

Masterarbeit Studiengang Sexologie V  
Zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Arts Sexologie**

Des Fachbereichs «Soziale Arbeit.Medien.Kultur» der Hochschule Merseburg und  
des Institutes für Sexualpädagogik und Sexualtherapie ISP in Zürich

**Vaginismus – Störung oder Stärke?**

Eine historische und feministische Perspektive

Vorgelegt von:

Romina Fliri



Erstgutachterin: Agnes Silvani

Zweitgutachterin: Karoline Bischof

Abgabedatum: 28. Juli 2025

## **Zusammenfassung**

Diese Masterarbeit untersucht die Definition, Diagnose und Behandlung von Vaginismus im historischen Verlauf vom 19. bis zum 21. Jahrhundert sowie aus feministischer Perspektive. Anhand einer literaturbasierten Analyse werden medizinische, psychologische und gesellschaftliche Diskurse kritisch rekonstruiert und auf ihre normativen Prämissen hin befragt. Im 19. Jahrhundert dominierte eine mechanistische Sichtweise, die Vaginismus als anatomisches oder hysterisches Defizit behandelte. Erst im 20. Jahrhundert rückten psychodynamische und verhaltenstherapeutische Modelle die psychische Dimension von Sexualität stärker in den Fokus, wenngleich weiterhin häufig Penetrationsfähigkeit als Hauptziel galt.

Feministische Theorien kritisieren diese funktionalistischen Ansätze und plädieren für eine Neubewertung von Sexualität, in der Lust, Selbstbestimmung und körperliche Integrität zentrale Rollen spielen. Sie hinterfragen die Pathologisierung abweichender sexueller Erfahrungen und schlagen alternative Verständnisse vor, in denen Vaginismus als Ausdruck verkörperter Grenzen, Schutzreaktion oder biografisch bedingter Widerstand gegen normative Sexualskripte gelesen werden kann.

Die Arbeit zeigt auf, dass eine moderne, biopsychosozial orientierte Behandlung von Vaginismus individuelle Erfahrungen, gesellschaftliche Strukturen und kulturelle Normen gleichermassen berücksichtigen muss. Sexualtherapie sollte demnach nicht ausschliesslich die Wiederherstellung genitaler Funktion anstreben, sondern Räume eröffnen für selbstbestimmte, vielfältige sexuelle Ausdrucksformen. Abschliessend werden Implikationen für Forschung und Praxis formuliert, die die Notwendigkeit einer kritisch-reflexiven kontext- und lustzentrierten Therapie betonen.

## **Abstract**

This master's thesis examines the definition, diagnosis, and treatment of vaginismus across historical periods from the 19th to the 21st century, as well as from a feminist perspective. Based on a literature-based analysis, medical, psychological, and societal discourses are critically reconstructed and scrutinized for their normative premises. In the 19th century, a mechanistic understanding dominated, treating vaginismus as an anatomical or hysterical deficiency. Only in the 20th century did psychodynamic and behavioral models begin to focus more intensively on the psychological dimensions of sexuality, although the ability for vaginal penetration often remained the primary therapeutic goal.

Feminist theories critique these functionalist approaches and advocate for a reevaluation of sexuality that centers pleasure, autonomy, and bodily integrity. They challenge the pathologization of non-normative sexual experiences and propose alternative interpretations, viewing vaginismus as an embodied boundary, a protective reaction, or a biographically grounded resistance against normative sexual scripts.

This thesis demonstrates that a modern, biopsychosocial approach to the treatment of vaginismus must equally consider individual experiences, societal structures, and cultural norms. Sexual therapy should not merely aim to restore genital functionality but instead create spaces for self-determined, diverse sexual expressions. Finally, implications for research and practice are formulated, emphasizing the necessity for a critically reflective, context-based, and pleasure-centered therapy.

# Inhaltsverzeichnis

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| VORWORT                                                              | 6  |
| 1 EINLEITUNG                                                         | 7  |
| 1.1 PROBLEMSTELLUNG UND THEMENWAHL                                   | 7  |
| 1.2 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG                                    | 8  |
| 1.3 METHODENWAHL                                                     | 8  |
| 1.4 AUFBAU DER ARBEIT                                                | 9  |
| 1.5 BEGRIFFLICHKEITEN                                                | 10 |
| 2 METHODIK                                                           | 12 |
| 2.1 SUCHSTRATEGIE                                                    | 12 |
| 2.2 AUSWAHLKRITERIEN DER LITERATUR                                   | 13 |
| 2.3 REFLEXION DER VORGEHENSWEISE                                     | 14 |
| 3 HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER DEFINITION UND DIAGNOSE VON VAGINISMUS | 15 |
| 3.1 VAGINISMUS IM 19. JAHRHUNDERT                                    | 15 |
| 3.1.1 BEGRIFFLICHE EINORDNUNG                                        | 15 |
| 3.1.2 DIAGNOSTISCHE PRAXIS                                           | 16 |
| 3.2 VAGINISMUS IM 20. JAHRHUNDERT                                    | 17 |
| 3.2.1 BEGRIFFLICHE EINORDNUNG                                        | 17 |
| 3.2.2 DIAGNOSTISCHE PRAXIS                                           | 18 |
| 3.2.3 MANUALISIERUNG UND KLASSIFIKATIONEN                            | 18 |
| 3.3 VAGINISMUS IM 21. JAHRHUNDERT                                    | 19 |
| 3.3.1 BEGRIFFLICHE EINORDNUNG                                        | 19 |
| 3.3.2 DIAGNOSTISCHE PRAXIS                                           | 20 |
| 3.3.3 MANUALISIERUNG UND KLASSIFIKATIONEN                            | 21 |
| 3.3.4 KRITIK UND OFFENE FRAGEN ZUR DSM-5-KATEGORISIERUNG             | 23 |
| 4 ÄTIOLOGIE VON VAGINISMUS                                           | 24 |
| 5 HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER BEHANDLUNG VON VAGINISMUS              | 27 |
| 5.1 BEHANDLUNG IM 19. JAHRHUNDERT                                    | 27 |
| 5.1.1 MECHANISCHE UND CHIRURGISCHE EINGRIFFE                         | 27 |
| 5.1.2 PHARMAKOLOGISCHE INTERVENTIONEN                                | 28 |
| 5.1.3 KÜNSTLICHE INSEMINATION                                        | 28 |
| 5.2 BEHANDLUNG IM 20. JAHRHUNDERT                                    | 29 |
| 5.2.1 PSYCHOANALYSE                                                  | 29 |
| 5.2.2 VERHALTENSTHERAPIE                                             | 29 |
| 5.2.3 SEXUALTHERAPIE                                                 | 30 |
| 5.2.4 PSYCHODYNAMISCHE KURZZEITTHERAPIE                              | 30 |
| 5.2.5 HYPNOTHERPIE                                                   | 31 |
| 5.2.6 SOZIOKULTURELLE UND FEMINISTISCHE PERSPEKTIVEN AUF VAGINISMUS  | 31 |
| 5.3 BEHANDLUNG IM 21. JAHRHUNDERT                                    | 32 |

|                                                                        |        |
|------------------------------------------------------------------------|--------|
| 5.3.1 MEDIZINISCHE INTERVENTIONEN                                      | 33     |
| 5.3.2 BECKENBODENPHYSIOTHERAPIE                                        | 33     |
| 5.3.3 SEXUALTHERAPIE                                                   | 35     |
| 5.3.4 PSYCHOTHERAPIE                                                   | 38     |
| 5.3.5 ACHTSAMKEITSBASIERTE SEXUALTHERAPIE                              | 39     |
| 5.3.6 DIGITALE INTERVENTIONEN                                          | 40     |
| 5.3.7 MULTIMODALITÄT                                                   | 40     |
| <br>6 FEMINISTISCHE PERSPEKTIVE AUF DIE WEIBLICHE SEXUALITÄT           | <br>41 |
| 6.1 FEMINISTISCH-KULTURPSYCHOLOGISCHE PERSPEKTIVE                      | 42     |
| 6.2 FEMINISTISCHE PERSPEKTIVE AUF WEIBLICHE SEXUELLE FUNKTIONSTÖRUNGEN | 44     |
| <br>7 FEMINISTISCHE PERSPEKTIVE AUF VAGINISMUS                         | <br>47 |
| 7.1 DEFINITION VON VAGINISMUS AUS FEMINISTISCHER PERSPEKTIVE           | 47     |
| 7.2 FEMINISTISCHE KRITIK AN DER MEDIZINISCHEN DIAGNOSEPRAXIS           | 49     |
| 7.3 FEMINISTISCHE BEHANDLUNGSANSÄTZE BEI VAGINISMUS                    | 52     |
| 7.4 ZIELSETZUNGEN FEMINISTISCHER THERAPIE                              | 57     |
| <br>8 ERGEBNISSE                                                       | <br>61 |
| 8.1 BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNGEN                                   | 61     |
| 8.1.1 DEFINITION IM VERLAUF DES 19. BIS 21. JAHRHUNDERTS               | 61     |
| 8.1.2 DIAGNOSE IM VERLAUF DES 19. BIS 21. JAHRHUNDERTS                 | 63     |
| 8.1.3 BEHANDLUNG VOM 19. BIS 21. JAHRHUNDERT                           | 65     |
| 8.1.4 DEFINITION UND DIAGNOSE AUS FEMINISTISCHER PERSPEKTIVE           | 68     |
| 8.1.5 BEHANDLUNGSFORMEN UND -ZIELE AUS FEMINISTISCHER PERSPEKTIVE      | 69     |
| 8.1.6 BEANTWORTUNG DER LEITENDEN FORSCHUNGSFRAGE                       | 71     |
| <br>9 DISKUSSION                                                       | <br>72 |
| 9.1 REFLEXION DER ERGEBNISSE                                           | 73     |
| 9.1.1 DEFINITION UND DIAGNOSE                                          | 73     |
| 9.1.2 BEHANDLUNG UND ZIELORIENTIERUNG DES 21. JAHRHUNDERTS             | 74     |
| 9.1.3 BEHANDLUNG UND ZIELE AUS FEMINISTISCHER PERSPEKTIVE              | 76     |
| 9.1.4 STÖRUNG ODER STÄRKE                                              | 78     |
| 9.2 LIMITATIONEN                                                       | 79     |
| 9.3 AUSBLICK – IMPLIKATIONEN FÜR FORSCHUNG UND PRAXIS                  | 80     |
| 9.3.1 IMPLIKATIONEN FÜR DIE FORSCHUNG                                  | 81     |
| 9.3.2 IMPLIKATIONEN FÜR DIE PRAXIS                                     | 82     |
| 9.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN                                                 | 83     |
| <br>NACHWORT                                                           | <br>85 |
| <br>LITERATURVERZEICHNIS                                               | <br>86 |
| <br>ANHANG                                                             | <br>97 |

