positives Feedback für ihr instabiles Selbstwertgefühl zu erhalten, was Hurlbert et al. (1992) als sexuellen Narzissmus bezeichnen. Sowohl für Betroffene von CSA (Fergusson et al., 2013) als auch für Borderline-Patient:innen ist ein geringes Selbstwertgefühl charakteristisch (Winter et al., 2017).

In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass die Schwere des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit positiv mit der Schwere der Borderline-Symptomatik assoziiert war, sodass hier von einer Dosis-Wirkungs-Beziehung ausgegangen werden kann (Zanarini et al., 2002). Weiterhin deutete sich an, dass insbesondere die Patient:innen mit mittlerer und schwer ausgeprägter Borderline-Symptomatik und CSA in der Vorgeschichte mehr sexuelles Risikoverhalten aufwiesen. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass auch das Selbstwertgefühl umso instabiler ist, je schwerer die Patient:innen sexuell misshandelt wurden und je stärker dadurch die Borderline-Symptome ausgeprägt sind. Folglich suchen vermutlich insbesondere jene Patient:innen mit einem negativen Selbstbild immer wieder aufs Neue potenziell riskante sexuelle Situationen auf. Ferner kann angenommen werden, dass die auf die sexuelle Aktivität folgende positive Konsequenz der Selbstwertbestätigung bei den Betroffenen jedoch nur kurzfristig anhält. Stattdessen werden durch erneute unbefriedigende oder gar übergriffige sexuelle Erfahrungen negative Annahmen über die eigene Person möglicherweise bestätigt. Dies könnte wiederum dazu führen, dass sich die Patient:innen wiederholt potenziell riskanten Situationen beim Sex aussetzen und SRV i.S. eines Teufelskreises dadurch aufrechterhalten wird.

Darüber hinaus zeigte sich, dass die Schwere des CSA bei Patient:innen mit BPS ein Prädiktor für die Anzahl an STIs war. Außerdem war der Zusammenhang zwischen CSA und der Anzahl an STIs umso stärker, je mehr unverbindliche Sexualpartner:innen die Patient:innen hatten, je mehr Risiken sie bei losen Sexualkontakten eingingen und je weniger sie dabei auf Verhütung bestanden. Auch dies spricht für die Hypothese, dass Patient:innen mit CSA vor dem Hintergrund eines negativen Selbstbildes weniger auf ihre eigene Sicherheit bei der Sexualität achten und dadurch eher Gefahr laufen, sich mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung zu infizieren. Des Weiteren konnte bestätigt werden, dass BPS-Patient:innen, die von CSA betroffen waren, als Erwachsene häufiger erneut sexuellem Missbrauch zum Opfer fallen. Hierbei war die Wahrscheinlichkeit umso größer, je früher die Patient:innen ihren ersten Geschlechtsverkehr hatten, je eher eine PTBS diagnostiziert wurde und je eher sie beim Sex zu Dissoziation neigten.

Praktische Implikationen

Aus den Befunden der Studie lassen sich einige relevante Handlungsvorschläge für die Praxis ableiten. Es wurde gezeigt, dass Borderline-Patient:innen allgemein und im Besonderen diejenigen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit tendenziell mehr zwanghaftes Sexualverhalten, mehr sexuelles Risikoverhalten, sexuellen Masochismus sowie weniger sexuelle Selbstbestimmtheit aufweisen.

Trotz eindeutiger Befunde, dass sexuelles Risikoverhalten bei Betroffenen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit (Thompson et al., 2016) sowie bei Patient:innen mit BPS (Frias et al., 2016) gehäuft vorkommt, gelten sexuelle Störungen nach traumatischen Ereignissen nach wie vor als unterdiagnostiziert und unterbehandelt (O'Driscoll & Flanagan, 2015). Oft ist es für Patient:innen zu schambesetzt und zu belastend, in den Therapiesitzungen offen über sexuelle Missbrauchserfahrungen aus der Vergangenheit sowie über aktuelle sexuelle Probleme zu sprechen bzw. werden sexuelle Aktivitäten erst gar nicht als problematisch oder riskant eingeschätzt. Auch unter Therapeut:innen ohne spezielle trauma- und sexualtherapeutische Zusatzqualifikation herrscht des Öfteren Unsicherheit darüber, wie und zu welchem Zeitpunkt in der Therapie sensible Themen wie *Trauma und Sexualität* angesprochen werden sollen (Büttner, 2017b). Wenn die Behandler:innen nicht von sich aus aktiv nach sexuellen Gewalterfahrungen sowie sexuellem Problemverhalten fragen, wird die Thematik in der Therapie oft überhaupt nicht behandelt. Insbesondere in (teil-)stationären DBT-Programmen sei es nach Aussagen vieler Behandler:innen nicht der richtige zeitliche sowie inhaltliche Rahmen, auf sexuelle Traumatisierung sowie sexuelles Risikoverhalten näher einzugehen.

Es wäre jedoch wünschenswert, dass sexuelles Problemverhalten im Rahmen von Psychotherapien mit Borderline-Patient:innen nicht nur kurz zur Sprache kommt, sondern auch Teil des Behandlungsplans ist. So konnten die vorliegenden Befunde zeigen, dass SRV – wie im Falle von häufig wechselnden Sexualpartner:innen oder ungeschütztem Geschlechtsverkehr - mit körperlichen Erkrankungen wie HIV und anderen STIs einhergeht. Umso wichtiger erscheint es deshalb, bei Personen, die gerne viel Sex mit unverbindlichen Sexualpartner:innen haben, das Bewusstsein für die Risiken im Zusammenhang mit Sexualität und Safer Sex zu schärfen.

Außerdem konnte bestätigt werden, dass das Risiko für (erneuten) sexuellen Missbrauch im Erwachsenenalter durch SRV erhöht ist, welcher i.S. eines Teufelskreises weitere psychische und sexuelle Störungen nach sich ziehen kann (Classen et al., 2005). Es wäre deshalb sinnvoll, bei Patient:innen mit BPS nicht nur dann, wenn diese von sich aus von sexuellen Gewalterfahrungen berichten, zum Einstieg Screeningfragen zu sexuellen Problemen (z.B. „Haben Sie Probleme, was die Sexualität betrifft?“) zu stellen, wie von Büttner (2017b) vorgeschlagen. Hierdurch können Behandler:innen einschätzen, ob evtl. eine sexuelle Störung im klinischen Sinne sowie interpersonelle Probleme vorliegen. Im Anschluss daran wird empfohlen, eine ausführliche traumaorientierte Sexualanamnese durchzuführen, in welcher u.a. alle Kriterien sexuellen Risikoverhaltens, zwanghaftes Sexualverhalten, sexueller Masochismus, Motive für Sexualität etc. einzeln abgefragt werden (Büttner, 2017b). So gilt die Sexualanamnese für die Diagnostik sexueller Störungen als uner-

lässlich (Hartmann, 2021). In diesem Kontext können Patient:innen bereits i.S. der Psychoedukation darüber informiert werden, welche Merkmale SRV umfasst und welche davon ggf. auf sie zutreffen. Hierdurch kann mit den Patient:innen reflektiert werden, ob ihr Sexualleben nach ihrer Zufriedenheit abläuft und ob diese etwas an ihrer Sexualität verändern möchten. Die Ergebnisse zu den Motiven für Sexualität zeigten auf, dass insbesondere Borderline-Patient:innen, die von CSA betroffen sind, Sex weniger aus intrinsischen, sondern mehr aus extrinsischen sowie introjierten Motiven ausüben. Mithilfe verschiedener Interventionen aus der DBT in Kombination mit sexualtherapeutischen Methoden könnten die Patient:innen dabei unterstützt werden, ihre Emotionsregulationsstrategien sowie ihr Selbstwertgefühl zu verbessern, um Sexualität nicht mehr als dysfunktionale Copingstrategie einsetzen zu müssen. Hierdurch wäre zu hoffen, dass interpersonelle Probleme der Patient:innen und Retraumatisierungen reduziert sowie eine selbstfürsorgliche Sexualität nach den individuellen Bedürfnissen der Patient:innen gefördert werden können. Wünschenswert wäre, dass Einzel- und Gruppenkonzepte wie die *Trauma- und sexualfokussierte Therapie – Trust*, welche von Gleixner et al. (noch nicht veröffentlicht) entwickelt wurde, als Ergänzung zu DBT- sowie KPTBS-Programmen in stationären und ambulanten Einrichtungen künftig mehr Einzug halten.

Literaturverzeichnis

- Abrams, M., Chronos, A. & Milisavljevic Grdinic, M. (2022). Childhood abuse and sadomasochism: New insights. *Sexologies*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2021.10.004>
- Abrams, M. & Stefan, S. (2012). Sexual abuse and masochism in women: etiology and treatment. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 12(2), 231.
- Aiken, L. S. & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. (Newbury Park, CA: Sage Publications).
- APA. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®* (Hogrefe).
- Arntz, A. & van Genderen, H. (2022). *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim Basel: Beltz.
- Arriola, K. R., Loudon, 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 Negl*, 29(6), 725-746. doi:10.1016/j.chiabu.2004.10.014
- Ateş, C., Kaymaz, Ö., Kale, H. E. & Tekindal, M. A. (2019). Comparison of Test Statistics of Nonnormal and Unbalanced Samples for Multivariate Analysis of Variance in terms of Type-I Error Rates. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2019, 2173638. doi:10.1155/2019/2173638
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2020). Bildung in Deutschland 2020. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung in einer digitalisierten Welt. Bielefeld: wbv Publikation. Abgerufen am 05.02.2023 unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Publikationen/Downloads-Bildungsstand/bildung-deutschland-5210001209004.pdf?__blob=publicationFile
- Bagley, C. & Young, L. (1987). Juvenile Prostitution and Child Sexual Abuse: A Controlled Study. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6(1), 5-26. doi:10.7870/cjcmh-1987-0001
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B. & Gil-Llario, M. D. (2020). Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). *Addictive behaviors*, 107, 106384. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106384>
- Barnow, S., Herpertz, S. C., Spitzer, C., Stopsack, M., Preuss, U. W., Grabe, H. J., . . . Freyberger, H. J. (2007). Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account. *Psychopathology*, 40(6), 369-378. doi:10.1159/000106467
- Barnow, S., Plock, K., Spitzer, C., Hamann, N. & Freyberger, H. J. (2005). Trauma, Temperaments- und Charaktermerkmale bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. *Verhaltenstherapie*, 15(3), 148-156. doi:10.1159/000087439
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- 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. doi:10.1007/s00038-012-0426-1
- Beck, J. J., Elzevier, H. W., Pelger, R. C., Putter, H. & Voorham-van der Zalm, P. J. (2009). Multiple pelvic floor complaints are correlated with sexual abuse history. *J Sex Med*, 6(1), 193-198. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.01045.x
- Bender, R., Ziegler, A. & Lange, S. (2007). Multiple Regression. [Multiple regression]. - *Artikel Nr. 13 der Statistik-Serie in der DMW -*, 132(S 01), e30-e32. doi:10.1055/s-2007-959036

- Benotsch, E. G., Kalichman, S. C. & Kelly, J. A. (1999). Sexual compulsivity and substance use in HIV-seropositive men who have sex with men: prevalence and predictors of high-risk behaviors. *Addict Behav*, 24(6), 857-868. doi:10.1016/s0306-4603(99)00056-8
- Berg, R. C. (2009). Barebacking: a review of the literature. *Arch Sex Behav*, 38(5), 754-764. doi:10.1007/s10508-008-9462-6
- Berner, W. (2011). Masochismus und die lebensgefährliche Selbstschädigung. In B. Gerisch & I. Gans (Hrsg.), *Ich kehre in mich selbst zurück und finde die Welt. Autodestruktivität und chronische Suizidalität*. (S. 119-148). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., . . . Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, 151(8), 1132-1136. doi:10.1176/ajp.151.8.1132
- 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 Negl*, 27(2), 169-190. doi:10.1016/s0145-2134(02)00541-0
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*, 174(12), 727-735. doi:10.1097/00005053-198612000-00004
- Bieneck, S., Stadler, L. & Pfeiffer, C. (2011). Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch. Abgerufen am 17.10.2011 unter https://www.mosesonline.de/sites/default/files/Erster_Forschungsbericht_sexueller_Missbrauch_2011.pdf
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., . . . Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39. doi:10.1159/000173701
- Bornovalova, M. A., Daughters, S. B. & Lejuez, C. W. (2010). Motivations for sexual risk behavior across commercial and casual partners among male urban drug users: contextual features and clinical correlates. *Behav Modif*, 34(3), 219-246. doi:10.1177/0145445510364414
- Bóthe, B., Kovács, M., Tóth-Király, I., Reid, R. C., Griffiths, M. D., Orosz, G. & Demetrovics, Z. (2019). The Psychometric Properties of the Hypersexual Behavior Inventory Using a Large-Scale Nonclinical Sample. *The Journal of Sex Research*, 56(2), 180-190. doi:10.1080/00224499.2018.1494262
- Bóthe, B., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Kraus, S. W., Klein, V., Fuss, J. & Demetrovics, Z. (2020a). The development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19): An ICD-11 based screening measure across three languages. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 247-258. doi:10.1556/2006.2020.00034
- Bóthe, B., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Kraus, S. W., Klein, V., Fuss, J. & Demetrovics, Z. (2020b). The Development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBDS): An ICD-11 Based Screening Measure Across three Languages. *Journal of Behavioral Addictions*, 10(4), 1015-1035.
- Bouchard, S., Godbout, N. & Sabourin, S. (2009). Sexual Attitudes and Activities in Women with Borderline Personality Disorder Involved in Romantic Relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(2), 106-121. doi:10.1080/00926230802712301
- Brand, B. L. & Lanius, R. A. (2014). Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorder: disorders of emotion dysregulation? *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 1, 13. doi:10.1186/2051-6673-1-13
- Breiding, M., Smith, S., Basile, K., Walters, M., Chen, J. & Merrick, M. (2014). Prevalence and Characteristics of Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Victimization - National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *Morbidity and*

- mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C. : 2002), 63, 1-18.*
doi:10.2105/AJPH.2015.302634
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., . . . Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev, 58*, 1-15. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.001
- Brislin, R. W. (1970). Back-Translation for Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 1*, 185 - 216.
- Brody, S., Potterat, J. J., Muth, S. Q. & Woodhouse, D. E. (2005). Psychiatric and characterological factors relevant to excess mortality in a long-term cohort of prostitute women. *J Sex Marital Ther, 31*(2), 97-112. doi:10.1080/00926230590477943
- Brosius, F. (2017). *SPSS 24 für dummies*. (1. Aufl.). Weilheim: WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.
- Brown, A., Barker, E. D. & Rahman, Q. (2020). A Systematic Scoping Review of the Prevalence, Etiological, Psychological, and Interpersonal Factors Associated with BDSM. *The Journal of Sex Research, 57*(6), 781-811. doi:10.1080/00224499.2019.1665619
- Bründl, S. & Fuss, J. (2021). Impulskontrollstörungen in der ICD-11. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 15*(1), 20-29. doi:10.1007/s11757-020-00649-2
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.
- Büttner, M. (2017a). Einführung in die Thematik. In M. Büttner (Hrsg.), *Sexualität und Trauma. Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen*. (1. Aufl., S. 3-59). Stuttgart: Schattauer.
- Büttner, M. (2017b). Gesprächsführung und Diagnostik. In M. Büttner (Hrsg.), *Sexualität und Trauma. Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen*. (1. Aufl., S. 199-209). Stuttgart: Schattauer.
- Büttner, M. (2019). Trauma, Borderline und Sexualität: Trauma, Borderline und Sexualität. *23*(2), 87-100. Abgerufen unter <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120110/ptt-23-2-87>
- Büttner, M., Dulz, B., Sachsse, U., Overkamp, B. & Sack, M. (2014). Trauma und sexuelle Störungen. *Psychotherapeut, 59*(5), 385-391. doi:10.1007/s00278-014-1068-y
- Chen, E. Y., Brown, M. Z., Lo, T. T. & Linehan, M. M. (2007). Sexually transmitted disease rates and high-risk sexual behaviors in borderline personality disorder versus borderline personality disorder with substance use disorder. *J Nerv Ment Dis, 195*(2), 125-129. doi:10.1097/01.nmd.0000254745.35582.f6
- Classen, C. C., Palesh, O. G. & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse, 6*(2), 103-129. doi:10.1177/1524838005275087
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C. & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy, 36*(2), 119-124. doi:https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80060-7
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., . . . Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand, 138*(6), 536-546. doi:10.1111/acps.12956
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2. Aufl.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- com.can. (2020). Child Trauma Questionnaire (CTQ). Abgerufen am 01.02.2020 unter https://www.comcan.de/fileadmin/downloads/2017_03_16_-_comcan_-_5-CTQ.pdf
- Connolly, P. H. (2006). Psychological Functioning of Bondage/Domination/Sado-Masochism (BDSM) Practitioners. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 18*(1), 79-120. doi:10.1300/J056v18n01_05

- 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 Negl*, 34(11), 813-822. doi:10.1016/j.chiabu.2010.04.004
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardena, E., . . . Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychol Bull*, 138(3), 550-588. doi:10.1037/a0027447
- de Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M. L. & Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, 262, 70-77. doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043
- De Genna, N. M., Feske, U., Larkby, C., Angiolieri, T. & Gold, M. A. (2012). Pregnancies, abortions, and births among women with and without borderline personality disorder. *Womens Health Issues*, 22(4), e371-377. doi:10.1016/j.whi.2012.05.002
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19(2), 109-134. doi:https://doi.org/10.1016/0092-6566(85)90023-6
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. W. (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. (9. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. (New York: Dryden Press.
- Elzy, M. B. (2011). Examining the Relationship between Childhood Sexual Abuse and Borderline Personality Disorder: Does Social Support Matter? *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(3), 284-304. doi:10.1080/10538712.2011.573526
- Erez, G., Pilver, C. E. & Potenza, M. N. (2014). Gender-related differences in the associations between sexual impulsivity and psychiatric disorders. *J Psychiatr Res*, 55, 117-125. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.04.009
- Fargo, J. D. (2009). Pathways to adult sexual revictimization: direct and indirect behavioral risk factors across the lifespan. *J Interpers Violence*, 24(11), 1771-1791. doi:10.1177/0886260508325489
- 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 Negl*, 37(9), 664-674. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.013
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3. Aufl.). Los Angeles: Sage.
- Filipas, H. H. & Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *J Interpers Violence*, 21(5), 652-672. doi:10.1177/0886260506286879
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B. & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 145-159. doi:https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00118-5
- Freyberger, H. J. (2009). Daten zu sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung. In B. Dulz, C. Benecke & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Borderline-Störungen und Sexualität*. Stuttgart: Schattauer.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C., Stieglitz, R. D., Kuhn, G., Magdeburg, N. & Bernstein-Carlson, E. (1998). [Questionnaire on dissociative symptoms. German adaptation, reliability and validity of the American Dissociative Experience Scale (DES)]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 48(6), 223-229.
- Frias, A., Gonzalez, L., Palma, C. & Farriols, N. (2017). Is There a Relationship Between Borderline Personality Disorder and Sexual Masochism in Women? *Arch Sex Behav*, 46(3), 747-754. doi:10.1007/s10508-016-0834-z

- Frias, A., Palma, C., Farriols, N. & Gonzalez, L. (2016). Sexuality-related issues in borderline personality disorder: A comprehensive review. *Personal Ment Health, 10*(3), 216-231. doi:10.1002/pmh.1330
- Gewirtzman, A., Bobrick, L., Conner, K. & Tyring, S. (2011). Epidemiology of sexually transmitted infections. In G. Gross & S. K. Tyring (Hrsg.), *Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases* (S. 13-34). Berlin: Springer.
- Gleixner, J., Biedermann, S. & Wentzlaff, F. (noch nicht veröffentlicht). *Trauma- und sexualfokussierte Therapie Trust - Integratives psychotherapeutisches Gruppenkonzept für Patientinnen mit sexuellen Problemen nach interpersonellen Gewalterfahrungen*.
- Grabe, H. J. & Giertz, K. (2020). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in den psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgungssystemen von Deutschland. *Psychotherapie Forum, 24*(3), 100-107. doi:10.1007/s00729-020-00147-0
- Gravel, E. E., Pelletier, L. G. & Reissing, E. D. (2016). "Doing it" for the right reasons: Validation of a measurement of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for sexual relationships. *Personality and Individual Differences, 92*, 164-173. doi:https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.015
- Griffee, K., O'Keefe, S. L., Stroebel, S. S., Beard, K. W., Swindell, S. & Young, D. H. (2012). On the Brink of Paradigm Change? Evidence for Unexpected Predictive Relationships Among Sexual Addiction, Masturbation, Sexual Experimentation, and Revictimization, Child Sexual Abuse, and Adult Sexual Risk. *Sexual Addiction & Compulsivity, 19*(4), 225-264. doi:10.1080/10720162.2012.705140
- Gunderson, J. G. & Sabo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry, 150*(1), 19-27. doi:10.1176/ajp.150.1.19
- Hahm, H. C., Lee, Y., Ozonoff, A. & Van Wert, M. J. (2010). The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. *J Youth Adolesc, 39*(5), 528-540. doi:10.1007/s10964-009-9490-0
- Hahn, A. M., Simons, R. M. & Simons, J. S. (2016). Childhood Maltreatment and Sexual Risk Taking: The Mediating Role of Alexithymia. *Arch Sex Behav, 45*(1), 53-62. doi:10.1007/s10508-015-0591-4
- Hansen, N. B., Brown, L. J., Tsatkin, E., Zelgowski, B. & Nightingale, V. (2012). Dissociative experiences during sexual behavior among a sample of adults living with HIV infection and a history of childhood sexual abuse. *J Trauma Dissociation, 13*(3), 345-360. doi:10.1080/15299732.2011.641710
- Harned, M. S., Pantalone, D. W., Ward-Ciesielski, E. F., Lynch, T. R. & Linehan, M. M. (2011). The Prevalence and Correlates of Sexual Risk Behaviors and Sexually Transmitted Infections in Outpatients With Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(11). Abgerufen am 22.12.2022 unter https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2011/11000/The_Prevalence_and_Correlates_of_Sexual_Risk.4.aspx
- Harrell, F. E., Lee, K. L. & Mark, D. B. (1996). Multivariable prognostic models: Issues in developing models, evaluating assumptions and adequacy, and measuring and reducing errors. *Stat Med, 15*, 361-387.
- Hartmann, U. (2021). Gesprächsführung und Sexualanamnese. In U. Hartmann, T. Krüger, V. Kürbitz & C. Neuhof (Hrsg.), *Sexualmedizin für die Praxis: Sexualberatung und Kurzinterventionen bei sexuellen Störungen* (S. 103-116). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

- Haselgruber, A., Solva, K. & Lueger-Schuster, B. (2019). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand.* doi:10.1111/acps.13100
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Arzteblatt international*, 108(17), 287-294. doi:10.3238/arztebl.2011.0287
- Hayes, A. F. & Cai, L. (2007). Using heteroskedasticity-consistent standard error estimators in OLS regression: An introduction and software implementation. *Behavior Research Methods*, 39(4), 709-722. doi:10.3758/BF03192961
- Hemmerich, W. (2015). Statistikguru: Einfaktorielle MANOVA: Anwendungsbeispiele. Abgerufen am 05.01.2023 unter <https://statistikguru.de/spss/einfaktorielle-manova/anwendungsbeispiele-4.html>
- Hemmerich, W. (2016a). StatistikGuru: Rechner zur Adjustierung des α -Niveaus. . Abgerufen am 17.09.2022 unter <https://statistikguru.de/rechner/adjustierung-des-alphaniveaus.html>
- Hemmerich, W. (2016b). StatistikGuru: Stichprobenverteilung. Abgerufen am 31.10.2022 unter <https://statistikguru.de/lexikon/stichprobenverteilung.html>
- Hemmerich, W. (2018). Einfaktorielle ANOVA: Den Games-Howell post-hoc Test interpretieren. Abgerufen am 18.05.2022 unter <https://statistikguru.de/spss/einfaktorielle-anova/games-howell-post-hoc-test-interpretieren.html>
- Henrich, J., Heine, S. J. & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behav Brain Sci*, 33(2-3), 61-83; discussion 83-135. doi:10.1017/s0140525x0999152x
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi:10.1002/jts.2490050305
- Hill, A., Berner, W. & Briken, P. (2015). Riskantes Sexualverhalten. *Psychotherapeut*, 60(1), 25-30. doi:10.1007/s00278-014-1093-x
- Holm, S. (1979). A Simple Sequentially Rejective Multiple Test Procedure. *Scandinavian Journal of Statistics*, 6, 65-70.
- Hopkins, T. A., Brawner, C. A., Meyer, M., Zawilinski, L., Carnes, P. J. & Green, B. A. (2016). MMPI-2 Correlates of Sadoomasochism in a Sexual Addiction Sample: Contrasting and Men and Women. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 23(1), 114-140. doi:10.1080/10720162.2015.1095137
- Houston, E., Sandfort, T. G., Watson, K. T. & Caton, C. L. (2013). Psychological pathways from childhood sexual and physical abuse to HIV/sexually transmitted infection outcomes among homeless women: the role of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder symptoms. *J Health Psychol*, 18(10), 1330-1340. doi:10.1177/1359105312464674
- Hoyle, R. H., Fejfar, M. C. & Miller, J. D. (2000). Personality and sexual risk taking: a quantitative review. *J Pers*, 68(6), 1203-1231. doi:10.1111/1467-6494.00132
- Hurlbert, D. F., Apt, C. & White, L. C. (1992). An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *J Sex Marital Ther*, 18(3), 231-242. doi:10.1080/00926239208403409
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., . . . Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313-322. doi:10.1111/acps.12771
- IBM Deutschland GmbH, I. (2021). IBM SPSS Statistics. Abgerufen am 01.05.2022 unter <https://www.ibm.com/de-de/products/spss-statistics>

- Jackson, J. L., Calhoun, K. S., Amick, A. E., Maddever, H. M. & Habif, V. L. (1990). Young adult women who report childhood intrafamilial sexual abuse: Subsequent adjustment. *Archives of Sexual Behavior*, 19(3), 211-221. doi:10.1007/BF01541547
- Jardin, C., Sharp, C., Garey, L., Vanwoerden, S., Crist, N., Elhai, J. D. & Zvolensky, M. J. (2017). Compelled to Risk: Does Sexual Compulsivity Explain the Connection Between Borderline Personality Disorder Features and Number of Sexual Partners? *J Pers Disord*, 31(6), 738-752. doi:10.1521/pedi_2017_31_277
- Johl, S. (2008). Borderline-Persönlichkeitsstörung. Abgerufen am 07.01.2023 unter <https://publishup.uni-potsdam.de/frontdoor/index/index/docId/30512>
- Kernberg, O. F. (1995). *Love relations in normality and pathology*. New Haven: Yale University Press.
- Kingston, D. A., Graham, F. J. & Knight, R. A. (2017). Relations Between Self-Reported Adverse Events in Childhood and Hypersexuality in Adult Male Sexual Offenders. *Arch Sex Behav*, 46(3), 707-720. doi:10.1007/s10508-016-0873-5
- Kleindienst, N., Jungkunz, M. & Bohus, M. (2020). A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1), 11. doi:10.1186/s40479-020-00126-6
- Klinitzke, G., Rompell, M., Hauser, W., Braehler, E. & Glaesmer, H. (2012). [The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): psychometric characteristics in a representative sample of the general population]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 62(2), 47-51. doi:10.1055/s-0031-1295495
- Knefel, M., Lueger-Schuster, B. & Maercker, A. (2013). *Internationaler traumafragebogen, forschungsversion. [Unveröffentlichte deutsche Version]*.
- Kratzer, L., Tschöke, S. & Büttner, M. (2021). BDSM, Gewalt und Trauma : BDSM, Gewalt und Trauma. 25(4), 264-272. Abgerufen am 29.01.2023 unter <https://elibrary.klett-cotta.de/article/10.21706/ptt-25-4-264>
- Krueger, R. B., Reed, G. M., First, M. B., Marais, A., Kismodi, E. & Briken, P. (2017). Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1529-1545. doi:10.1007/s10508-017-0944-2
- Lalor, K. & McElvaney, R. (2010). Child Sexual Abuse, Links to Later Sexual Exploitation/High-Risk Sexual Behavior, and Prevention/Treatment Programs. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11(4), 159-177. doi:10.1177/1524838010378299
- Lavan, H. & Johnson, J. G. (2002). The association between axis I and II psychiatric symptoms and high-risk sexual behavior during adolescence. *J Pers Disord*, 16(1), 73-94. doi:10.1521/pedi.16.1.73.22559
- Lemieux, S. R. & Byers, E. S. (2008). The Sexual Well-Being of Women Who Have Experienced Child Sexual Abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 32(2), 126-144. doi:10.1111/j.1471-6402.2008.00418.x
- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). Berechnung von Effektstärken. Abgerufen am 05.01.2022 unter <http://lindaregber.com/effekt-berechnen-interpretieren/>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364(9432), 453-461. doi:10.1016/s0140-6736(04)16770-6
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (New York: Guildford Press).
- Lueger-Schuster, B., Knefel, M., Glück, T. M., Jagsch, R., Kantor, V. & Weindl, D. (2018). Child abuse and neglect in institutional settings, cumulative lifetime traumatization, and psychopathological long-term correlates in adult survivors: The Vienna Institutional Abuse