## **Vorwort**

Diese Masterarbeit ist nicht nur das Ergebnis intensiver wissenschaftlicher Auseinandersetzung, sondern zugleich Teil einer persönlichen Reise. Über zehn Jahre lang war ich selbst von Vaginismus betroffen – ohne zu wissen, dass es für meine Erfahrungen einen Namen gibt. Erst nachdem ich die Symptome hinter mir gelassen hatte, erfuhr ich, wie diese Form sexueller Schmerzstörung medizinisch eingeordnet wird.

Obwohl mich die Symptome belasteten, erlebte ich meine Sexualität über weite Strecken als befriedigend. Der Druck der Gesellschaft, insbesondere im Hinblick auf den Kinderwunsch, war jedoch allgegenwärtig. Die verbreitete Vorstellung, dass „richtige“ Sexualität nur durch penetrativen Geschlechtsverkehr definiert sei, liess mich oft an meiner «Richtigkeit» als Frau und der «Normalität» der gelebten Sexualität zweifeln. Ich weiss heute, wie sehr solche normativen Vorstellungen das persönliche Erleben beeinflussen können.

Mit dieser Arbeit habe ich mich auf den Weg gemacht, die Wurzeln des Vaginismus zu verstehen – historisch, medizinisch, gesellschaftlich und psychologisch. Ein besonderes Anliegen war es mir dabei, feministische Perspektiven einzubeziehen, die die Frau und ihr subjektives Erleben ins Zentrum rücken. Der Anspruch dieser Perspektiven, gesellschaftliche Normen zu hinterfragen, Diagnosen kritisch zu beleuchten und alternative Sichtweisen auf Sexualität zu eröffnen, war leitend für meine Auseinandersetzung.

Die wissenschaftliche Recherche war zugleich ein Prozess des persönlichen Verstehens und Erlangen von historischem Hintergrundwissen, als auch alternativen Sichten auf Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.

Für mich schliesst sich mit dieser Arbeit der Kreis meiner Vaginismus-Reise. Im Rahmen des Sexologie-Studiums hörte ich zum ersten Mal von Vaginismus, erhielt rückblickend eine Diagnose – und schliesse nun mit meiner Masterarbeit zu genau diesem Thema mein Studium ab.

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung und Themenwahl

Vaginismus wurde über weite Teile der Medizingeschichte hinweg als körperliche Störung verhandelt, deren Definition, Diagnose und Behandlung sich eng an normativen Vorstellungen von Sexualität orientieren. Klassifikationssysteme wie das DSM (APA, 2013) oder ICD (WHO, 2019) verorten das Phänomen als sexuelle Funktionsstörung, wobei die Schwierigkeit oder Unmöglichkeit vaginaler Penetration als zentrales Symptom gilt. Mit der Einführung der Diagnose „Genito-Pelvine Schmerz-Penetrationsstörung“ (GPPPD) im DSM-5 wurde Vaginismus 2013 gemeinsam mit Dyspareunie neu kategorisiert (American Psychiatric Association, 2013). Auch in therapeutischen Leitlinien bleibt das therapeutische Ziel häufig auf die Wiederherstellung der Penetrationsfähigkeit ausgerichtet, wodurch bestimmte Vorstellungen über „gesunde“ Sexualität reproduziert werden (Kaplan, 1974; Binik, 2010).

Feministische Perspektiven haben diese Sichtweisen kritisch hinterfragt und betonen, dass sexuelle Symptome wie Vaginismus nicht losgelöst von kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen betrachtet werden können. Sie problematisieren insbesondere die hegemoniale Norm der penetrativen Heterosexualität und weisen darauf hin, dass medizinische Zugänge häufig einseitig defizitorientiert sind (Tiefer, 2002a; Potts, 2002; Ussher, 2011). Vaginismus wird aus dieser Perspektive nicht nur als Symptom verstanden, sondern auch als möglicher Ausdruck von Widerstand, Schutz oder Grenzziehung im Kontext geschlechtlicher Sozialisation und sexueller Normierung (Kleinplatz, 1998; Koops & Briken, 2021).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie sich Definition, Diagnose und Behandlung von Vaginismus im historischen Verlauf verändert haben – und inwiefern feministische Sichtweisen ein erweitertes Verständnis dieses Phänomens ermöglichen. Die vorliegende Arbeit geht dieser Frage aus historischer und diskurstheoretischer Perspektive nach und nimmt insbesondere die Entwicklungen seit dem 19. Jahrhundert sowie zentrale feministische Gegenpositionen in den Blick.

Diese Arbeit nimmt diese Fragen zum Ausgangspunkt, um Vaginismus aus historischer und feministischer Perspektive neu zu beleuchten. Im Zentrum steht die Auseinandersetzung mit der Frage, wie sich Definitionen, Diagnosemodelle und Behandlungsmethoden von Vaginismus seit dem 19. Jahrhundert entwickelt haben und inwiefern feministische Ansätze alternative Deutungs- und Behandlungsmodelle eröffnen können.

## 1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist es, die historischen Entwicklungen in der Definition, Diagnose und Behandlung von Vaginismus zwischen dem 19. und dem 21. Jahrhundert systematisch nachzuzeichnen und kritisch zu analysieren. Im Zentrum steht die Frage, wie sich medizinische, psychologische und gesellschaftliche Diskurse im Umgang mit Vaginismus verändert haben und welche Bedeutung feministische Perspektiven in diesem Kontext einnehmen. Die Arbeit untersucht, inwiefern feministische Ansätze bestehende Kategorien hinterfragen, alternative Deutungsrahmen anbieten und neue Sichtweisen auf weibliche Sexualität, sexuelle Schmerzstörungen und vor allem Vaginismus eröffnen. Ausgehend davon lautet die leitende Forschungsfrage:

*Wie haben sich Definition, Diagnose und Behandlung von Vaginismus zwischen dem 19. und dem 21. Jahrhundert verändert, und welche Sichtweisen vertreten feministische Perspektiven in Bezug auf dieses Phänomen?*

Zur Beantwortung dieser übergeordneten Fragestellung werden folgende Teilfragen untersucht:

1. Wie hat sich die Definition von Vaginismus im historischen Verlauf vom 19. bis zum 21. Jahrhundert verändert?
2. Inwiefern hat die historische Entwicklung vom 19. bis zum 21. Jahrhundert die Diagnostik von Vaginismus beeinflusst?
3. Wie haben sich die therapeutischen Ansätze und Behandlungsziele im Umgang mit Vaginismus im Laufe der Zeit gewandelt?
4. Wie werden Definition und Diagnose von Vaginismus aus feministischer Perspektive bewertet?
5. Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus der historischen Entwicklung und der feministischen Kritik für ein erweitertes Verständnis und eine zeitgemässe Behandlung von Vaginismus ziehen?

## 1.3 Methodenwahl

Die vorliegende Arbeit folgt einem konstruktivistisch-hermeneutischen Paradigma, das davon ausgeht, dass medizinische und psychologische Diagnosen nicht neutral oder objektiv sind, sondern Ausdruck gesellschaftlicher und sozialer Normen sowie kultureller Deutungsmuster. Im Zentrum steht daher eine theoriegeleitete, diskursanalytisch orientierte Literatursauswertung, die den Wandel von Definition, Diagnose und Behandlung von Vaginismus sowie die feministische Kritik daran rekonstruiert.

Die Auswahl der Literatur erfolgte leitfragengestützt und themenzentriert, wobei besonderes Augenmerk auf Texte gelegt wurde, die dominante Narrative, Brüche und

Kontinuitäten im medizinischen, psychologischen, therapeutischen und feministischen Diskurs sichtbar machen. Anders als in empirischen Arbeiten wurde nicht der Anspruch auf theoretische Sättigung erhoben. Vielmehr stand die exemplarische Analyse historisch und diskursiv relevanter Quellen im Vordergrund, um paradigmatische Verschiebungen herauszuarbeiten, die für das Verständnis von Vaginismus und seiner feministischen Neubewertung zentral sind.

Die methodischen Grundlagen und Auswahlkriterien der analysierten Literatur werden im Kapitel 2 ausführlich dargestellt.

#### **1.4 Aufbau der Arbeit**

Die vorliegende Masterarbeit gliedert sich in neun Hauptkapitel und folgt einer theoriegeleiteten, literaturbasierten Struktur. Ziel ist es, historische, medizinische und feministische Perspektiven auf Vaginismus systematisch aufzuarbeiten und in einen kritischen Diskurs miteinander zu bringen.

Kapitel 2 beschreibt die methodische Vorgehensweise der Literaturarbeit. Es werden die Suchstrategie, Auswahlkriterien sowie die Auswertung der Quellen dargelegt und hinsichtlich ihrer Aussagekraft reflektiert.

Kapitel 3 widmet sich der historischen Entwicklung von Definition und Diagnose des Vaginismus im 19., 20. und 21. Jahrhundert. Anhand ausgewählter Quellen wird analysiert, wie sich begriffliche Zuschreibungen, diagnostische Praktiken und Klassifikationssysteme verändert haben und welche kulturellen Deutungsmuster diesen zugrunde lagen.

Kapitel 4 beleuchtet verschiedene ätiologische Erklärungsansätze für Vaginismus. Im Zentrum stehen biologische, psychodynamische und psychosoziale Modelle, deren jeweilige Stärken und Begrenzungen kritisch eingeordnet werden.

Kapitel 5 verfolgt die historische Entwicklung therapeutischer Zugänge zu Vaginismus. Es werden medizinische, psychologische und körperorientierte Behandlungsformen dargestellt und in Hinblick auf ihre Zielsetzungen und normativen Annahmen analysiert.

Kapitel 6 führt in feministisch-theoretische Grundlagen ein und untersucht zentrale Konzepte feministischer Kritik an sexuellen Funktionsstörungen. Der Fokus liegt auf der Problematisierung des Koitalimperativs, der Medikalisierung weiblicher Sexualität und der kulturellen Normierung von Lust und Begehren.

Kapitel 7 wendet diese theoretischen Perspektiven auf die Thematik Vaginismus an. Es werden feministische Ansätze zu Definition, Diagnose und Therapie dargestellt, die den Fokus von Funktionalität auf Subjektivität, Körpererleben und sexuelle Selbstbestimmung verschieben.

Kapitel 8 enthält die strukturierte Beantwortung der fünf Fragestellungen, sowie der leitenden Forschungsfrage dieser Arbeit. Die Ergebnisse werden unter Bezug auf die analysierte Literatur systematisch zusammengefasst.

Kapitel 9 diskutiert die Befunde im Hinblick auf mögliche alternative Sichtweisen auf Vaginismus. Darüber hinaus werden Limitationen der Arbeit benannt sowie Implikationen für Forschung und Praxis aufgezeigt.

Ein umfassendes Literaturverzeichnis, Anhänge mit Tabellen und Abbildungen sowie die Selbstständigkeitserklärung bilden den Abschluss der Arbeit.

## 1.5 Begrifflichkeiten

Die vorliegende Arbeit verwendet eine Reihe fachsprachlicher Begriffe, die je nach disziplinärem Kontext unterschiedliche Bedeutungen haben können. Um Missverständnisse zu vermeiden und eine einheitliche Lesart zu gewährleisten, werden im Folgenden zentrale Begriffe sowie verwendete Abkürzungen definiert und erläutert. Die Begriffsbestimmungen orientieren sich an der in dieser Arbeit verwendeten theoretischen Perspektive sowie an relevanter Fachliteratur.

| <b>Begriff</b>                                  | <b>Erklärung</b>                                                                                                                                        | <b>Quelle</b>                                 |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Vaginismus                                      | Unwillkürliche Kontraktion der Vaginalmuskulatur, die Penetration erschwert oder verhindert. Auch als Schutz- oder Widerstandsreaktion interpretierbar. | Reissing et al., 2014; Kleinplatz, 1998       |
| Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder (GPPPD) | Diagnosekategorie im DSM-5, die Vaginismus und Dyspareunie zusammenfasst. Umfasst Schmerzen, Angst, muskuläre Anspannung und Penetrationsprobleme.      | American Psychiatric Association, 2013        |
| DSM                                             | Psychiatrisches Klassifikationssystem. Führt sexuelle Funktionsstörungen wie Vaginismus bzw. GPPPD diagnostisch auf.                                    | APA, 2000, 2013                               |
| ICD                                             | Internationales Klassifikationssystem der WHO. Führt Vaginismus als psychogene und organische Störung.                                                  | WHO, 2019, 2022                               |
| FSFI                                            | Fragebogen zur Erfassung sexueller Funktion bei Frauen, misst u. a. Verlangen, Erregung, Orgasmus, Schmerz.                                             | Rosen et al., 2000                            |
| VPCQ                                            | Instrument zur Erfassung kognitiver und emotionaler Reaktionen auf vaginale Penetration (z. B. Scham, Angst).                                           | Klaassen & ter Kuile, 2009                    |
| Koalition des Vermeidens                        | Partnerschaftliches Muster, das unbewusst zur Aufrechterhaltung von Vermeidung und Symptomatik beiträgt.                                                | Reissing et al., 2003                         |
| Angst-Schmerz-Vermeidungs-Kreislauf             | Teufelskreis aus Schmerzantizipation, Anspannung, Schmerz und Vermeidung.                                                                               | Goldstein et al., 2009; Bergeron et al., 2015 |
| Lamont-Klassifikation                           | System zur Einteilung des Vaginismus in fünf Schweregrade, basierend auf muskulärer Reaktion und Angst.                                                 | Lamont, 1978; Pacik, 2014                     |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Koitalimperativ                       | Normative Vorstellung, dass Penetration zentrales Merkmal ‚richtiger‘ Sexualität ist.                                                                                                                                                                                                                                             | Potts, 2002; Tiefer, 2002a                       |
| Othering the Body                     | Erleben des eigenen Körpers als defizitär, fremd oder nicht kontrollierbar.                                                                                                                                                                                                                                                       | Koops & Briken, 2021                             |
| Negotiating Womanhood                 | Ringen um weibliche Identität im Spannungsfeld widersprüchlicher gesellschaftlicher Anforderungen.                                                                                                                                                                                                                                | Koops & Briken, 2021                             |
| Female Sexual Dysfunction (FSD)       | Sammelbegriff für sexuelle Beeinträchtigungen wie Libidoverlust, Orgasmusstörung, Schmerzstörung. Feministisch stark kritisiert.                                                                                                                                                                                                  | Basson et al., 2004; Tiefer, 2002a; Ussher, 2011 |
| Medikalisierung weiblicher Sexualität | Feministische Kritik an der Tendenz, weibliche Sexualität biomedizinisch und defizitorientiert zu interpretieren.                                                                                                                                                                                                                 | Tiefer, 2002a; Ussher, 2011                      |
| Culturalization                       | Reduktion sexueller Störungen auf kulturelle Herkunft; feministisch als Stereotypisierung kritisiert.                                                                                                                                                                                                                             | Koops & Briken, 2021                             |
| Empowerment                           | Stärkung der Selbstbestimmung, Handlungsmacht und sexuellen Autonomie – zentraler Begriff feministischer Therapieansätze bei Vaginismus.                                                                                                                                                                                          | Ussher, 2011; Tiefer, 2002a                      |
| Circlusion                            | Feministisches Konzept, das den Akt der Penetration umkehrt: Die umschliessende Person wird als aktiv verstanden. Circlusion steht für sexuelle Selbstermächtigung und kritisiert heteronormative Sichtweisen.                                                                                                                    | Wappler, 2021; Hartmann, 2020; Adamczak, 2018    |
| Hysterie                              | Historische Diagnose, die Frauen zugeschrieben wurde und Symptome wie Nervosität, Reizbarkeit, sexuelle Frigidität, Weinkrämpfe, Ohnmachten oder unkontrollierte Emotionen umfasste. Hysterie wurde im 19. Jahrhundert zur Erklärung 'unerklärlicher' weiblicher Symptome genutzt und pathologisierte dabei weibliche Sexualität. | Gilman, 1985; Tasca et al., 2012                 |
| Frigidität                            | Veralteter Begriff für vermeintlich 'fehlendes' sexuelles Verlangen oder Erregung bei Frauen. Wurde häufig als Störung betrachtet, obwohl es sich oft um eine Folge kultureller, relationaler oder traumatischer Faktoren handelte. Feministisch kritisiert als Instrument normativer Sexualitätsvorgaben.                        | Tiefer, 2002a; Ussher, 2011                      |

*Tabelle 1: Begrifflichkeiten (eigene Darstellung, 2025)*

In dieser Arbeit wird ein genderreflektierter Sprachgebrauch angestrebt. Wo immer möglich, wird eine geschlechtergerechte Formulierung gewählt. Zur besseren Lesbarkeit wird gelegentlich auf Doppelpunkte oder neutrale Pluralformen verzichtet. Wenn von „Frauen“ oder „weiblich gelesenen Personen“ die Rede ist, bezieht sich dies in erster Linie auf die in der jeweiligen Quelle genannte Personengruppe, überwiegend cis-geschlechtliche Frauen. Gleichzeitig wird anerkannt, dass auch trans, intergeschlechtliche und nichtbinäre Menschen von Symptomen wie Vaginismus betroffen sein können. Diese Perspektiven werden im Rahmen der kritischen Auseinandersetzung mit der Diagnostik reflektiert.