- Study. *Child Abuse & Neglect*, 76, 488-501. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.009>
- Lumley, T., Diehr, P., Emerson, S. & Chen, L. (2002). The importance of the normality assumption in large public health data sets. *Annu Rev Public Health*, 23, 151-169. doi:10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140546
- Malow, R., Dévieux, J. & Lucenko, B. (2006). History of Childhood Sexual Abuse as a Risk Factor for HIV Risk Behavior. *Journal of Trauma Practice*, 5. doi:10.1300/J189v05n03_02
- Margraf, J. & Cwik, J. (2017). *Mini-DIPS-OA - Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen – Open access (Short interview for mental disorders – Open access)*.
- Meinck, F., Cluver, L. D., Boyes, M. E. & Mhlongo, E. L. (2014). Risk and Protective Factors for Physical and Sexual Abuse of Children and Adolescents in Africa: A Review and Implications for Practice. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(1), 81-107. doi:10.1177/1524838014523336
- Merkert, C., Golder, S. & Stark, R. (2022). Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung als neue ICD-11-Diagnose: Diagnostik und Psychotherapie. *Psychotherapeuten journal*, 1, 24-30.
- Merza, K., Papp, G. & Kuritárné Szabó, I. (2015). The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary. *The European Journal of Psychiatry*, 29, 105-118. Abgerufen am 04.01.2020 unter http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632015000200002&nrm=iso
- Messman-Moore, T. L. & Long, P. J. (2000). Child Sexual Abuse and Revictimization in the Form of Adult Sexual Abuse, Adult Physical Abuse, and Adult Psychological Maltreatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(5), 489-502. doi:10.1177/088626000015005003
- Meyer, D., Cohn, A., Robinson, B., Muse, F. & Hughes, R. (2017). Persistent Complications of Child Sexual Abuse: Sexually Compulsive Behaviors, Attachment, and Emotions. *J Child Sex Abuse*, 26(2), 140-157. doi:10.1080/10538712.2016.1269144
- Miller, M. (1999). A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care*, 11(1), 3-20. doi:10.1080/09540129948162
- Miron, L. R. & Orcutt, H. K. (2014). Pathways from childhood abuse to prospective revictimization: depression, sex to reduce negative affect, and forecasted sexual behavior. *Child Abuse Negl*, 38(11), 1848-1859. doi:10.1016/j.chiabu.2014.10.004
- Müller, T. (2019). Sexuelle Verhaltensstörung häufiger als angenommen. *Uro-News*, 23(1), 8-8. doi:10.1007/s00092-019-2106-4
- Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M. & Coxeter, P. D. (2005). Sexual Abuse in Childhood and Sexual Dysfunction in Adulthood: An Australian Population-Based Study. *Archives of Sexual Behavior*, 34(5), 517-526. doi:10.1007/s10508-005-6277-6
- Newville, H. & Haller, D. L. (2012). Relationship of axis II pathology to sex- and drug-related risk behaviors among patients in HIV primary care. *AIDS Care*, 24(6), 763-768. doi:10.1080/09540121.2011.630367
- Noll, J. G., Haralson, K. J., Butler, E. M. & Shenk, C. E. (2011). Childhood Maltreatment, Psychological Dysregulation, and Risky Sexual Behaviors in Female Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(7), 743-752. doi:10.1093/jpepsy/jsr003
- Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K. & Putnam, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study. *J Interpers Violence*, 18(12), 1452-1471. doi:10.1177/0886260503258035
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15(5), 625-632. doi:10.1007/s10459-010-9222-y

- 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 Med*, 9(11), e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
- O'Driscoll, C. & Flanagan, E. (2015). Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. *Psychology and psychotherapy*, 89. doi:10.1111/papt.12077
- Opitz, D. M., Tsytsarev, S. V. & Froh, J. (2009). Women's Sexual Addiction and Family Dynamics, Depression and Substance Abuse. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 16(4), 324-340. doi:10.1080/10720160903375749
- Orcutt, H. K., Cooper, M. L. & Garcia, M. (2005). Use of sexual intercourse to reduce negative affect as a prospective mediator of sexual revictimization. *J Trauma Stress*, 18(6), 729-739. doi:10.1002/jts.20081
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B. & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *J Psychiatr Res*, 44(16), 1190-1198. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.04.016
- Paris, J. (2004). Gender differences in personality traits and disorders. *Current Psychiatry Reports*, 6(1), 71-74.
- Paschinger, K. & Büttner, M. (2017). Traumaassoziierte Körperbeschwerden und Sexualität. In M. Büttner (Hrsg.), *Sexualität und Trauma. Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen* (1. Aufl., S. 68-88). Stuttgart: Schattauer.
- Pittenger, S., Huit, T. & Hansen, D. (2016). Applying Ecological Systems Theory to Sexual Revictimization of Youth: A Review with Implications for Research and Practice. *Aggression and Violent Behavior*, 26. doi:10.1016/j.avb.2015.11.005
- Planing, P. (2021). *Statistik Grundlagen: Mit über 150 Erklärvideos rund um die Burgerkette FIVE PROFS*.
- Razali, N. M. & Wah, Y. B. (2011). Power Comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling Tests. *J. Stat. Model. Analytics*, 2.
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalife, S., Cohen, D. & Amsel, R. (2003). Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther*, 29(1), 47-59. doi:10.1080/713847095
- Richters, J., de Visser, R. O., Badcock, P. B., Smith, A. M. A., Rissel, C., Simpson, J. M. & Grulich, A. E. (2014). Masturbation, paying for sex, and other sexual activities: the Second Australian Study of Health and Relationships. *Sexual Health*, 11(5), 461-471. doi:https://doi.org/10.1071/SH14116
- Richters, J., De Visser, R. O., Rissel, C. E., Grulich, A. E. & Smith, A. M. A. (2008). Demographic and Psychosocial Features of Participants in Bondage and Discipline, “Sadomasochism” or Dominance and Submission (BDSM): Data from a National Survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1660-1668. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00795.x
- Rinehart, J. K., Yeater, E. A., Musci, R. J., Letourneau, E. J. & Lenberg, K. L. (2014). The role of ethnicity, sexual attitudes, and sexual behavior in sexual revictimization during the transition to emerging adulthood. *Child Maltreat*, 19(3-4), 178-187. doi:10.1177/1077559514551946
- Risser, H. J., Hetzel-Riggin, M. D., Thomsen, C. J. & McCanne, T. R. (2006). PTSD as a mediator of sexual revictimization: the role of reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms. *J Trauma Stress*, 19(5), 687-698. doi:10.1002/jts.20156
- Rodewald, F., Gast, U. & Emrich, H. M. (2006). [Screening for major dissociative disorders with the FDS, the German version of the Dissociative Experience Scale]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 56(6), 249-258. doi:10.1055/s-2006-932590

- Rodriguez-Srednicki, O. (2001). Childhood sexual abuse, dissociation, and adult self-destructive behavior. *J Child Sex Abus*, 10(3), 75-90. doi:10.1300/j070v10n03_05
- Romans, S., Belaise, C., Martin, J., Morris, E. & Raffi, A. (2002). Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychother Psychosom*, 71(3), 141-150. doi:10.1159/000056281
- Roth, M. & Hammelstein, P. (2003). *Sensation Seeking : Konzeption, Diagnostik und Anwendung*. Göttingen: Hogrefe.
- Rottmann, H. (2010). Ein Überblick über die lineare Regression. *Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, 39. doi:10.15358/0340-1650-2010-11-548
- Sack, M. & Mattheß, H. (2013). Somatoforme Störungen und komplexe Traumafolgestörungen. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M., Sachsse, U., Overkamp, B. & Dulz, B. (2013). [Trauma-related disorders in patients with borderline personality disorders. Results of a multicenter study]. *Nervenarzt*, 84(5), 608-614. doi:10.1007/s00115-012-3489-6
- Sansone, R. A., Barnes, J., Muennich, E. & Wiederman, M. W. (2008). Borderline personality symptomatology and sexual impulsivity. *Int J Psychiatry Med*, 38(1), 53-60. doi:10.2190/PM.38.1.e
- Sansone, R. A., Chu, J. W. & Wiederman, M. W. (2011). Sexual behaviour and borderline personality disorder among female psychiatric inpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 15(1), 69-73. doi:10.3109/13651501.2010.507871
- Sansone, R. A., Lam, C. & Wiederman, M. W. (2011). The relationship between borderline personality disorder and number of sexual partners. *J Pers Disord*, 25(6), 782-788. doi:10.1521/pedi.2011.25.6.782
- Sansone, R. A. & Sansone, L. A. (2011). Sexual behavior in borderline personality: a review. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(2), 14-18. Abgerufen unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21468292>
- Sansone, R. A. & Wiederman, M. W. (2009). Borderline personality symptomatology, casual sexual relationships, and promiscuity. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 6(3), 36-40. Abgerufen unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19724753>
- Sauer, M. (2014). *Überschneidung des Symptomenspektrums und differentialdiagnostische Abgrenzung der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung von der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Technische Universität München, München.
- Schacht, R. L., George, W. H., Davis, K. C., Heiman, J. R., Norris, J., Stoner, S. A. & Kajumulo, K. F. (2010). Sexual Abuse History, Alcohol Intoxication, and Women's Sexual Risk Behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 898-906. doi:10.1007/s10508-009-9544-0
- Schmider, E., Ziegler, M., Danay, E., Beyer, L. & Bühner, M. (2010). Is It Really Robust? *Methodology*, 6(4), 147-151. doi:10.1027/1614-2241/a000016
- Schulte-Herbruggen, O., Ahlers, C. J., Kronsbein, J. M., Ruter, A., Bahri, S., Vater, A. & Roepke, S. (2009). Impaired sexual function in patients with borderline personality disorder is determined by history of sexual abuse. *J Sex Med*, 6(12), 3356-3363. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01422.x
- Scoglio, A. A. J., Kraus, S. W., Saczynski, J., Jooma, S. & Molnar, B. E. (2019). Systematic Review of Risk and Protective Factors for Revictimization After Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838018823274. doi:10.1177/1524838018823274
- Scott, M. E., Wildsmith, E., Welti, K., Ryan, S., Schelar, E. & Steward-Streng, N. R. (2011). Risky adolescent sexual behaviors and reproductive health in young adulthood. *Perspect Sex Reprod Health*, 43(2), 110-118. doi:10.1363/4311011

- Senn, T. E., Carey, M. P. & Vanable, P. A. (2008). Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical psychology review*, 28(5), 711-735. doi:10.1016/j.cpr.2007.10.002
- Senn, T. E., Carey, M. P., Vanable, P. A., Coury-Doniger, P. & Urban, M. A. (2006). Childhood sexual abuse and sexual risk behavior among men and women attending a sexually transmitted disease clinic. *J Consult Clin Psychol*, 74(4), 720-731. doi:10.1037/0022-006x.74.4.720
- Shamu, S., Shamu, P., Zarowsky, C., Temmerman, M., Shefer, T. & Abrahams, N. (2019). Does a history of sexual and physical childhood abuse contribute to HIV infection risk in adulthood? A study among post-natal women in Harare, Zimbabwe. *PLoS One*, 14(1), e0198866. doi:10.1371/journal.pone.0198866
- Sheehan, D. V. (2017). M.I.N.I. (MINI INTERNATIONALES NEUROPSYCHIATRISCHES INTERVIEW). German for Germany Translation Version 7.0.2. Abgerufen unter <https://harmresearch.org/index.php/mini-international-neuropsychiatric-interview-mini/#Adult%20Versions%20of%20the%20MINI>
- Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin, C. R. & Cloitre, M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1419749. doi:10.1080/20008198.2017.1419749
- Shuper, P. A., Joharchi, N. & Rehm, J. (2014). Personality as a Predictor of Unprotected Sexual Behavior Among People Living with HIV/AIDS: A Systematic Review. *AIDS and Behavior*, 18(2), 398-410. doi:10.1007/s10461-013-0554-5
- Signerski-Krieger, J., Annen, S., Anderson-Schmidt, H., Plitt, H. & Wiltfang, J. (2015). Sexuelle Probleme, sexuelle Zufriedenheit und Lebenszufriedenheit bei Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Z Sex-Forsch*, 28(02), 121-131. doi:10.1055/s-0035-1553075
- Silbert, M. H. & Pines, A. M. (1981). Sexual child abuse as an antecedent to prostitution. *Child Abuse & Neglect*, 5(4), 407-411. doi:https://doi.org/10.1016/0145-2134(81)90050-8
- Simeon, D., Nelson, D., Elias, R., Greenberg, J. & Hollander, E. (2003). Relationship of Personality to Dissociation and Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *CNS Spectrums*, 8(10), 755-762. doi:10.1017/S109285290001912X
- Slavin, M. N., Blycker, G. R., Potenza, M. N., Bóthe, 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. doi:https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.008
- Sprott, R. & Hadcock, B. (2017). Bisexuality, pansexuality, queer identity, and kink identity. *Sexual and Relationship Therapy*, 33, 1-19. doi:10.1080/14681994.2017.1347616
- Steel, J. L. & Herlitz, C. A. (2005). The association between childhood and adolescent sexual abuse and proxies for sexual risk behavior: a random sample of the general population of Sweden. *Child Abuse Negl*, 29(10), 1141-1153. doi:10.1016/j.chiabu.2004.10.015
- Steine, I. M., Harvey, A. G., Krystal, J. H., Milde, A. M., Gronli, J., Bjorvatn, B., . . . Pallesen, S. (2012). Sleep disturbances in sexual abuse victims: a systematic review. *Sleep Med Rev*, 16(1), 15-25. doi:10.1016/j.smr.2011.01.006
- Stevens, J. P. (1980). Power of the multivariate analysis of variance tests. *Psychological Bulletin*, 88(3), 728-737. doi:https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.728
- Stoller, R. (1978). *Perversion. Die erotische Form von Hass*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Stoner, S., Norris, J., George, W., Morrison, D., Zawacki, T., Davis, K. & Hessler, D. (2008). Women's Condom Use Assertiveness and Sexual Risk-Taking: Effects of Alcohol Intoxication and Adult Victimization. *Addictive behaviors*, 33, 1167-1176. doi:10.1016/j.addbeh.2008.04.017