## **2 Methodik**

Diese Masterarbeit folgt einem qualitativ-theoriegeleiteten Ansatz, der im konstruktivistisch-hermeneutischen Paradigma verankert ist. Ziel ist es, die historischen und gesellschaftlichen Entwicklungslinien im Umgang mit Vaginismus zu rekonstruieren und zu interpretieren. Diagnosen und medizinische Klassifikationen werden dabei nicht als objektive Fakten verstanden, sondern als kulturell und diskursiv geprägte Konstruktionen. Die feministische Perspektive wird bewusst integriert, insbesondere in späteren Kapiteln, in denen bestehende Normen und Vorstellungen kritisch hinterfragt werden.

Die Arbeit basiert auf einer literaturbasierten, diskursanalytischen Vorgehensweise. Im Zentrum steht die Frage, wie Definition, Diagnose und Behandlung von Vaginismus historisch gewachsen und gesellschaftlich normiert wurden. Der gewählte Zugang ermöglicht es, medizinische Konzepte nicht als naturgegebene Entitäten, sondern als Ergebnisse historischer und kultureller Aushandlungsprozesse zu analysieren. Erkenntnisse entstehen demnach nicht durch objektive Beobachtung, sondern durch interpretatives Verstehen, das den Bedeutungsgehalt medizinischer Kategorien im jeweiligen Kontext erschliesst.

Ergänzt wird dieser methodische Zugang durch eine feministische Wissenschaftsperspektive, die gesellschaftlich normierte Vorstellungen von Weiblichkeit, Sexualität und Funktionalität kritisch beleuchtet. Sie rückt die subjektive Erfahrung der Betroffenen, ihren Körper und ihre Lebensrealität in den Mittelpunkt, im Gegensatz zu defizitorientierten und penetrationszentrierten Sichtweisen auf Sexualität.

### **2.1 Suchstrategie**

Die Literaturrecherche wurde systematisch in wissenschaftlichen Datenbanken (PubMed, PsycNET, SpringerLink, Wiley, Taylor & Francis, Elsevier) und bibliothekarischen Suchsystemen (Swisscovery, HSB Merseburg) durchgeführt. Ergänzend wurden Fachplattformen wie ResearchGate und ZVAB (für historische Primärquellen) einbezogen. Zur Strukturierung der Recherche wurden definierte Suchstrings verwendet. Die Suchbegriffe wurden iterativ angepasst und in deutscher sowie englischer Sprache kombiniert: „Vaginismus“ + „Definition“, „Diagnose“, „Behandlung“, „Therapie“, „Feminismus“, „Genito-pelvic pain penetration disorder“, „Female sexual dysfunction“ + „DSM“ / „ICD“, „Female sexual pain disorders“ + „feminist critique“, „Vaginismus“ + „history“. Die Recherche bezog sich auf Publikationen im Zeitraum von 1861 bis 2025, um die Entwicklung medizinischer Diskurse über drei Jahrhunderte hinweg abzubilden.

Neben der systematischen Recherche wurde das Schneeballsystem (vgl. Wohlin, 2014) angewendet, um relevante Literatur aus den Literaturverzeichnissen zentraler Fachartikel

und Monografien zu identifizieren. Diese Vorgehensweise erwies sich insbesondere im Bereich der feministischen Sexualwissenschaft als hilfreich, da dort Schlüsseltexte (z. B. von Peggy Kleinplatz, Leonore Tiefer, Jane Ussher, Annie Potts) häufig zitiert werden, aber nicht immer in klassischen Datenbanken prominent gelistet sind. Durch gezieltes Nachverfolgen der Referenzen konnten weitere theoretisch anschlussfähige und thematisch vertiefende Arbeiten gefunden werden.

Ergänzend wurde eine rückwärtsgerichtete Zitationsanalyse durchgeführt (vgl. Greenhalgh & Peacock, 2005), bei der die Referenzen bereits ausgewählter Artikel analysiert wurden, um häufig zitierte Grundlagenwerke und Diskursbeiträge zu identifizieren. Diese Methode ermöglichte es, besonders einflussreiche Texte innerhalb der interdisziplinären Debatte um sexuelle Funktionsstörungen und Vaginismus zu erfassen, die im Rahmen systematischer Stichwortsuchen ggf. nicht direkt auffindbar gewesen wären.

## **2.2 Auswahlkriterien der Literatur**

Für die Analyse wurden wissenschaftliche Publikationen berücksichtigt, die sich mit Definition, Diagnose, Ätiologie und Behandlung von Vaginismus im Zeitraum vom 19. bis zum 21. Jahrhundert befassen. Eingeschlossen wurden sowohl historische als auch aktuelle Arbeiten in deutscher und englischer Sprache. Die verwendete Literatur umfasst empirische Studien (quantitativ und qualitativ), Fachbücher, Übersichtsarbeiten, Manuale (z. B. DSM, ICD), interdisziplinäre Artikel aus der Sexualmedizin, Sexualtherapie, Psychologie, Soziologie und feministischen Wissenschaft sowie Beiträge aus der Medizingeschichte. Ergänzend wurden Leitlinien, Klassifikationssysteme sowie relevante Instrumente wie der FSFI und das VPCQ in die Analyse aufgenommen.

In die Analyse aufgenommen wurden sowohl Primärstudien als auch Sekundärliteratur, sofern sie wesentliche theoretische, historische oder klinisch-therapeutische Perspektiven auf das Phänomen Vaginismus lieferten. Besondere Berücksichtigung fanden Arbeiten, die sich explizit mit den diagnostischen Kriterien (z. B. DSM-IV, DSM-5, ICD-10, ICD-11), der Einordnung von Vaginismus als eigenständige Störung oder im Rahmen von GPPPD sowie der Behandlungsmethodik (z. B. körperzentrierte Ansätze, Psychotherapie, medizinische Verfahren) auseinandersetzen. Ebenfalls berücksichtigt wurden feministische und kritische Perspektiven auf die Pathologisierung weiblicher Sexualität und Funktionsstörung.

Zur Systematisierung der Auswahl wurde eine Literaturmatrix erstellt (vgl. Tabelle 3 im Anhang), in der alle relevanten Werke entlang zentraler Kriterien (Fokus, Methodik, Vaginismustyp, feministische Perspektive, Relevanz für die Fragestellung) erfasst und eingeordnet wurden. Die Matrix diente der strukturierten Literaturanalyse sowie der gezielten Auswahl theoretischer und empirischer Bezugspunkte für die Beantwortung der

Forschungsfrage. In der Analyse zeigte sich, dass viele Studien unterschiedliche Definitionen des Vaginismus verwenden oder keine klare Differenzierung zwischen lebenslangem und erworbenem Vaginismus vornehmen. Diese Heterogenität wurde bewusst berücksichtigt und in der Matrix transparent gemacht, um die diagnostischen Verschiebungen und terminologischen Unschärfen innerhalb der medizinischen Literatur sichtbar zu machen.

Nicht eingeschlossen wurden populärwissenschaftliche Texte, Artikel ohne wissenschaftlichen Anspruch, nicht zugängliche Volltexte sowie Arbeiten, die sich ausschliesslich allgemein mit sexuellen Funktionsstörungen ohne Bezug zu Vaginismus befassen. Auch Literatur, die sich ausschliesslich auf männliche Sexualität oder nicht auf westliche Diskurse bezieht sowie keinen Bezug zur Problemstellung oder den Analysezielen dieser Arbeit erkennen lassen, wurde nicht in die Auswertung einbezogen. Diese Auswahlkriterien sollten gewährleisten, dass die aufgenommenen Texte sowohl fachlich fundiert als auch theoretisch anschlussfähig sind. Ziel war es, eine qualitativ gehaltvolle, interdisziplinär zusammengesetzte Textbasis zu schaffen, die die historischen und aktuellen Konstruktionen von Vaginismus nachvollziehbar macht und gleichzeitig Raum für kritische Reflexion eröffnet.

Die eigentliche Analyse folgt einer epochalen Gliederung (19., 20. und 21. Jahrhundert), wobei die feministische Perspektive im Sinne einer kontrastierenden Lesart in einem eigenständigen Kapitel vertieft wird. In ihrer Gesamtheit zielt die Analyse darauf, sowohl Kontinuitäten in der Pathologisierung weiblicher Sexualität als auch Brüche, Neudeutungen und potenzielle Öffnungen sichtbar zu machen. Zur systematischen Strukturierung der Analyse wurde eine thematisch-epochale Übersichtsmatrix erstellt (vgl. Tabelle 4). Diese stellt zentrale Analyseaspekte wie Definition, Diagnose, Behandlung und feministische Perspektiven im zeitlichen Verlauf dar.

## **2.3 Reflexion der Vorgehensweise**

Die vorliegende Arbeit erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit der erfassten Literatur für die Themenschwerpunkte, sondern verfolgt das Ziel einer theoriegeleiteten, selektiven Tiefenererschliessung. Der Einsatz systematischer und ergänzender Suchstrategien diene dazu, die für das Erkenntnisinteresse zentralen Diskurse angemessen abzubilden. Die Auswahl der Literatur erfolgte dabei bewusst interdisziplinär, um medizinische, sexualwissenschaftliche und gesellschaftstheoretische Perspektiven zu integrieren.

Bei der Erhebung, Sichtung und Auswertung der Literatur kamen verschiedene digitale Hilfsmittel zum Einsatz. Das KI-gestützte Recherchewerkzeug NotebookLM (OpenAI, 2025b) wurde verwendet, um umfangreiche Fachquellen inhaltlich zu strukturieren und

thematische Verbindungslinien sichtbar zu machen. Zur Übersetzung englischsprachiger Fachliteratur diente DeepL Translator (DeepLTranslator, 2025), insbesondere bei komplexen Originaltexten. Für die sprachliche Überarbeitung, Gliederungshilfe und Formulierungsoptimierung wurde ChatGPT (OpenAI, 2025a) für die gesamte Arbeit eingesetzt. Ebenfalls für das Erstellen der Matrix (vgl. Tabelle 3). Die Auswahl, Interpretation und Ausarbeitung der Inhalte erfolgten eigenverantwortlich durch die Verfasserin.

Die methodische Herangehensweise folgt einem feministisch reflexiven Ansatz, bei dem die Forscherin ihre eigene Position bewusst reflektiert. In der Forschung wird anerkannt, dass situiertes Wissen und die Einbettung der eigenen Perspektive eine wertvolle Ergänzung zur Analyse darstellen (Haraway, 1988). Dieser Ansatz ermöglicht es, die eigenen Erfahrungen und sozialen Prägungen in den wissenschaftlichen Prozess einzubeziehen, was zu einer tieferen Analyse beiträgt. Dadurch wird deutlich, dass die feministisch geprägte Sozialisation der Autorin die epistemologische Perspektive geprägt hat.

### **3 Historische Entwicklung der Definition und Diagnose von Vaginismus**

Im nachfolgenden Kapitel wird die historische Entwicklung des Begriffs, sowie der Diagnoseverfahren von Vaginismus zwischen dem 19. Bis 21. Jahrhundert dargelegt. Nach der begrifflichen Einordnung der jeweiligen Epoche, folgt die Diagnose in derselben.

#### **3.1 Vaginismus im 19. Jahrhundert**

##### **3.1.1 Begriffliche Einordnung**

Im 19. Jahrhundert existierte noch keine einheitliche medizinische Definition von Vaginismus im heutigen Sinne. Beschwerden wie Schmerzen, Muskelverkrampfungen oder Penetrationsverweigerung wurden zumeist unter dem diffusen Begriff der weiblichen Hysterie subsumiert. Diese galt als universelle Erklärung für eine Vielzahl körperlicher und emotionaler Symptome, die nicht anders einzuordnen waren (Gilman, 1993; Jeng, 2004; Tasca et al., 2012). Weibliche Sexualität wurde im medizinischen Diskurs vor allem als reproduktive Pflicht und körperliches Regulationsobjekt betrachtet; psychosexuelle Dynamiken oder subjektive Erlebnisweisen blieben unbeachtet (Nicolson, 1993).

Erst ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde Vaginismus als spezifisches Störungsbild allmählich sichtbar. James Marion Sims beschrieb vaginale Muskelverkrampfungen als lokale Reaktion auf Penetrationsversuche (1861, zit. n. Reissing et al., 2014). Sims (1866) definierte Vaginismus als eine übermässige Hyperästhesie und spastische Kontraktion des Vaginalsphinkters, ausgelöst durch

minimale Berührungen – sogar eine Feder könne extreme Schmerzen verursachen, als würde ein scharfes Messer in die empfindliche Stelle gestossen (Sims, 1866, S. 268). Diese Definition betont sowohl die körperliche Sensitivität als auch die schmerzhafte Kontraktion, was die später somatisch-dominierte Diagnostik stark beeinflusste.

Bereits vor Sims hatten die französischen Ärzte Emile Débout und Louis-Marie Michon (1861) im "Bulletin de thérapeutique" Fälle mit identischen Symptomen beschrieben (Débout & Michon, 1861, zit. n. Cryle & Moore, 2011). Drei Monate vor Sims' Vortrag in London publizierten sie eine Kasuistik, in der die Kombination aus Schmerz, muskulärer Reaktion und Penetrationsunfähigkeit thematisiert wurde. Die Parallelen deuten darauf hin, dass sich das Konzept von Vaginismus unabhängig in verschiedenen medizinischen Kontexten entwickelte.

In der Rückschau wird deutlich, dass Vaginismus im 19. Jahrhundert noch nicht als klar umrissene Störung mit definierten Kriterien galt. Vielmehr bewegte sich die Begrifflichkeit im Spannungsfeld von Hysterie, Frigidität und normativen Vorstellungen von weiblicher Sexualität.

### **3.1.2 Diagnostische Praxis**

Die Diagnostik des 19. Jahrhunderts basierte primär auf anatomisch-mechanistischen Vorstellungen. Vaginale Schmerzen und Penetrationsprobleme wurden häufig auf Fehlbildungen des Hymens, eine Verengung der Vagina oder andere anatomische Anomalien zurückgeführt. Daraus resultierten invasive therapeutische Massnahmen wie Hymenektomien, Vestibulotomien oder Dilatationsversuche (Sims, 1866).

Ein typisches Merkmal der damaligen Diagnostik war die fehlende Differenzierung zwischen organischen, funktionellen und psychischen Ursachen. Diagnosen wurden weitgehend aufgrund von Beobachtungen während der gynäkologischen Untersuchung getroffen, wobei der Widerstand gegen die Einführung von Instrumenten oder Fingern als Zeichen für "Verkrampfung" interpretiert wurde. Dabei spielte auch das Verhalten der Patientinnen eine Rolle: "Unwilligkeit", "Zurückweichen" oder emotionales Reagieren wurden pathologisiert und als Beleg für Frigidität oder Hysterie gewertet (Gilman, 1993; Tasca et al., 2012).

Arthur Wellesley Edis (1882) beschrieb bei betroffenen Frauen eine extreme Sensibilität im Vulvabereich, verbunden mit panikartigen Reaktionen, Muskelanspannung und psychosomatischen Begleitphänomenen wie Ausfluss oder auffälligem Geruch. Edis vermutete Zusammenhänge zwischen Vaginismus und Gonorrhoe, Masturbation sowie unregelmässigem Geschlechtsverkehr. Solche Deutungen zeigen die starke moralisch-normative Überformung der damaligen medizinischen Vorstellungen (Edis, 1882).

## **3.2 Vaginismus im 20. Jahrhundert**

### **3.2.1 Begriffliche Einordnung**

In den frühen Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts wurde Vaginismus primär innerhalb psychoanalytischer Theorieansätze verstanden. Symptome wurden als Ausdruck unbewusster Konflikte gedeutet, etwa als Abwehrreaktion gegenüber sexuellen Impulsen, internalisierten Ängsten oder ungelösten ödipalen Bindungen. Drenth (1988) verweist auf die psychoanalytische Klassifikation von Hilda Abraham (1956, zit. n. Drenth, 1988), die vaginistische Frauen anhand libidinöser Vaterbindungen oder dominanter Mutterbeziehungen typisierte. Ebenso betont Musaph, dass Penetrationsangst nicht nur als Furcht vor körperlicher Verletzung, sondern auch als Ausdruck unbewusster Aggression und Rachefantasien interpretiert wurde (1977, zit. n. Drenth, 1988, S. 128–129). Diese Sichtweise steht exemplarisch für eine Reihe klassischer psychoanalytischer Modelle, die Vaginismus als Symbolisierung unbewusster Konflikte und als Ausdruck eines unaufgelösten Penisneids interpretierten. Dabei wurde die vaginale Kontraktion als unbewusster Versuch gedeutet, männliche Lust zu frustrieren oder symbolisch zu „kastrieren“ (Jeng, 2004).

Im 20. Jahrhundert setzte eine zunehmende medizinische und psychologische Systematisierung sexueller Funktionsstörungen ein. Vaginismus wurde nun häufiger als eigenständiges Phänomen erkannt, das sich von traditionellen Konzepten wie Hysterie oder Frigidität unterschied. Einen wesentlichen Beitrag hierzu leisteten die sexualwissenschaftlichen Arbeiten von William H. Masters und Virginia E. Johnson (1970), die Vaginismus als "unwillkürliche Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur" beschrieben, welche die vaginale Penetration erschwere oder verhindere (S. 184). Sie beobachteten zudem ein typisches Rückzugsverhalten bei gynäkologischen Untersuchungen, etwa das reflexhafte Zusammenpressen der Oberschenkel oder das Verlassen der Untersuchungsfläche.

Helen Singer Kaplan (1974) ergänzte diese Perspektive durch die Betonung der Angstkomponente. Sie argumentierte, dass es sich weniger um objektiv messbare Muskelspasmen handle, sondern vielmehr um ein konditioniertes Vermeidungsverhalten – das sogenannte "Dichtmachen". Kaplan sah in der Schmerzangst den eigentlichen pathogenen Faktor und leitete daraus ein psychodynamisches Modell ab, das den psychosomatischen Zusammenhang in den Vordergrund stellte. Reissing et al. (1999) bestätigten später, dass Vaginismus häufig mit gynäkologischer Berührungsangst, Penetrationsvermeidung und sexuell motivierter Körperabwehr einhergeht. Zudem wiesen

sie darauf hin, dass der Leidensdruck nicht ausschliesslich durch den Geschlechtsverkehr entsteht, sondern auch durch gynäkologische Eingriffe oder das Einführen eines Tampons.

Nicht zuletzt weisen sie auf den Fakt hin, dass Vaginismus zwar als Funktionsstörung betitelt wird, diese jedoch, im Gegenteil zu anderen, nicht während des Reaktionszyklus von Masters und Johnson (1970) auftritt, sondern lediglich beim penetrativen Geschlechtsverkehr (Reissing et al., 1999).

### **3.2.2 Diagnostische Praxis**

Im 20. Jahrhundert entwickelte sich die diagnostische Praxis von Vaginismus zunehmend differenzierter. Frühere medizinisch-moralische Bewertungen wurden durch eine klinisch-psychologische Perspektive ersetzt. Die körperliche Untersuchung war weiterhin zentral, wurde jedoch zunehmend durch Gespräche ergänzt. Die Vermeidung von Penetration sowie Angst- und Schutzreaktionen galten als wichtige diagnostische Hinweise (American Psychiatric Association, 1980; Kaplan, 1974; Masters & Johnson, 1970).