- Tabachnik, B. G. & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6. Aufl.). Boston, MA: Pearson.
- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M. & Senf, W. (2004). Trauma, posttraumatische Belastungsstörung und Somatisierung. [Trauma, Post-Traumatic Stress Disorder and Somatization]. *Psychother Psych Med*, 54(05), 198-205. doi:10.1055/s-2003-814866
- Thompson, K. N., Betts, J., Jovev, M., Nyathi, Y., McDougall, E. & Chanen, A. M. (2019). Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology. *Early Interv Psychiatry*, 13(3), 502-508. doi:10.1111/eip.12510
- Thompson, R., Lewis, T., Neilson, E. C., English, D. J., Litrownik, A. J., Margolis, B., . . . Dubowitz, H. (2016). Child Maltreatment and Risky Sexual Behavior: Indirect Effects Through Trauma Symptoms and Substance Use. *Child Maltreatment*, 22(1), 69-78. doi:10.1177/1077559516674595
- Tragesser, S. L. & Benfield, J. (2012). Borderline personality disorder features and mate retention tactics. *J Pers Disord*, 26(3), 334-344. doi:10.1521/pedi.2012.26.3.334
- Tull, M. T., Gratz, K. L. & Weiss, N. H. (2011). Exploring associations between borderline personality disorder, crack/cocaine dependence, gender, and risky sexual behavior among substance-dependent inpatients. *Personal Disord*, 2(3), 209-219. doi:10.1037/a0021878
- Turchik, J. A. & Garske, J. (2008). Measurement of Sexual Risk Taking Among College Students. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 936-948. doi:10.1007/s10508-008-9388-z
- Turchik, J. A., Walsh, K. & Marcus, D. K. (2015). Confirmatory Validation Of The Factor Structure And Reliability Of The Sexual Risk Survey In A Large Multiuniversity Sample Of U.S. Students. *International Journal of Sexual Health*, 27(2), 93-105. doi:10.1080/19317611.2014.944295
- Turniansky, H., Ben-Dor, D., Krivoy, A., Weizman, A. & Shoval, G. (2019). A history of prolonged childhood sexual abuse is associated with more severe clinical presentation of borderline personality disorder in adolescent female inpatients – A naturalistic study. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104222. doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104222
- 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. *J Marital Fam Ther*, 42(2), 341-356. doi:10.1111/jmft.12154
- Van Bruggen, L. K., Runtz, M. G. & Kadlec, H. (2006). Sexual revictimization: the role of sexual self-esteem and dysfunctional sexual behaviors. *Child Maltreat*, 11(2), 131-145. doi:10.1177/1077559505285780
- van Dijke, A., van der Hart, O., Ford, J. D., van Son, M., van der Heijden, P. & Bühring, M. (2010). Affect Dysregulation and Dissociation in Borderline Personality Disorder and Somatoform Disorder: Differentiating Inhibitory and Excitatory Experiencing States. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(4), 424-443. doi:10.1080/15299732.2010.496140
- van Roode, T., Dickson, N., Herbison, P. & Paul, C. (2009). Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: Findings from a birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 161-172. doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.006
- Vonderlin, R., Kleindienst, N., Alpers, G., Bohus, M., Lyssenko, L. & Schmahl, C. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 48, 1-10. doi:10.1017/S0033291718000740
- Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M. & Wilson, L. C. (2019). The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma Violence Abuse*, 20(1), 67-80. doi:10.1177/1524838017692364
- Walsh, K., DiLillo, D. & Scalora, M. J. (2011). The cumulative impact of sexual revictimization on emotion regulation difficulties: an examination of female inmates. *Violence Against Women*, 17(8), 1103-1118. doi:10.1177/1077801211414165

- Walther, B. (2019a). Autokorrelation analytisch mit Durbin-Watson testen. Abgerufen am 04.11.2022 unter <https://bjoernwalther.com/autokorrelation-analytisch-mit-durbin-watson-testen/>
- Walther, B. (2019b). Heteroskedastizität in SPSS analytisch erkennen + beheben. Abgerufen am 05.11.2022 unter <https://bjoernwalther.com/heteroskedastizitaet-in-spss-analytisch-erkennen-beheben/>
- Weaver, T. L. (2009). Impact of rape on female sexuality: review of selected literature. *Clin Obstet Gynecol*, 52(4), 702-711. doi:10.1097/GRF.0b013e3181bf4bfb
- Wetzels, P. (1997). *Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen –Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- WHO. (1999). Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. In. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2019). 6C72 Compulsive sexual behaviour disorder Abgerufen am 01.04.2020 unter <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1630268048>
- Widom, C. S. & Kuhns, J. B. (1996). Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy: a prospective study. *American journal of public health*, 86(11), 1607-1612. doi:10.2105/ajph.86.11.1607
- Wilcox, R. R. (2012). *Introduction to Robust Estimation and Hypothesis Testing* (3. Aufl.). Amsterdam, Boston: Academic Press.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., . . . Driessen, M. (2010). [The German version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): preliminary psychometric properties]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 60(11), 442-450. doi:10.1055/s-0030-1247564
- Winter, D., Bohus, M. & Lis, S. (2017). Understanding Negative Self-Evaluations in Borderline Personality Disorder—a Review of Self-Related Cognitions, Emotions, and Motives. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 17. doi:10.1007/s11920-017-0771-0
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., . . . McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis*, 190(8), 510-518. doi:10.1097/00005053-200208000-00003
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S. & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*, 6(4), 201-207. doi:10.3109/10673229809000330
- Zanarini, M. C., Parachini, E. A., Frankenburg, F. R., Holman, J. B., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K. R. (2003). Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. *J Nerv Ment Dis*, 191(7), 479-482. doi:10.1097/01.Nmd.0000081628.93982.1d
- Zanarini, M. C., Ruser, T. F., Frankenburg, F. R., Hennen, J. & Gunderson, J. G. (2000). Risk Factors Associated with the Dissociative Experiences of Borderline Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(1). Abgerufen am 05.01.2023 unter https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2000/01000/Risk_Factors_Associated_with_the_Dissociative.5.aspx
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Bradford, R. R., Vera, S. C. & Marino, M. F. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of

borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1106.
doi:10.1176/ajp.154.8.1101

Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F. & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis*, 190(6), 381-387. doi:10.1097/00005053-200206000-00006

Zurbriggen, E. & Freyd, J. (2004). From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and intervention.

Anhang



Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie

Studienverantwortliche:

Dr. med. Richard Musil

Studienleiter

Oberarzt der Schwerpunktstation
für PatientInnen mit Borderline-
Störungen B3 und Leiter des DBT-
Programms

Richard.Musil@med.uni-
muenchen.de

Telefon: 089 / 4400 – 55888

Telefax: 089 / 4400 – 53413

M.Sc. Psych. Christina Schober

Projektleiterin

Doktorandin von Dr. med. Musil;
Psychologische Psychotherapeutin

Christina.Schober@med.uni-
muenchen.de

Probandeninformation und Einwilligungserklärung zur Studie

„Sexuelles Risikoverhalten bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in Abhängigkeit von sexueller Traumatisierung und posttraumatischer Belastungsstörung“

Sehr geehrte Probandin, sehr geehrter Proband,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Untersuchung „Sexuelles Risikoverhalten im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung“. Neben der mündlichen Aufklärung werden Sie in diesem Schreiben über die Inhalte der Studie und die im Rahmen der Studie durchgeführte Untersuchung aufgeklärt. Wir möchten Sie bitten, dieses Merkblatt aufmerksam durchzulesen. Es enthält die notwendigen Informationen zum Verständnis der Studie.

Hintergrund der Studie

Belastende, traumatische Erfahrungen wie Gewalt oder sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend erhöhen die Wahrscheinlichkeit, psychische Erkrankungen zu entwickeln wie z.B. Depressionen, Angststörungen oder eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), bei der unter anderem belastende Erfahrungen wiedererlebt und Situationen, die an das Trauma erinnern, vermieden werden. Es hat sich in der Forschung gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, infolge von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS; eine psychische Erkrankung, bei der es unter anderem zu starken Schwankungen im Gefühlserleben kommt) zu entwickeln, erhöht ist.

Viele PatientInnen mit einer BPS haben in ihrer Kindheit und Jugend traumatische Ereignisse erlebt wie körperlichen, seelischen oder sexuellen Missbrauch. Häufig werden die Betroffenen auch als Erwachsene erneut Opfer von (sexueller) Gewalt, was als (sexuelle) Reviktimisierung bezeichnet wird.

Studien haben außerdem gezeigt, dass Betroffene von sexuellem Missbrauch in der Kindheit häufiger sexuelles Risikoverhalten aufweisen, also z.B. früher Geschlechtsverkehr haben, mehr Sexualpartner haben oder das Risiko eingehen, sich durch ungeschützten Geschlechtsverkehr mit sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass sich die Betroffenen oft nicht trauen, ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse in sexuellen Beziehungen zu äußern. Auch denken manche Betroffene von sexuellem Missbrauch, sie hätten es nicht verdient, dass man sie gut behandelt und lassen sich auf sexuelle Aktivitäten ein, obwohl diese vielleicht unangenehm oder schmerzhaft sind.

Sexuelle Risikoverhaltensweisen, ebenso wie der Konsum von Alkohol oder Drogen beim Sex sowie Dissoziation (="Weggetretensein", "nicht man selbst sein", "neben sich stehen"; Dissoziationen treten oft nach traumatischen Erfahrungen oder starken psychischen Belastungen auf, vermutlich als Schutzmechanismus der Psychische) sind einer der Hauptrisikofaktoren, für Reviktimisierung, also dafür, als Erwachsene/r erneut Opfer von Misshandlungen zu werden. Auch Patienten mit der Diagnose einer BPS zeigen häufiger sexuelles Risikoverhalten und impulsives Verhalten (z.B. Sex mit vielen wechselnden, teilweise unbekanntem Sexualpartnern, die die Betroffenen z.B. auf einer Party kennengelernt haben).

Zwar ist bereits bekannt, dass sexuelle Traumatisierung, ebenso wie eine BPS mit sexuellem Risikoverhalten zusammenhängen; allerdings weiß man bislang nur wenig darüber, inwiefern

sexueller Missbrauch in der Kindheit den Zusammenhang zwischen einer BPS und sexuellem Risikoverhalten beeinflusst.

Ziele der Studie

Ziel dieser Studie ist es, sexuelles Risikoverhalten bei PatientInnen mit einer BPS genauer zu untersuchen. Insbesondere wollen wir erforschen, ob sich Borderline-PatientInnen mit bzw. ohne sexuelle Missbrauchserfahrung in ihrer Sexualität voneinander unterscheiden. Außerdem untersuchen wir den Einfluss der Diagnosen PTBS, Dissoziation, Sexsucht und sexueller Masochismus (= das Empfinden von sexueller Befriedigung durch Demütigung, Schmerz oder Qual beim Sex) bei BPS. Zudem möchten wir Näheres darüber erfahren, welche Rolle die Motivation für Sex (aus welchen Gründen Personen Sex haben, z.B. um ihrem/ihrer Partner/in zu gefallen; aus Angst, Nein zu sagen o.ä.) bei BPS spielt. Außerdem soll untersucht werden, inwiefern Borderline-PatientInnen, abhängig von sexuellem Risikoverhalten von sexueller Reviktimisierung betroffen sind. Die Ergebnisse möchten wir mit einer Gruppe von Personen ohne BPS vergleichen, um genauer zu untersuchen, welche Unterschiede es in der Sexualität zwischen Personen mit bzw. ohne Borderline-Diagnose gibt.

Aus unserer Erfahrung wird das Thema „Sexualität“, besonders sexuelles Risikoverhalten, in der Therapie häufig gar nicht oder nur am Rande behandelt. Dies liegt unter anderem daran, dass die Thematik PatientInnen oft peinlich oder unangenehm ist. Auch viele TherapeutInnen haben Hemmungen, Sexualität, besonders bei Missbrauchserfahrungen in der Vorgeschichte, anzusprechen.

Mit dieser Studie wollen wir sowohl PatientInnen als auch TherapeutInnen mehr für sexuelles Risikoverhalten sensibilisieren, um dieses Thema künftig mehr in die Therapie zu integrieren. Unser Ziel ist es, hierdurch Ihre sexuelle Selbstbehauptungsfähigkeit zu verbessern, über sexuell übertragbare Erkrankungen aufzuklären, Sie vor Infektionen zu schützen und sexuelle Reviktimisierungen nach Möglichkeit zu verhindern.

Möglicher Nutzen

Die Untersuchung dient in ihrer Gesamtheit dazu, einen Beitrag zu einem tieferen Verständnis von sexuellem Verhalten bei Patienten mit BPS und dem Einfluss verschiedener Faktoren

(sexueller Missbrauch, PTBS, Dissoziation, sexuellen Motiven, Sexsucht und Masochismus) zu leisten.

Für Sexualität gibt es keine vorgeschriebenen Normen und Regeln, kein richtig oder falsch. Jeder Mensch hat unterschiedliche Vorlieben und Interessen beim Geschlechtsverkehr. Unserer Erfahrung nach wissen viele Menschen allerdings nicht, welche Art von Sexualität ihnen gefällt oder ob sie überhaupt Sex haben möchten. Viele Personen mit BPS lassen sich oft auf sexuelle Aktivitäten ein, obwohl diese ihnen vielleicht Angst machen oder Schmerzen verursachen. Mit dieser Studie möchten wir Sie dazu einladen, für sich zu überlegen, ob Ihre Sexualität nach Ihrer Zufriedenheit abläuft. Außerdem möchten wir Sie darüber informieren, welche Faktoren sexuelles Risikoverhalten umfassen und unter Umständen selbstschädigend oder gefährlich sein können, da Sie sich hierdurch z.B. mit sexuell übertragbaren Krankheiten infizieren können. Wir möchten Sie auch dazu ermutigen, die durch die Befragung aufkommenden Themen zu Sexualität mit Ihren Therapeuten zu besprechen und zu überlegen, ob es bzgl. ihrer Sexualität Aspekte gibt, die Sie in Ihrem Leben gerne verändern möchten.

Ablauf der Studie

Zunächst bespricht Ihr Arzt oder Psychotherapeut die Studie mit Ihnen und Ihre Eignung dafür. Sollten Sie die Aufnahmekriterien erfüllen und mit der Teilnahme an der Studie einverstanden sein, so müssen Sie dies schriftlich durch Ihre Unterschrift am Ende der hier vorliegenden Probandeninformation bzw. Einverständniserklärung bestätigen.

Ihr Arzt oder Therapeut wird Ihnen anschließend ein Fragebogenpaket aushändigen. Dieses umfasst mehrere Fragebögen mit persönlichen Fragen über Ihre sexuelle und psychische Vergangenheit, die ggf. emotional belastend sein können. Wir empfehlen Ihnen deshalb, die Fragebögen auszufüllen, wenn sich Therapeuten oder Pflegekräfte in der Nähe befinden, sodass Sie sich bei Bedarf an diese wenden können. Für das Ausfüllen der Bögen benötigen Sie etwa 20 bis 35 Minuten. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut und so genau Sie können. Sie können die Beantwortung jederzeit pausieren und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen oder auch abbrechen. Wenn Sie Verständnisprobleme haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Behandler. Am Ende der Befragung liegt für Sie ein Informationsblatt mit evtl. nützlichen Beratungsangeboten und Buchtipps bei, das Sie mit nach Hause nehmen können.

Wenn Sie die Fragebögen vollständig beantwortet haben, legen Sie diese bitte, gemeinsam mit der unterschriebenen Einverständniserklärung, in den beiliegenden Briefumschlag und geben diesen an Ihren Therapeuten noch nicht verschlossen zurück. Ihr Therapeut wird dann in Ihrer Anwesenheit ein Blatt mit den gestellten Diagnosen in den Briefumschlag legen. Nun wird der Briefumschlag von Ihnen oder Ihrem Therapeuten in Ihrer Anwesenheit verschlossen., um die Vertraulichkeit Ihrer Angaben sicherzustellen. Wenn Sie möchten, können Sie die Bögen natürlich in der Therapie besprechen. Die Briefumschläge werden an einem verschlossenen Ort durch den hauptverantwortlichen Studienleiter Ihrer Einrichtung sicher verwahrt. Ausschließlich der Studienleiter hat Zugang zu dem Aufbewahrungsort. Ihr Umschlag wird erst für die Datenauswertung geöffnet. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und unabhängig von Ihrer Behandlung. Sie können die Befragung jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen.

Mögliche Risiken und Nebenwirkungen

Die mit einer Studienteilnahme verbundenen Belastungen bestehen in einer möglichen emotionalen Belastung durch die Befragungen und das Ausfüllen der Fragebögen, was unter Umständen mit Anspannungszuständen oder Dissoziation verbunden sein kann. Eine therapeutische Unterstützung ist in diesen Situationen immer gewährleistet.

Vertraulichkeit/Datenschutz

Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten (Daten der Fragebögen und Interviews) über Sie erhoben und gespeichert. Bevor die Fragebögen ausgewertet werden, erfolgt eine Verschlüsselung (Pseudonymisierung). Dabei werden die Fragebögen anstelle Ihres Namens mit einem Pseudonym gekennzeichnet, das keinen Rückschluss auf Ihre Identität zulässt. Weder Ihr Name noch Ihre Initialen oder Ihr exaktes Geburtsdatum erscheinen in diesem Pseudonym. Die Studiendaten und sämtliche Unterlagen werden erst nach Verschlüsselung (Pseudonymisierung) und nur in verschlüsselter Form aufbewahrt. Mit Hilfe einer Verschlüsselungstabelle, zu der nur der Studienleiter Dr. med. Richard Musil und die Doktorandin Christina Schober (M.Sc. Psychologin) Zugang haben, kann das Pseudonym Ihrer Person zugeordnet werden.

Im Falle eines Widerrufs der Einwilligung werden die pseudonymisiert gespeicherten Daten in einer irreversibel anonymisierten Form weiterverwendet. Ihr Name wird hierbei aus der Zuordnungstabelle entfernt, sodass das Pseudonym, mit dem Ihre Fragebögen gekennzeichnet sind, Ihrer Person nicht mehr zugeordnet werden kann. Sollten Sie dem widersprechen und stattdessen die Vernichtung Ihrer Fragebögen wünschen, müssen Sie dies zeitgleich mit Ihrem Widerruf verlangen. Da andernfalls eine Anonymisierung Ihrer Daten erfolgt, die deren Zuordnung zu Ihrer Person nicht mehr zulässt, ist eine spätere Löschung bzw. Vernichtung nicht mehr möglich.

Der Zugang zu den Originaldaten und zum Verschlüsselungscode ist auf folgende Personen beschränkt: Studienleiter Dr. med. Richard Musil und die Doktorandin Christina Schober (M.Sc. Psychologin). Die Unterlagen werden in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für 15 Jahre nach Abschluss der letzten Untersuchungstermine aufbewahrt. Eine Entschlüsselung erfolgt lediglich in Fällen, in denen es Ihre eigene Sicherheit erfordert („medizinische Gründe“) oder falls es zu Änderungen in der wissenschaftlichen Fragestellung kommt („wissenschaftliche Gründe“). Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten stets gewährleistet.

Die Ergebnisse der Befragung werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet und von Forschern der Universitätsklinik München, der Klinik St. Irmingard am Chiemsee und der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf in verschlüsselter Form ausgewertet.

Ergänzende Information für Studienteilnehmer gemäß Europäischer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

Rechtsgrundlage

Die Rechtsgrundlage zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten bilden bei klinischen Studien Ihre freiwillige schriftliche Einwilligung gemäß DSGVO sowie der Deklaration von Helsinki (Erklärung des Weltärztebundes zu den ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen) und der Leitlinie für Gute Klinische Praxis. Bei Arzneimittel-Studien ist zusätzlich das Arzneimittelgesetz Rechtsgrundlage, bei Medizinprodukte-Studien entsprechend das Medizinprodukte-gesetz anzuwenden. Zeitgleich mit der DSGVO tritt in Deutschland das überarbeitete Bundesdatenschutzgesetz (BDSG-neu) in Kraft.

Bezüglich Ihrer Daten haben Sie folgende Rechte (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

Recht auf Auskunft

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen der klinischen Studie erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Aushändigen einer *kostenfreien* Kopie) (Artikel 15 DSGVO, §§34 und 57 BDSG-neu).

Recht auf Berichtigung

Sie haben das Recht Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO, § 58 BDSG-neu).

Recht auf Löschung

Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO, §§ 35 und 58 BDSG-neu).

Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an ihren Prüfer oder an den Datenschutzbeauftragten des Prüfzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO, § 58 BDSG-neu).

Recht auf Datenübertragbarkeit

Sie haben das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten, die sie dem Verantwortlichen für die klinische Studie / klinische Prüfung bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO, § 36 BDSG-neu). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten und Recht auf Widerruf dieser Einwilligung

Die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO, § 51 BDSG-neu).

Sie haben das Recht, ihre Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten jederzeit zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs müssen Ihre personenbezogenen Daten grundsätzlich gelöscht werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO, § 51 Absatz 3 BDSG-neu). Es gibt allerdings Ausnahmen, nach denen die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erhobenen Daten weiter verarbeitet werden dürfen, z.B. wenn die weitere Datenverarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist (DSGVO Art. 17 Abs. 3 b).

Möchten Sie eines dieser Rechte in Anspruch nehmen, wenden Sie sich bitte an Ihren Prüfer oder an den Datenschutzbeauftragten Ihres Prüfzentrums. Außerdem haben Sie das **Recht, Beschwerde bei der/den Aufsichtsbehörde/n einzulegen**, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DS-GVO verstößt:

Datenschutz: Kontaktdaten Prüfzentrum

| Verantwortlicher für die Datenverarbeitung am Klinikum der Universität München, AÖR | |
|--|--|
| Name: | Prof. Dr. med. Karl-Walter Jauch - Vorsitzender und Ärztlicher Direktor Herr Markus Zandler - Kaufmännischer Direktor |
| Adresse: | Klinikum der Universität München, AÖR Marchioninistraße 15, 81377 München |
| Telefon: | +49 (0)89 4400 0 |
| E-Mail: | info@klinikum.uni-muenchen.de |
| Datenschutzbeauftragter des Prüfzentrums | |
| Name: | Behördlicher Datenschutzbeauftragter |
| Adresse: | Klinikum der Universität München Pettenkoflerstraße 8, 80336 München |
| Telefon: | +49 (0)89 4400 -58454 |
| E-Mail: | datenschutz@med.uni-muenchen.de |
| Landesbeauftragter für den Datenschutz | |
| Name: | Bayerischer Landesbeauftragte für Datenschutz (BayLfD) |
| Adresse: | Postfach 221219, 80502 München |
| Telefon: | 089-212 672-0 |
| E-Mail: | poststelle@datenschutz-bayern.de |

***Für Prüfzentren, bei denen es keinen Landesdatenschutzbeauftragter gibt:**

Bundesdatenschutzbeauftragte

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Husarenstr. 30

53117 Bonn

Telefon: 0228-997799-0

Fax: 0228-997799-550

E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

Datenschutz: Kontaktdaten Studienleitung der klinischen Studie

| Verantwortlicher für die Datenverarbeitung - Studienleitung | |
|--|---|
| Name: | Dr. Richard Musil |
| Adresse: | Klinikum der Universität München, AÖR Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Nußbaumstraße 7, 80336 München |
| Telefon: | +49 (0)89 4400 55888 |
| E-Mail: | richard.musil@med.uni-muenchen.de |
| Verantwortlicher für die Datenverarbeitung - Projektleitung | |
| Name: | M.Sc. Psychologin Christina Schober |
| Adresse: | Klinikum der Universität München Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Nußbaumstraße 7, 80336 München |
| Telefon: | +49 176 62347541 |
| E-Mail: | christina.schober@med.uni-muenchen.de |

| Landesbeauftragter für den Datenschutz | |
|---|--|
| Name: | Bayerischer Landesbeauftragte für Datenschutz (BayLfD) |
| Adresse: | Postfach 221219, 80502 München |
| Telefon: | 089-212 672-0 |
| E-Mail: | poststelle@datenschutz-bayern.de |

Einverständniserklärung

In der Einverständniserklärung legen Sie Ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, schriftlich fest. Die Einverständniserklärung wird von einem Studienarzt/Psychologe gegengezeichnet und verbleibt, gemäß der Aufbewahrungsfrist, für 15 Jahre nach Abschluss der Studie in den Unterlagen des die Studie leitenden Arztes.

Versicherung

Als (teil-)stationärer bzw. ambulanter Patient sind sie im Rahmen der normalen verschuldensabhängigen Haftung abgesichert. Da mit Ihrer Teilnahme an der vorliegenden Studie außer dem Ausfüllen der Fragebögen keine invasiven oder belastenden Verfahren verbunden sind und somit für Sie durch die Studienteilnahme keine wesentlichen Risiken bestehen, besteht für diese Studie keine Versicherung, die für verschuldensunabhängige Schäden eintritt. Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf die Studie zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich dem Versuchs- oder Projektleiter.

Widerrufsrecht

Während der Studie können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Studienteilnahme beenden. Dies hat keine negativen Folgen für Sie. Die Beendigung der Studienteilnahme kann mündlich erfolgen, es bedarf hierzu nicht der schriftlichen Form.

Rückmeldung

Die Gesamtergebnisse dieser Untersuchung werden veröffentlicht. Die Auswertung erfolgt dabei über die gesamte Gruppe, ein Rückschluss auf einzelne TeilnehmerInnen ist nicht möglich. Auf Wunsch erhalten Sie eine persönliche Auswertung Ihrer Daten sowie eine Darstellung der Gesamtergebnisse der Studie.

Sollten Sie sich nicht für diese Studie entscheiden, entstehen Ihnen natürlich keinerlei Nachteile.

Für Rückfragen stehen Ihnen gerne zur Verfügung:

Dr. med. Richard Musil (Studienleiter)

Tel.: 089/4400-55888

Cristina Schober (Projektleiterin)

Tel.: 0176/62347541

„Sexuelles Risikoverhalten bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in Abhängigkeit von sexueller Traumatisierung und posttraumatischer Belastungsstörung“

Ich, Frau/Herr..... bin umfassend von Frau/Herrn über Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des obengenannten Forschungsprojektes aufgeklärt worden.

- Ich stimme der Teilnahme an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o.g. Studie, der Erhebung und Verwendung meiner Daten zu.
- Ich wurde schriftlich und mündlich über die geplanten Untersuchungen informiert und hatte ausreichend Gelegenheit, meine Fragen hierzu zu klären.
- Ich habe insbesondere die mir vorgelegte Teilnehmerinformation verstanden und eine Ausfertigung derselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten.
- Meine Teilnahme an dieser Studie erfolgt **freiwillig**.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten und Aufbewahrung meiner Fragebögen jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann. Mir ist bekannt, dass ich die Löschung meiner Daten zeitgleich mit meinem Widerruf verlangen muss. Da meine Daten anonymisiert werden, kann eine nachträgliche Zuordnung zu meiner Person nicht mehr erfolgen, sodass eine spätere Löschung bzw. Vernichtung nicht mehr möglich ist. Der Widerruf kann mündlich erfolgen, es bedarf nicht der schriftlichen Form. Auch kann mich mein behandelnder Arzt jederzeit aus der klinischen Prüfung nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift (Teilnehmer)

Zum Versicherungsschutz

Mir ist bekannt, dass ich während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt keinen über die verschuldensabhängige Haftung hinausgehenden Versicherungsschutz für eventuell durch die Studie verursachte Schäden genieße. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen. Auf den Abschluss einer zusätzlichen verschuldensunabhängigen Versicherung wurde verzichtet, sodass diesbezüglich kein Versicherungsschutz besteht. Einen Schaden, der meiner Meinung nach auf die Studie zurückzuführen ist, melde ich unverzüglich dem Versuchs- oder Projektleiter.

Ort, Datum

Unterschrift (Teilnehmer)

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der Probandeninformation einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift (Teilnehmer)

Ich bestätige, dass es die freie Entscheidung des Probanden ist, an der Untersuchung teilzunehmen.