Ein wesentlicher Fortschritt in der Differenzierung war die sogenannte «Lamont-Klassifikation» (1978), welche Vaginismus in vier klinische Schweregrade einteilte:

- Grad I: Leichte Kontraktion des Musculus levator ani, überwindbar durch Vertrauen.
- Grad II: Generalisierte Anspannung, gynäkologische Untersuchung nicht möglich.
- Grad III: Starke muskuläre Abwehr mit Rückzugsverhalten (z. B. Gesäss anheben).
- Grad IV: Panikartige Reaktionen mit vegetativen Symptomen wie Hyperventilation oder Weinkrämpfen.

Diese Einteilung hatte den Vorteil, Vaginismus als kontingentes und dynamisches Störungsbild zu verstehen, ohne bereits ein vollständiges ätiologisches Modell vorauszusetzen (Lamont, 1978). Im 21. Jahrhundert wurde diese Skala durch Pacik (2014) durch eine Stufe erweitert, um besonders schwere Ausprägungen zu erfassen. Grad 5 beschreibt Patientinnen, die nicht nur eine gynäkologische Untersuchung verweigern, sondern mit einer ausgeprägten viszeralen Stressreaktion wie Hyperventilation, Zittern, Erbrechen, Panik oder Dissoziation reagieren. Diese Form des „fight or flight“-Musters verdeutlicht den extremen Angstdruck, der mit Penetrationsversuchen assoziiert sein kann (Pacik, 2014).

### **3.2.3 Manualisierung und Klassifikationen**

Ein entscheidender Schritt erfolgte mit der Aufnahme von Vaginismus in das "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM) der American Psychiatric Association.

Im DSM-I (1952) wurde Vaginismus noch nicht explizit erwähnt, sondern lediglich als Teil der „psychophysiologischen autonomen und viszerale Störungen“ im Kontext psychogener Erkrankungen geführt (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 1952).

Mit dem DSM-III (1980) erfolgte ein Paradigmenwechsel. Es wurde ein kategoriales Klassifikationssystem eingeführt, das Vaginismus erstmals als eigenständige psychogene sexuelle Funktionsstörung erfasste unter der Rubrik "Psychosexual Dysfunctions". Die Symptome wurden als «persistierende oder wiederkehrende unwillkürliche Spasmen der Vaginalmuskulatur» beschrieben, «die eine Penetration verhinderten oder erheblich erschwerten» (American Psychiatric Association, 1980).

Im DSM-III-R (1987) und DSM-IV (1994) wurde die Nomenklatur weiter angepasst. Vaginismus wurde unter dem Diagnoseschlüssel 302.76 geführt und als «sexuelle Funktionsstörung» beschrieben. Im DSM-IV-TR wurde Vaginismus als «unwillkürlicher Muskelspasmus des äusseren Drittels der Vagina» definiert, während Dyspareunie als «genitale Schmerzen verbunden mit Geschlechtsverkehr» klassifiziert wurde (American Psychiatric Association, 2000). Die diagnostischen Kriterien blieben jedoch vage, und standardisierte Instrumente zur Beobachtung körperlicher Reaktionen oder zum Angstmass fehlten weitgehend (Binik, 2010; First et al., 1995). Obwohl Vaginismus als sexuelle Schmerzstörung kategorisiert wird, fehlt das diagnostische Kriterium der Schmerzen im DSM-IV-TR ebenfalls (Lahaie et al., 2010).

Insgesamt legte die Manualisierung im 20. Jahrhundert den Grundstein für eine zunehmend klinisch abgesicherte Diagnostik von Vaginismus, auch wenn zahlreiche Lücken, beispielsweise zur intersubjektiven Diagnosesicherheit und ätiologischen Differenzierung, weiterhin bestehen blieben.

### **3.3 Vaginismus im 21. Jahrhundert**

#### **3.3.1 Begriffliche Einordnung**

It is remarkable that there is no empirical evidence to support the 500-year-old definition of vaginismus as related to spasm of the muscles of the pelvic floor. The existing evidence directly contradicts it. While there is some indication of differences in resting muscle tone or strength between vaginismus, dyspareunia, and no-pain controls, these are not well established and could equally well be the result of, or the expectation of pain rather than the cause. (Weijmar Schultz et al., 2005, S. 306)

Im 21. Jahrhundert rückte die psychophysiologische Dimension von Vaginismus zunehmend in den Fokus. Die bisherige Trennung von Vaginismus und Dyspareunie wurde infrage gestellt und in modernen Klassifikationen zusammengeführt. Insbesondere wurde Vaginismus als eine komplexe Störung verstanden, bei der Angst vor Schmerz, phobisches

Vermeidungsverhalten und muskuläre Schutzreaktionen zentrale Rollen spielen (De Kruiff et al., 2000; Reissing et al., 2004).

Kaplan (1974) hatte bereits früh darauf hingewiesen, dass exzessive Schmerzangst ein Kernmerkmal von Vaginismus sei. Ein Befund, der durch moderne Studien gestützt wird (Lahaie et al., 2015): Frauen mit Vaginismus zeigen häufig eine ausgeprägte Schmerzangst sowie eine übermässige Anspannung der Beckenbodenmuskulatur, insbesondere des «Musculus levator ani». Vaginismus wurde dadurch zunehmend im Sinne einer psychosomatischen Schutzreaktion verstanden, weniger als isolierte Muskelstörung.

### **3.3.2 Diagnostische Praxis**

Ein zentrales Instrument der klinischen Diagnostik wurde im 21. Jahrhundert der sogenannte Wattestäbchentest (Q-tip test), bei dem durch gezielten Druck auf verschiedene Bereiche der Vulva Schmerzreaktionen beurteilt werden (Meana & Binik, 2022). Dabei werden sowohl verbale als auch körperliche Reaktionen der Patientin dokumentiert; teilweise erfolgt zusätzlich eine subjektive Schmerzbewertung auf einer Skala von 1 bis 4. Allerdings gilt der Test als anfällig für Messfehler, insbesondere wenn er zur Evaluation von Therapieeffekten oder in experimentellen Kontexten eingesetzt wird (Weijmar Schultz et al., 2005). Um eine objektivere und differenziertere Erfassung vestibulärer Schmerzreaktionen zu ermöglichen, wurde der sogenannte Vulvalgesiometer entwickelt. Dieses mechanische Messinstrument erlaubt eine standardisierte Applikation variabler Druckintensitäten und ist sowohl zeitsparend als auch kosteneffizient. Es kann zur Differenzierung verschiedener Formen genito-vaginaler Schmerzen herangezogen werden und eignet sich zudem zur Quantifizierung von Schmerzintensitäten sowie zur Verlaufskontrolle während therapeutischer Interventionen (Pukall et al., 2007).

Objektive Verfahren wie die Elektromyographie (EMG) zur Messung der Muskelspannung lieferten uneinheitliche Ergebnisse. Während Nadel-EMG-Studien (z. B. Shafik & El-Sibai, 2002) signifikant erhöhte Muskelaktivität zeigten, konnten Oberflächen-EMG-Messungen keine signifikanten Unterschiede feststellen. Reissing et al. (2004) dokumentierten, dass bei nur 28 % der klinisch diagnostizierten Patientinnen tatsächlich ein Muskelspasmus objektiv nachweisbar war. Ein weiteres Beispiel für diese Entwicklung findet sich bei Yaraghi et al. (2019), die die EMG-Aktivität bei Frauen mit Vaginismus im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen untersuchten. Dabei zeigten sich signifikant erhöhte Ruheaktivitäten des M. pubococcygeus bei Patientinnen mit Vaginismus. Die Autor:innen betonten jedoch ebenfalls, dass EMG-Werte allein keine eindeutige Diagnosestellung erlauben. Dem stimmen Crowley et al. (2009) zu und betonen, dass vielmehr psychologische, emotionale und interaktionelle Aspekte weiterhin in die Diagnostik

einbezogen werden müssten (Yaraghi et al., 2019). Damit widersprechen die Ergebnisse der Hoffnung auf eine rein biomedizinische Objektivierbarkeit der Störung und stärken integrative, biopsychosoziale Modellansätze.

Im Rahmen moderner diagnostischer Verfahren im 21. Jahrhundert gewinnen psychometrische Instrumente zunehmend an Bedeutung. Diese ermöglichen eine strukturierte und multidimensionale Erfassung der Symptomatik von Vaginismus unter Berücksichtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Aspekte. Schmerzen oder die Penetrationsangst wird in den Fragebögen zwar abgebildet, jedoch bieten sie keine spezifische Differentialdiagnose.

Ein zentrales Instrument stellt der *Female Sexual Function Index (FSFI)* dar. Er wurde entwickelt, um verschiedene Dimensionen weiblicher sexueller Funktion, wie sexuelles Verlangen, Erregung, Lubrikation, Orgasmus, Zufriedenheit und Schmerz, standardisiert zu erfassen. Ein niedriger Gesamtscore weist dabei auf eine Beeinträchtigung in einem oder mehreren Bereichen der sexuellen Funktion hin (Rosen et al., 2000). Der FSFI kann zur Basisdiagnostik, sondern auch zur Evaluation von Behandlungsverläufen eingesetzt werden.

Zur spezifischen Erfassung kognitiver und emotionaler Reaktionen auf vaginale Penetration wurde der *Vaginal Penetration Cognition Questionnaire (VPCQ)* entwickelt. Dieser erfasst kognitive Aspekte wie Katastrophisierung, Scham, Kontrollverlust und Schmerzantizipation. Hohe Werte in diesen Bereichen sprechen für eine zentrale Rolle von Angst und dysfunktionalen Überzeugungen in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik. Klaassen und Ter Kuile (2009) erstellten den VPCQ, um wertvolle Informationen über kognitive und emotionale Aspekte bei vaginalen Penetrationsproblemen liefern. Er ist aber nicht in der Lage, Dyspareunie und Vaginismus eindeutig voneinander zu unterscheiden. Die Differenzierung bleibt eine klinische Aufgabe und erfordert eine umfassende Anamnese.

Insgesamt zeigen diese Verfahren, dass die Diagnostik von Vaginismus im 21. Jahrhundert zunehmend auf eine multidimensionale und subjektorientierte Perspektive setzt. Die Kombination aus klinischem Interview, körperlicher Untersuchung und standardisierten Fragebögen erlaubt eine differenzierte Erfassung der Symptomatik und fördert die individuelle Therapieplanung.

### **3.3.3 Manualisierung und Klassifikationen**

Die wohl tiefgreifendste Veränderung erfolgte mit der Veröffentlichung des DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Mit der Revision der diagnostischen

Klassifikation im DSM-5 wurde das bis dahin zentrale Kriterium des unwillkürlichen vaginalen Muskelspasmus aus der Definition von Vaginismus entfernt. Während frühere Versionen wie das DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) den Spasmus als Kernmerkmal führten, rückten neuere diagnostische Modelle davon ab. Hintergrund dieser Veränderung war die mangelnde empirische Nachweisbarkeit dieser Muskelreaktion sowie die Erkenntnis, dass viele betroffene Frauen keine objektivierbaren Kontraktionen aufweisen, sondern vor allem phobische Vermeidung, Angst und muskuläre Anspannung erleben (Reissing et al., 2004; Lahaie et al., 2010). Vaginismus und Dyspareunie wurden zur gemeinsamen Diagnose „Genito-pelvine Schmerz-Penetrationsstörung“ (GPPPD) zusammengeführt. Dabei entfiel das frühere Kriterium unwillkürlicher Muskelspasmen. Stattdessen wurde die Störung anhand vier Kriterien beschrieben:

1. Schwierigkeiten bei der vaginalen Penetration,
2. Schmerzen im Genital- oder Beckenbereich,
3. Ausgeprägte Angst vor Schmerzen oder Penetration,
4. Übermässige Anspannung der Beckenbodenmuskulatur.

Zur Diagnose genügt bereits das Vorliegen eines dieser Symptome. Diese Änderung reflektiert aktuelle Erkenntnisse, wonach insbesondere die antizipierte Angst vor Schmerz und das phobische Vermeidungsverhalten für den Leidensdruck verantwortlich sind (Binik, 2014; Crowley et al., 2009).

Während diese Zusammenführung theoretisch sinnvoll erscheint, insbesondere in Hinblick auf symptomatische Überschneidungen, wird sie auch kritisch gesehen. Studien zeigen, dass Frauen mit Vaginismus, im Vergleich zu jenen mit Dyspareunie, signifikant höhere Werte auf Schmerzangst und Vermeidungsverhalten aufweisen (Lahaie et al., 2015). Auch das Ausmass muskulärer Abwehrreaktionen ist bei Vaginismus häufig stärker ausgeprägt. Diese Unterschiede legen nahe, dass eine differenzierte Betrachtung nach wie vor klinisch relevant ist. Darüber hinaus weisen Reissing et al. (2014) darauf hin, dass die Diagnose GPPPD in ihrer derzeitigen Form keine Möglichkeit bietet, lebenslangen Vaginismus, wie er im DSM-IV-TR vom erworbenen zu unterscheiden war, als Spezifikum zu erfassen. Die fehlende Differenzierung erschwert sowohl die diagnostische Zuordnung als auch die Forschung, da wichtige Subgruppen nicht mehr benannt werden können. Die Autor:innen schlagen daher vor, GPPPD um einen Zusatz zu erweitern, der explizit macht, ob vaginale Penetration jemals möglich war. Dies würde nicht nur die klinische Praxis verbessern, sondern auch eine differenziertere Forschung zu Formen und Ursachen von Vaginismus ermöglichen.

Ein ungelöstes Problem bleibt, ob die Angst vor der Penetration der Ursprung des Schmerzes ist oder dessen Folge. Eine Unterscheidung, die sowohl diagnostisch als auch therapeutisch bedeutsam ist (Lahaie et al., 2010).

Die ICD-11 (WHO, 2022) führte ebenfalls eine neue Einteilung ein: Unter dem Code HA20.Z wird Vaginismus als „Sexuelle Schmerz-Penetrationsstörung, nicht spezifiziert“ geführt. Diese Definition inkludiert sowohl psychische als auch somatische Aspekte und grenzt die Störung gegenüber anderen vulvovaginalen Schmerzsyndromen wie der Vestibulodynie ab.

Die ICD-10, welche bereits 1992 veröffentlicht wurde, blieb bis weit ins 21. Jahrhundert in vielen Ländern die gültige Grundlage klinischer Diagnostik (WHO, 2019). Vaginismus in zwei Kategorien geführt: «N94.2: Erkrankungen des Urogenitalsystems, gekennzeichnet als organischer, nicht-psychogener Vaginismus» im Kapitel XIV sowie der «F52.5 psychogene oder nicht-organische Vaginismus, der eine primär psychisch verursachte Symptomatik beschreibt, bei der die Muskulatur des Beckenbodens verkrampft und die Vaginalöffnung schliesst, was das Eindringen erschwert oder unmöglich macht.» (WHO, 2019)

Erst mit der offiziellen Einführung der ICD-11 im Jahr 2022 wurde sie international abgelöst. Die Übergangszeit zwischen beiden Klassifikationen markiert eine Phase paralleler Anwendung und teilweise divergierender diagnostischer Standards.

### **3.3.4 Kritik und offene Fragen zur DSM-5-Kategorisierung**

Die Zusammenführung von Vaginismus und Dyspareunie zur GPPPD-Diagnose hat trotz praktischer Vorteile auch zu einer Verwischung der diagnostischen Konturen geführt. Während die Überschneidung in Symptomen evident ist, zeigen Studien weiterhin relevante Unterschiede in Angstintensität, Muskelanspannung und Vermeidungsverhalten (Lahaie et al., 2015). Gerade für die therapeutische Praxis, insbesondere bei der Anwendung kognitiv-behavioraler und körperzentrierter Interventionen, kann diese Differenzierung hilfreich bleiben. Reissing et al. (2014) üben Kritik an der im DSM-5 eingeführten Diagnose der Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung (GPPPD), insbesondere im Hinblick auf Frauen mit lebenslangem Vaginismus. Sie argumentieren, dass durch das Fehlen eines diagnostischen Zusatzes wie „Penetration war nie möglich“ wichtige Differenzierungen verloren gehen, was die Forschung erschwert und klinische Entscheidungen verkompliziert. Zudem verweisen sie auf eine westlich geprägte Verzerrung der Diagnosekriterien, obwohl Vaginismus in nicht-westlichen Kulturen häufiger auftritt. Die Autor:innen fordern daher eine präzisere Erfassung von Vermeidungsverhalten sowie eine stärkere Berücksichtigung kultureller Faktoren in der Diagnostik (Reissing et al., 2014).

Die ISSVD (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease) bietet ein ergänzendes Klassifikationssystem, das vulvären Schmerz nach Lokalisation (lokalisiert vs. generalisiert), Reizbarkeit (provoziert vs. unprovoziert) und Verlauf (primär vs. sekundär) differenziert (Bornstein et al., 2016).

Darüber hinaus bleibt zu klären, ob sich Schmerzempfinden ausschliesslich auf sexuelle Kontexte beschränkt oder auch in andere Lebensbereiche ausstrahlt, wie beispielsweise bei gynäkologischen Untersuchungen. Diese Differenzierung kann diagnostisch wegweisend sein und erlaubt eine gezieltere therapeutische Planung.

Im Rahmen einer internationalen Fachkonferenz zur Klassifikation sexueller Störungen bei Frauen entwickelten 19 Expert:innen mittels einer modifizierten Delphi-Methode neue Diagnosekriterien. Diese basierten auf bestehenden Kategorien des DSM-IV und der ICD-10, berücksichtigten jedoch auch die Notwendigkeit einer differenzierteren Betrachtung psychogener und organischer Ursachen. Ein bedeutender Fortschritt war die Einführung der Diagnosekategorie „nichtkoitale sexuelle Schmerzstörung“, die erstmals anerkannte, dass sexuelle Schmerzen nicht ausschliesslich im Zusammenhang mit penetrativem Geschlechtsverkehr auftreten müssen (Weijmar Schultz et al., 2005).