.....

Ort/Datum

.....

Unterschrift des betreuenden Arztes/Psycholog



Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie

Informationsschreiben für Behandler zur Studie

„Sexuelles Risikoverhalten bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in Abhängigkeit von sexueller Traumatisierung und posttraumatischer Belastungsstörung“

Sehr geehrte/r Behandler/in,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an dieser Studie teilzunehmen!

Bei vielen Ihrer PatientInnen, die wegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und/oder einer (Komplexen) Posttraumatischen Belastungsstörung bei Ihnen in Behandlung sind, liegen Traumatisierungen in Form von sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend vor. Häufig führen diese Missbrauchserfahrungen zu einer erneuten sexuellen Viktimisierung im Erwachsenenalter. Einer der Hauptrisikofaktoren für Reviktimisierung sind sexuelle Risikoverhaltensweisen wie eine hohe Anzahl an Sexualpartnern oder ungeschützter Geschlechtsverkehr, Dissoziation und Substanzmittelmissbrauch während der sexuellen Aktivität. Sexualität, insbesondere riskante Sexualpraktiken werden im therapeutischen Kontext allerdings selten behandelt.

Ziel dieser Studie ist es, sexuelles Risikoverhalten bei Patienten mit einer BPS, in Abhängigkeit vom Vorliegen sexuellen Kindesmissbrauchs, dem gleichzeitigen Vorliegen einer (K)PTBS und dissoziativen Störung systematisch zu untersuchen. Hierdurch wollen wir sowohl Patienten als auch Behandler mehr für riskante Sexualpraktiken sensibilisieren, um dies künftig mehr in die Therapie zu integrieren mit dem Ziel, die sexuelle Selbstbehauptungsfähigkeit von Patienten zu verbessern, sie vor sexuell übertragbaren Erkrankungen zu schützen und sexuelle Reviktimisierungen zu verhindern.

Voraussetzung der Studienteilnahme für Patientinnen und Patienten

Einschlusskriterien:

- Gesicherte Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, vom Borderline-Typ (ICD-10: F60.31)
- Alter: zwischen 18 und 45 Jahre
- Ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache zum Verständnis der Fragebögen

Ausschlusskriterien:

- Akute Suizidalität
- Mangelnde Fähigkeiten zur Regulation von starken Anspannungszuständen, d.h. kein Beherrschen von DBT-Stresstoleranz-Skills (Beurteilung erfolgt durch Sie als Behandler.)

Diagnostik

Um eine standardisierte Diagnostik zu gewährleisten, sollten folgende strukturierte klinische Interviews bei der Diagnosestellung zum Einsatz kommen:

Anhang B: Informationsschreiben für Behandler zur Studie

- Eines der folgenden drei Interviews: SKID-I (Wittchen et al., 1997), MINI-SKID (Sheehan, 2018) oder Mini-DIPS (Margraf & Cwik, 2017)
- SKID-II (partiell: BPS-spezifische Diagnosekriterien) (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997)

Sobald sich Patienten für eine Teilnahme eignen, bitten wir Sie, die erste Seite, den Screening-Bogen zur Erfassung der Diagnosen, auszufüllen und den Umschlag mit dem Fragebogenpaket anschließend an Ihren Patienten/Ihre Patientin auszuhändigen. Die Patienten benötigen für das Ausfüllen der Bögen ca. 20 bis 35 Minuten.

Das Fragebogenpaket umfasst:

- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) zur Erfassung von Missbrauchserfahrungen in Kindheit und Jugend
- Fragen zu sexueller Reviktimisierung im Erwachsenenalter
- International Trauma Questionnaire (ITQ) zur Erfassung von (K)PTBS
- Borderline Symptom Liste 23 (BSL-23) zur Erfassung von Borderline-Kriterien
- FDS-Sex zum Screening von dissoziativen Symptomen beim Sex
- Sexual Motivation Scale (SexMS) zur Erfassung von Gründen für Sexualität
- Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBDS) zur Erfassung von zwanghafter Sexualität
- Sexual Risk Survey (SRS) zur Erfassung von sexuellem Risikoverhalten mit weiteren Kriterien für sexuelle Impulsivität und sexuelles Risikoverhalten
- Fragen zu sexuellem Masochismus

Die Befragung erfolgt anonym. Weder durch Ihre Angaben noch die Ihrer Patienten sind Rückschlüsse auf die Patienten oder Sie als Behandler möglich. Die Anonymität soll es den Patienten ermöglichen, sich bei der Beantwortung weitestgehend sicher zu fühlen und ehrlich antworten zu können. Da manche Fragen, z.B. zu Missbrauchserfahrungen aufwühlend sein können, wäre es hilfreich, wenn die Patienten die Fragebögen in den Räumlichkeiten Ihrer Klinik/Einrichtung ausfüllen, um sich bei Bedarf an Sie oder Pflegekräfte wenden zu können. Bitte instruieren Sie Ihre Patienten, das ausgefüllte Fragebogenpaket in dem Umschlag (ohne Beschriftung mit Namen der Patienten oder der Klinik) an Sie oder eine Pflegekraft zurückzugeben (noch nicht verschlossen). Bitte führen Sie mit Ihren Patienten das diagnostische Interview (Mini) SKID I oder Mini-DIPS (falls noch nicht geschehen) durch, um weitere Diagnosen zu sichern.

Sobald Ihnen Ihre Patienten das Fragebogenpaket zurückgeben, legen Sie dem Umschlag bitte das von Ihnen ausgefüllte Blatt „Angaben zu Ihrem Patienten/Ihrer Patientin“ mit den übertragenen Diagnosen bei und verschließen den Briefumschlag in Anwesenheit des Patienten. Die diagnostischen Interviews benötigen wir nicht, ausschließlich die Angaben zu den Diagnosen. Bitte öffnen Sie die Umschläge der Patienten nicht, um die Vertraulichkeit der Angaben Ihrer Patienten zu gewährleisten. Gerne teilen wir Ihnen am Ende die Ergebnisse der Befragung mit. Da es sich um äußerst sensible Daten handelt, bitten wir Sie, die verschlossenen Umschläge in einem verschlossenen Schrank oder einer verschlossenen Schublade gesammelt im Raum des jeweiligen Studienverantwortlichen in Ihrer Einrichtung aufzubewahren (z.B. im Behandlungszimmer des jeweiligen Arztes oder Leitenden Psychologen). Bitte sprechen Sie sich mit Ihren KollegInnen ab, wer von Ihnen die

Anhang B: Informationsschreiben für Behandler zur Studie

Umschläge entgegennimmt und aufbewahrt. Nur der jeweilige Hauptverantwortliche soll Zugang zum verschlossenen Aufbewahrungsort der Fragebögen haben und die Umschläge dort bis zur Übergabe an die Doktorandin Christina Schober archivieren.

Freiwilligkeit der Teilnahme

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können die Befragung jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden.

Vertraulichkeit und Datenschutz

Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten (Daten der Fragebögen) über Ihre Patienten erhoben und gespeichert. Bevor die Fragebögen ausgewertet werden, erfolgt eine Verschlüsselung (Pseudonymisierung). Dabei werden die Fragebögen anstelle des Namens der Patienten mit einem Pseudonym gekennzeichnet, das keinen Rückschluss auf die Identität der Teilnehmer zulässt. Weder der Name noch die Initialen oder das exakte Geburtsdatum Ihrer Patienten oder von Ihnen erscheinen in diesem Pseudonym. Die Studiendaten und sämtliche Unterlagen werden erst nach Verschlüsselung (Pseudonymisierung) und nur in verschlüsselter Form aufbewahrt. Mit Hilfe einer Verschlüsselungstabelle, zu der nur der Studienleiter Dr. med. Richard Musil und die Doktorandin Christina Schober (M.Sc. Psychologin) Zugang haben, kann das Pseudonym den Patienten zugeordnet werden.

Falls Sie Fragen zur Studie haben, können Sie uns gerne kontaktieren:

Christina Schober (M.Sc. Psychologin)

Psychologische Psychotherapeutin
Doktorandin des LMU-Klinikums
christina.schober@med.uni-muenchen.de

Dr. med. Richard Musil

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Oberarzt; Ärztlicher Leiter der Studie
richard.musil@med.uni-muenchen.de

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Angaben zu Ihrem Patienten/Ihrer Patientin

1. Name der Einrichtung als Abkürzung (z.B. LMU)

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

2. In welchem Setting behandeln Sie den Patienten/die Patientin? (Bitte ankreuzen)

- Stationär
- Teilstationär
- Ambulant

3. Diagnose(n) Ihrer/Ihres Patienten/Patientin (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Weitere F-Diagnosen, und zwar:

Informationsschreiben zur Studie „Sexuelles Risikoverhalten“

Vielen Dank, dass Sie sich dazu bereit erklären, an der Studie teilzunehmen.

Mit der Studie wollen wir untersuchen, inwiefern bestimmte sexuelle Aktivitäten und Einstellungen zu Sexualität u.a. mit traumatischen Erfahrungen zusammenhängen.

Freiwilligkeit der Teilnahme

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können die Befragung jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden, indem Sie das Umfragefenster schließen.

Vertraulichkeit und Datenschutz

Alle Ihre Angaben erfolgen vollständig anonym und werden streng vertraulich behandelt. Die erhobenen Daten lassen sich nicht in Verbindung mit Ihrer Person bringen. Wir bitten Sie zu beachten, dass deshalb eine rückwirkende Löschung Ihrer Daten nicht möglich ist, da diese nicht Ihrer Person zugeordnet werden können. Ihre IP-Adresse und Ihre Angaben werden durch das Umfrageportal „Qualtrics“ nicht gespeichert.

Dauer der Befragung

Die Umfrage dauert ca. 20 bis 35 Minuten.

Auswertung der Daten

Die Auswertung der Studie erfolgt anonym. Die Ergebnisse der Befragung werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet und von Forschern der Universitätsklinik München, der Klinik St. Irmingard am Chiemsee und der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf ausgewertet. Die Gesamtergebnisse dieser Untersuchung werden in einer wissenschaftlichen Zeitschrift veröffentlicht.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen so gut und so genau Sie können. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Am Ende der Befragung haben wir eine Informationsseite mit evtl. nützlichen Tipps, Adressen und Beratungsangeboten für Sie zusammengestellt. Diese können Sie auch als PDF-Datei herunterladen.

Einverständniserklärung

- Ich habe diese Informationen gelesen und verstanden. Durch meine Teilnahme an der Online-Umfrage erkläre ich mich mit der Erhebung und Verwendung meiner Daten nach Maßgabe der Probandeninformation einverstanden.

Christina Schober (M.Sc. Psychologin)

Psychologische Psychotherapeutin
Doktorandin des LMU-Klinikums
christina.schober@med.uni-muenchen.de

Dr. med. Richard Musil

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Oberarzt; Ärztlicher Leiter der Studie
richard.musil@med.uni-muenchen.de

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Allgemeine Angaben

Wie bezeichnen Sie Ihr Geschlecht?

- weiblich
- männlich
- trans/transsexuell
- weder weiblich, männlich noch transsexuell, sondern:

Wie alt sind Sie? _____

Welcher Nationalität gehören Sie an?

- Deutsch
- Deutsche/r Migrant/in
- Andere Nationalität: _____

Wie ist Ihr aktueller Familienstand?

(Mehrfachantworten möglich)

- Ledig/Single
- In fester Partnerschaft
- Verheiratet
- Geschieden
- Sonstiges: _____

Haben Sie Kinder?

- Ja, Anzahl: _____
- Nein

Welcher ist ihr höchster Schulabschluss

(Bei Ausbildungen im Ausland bitte Vergleichbares wählen)

- Ich habe (noch) keinen
- (Qualifizierter) Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss / Mittlere Reife
- Abitur / Fachhochschulreife
- Sonstiges: _____

Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

(Mehrfachantworten möglich)

- Ja, Vollzeit erwerbstätig
- Ja, Teilzeit erwerbstätig
- Ja, geringfügig, gelegentlich oder unregelmäßig erwerbstätig
- In beruflicher Ausbildung/Lehre Umschulung/Studium
- Nein, arbeitslos oder arbeitssuchend
- Nein, berentet/pensioniert
- Sonstiges: _____

Hatten Sie bereits Ihre Menopause?

- Ja
- Nein

Wie würden Sie Ihre sexuelle Orientierung am ehesten beschreiben?

- Ausschließlich heterosexuell
- Vorwiegend heterosexuell
- Bisexuell
- Vorwiegend homosexuell
- Ausschließlich homosexuell/schwul/lesbisch

- Kein sexuelles Interesse (asexuell)

Haben Sie schon einmal eine Psychotherapie in Anspruch genommen?

- Nein
- Ja, wegen:

Wie viele Monate Psychotherapie haben Sie etwa in Anspruch genommen? (Bitte geben Sie eine Zahl an)

Nehmen Sie momentan Medikamente ein?

- Nein
- Ja, und zwar:

Wie viele Sitzungen Psychotherapie haben Sie etwa in Anspruch genommen? (Bitte geben Sie eine Zahl an)

Hat ein Arzt/Psychotherapeut aktuell eine körperliche und/oder psychische Erkrankung bei Ihnen diagnostiziert?

- Nein
- Ja, und zwar:

Waren Sie aufgrund psychischer Probleme jemals in stationärer Behandlung (Suchtklinik, psychiatrische Klinik, Rehabilitationszentrum o.Ä.)?

- Nein
- Ja, wegen:

BSL-23

**Bitte geben Sie im Folgenden an, was in der vergangenen Woche auf Sie
zutraf. Während der letzten 7 Tage...**

| | Über- haupt nicht | sehr selten | einige Male | häufig | sehr häufig |
|---|----------------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|
| konnte ich mich schlecht konzentrieren. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| erlebte ich mich als hilflos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| war ich geistig abwesend und erinnerte nicht, was ich genau tat. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| litt ich unter Ekelgefühlen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| dachte ich an Selbstverletzungen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| traute ich anderen Menschen nicht. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| glaubte ich, keine Lebensberechtigung zu ha- ben. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| fühlte ich mich einsam. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| stand ich innerlich unter Hochspannung. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| tauchten in mir Szenen auf, die mich stark ängstigten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hasste ich mich selbst. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hatte ich das Bedürfnis, mich selbst zu bestra- fen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| litt ich unter Schamgefühlen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| wechselten meine Stimmungen in kurzen Ab- ständen zwischen Angst, Ärger und Depressi- on. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anhang E: Fragebogenpaket der Studie

| | Überhaupt nicht | sehr selten | einige Male | häufig | sehr häufig |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| litt ich unter der Wahrnehmung von Stimmen oder Geräuschen von innen und/oder von außen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| erlebte ich Kritik als vernichtend. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| war ich leicht verletzbar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| übte die Vorstellung vom Tod eine gewisse Faszination auf mich aus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kam mir alles sinnlos vor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hatte ich Angst, die Kontrolle zu verlieren. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| fand ich mich widerlich. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| war ich wie weit entfernt von mir selbst. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hielt ich mich für wertlos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wir möchten Sie im Folgenden bitten, Ihre Befindlichkeit während der letzten Woche einzuschätzen.

Ich fühlte mich miserabel.

Ich fühlte mich ausgezeichnet.

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

Anhang E: Fragebogenpaket der Studie

Während der letzten Woche ...

| | Gar nicht | 1 Mal | 2 Mal | Täg- lich | Mehr- mals täglich |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| verletzte ich mich durch Schneiden, brennen, würgen etc. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| äußerte ich mich gegenüber anderen, dass ich mich umbringen würde. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| machte ich einen Suizidversuch. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hatte ich Fressanfälle. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hatte ich Brechanfälle. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| zeigte ich Hochrisikoverhalten, indem ich zu schnell Auto fuhr, auf Hochhäusern herum- lief etc. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| war ich betrunken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| konsumierte ich Drogen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| konsumierte ich Medikamente, die nicht verschrieben waren oder über die verschriebene Dosis hinaus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hatte ich unkontrollierte Wutausbrüche oder wurde gegenüber anderen handgreiflich. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hatte ich sexuelle Kontakte, die ich hinterher bereute. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anhang E: Fragebogenpaket der Studie

CTQ

Anleitung

Diese Fragen befassen sich mit einigen Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend (bis zum 18. Lebensjahr). Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten. Kreisen Sie dazu bitte für jede Frage die Zahl ein, die am besten beschreibt, wie Sie rückblickend die Situation einschätzen.

Antwortbeispiel:

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------|---|------------------------|--------------------|--------------------|---------------|--------------------|
| Als ich aufwuchs ... | | überhaupt nicht | sehr selten | einige Male | häufig | sehr häufig |
| 1. | hatte ich nicht genug zu essen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | wusste ich, dass sich jemand um mich sorgte und mich beschützte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als "dumm", "faul" oder "hässlich". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen „high“, um für die Familie zu sorgen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | gab es jemanden in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und etwas Besonderes zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | musste ich dreckige Kleidung tragen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | glaubte ich, dass meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus musste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anhang E: Fragebogenpaket der Studie

| | | über- haupt nicht | sehr selten | einige Male | häufig | sehr häufig |
|-----|---|-------------------------|----------------|----------------|--------|----------------|
| 13. | gaben meine Familienangehörigen aufeinander acht. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | sagten Personen aus meiner Familie verletzende oder beleidigende Dinge zu mir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | glaube ich, körperlich misshandelt worden zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | hatte ich eine perfekte Kindheit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z.B. Lehrern, Nachbarn oder einem Arzt) auffiel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | hatte ich das Gefühl, es hasste mich jemand in meiner Familie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | hatte ich die beste Familie der Welt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | belästigte mich jemand sexuell. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | glaube ich, emotional (gefühlsmäßig) missbraucht worden zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. | gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn es sein musste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. | glaube ich, während meiner Kindheit oder Jugendzeit sexuell missbraucht worden zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. | war meine Familie mir eine Quelle der Unterstützung. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. | waren meine Eltern (Stiefeltern) oder andere Personen aus meiner Familie unberechenbar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. | befürchtete ich, dass meine Familie jederzeit auseinanderbrechen könnte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. | konnte ich mich in meiner Familie nicht sicher fühlen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anhang E: Fragebogenpaket der Studie

Die nächsten Fragen beziehen sich diesmal auf Ihre Erfahrungen als erwachsene Person (ab dem 18. Lebensjahr). Kreisen Sie dazu bitte für jede Frage die Zahl ein, die am besten beschreibt, wie Sie die Situation als Erwachsene/r einschätzen.

Als Erwachsene/r ...

| | | über- haupt nicht | sehr selten | einige Male | häufig | sehr häufig |
|-----|---|-------------------------|----------------|----------------|--------|----------------|
| 32. | drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. | versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. | belästigte mich jemand sexuell. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. | wurde ich sexuell missbraucht. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ITQ

Im Folgenden sind Probleme und Beschwerden aufgelistet, die bei Menschen als Folgen von traumatischen oder belastenden Lebenserfahrungen auftreten. Bitte wählen Sie die Erfahrung aus, die Sie am meisten belastet und beantworten Sie die Fragen auf diese Erfahrung hin.

Belastende Lebenserfahrung: _____

Wann fand dieses Erlebnis statt? (bitte eine der Möglichkeiten ankreuzen)

- a. vor weniger als 6 Monaten
- b. vor 6 bis 12 Monaten
- c. vor 1 bis 5 Jahren
- d. vor 5 bis 10 Jahren
- e. vor 10 bis 20 Jahren
- f. vor mehr als 20 Jahren

Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und kreuzen dann die Zahl auf der rechten Seite an, die angibt, wie sehr Sie dieses Problem im letzten Monat belastet hat.

| | Gar nicht | Ein bisschen | Mittelmäßig | Ziemlich | Sehr stark |
|---|-----------|--------------|-------------|----------|------------|
| P1. Aufwühlende Träume, in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P2. Intensive Bilder oder Erinnerungen haben, die manchmal auftauchen und bei denen Sie sich fühlen, als ob das Erlebnis jetzt und hier gerade noch einmal stattfindet. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P3. Vermeiden, dass etwas von Innen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P4. Vermeiden, dass etwas von außen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Dinge, Tätigkeiten oder Situationen). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P5. Extrem wachsam sein, aufmerksam oder „auf der Hut“ sein. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P6. Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Haben sich die oben genannten Probleme im letzten Monat:

| | Gar nicht | Ein bisschen | Mittel- mäßig | Ziemlich | Sehr stark |
|--|----------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|
| P7. Auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P8. Auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| P9. Auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Hier stehen Probleme oder Symptome, die bei Menschen auftreten können, die irgendwann einmal belastende oder traumatische Erlebnisse hatten. Die Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie typischerweise fühlen, typischerweise über sich selbst denken und sich typischerweise mit anderen Menschen verhalten. Bitte geben Sie an, wie sehr jede der Aussagen auf Sie zutrifft.

Wie sehr trifft dies auf Sie zu?

| | Gar nicht | Ein bisschen | Mittel- mäßig | Ziemlich | Sehr stark |
|---|----------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|
| C1. Wenn ich aufgeregt bin, dauert es bei mir lange bis ich mich wieder beruhige. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C2. Ich fühle mich wie abgestumpft oder gefühlsmäßig taub. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C3. Ich fühle mich als Versager. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C4. Ich fühle mich wertlos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C 5. Ich fühle mich wie weit entfernt oder abgeschnitten von anderen Menschen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C6. Ich finde es schwierig, anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Haben die oben genannten Probleme aus den Bereichen Gefühle, Einstellungen zu sich selbst und zu Beziehungen im letzten Monat:

| | Gar nicht | Ein bisschen | Mittelmäßig | Ziemlich | Sehr stark |
|--|-----------|--------------|-------------|----------|------------|
| C7. Bedenken oder Sorgen bezüglich Ihrer Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihren sozialen Kontakten erzeugt? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C8. Sich auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C9. Sich auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

SexMS

Es gibt viele Gründe, warum Menschen sexuelle Beziehungen haben. Bitte geben Sie durch Ankreuzen des entsprechenden Feldes an, in welchem Maß die folgenden Aussagen im Allgemeinen Ihren Motiven, sexuelle Beziehungen zu haben, entsprechen.

| | Trifft überhaupt nicht auf mich zu | Trifft nicht auf mich zu | Trifft ein wenig auf mich zu | Trifft eher auf mich zu | Trifft auf mich zu | Trifft sehr auf mich zu | Trifft komplett auf mich zu |
|---|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Weil Sex Spaß macht. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weil meine Partnerin/mein Partner es von mir verlangt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weil Sexualität ein normaler und wichtiger Aspekt der menschlichen Entwicklung ist. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich weiß nicht; ich finde, es ist es nicht wert. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weil Sexualität so viel in mein Leben bringt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weil ich Sex genieße. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anhang E: Fragebogenpaket der Studie

| | Trifft über- haupt nicht auf mich zu | Trifft nicht auf mich zu | Trifft ein wenig auf mich zu | Trifft eher auf mich zu | Trifft auf mich zu | Trifft sehr auf mich zu | Trifft komplett auf mich zu |
|---|--|--------------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Um mir selbst zu beweisen, dass ich sexuell attraktiv bin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Um Konflikte mit meiner Partnerin/meinem Partner zu vermeiden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich weiß es nicht; es fühlt sich wie Zeitverschwendung an. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weil Sexualität ein zentraler Bestandteil dessen ist, was ich bin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weil ich nicht von meiner Partnerin/meinem Partner kritisiert werden will. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weil ich finde, dass es wichtig ist, sexuell zu experimentieren. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich weiß es nicht; eigentlich finde ich es langweilig. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Um mir selbst zu zeigen, dass ich sexuell kompetent bin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weil Sexualität ein bedeutsamer Teil meines Lebens ist. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wegen des Vergnügens, das ich empfinde, wenn meine Partnerin /mein Partner mich sexuell stimuliert. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weil Sexualität einen essenziellen Aspekt meines Lebens erfüllt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Um den Erwartungen meiner Partnerin/meines Partners zu entsprechen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weil ich finde, dass es wichtig ist, meinen Körper besser zu kennen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anhang E: Fragebogenpaket der Studie

| | Trifft über- haupt nicht auf mich zu | Trifft nicht auf mich zu | Trifft ein wenig auf mich zu | Trifft eher auf mich zu | Trifft auf mich zu | Trifft sehr auf mich zu | Trifft komplett auf mich zu |
|--|---|---|---|--|---------------------------------------|--|--|
| Um mir selbst zu beweisen, dass ich eine gute Liebhaber- in/ein guter Liebhaber bin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weil Sex aufregend ist. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weil ich finde, dass es wichtig ist, offen für neue Erfahrungen zu sein. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich weiß es nicht; Sex ist eine Enttäuschung für mich. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Um mir selbst zu beweisen, dass ich Sexappeal habe. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anhang E: Fragebogenpaket der Studie

| | |
|---|--|
| 5. Wie häufig sind Sie in Bars/auf Partys/soziale Veranstaltungen gegangen, mit der Absicht, „jemanden aufzureißen“ und Sex zu haben? | |
| 6. Wie häufig hatten Sie ein unerwartetes und unvorhergesehenes sexuelles Erlebnis? | |
| 7. Wie häufig hatten Sie eine sexuelle Begegnung mit jemandem, auf die Sie sich willentlich eingelassen, aber später bereut haben? | |

Bitte beantworten Sie die nächste Reihe an Fragen genauso wie davor. Wenn Sie jedoch hinsichtlich der nächsten Fragen (8-23) keinen Sex hatten (oral, anal oder vaginal), tragen Sie bitte eine „0“ in jedes Kästchen ein.

| In den letzten <u>12 Monaten</u> ... | Häufigkeit |
|--|------------|
| 8. Mit wie vielen Partnern hatten Sie Sex? | |
| 9. Wie häufig hatten Sie Vaginalsex ohne ein Latex- oder Polyurethan-Kondom? Hinweis: Schließen Sie die Male ein, bei denen Sie ein Lammhaut- oder Membran-Kondom verwendet haben. | |
| 10. Wie häufig hatten Sie Vaginalsex ohne Schutz vor einer Schwangerschaft? | |
| 11. Wie häufig haben Sie Fellatio (Oralsex beim Mann; „Blow Job“) ohne Kondom durchgeführt oder selbst erhalten? | |
| 12. Wie häufig haben Sie Cunnilingus (Oralsex bei einer Frau, „Lecken“) ohne ein Dental Dam ¹⁷ oder „adäquaten Schutz“ durchgeführt oder selbst erhalten? (Bitte Definition von Dental Dam in der Fußnote beachten, um zu sehen, was als adäquater Schutz betrachtet wird). | |
| 13. Wie häufig hatten Sie Analsex ohne ein Kondom? | |
| 14. Wie häufig haben Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin Analsex mit der Hand („Fisting“) oder einem anderen Objekt ohne einen Latexhandschuh oder ein Kondom durchgeführt, gefolgt von ungeschütztem Analsex? | |
| 15. Wie häufig haben Sie Analingus (= orale Stimulation der Analregion mit der Zunge, „Rimming“) ohne ein Dental Dam ¹ oder „adäquaten Schutz“ durchgeführt oder selbst erhalten? (Bitte Definition von Dental Dam in der Fußnote beachten, um zu sehen, was als adäquater Schutz betrachtet wird). | |
| 16. Mit wie vielen Personen, die Sie kennen, aber mit denen Sie nicht in irgendeiner Art von Beziehung stehen (d.h. „Freunde mit Vorzügen“, „Fickfreunde“), hatten Sie Sex? | |

1 Dental Dam ist ein Latextuch, auch Lecktuch genannt, das beim oralen Geschlechtsverkehr mit einer Partnerin (z.B. beim Küssen und Lecken der Scheide) angewendet werden kann. Das Dental Dam erhöht den Schutz vor einer Ansteckung mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten.

| In den letzten <u>12 Monaten</u> ... | Häufigkeit |
|---|------------|
| 17. Wie häufig hatten Sie Sex mit jemandem, den/die Sie nicht gut kennen oder den/die Sie gerade kennengelernt haben? | |
| 18. Wie häufig haben Sie oder Ihr/e Partner/in vor oder während des Sex' Alkohol oder Drogen konsumiert? | |
| 19. Wie häufig hatten Sie Sex mit einem neuen Partner/einer neuen Partnerin, bevor Sie über die sexuelle Vorgeschichte, intravenösen Drogenkonsum, Krankheitsstatus und andere aktuelle Sexualpartner gesprochen haben? | |
| 20. Wie viele Male (von denen Sie wissen) hatten Sie Sex mit jemandem, der viele Sexualpartner hatte? | |
| 21. Mit wie vielen Partnern (von denen Sie wissen) hatten Sie Sex, die sexuell aktiv waren, bevor Sie mit Ihnen zusammen waren, die aber nicht auf sexuell übertragbare Krankheiten/HIV getestet wurden? | |
| 22. Mit wie vielen Partnern hatten Sie Sex, denen Sie nicht vertrauten? | |
| 23. Wie viele Male (von denen Sie wissen) hatten Sie Sex mit jemandem, der/die im selben Zeitraum auch Sex mit anderen hatte? | |

Nachfolgend stellen wir Ihnen einige weitere Fragen im Zusammenhang mit Ihrem Sexualverhalten. Bitte geben Sie hierfür die jeweilige Zahl so genau wie möglich an bzw. kreuzen zutreffendes an.

- Wie alt waren Sie bei Ihrem ersten Geschlechtsverkehr? _____
(Bitte Alter angeben, z.B. „14“, wenn Sie 14 Jahre alt waren)
- Wie viele Sexualpartnerinnen/-partner hatten Sie in Ihrem Leben (im Rahmen von Beziehungen und außerhalb von Beziehungen)?

- Wie viele unverbindliche Sexualpartnerinnen/-partner hatten Sie in Ihrem Leben?

- Bestehen Sie auf Verhütung, wenn Sie eigentlich nicht schwanger werden wollen?

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nein | Manchmal | Immer |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Wenn Sie weiblich sind, wie häufig waren Sie in Ihrem Leben bereits schwanger?

| 6. Falls Sie bereits schwanger waren, war(en) die Schwangerschaft(en) geplant? | Ja | Nein |
|--|----|------|
| 1. Schwangerschaft | | |
| 2. Schwangerschaft | | |
| 3. Schwangerschaft | | |
| 4. Schwangerschaft | | |
| (ggf. weitere Schwangerschaften) | | |

7. Welche Methode wählen Sie, wenn potentiell Infektionsgefahr besteht, z.B. bei Gelegenheitssex?

- Pille
- Kondom
- Lecktuch
- Spirale
- Coitus interruptus
- Sonstiges, und zwar: _____
- kein Schutz beim Geschlechtsverkehr

| 8. Wie häufig litten Sie an einer der folgenden sexuell übertragbaren Krankheiten? Bitte tragen Sie in die Kästchen die jeweilige Häufigkeit als Zahl ein. Wenn Sie die jeweilige Krankheit nie hatten, dann tragen Sie bitte jeweils die Zahl „0“ ein. | Jemals in Ihrem Leben (Häufigkeit) | In den letzten 12 Monaten (Häufigkeit) |
|---|------------------------------------|--|
| a. HIV/Aids | | |
| b. Chlamydien | | |
| c. Gonorrhoe (= Tripper) | | |
| d. Genitalherpes | | |
| e. HPV/Papillomavirus | | |
| f. Hepatitis A | | |
| g. Hepatitis B | | |
| h. Syphilis (= Lues) | | |
| i. Trichomonaden | | |

Anhang E: Fragebogenpaket der Studie

| Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen „Ja“ an, wenn diese zutrifft und „Nein“, wenn diese nicht zutrifft. | Ja | Nein |
|--|----|------|
| 9. Ich habe in meinem Leben schon einmal Sex im Gegenzug für Geld angeboten / mich in Prostitution begeben. | | |
| 10. Ich habe in den letzten 12 Monaten Sex im Gegenzug für Geld angeboten / mich in Prostitution begeben. | | |
| 11. Ich habe in meinem Leben bereits BDSM („Bondage & Disziplinierung, Dominanz & Unterwerfung, Sadismus & Masochismus“) ausgeübt. | | |
| 12. Ich habe in den letzten 12 Monaten BDSM („Bondage & Disziplinierung, Dominanz & Unterwerfung, Sadismus & Masochismus“) ausgeübt. | | |

| 13. Falls Sie bereits BDSM ausgeübt haben, in welcher Rolle waren/sind Sie? (Bitte zutreffendes ankreuzen) | |
|---|--------------------------|
| Aktiv / sadistisch / dominant / “Top“ / “Dom“ | <input type="checkbox"/> |
| Passiv / masochistisch / devot / “Bottom“ / “Sub“ | <input type="checkbox"/> |
| Switcher (dominante und devote Rolle) | <input type="checkbox"/> |

Masochismus

Diese Frage bezieht sich auf die vergangenen 12 Monate. Bitte geben Sie an, wie der gefragte Inhalt im Durchschnitt bei Ihnen ausgeprägt war.

Die Begriffe bedeuten:

Sexualfantasien (SF) = in sexuellen Fantasien, Tagträumen, Gedanken; Masturbationsfantasien (MF) = als Begleitfantasie bei der Selbstbefriedigung; Sexualverhalten (SV) = in tatsächlich realisierten sexuellen Handlungen.

Wie sehr empfinden Sie es als sexuell erregend, wenn Ihr/e Sexualpartner/in Macht über Sie ausübt bzw. Sie unterdrückt, Sie z.B. fesselt, Ihnen Schmerzen zufügt und Sie sich unterwerfen?

| | gar nicht | wenig | mittelmäßig | ziemlich | sehr |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| in Sexualfantasien (SF): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in Masturbationsfantasien (MF): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| im Sexualverhalten (SV): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wie oft kommen diese sexuellen Wünsche bei Ihnen vor?

| | gar nicht | wenig | mittelmäßig | ziemlich | sehr |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| in Sexualfantasien (SF): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in Masturbationsfantasien (MF): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| im Sexualverhalten (SV): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wie sehr leiden Sie unter diesen sexuellen Wünschen?

| | gar nicht | wenig | mittelmäßig | ziemlich | sehr |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| in Sexualfantasien (SF): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in Masturbationsfantasien (MF): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| im Sexualverhalten (SV): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

CSBDS

Unten stehen einige Aussagen, die verschiedene Gedanken und Gefühle über Sex sowie sexuelle Verhaltensweisen beschreiben. Bitte denken Sie an die letzten 6 Monate zurück und geben Sie an, in welchem Maß die Aussagen auf Sie zutreffen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Für diesen Fragebogen ist Sex definiert als jede Aktivität oder jedes Verhalten, das eine Person stimuliert oder erregt, mit dem Ziel, einen Orgasmus oder sexuelles Vergnügen hervorzurufen (z.B. Selbstbefriedigung oder Solo-Sex, Konsum von Pornographie, Geschlechtsverkehr mit Partnerin oder Partner, Oralverkehr, Analverkehr etc...). Sexuelle Verhaltensweisen können mit oder ohne Partnerin/Partner stattfinden.

| | Stimme überhaupt nicht zu | Stimme eher nicht zu | Stimme eher zu | Stimme voll zu |
|--|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sex war die wichtigste Sache in meinem Leben. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich habe wichtige Aufgaben wegen meines Sexualverhaltens nicht erledigt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Meine sexuellen Aktivitäten störten meine Arbeit und/oder mein Studium (bzw. Schule/Ausbildung). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anhang E: Fragebogenpaket der Studie

| | Stimme überhaupt nicht zu | Stimme eher nicht zu | Stimme eher zu | Stimme voll zu |
|--|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich fand mich wegen meines Sexualverhaltens oft in einer peinlichen Situation wieder. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Obwohl mein Sexualverhalten unverantwortlich oder leichtsinnig war, fand ich es schwierig, aufzuhören. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich hätte lieber Sex gehabt als irgendetwas anderes zu tun. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich konnte meinem sexuellen Verlangen nur eine Weile widerstehen, bevor ich ihm nachgab. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich konnte mein sexuelles Verlangen und Begehren nicht kontrollieren. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ich Sex haben konnte, wurde alles andere irrelevant. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mein Sexualverhalten hatte negativen Einfluss auf meine Beziehungen zu anderen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich war wegen meines Sexualverhaltens aufgebracht. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Meine sexuellen Aktivitäten störten meine Fähigkeit, gesunden Sex zu haben. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich hatte Sex, selbst wenn ich es nicht mehr genießen konnte. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mein sexuelles Verlangen und sexuellen Impulse haben mich auf eine negative Art verändert. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Meine sexuellen Wünsche und Impulse kontrollierten mich. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mein Versuch, die Menge an Sex, die ich hatte, zu verringern, hat fast nie funktioniert. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Obwohl Sex für mich nicht mehr so befriedigend war wie früher, ließ ich mich darauf ein. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | Stimme überhaupt nicht zu | Stimme eher nicht zu | Stimme eher zu | Stimme voll zu |
|--|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich war nicht erfolgreich dabei, die Menge an Sex, die ich hatte, zu verringern. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Obwohl mein Sexualeben nicht mehr so befriedigend war wie vorher, hatte ich Sex. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sexualität und Corona

Bitte beziehen Sie sich bei den nachfolgenden zwei Fragen auf die letzten 12 Monate (Mehrfachantworten sind möglich).

1. Welchen Einfluss hatte die Corona-Pandemie auf Ihre sexuelle Aktivität im Vergleich zu der Zeit vor der Corona-Pandemie?

- Keinen, ich hatte genauso häufig Sex wie vorher.
- Ich hatte mehr Sex mit meinem (festen) Partner als vorher.
- Ich hatte weniger Sex mit meinem (festen) Partner als vorher.
- Ich hatte mehr wechselnde Sexualpartner als vorher.
- Ich hatte weniger wechselnde Sexualpartner als vorher.
- Ich hatte überhaupt keinen Sex mehr.
- Ich hatte, wie auch vorher, überhaupt keinen Sex.

2. Welchen Einfluss hatte die Corona-Pandemie auf die Art und Weise Ihrer sexuellen Aktivität im Vergleich zu der Zeit vor der Corona-Pandemie? Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Items an und unterstreichen Sie die jeweilige Häufigkeit.

- Ich habe ungeschützten Geschlechtsverkehr (Oral, Vaginal, Anal) häufiger/weniger häufig/im gleichen Ausmaß ausgeübt.
- Ich habe Internetpornographie häufiger/weniger häufig/im gleichen Ausmaß konsumiert.
- Ich habe BDSM häufiger/weniger häufig/im gleichen Ausmaß ausgeübt.
- Ich hatte häufiger/weniger häufig/im gleichen Ausmaß Sex mit Personen, die ich nicht oder kaum kannte, die ich später bereute.
- Ich habe häufiger/weniger häufig/in gleichem Ausmaß Sex im Gegenzug für Geld angeboten oder mich in Prostitution begeben.
- Ich hatte häufiger/weniger häufig/in gleichem Ausmaß Sex mit Personen, die ich nicht oder kaum kannte.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Studie!

Bitte legen Sie die ausgefüllten Fragebögen nun wieder in den Briefumschlag und geben diesen wieder an Ihren Therapeuten zurück. Bitte verschießen Sie den Umschlag noch nicht, da Ihr Therapeut noch eine Seite mit Angaben zu Diagnosen beifügen wird. Um die Vertraulichkeit Ihrer Daten sicherzustellen, wird der Briefumschlag dann von Ihnen oder Ihrem Therapeuten in Ihrem Beisein verschlossen. Sie können die Bögen bzw. die aufkommenden Themen natürlich in der Therapie besprechen, wenn Sie möchten.

Als kleines Dankeschön für Ihre Teilnahme haben wir für Sie ein Informationsblatt mit Beratungsangeboten und Informationen rund um das Thema „Traumatische Erfahrung und sichere, selbstbestimmte Sexualität“ zusammengestellt, das vielleicht nützlich für Sie sein könnte.

Falls Sie Fragen zur Studie haben, können Sie uns gerne kontaktieren:

Christina Schober (M.Sc. Psychologin)

Psychologische Psychotherapeutin
Doktorandin LMU-Klinikums
christina.schober@med.uni-muenchen.de

Dr. med. Richard Musil

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Oberarzt; Ärztlicher Leiter der Studie
richard.musil@med.uni-muenchen.de

Hilfsangebote zum Thema „Traumatische Erfahrungen und Sexualität“

ZEIT-Online Podcast „Ist das normal?“ mit Melanie Büttner:

<https://www.melanie-buettner.de/sexpodcast-zeit-online-ist-das-normal/> (verfügbar z.B. auch über Spotify): alle 2 Wochen ein neuer Podcast, u.a. zu folgenden Themen

- Selbstbestimmte Sexualität – Finde den Sex, der dich glücklich macht
- Gewalt in Beziehungen / Häusliche Gewalt
- Wie lassen sich Gewalt und Missbrauch überwinden?
- Kondom, Lecktuch, Impfung – So wird Sex sicher etc.

Online-Beratungsseite Lilli <https://www.lilli.ch/>: Tipps und Informationen u.a. zu folgenden Themen:

- Liebe und Sexualität
- Schluss mit Gewalt
- Meine Rechte und das Gesetz
- Sexuelle Orientierung
- Schwangerschaftsverhütung
- Sexuell übertragbare Krankheiten etc.

Online-Paarberatung „Paarbalance“ <https://www.paarbalance.de>: Tipps und Übungen u.a. zu folgenden Themen:

- Konflikte in Beziehungen lösen
- Treue statt Reue
- Sex und Erotik

Beratungsstelle „Frauennotruf München“ <https://frauennotruf-muenchen.de/>

- Gruppen und Kurse, z.B. Ressourcengruppe, Selbstverteidigungskurs für Frauen, Traumasensibles Yoga etc.
- Fortbildungen und Workshops, z.B. zum Thema „Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz“

Buchtipps

- „Coming soon“ von Dania Schifitan: Tipps für Frauen zum Erlernen genussvoller Sexualität
- „Klappt's?“ von Michael Sztenc: Tipps für Männer bei Erektionsproblemen
- „Make Love“ von Ann-Marlene Henning: Aufklärungsbuch für Jugendliche
- „Ist das normal?“ vom Team des ZEIT ONLINE Sex-Podcasts: Tipps und Infos, die Menschen in ihren persönlichen sexuellen Wünschen, Bedürfnissen und Grenzen bestärken
- „Guter Sex geht anders“ von Berit Brockhausen: Tipps, Anregungen und Übungen für Paare, wie man Selbstvertrauen und Freude beim Sex entwickeln kann

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Christina Maria Dudek, geboren am 08.09.1989 in Bayreuth, erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel

„Sexuelles Risikoverhalten und sexuelle Reviktimisierung bei Patient:innen mit Borderline-
Persönlichkeitsstörung in Abhängigkeit von sexuellem Kindesmissbrauch“

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als sol- che kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder ähnli- cher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, den 13.12.2024

Christina Dudek

Ort, Datum

Doktorandin