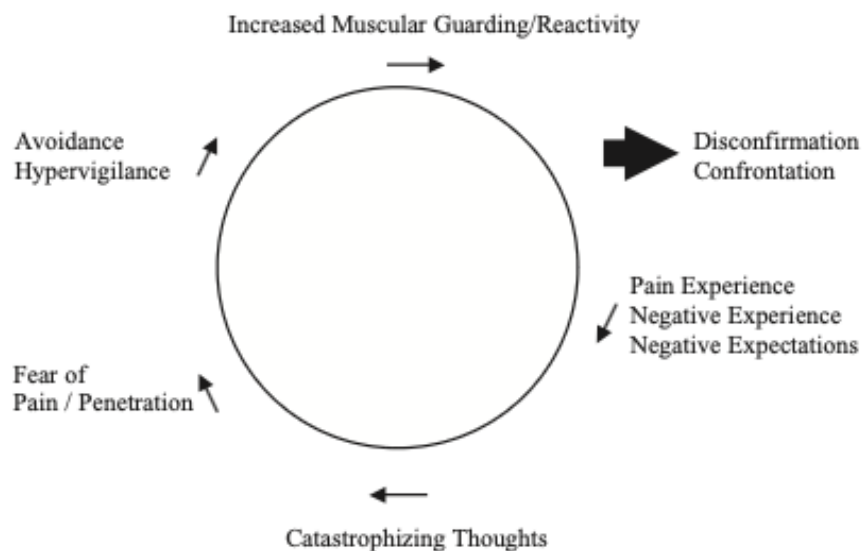
Zukünftig sollten Diagnoseverfahren nicht nur Symptome katalogisieren, sondern auch individuelle Ressourcen, subjektive Bedeutungszuschreibungen und soziale Kontexte einbeziehen. Nur so kann Vaginismus angemessen verstanden und behandelt werden. Meana & Binik (2022) weisen demnach auf die Bedeutsamkeit der Sexualanamnese hin, damit die Funktionsfähigkeit und psychosoziale Beurteilung erfasst werden.

#### **4 Ätiologie von Vaginismus**

Die Ätiologie von Vaginismus gilt als multidimensional und komplex. Biologische, psychologische, soziale und kulturelle Faktoren wirken wechselseitig zusammen. Gleichzeitig wird auf die mangelnde empirische Fundierung vieler Annahmen hingewiesen (Lahaie et al., 2010; Hartmann, 2018).

Biologische Erklärungen fokussieren auf vestibuläre Schmerzen, muskuläre Hypertonie des Beckenbodens und Symptome provozierte Vestibulodynie (PVD). Dabei bleibt unklar, ob es sich um Ursachen oder Folgen des Vermeidungsverhaltens handelt (Goldstein et al., 2009; Bergeron et al., 2015). Trotz häufiger klinischer Vermutungen über hormonelle oder strukturelle Ursachen fehlen kontrollierte Belege (Lahaie et al., 2010). Studien zeigen jedoch, dass Frauen mit Vaginismus signifikant stärkere Muskelspannung und Angstreaktionen aufweisen als Vergleichsgruppen (Lahaie et al., 2010). Psychologisch wird Vaginismus häufig über den Angst-Schmerz-Vermeidungs-Kreislauf erklärt:

Schmerzantizipation führt zur Muskelanspannung, erschwert Penetration und verstärkt die Erwartungsangst (Goldstein et al., 2009; Bergeron et al., 2015).



**Figure 35.1** The vicious cycle of vaginismus.

*Abbildung 1: "The vicious cycle of vaginismus" (Goldstein, 2009, S. 231)*

Weitere Risikofaktoren sind katastrophisierende Gedanken, negative Selbstbilder und internalisierte Mythen über Schmerz und Vaginalgrösse (Reissing et al., 2003). Die qualitative Studie von Svedhem et al. (2013) hebt zudem den Einfluss partnerschaftlicher Normen hervor: Viele Frauen berichteten über das Gefühl, als Partnerin sexuell "funktionieren" zu müssen.

Traumatische Erfahrungen wie sexueller Missbrauch wurden in manchen Studien als Risikofaktor identifiziert (Reissing et al., 2003), jedoch widersprechen andere Autor:innen einem kausalen Zusammenhang und kritisieren die methodische Schwäche vieler Studien (Goldstein et al., 2009; Lahaie et al., 2010). Der Zusammenhang ist daher differenziert zu betrachten.

Interpersonelle Dynamiken beeinflussen den Verlauf erheblich. Überfürsorgliche Partnerreaktionen können Vermeidung verstärken (Simonelli et al., 2014). Reissing et al. (2003) beschreiben die "Koalition des Vermeidens", in der beide Partner:innen unbewusst zur Symptomaufrechterhaltung beitragen.

Soziokulturelle Einflüsse wie sexualitätsfeindliche Skripte, religiöse Normen oder rigide Geschlechterrollen fördern die Entstehung eines schambesetzten Sexualerlebens (Lahaie et al., 2010; Simonelli et al., 2014). Koops und Briken (2021) kritisieren die Tendenz zur „Culturalization“ und zeigen, dass auch westlich sozialisierte Frauen unter normativen

Sexualvorstellungen leiden. Therapeutisch bedarf es deshalb einer intersektionalen und gesellschaftskritischen Perspektive.

Entwicklungspsychologisch betrachtet betrachtet Bischof (2010) Vaginismus als Ausdruck früher Beziehungserfahrungen und psychosexueller Konflikte. Unsichere Bindungsmuster und die Angst vor Kontrollverlust können sich in muskulärer Abwehr manifestieren. Die Differenzierung zwischen phobisch-reaktiven und identitätsbedingten Typen unterstreicht die Bedeutung von Körpergedächtnis und leiblich gespeicherten Affekten.

Diagnostisch ist die Zusammenführung von Vaginismus und Dyspareunie im DSM-5 umstritten. Studien zeigen zwar Überschneidungen, aber auch deutliche Unterschiede in der Erlebnisqualität und im Angstniveau (Simonelli et al., 2014; Lahaie et al., 2010; De Kruiff et al., 2000). Eine differenzierte Achsendiagnostik erscheint sinnvoll. Der DSM-5 selbst betont die unklare Entwicklung von GPPD und benennt damit ein anhaltendes Forschungsdesiderat (APA, 2013).

Gesellschaftlich betrachtet verdeutlicht die Grounded-Theory-Studie von Koops und Briken (2021), dass Prozesse wie „Negotiating Womanhood“ und „Othering the Body“ zentrale Erklärungsfaktoren darstellen. Beide Prozesse stehen in engem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Erwartungen an Weiblichkeit und sexueller Funktionsfähigkeit.

„Negotiating Womanhood“ beschreibt die aktive Auseinandersetzung der Betroffenen mit widersprüchlichen Weiblichkeitsanforderungen. Die interviewten Frauen berichten, dass sie sich an einem normativen Bild von „richtiger Weiblichkeit“ messen – feminin, begehrenswert, sexuell verfügbar, aber zugleich kontrolliert und zurückhaltend. Diese Ambivalenz erzeugt einen inneren Konflikt: Zwischen dem Wunsch nach sexueller Autonomie und der internalisierten Pflicht zur Erfüllung partnerschaftlicher Erwartungen entstehen Spannungen, die sich somatisch manifestieren können. Vaginismus erscheint in dieser Perspektive nicht nur als Funktionsstörung, sondern auch als körperlicher Ausdruck eines symbolischen Ringens um Selbstdefinition und Abgrenzung innerhalb normativer Geschlechterrollen.

„Othering the Body“ verweist auf eine Entfremdung des eigenen Körpers. Viele Frauen schildern, dass sie ihren Körper entweder als defizitär, „kaputt“ oder als unkontrollierbares Gegenüber erleben. Der Körper wird externalisiert – entweder als Maschine, die nicht funktioniert, oder als autonome Instanz, die Grenzen setzt, ohne sich willentlich beeinflussen zu lassen. Diese fragmentierte Wahrnehmung führt zu einem Bruch zwischen psychischem Erleben und körperlicher Reaktion, wodurch körperintegrierte Sexualität erschwert wird. Die Tendenz zur Dichotomisierung – psychisch versus körperlich – begünstigt zudem medizinisch-technische Erklärungsmodelle, in denen die subjektive Bedeutung sexueller Schmerzen in den Hintergrund rückt.

## **5 Historische Entwicklung der Behandlung von Vaginismus**

Im folgenden Kapitel wird untersucht, wie sich medizinische und psychologische Ansätze zur Behandlung von Vaginismus vom 19. bis ins 21. Jahrhundert verändert haben und welche normativen Konzepte von Sexualität, Weiblichkeit und Heilung ihnen jeweils zugrunde lagen. Die Behandlungs- und Therapieformen werden in Unterkapiteln nach der Epoche geordnet dargestellt.

### **5.1 Behandlung im 19. Jahrhundert**

Die Behandlung von Symptomen, die aus heutiger Sicht dem Vaginismus oder der genito-pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung (GPPPD) zuzuordnen wären, erfolgte im 19. Jahrhundert weitgehend ohne Verständnis für deren psychosexuelle oder relationale Dimension. Stattdessen dominierten mechanisch-chirurgische, pharmakologische und pseudomedizinische Verfahren, die vor allem auf die Herstellung der Penetrationsfähigkeit abzielten. Operationen wurden häufig ohne informierte Zustimmung und unter Narkose durchgeführt.

#### **5.1.1 Mechanische und chirurgische Eingriffe**

Neben chirurgischen Eingriffen kamen im 19. Jahrhundert zunehmend mechanische Vaginaldilatoren, im Kontext der weit gefassten Hysterie Diagnose, zum Einsatz. Rachel Maines beschreibt, wie „hysterische Paroxysmen“, medizinisch euphemisierte Orgasmen, durch manuelle Genitalmassagen ausgelöst wurden, um Symptome der weiblichen Hysterie zu lindern. Diese Praxis war über Jahrhunderte hinweg Teil medizinischer Routinen und führte zur Entwicklung mechanischer Vibratoren, um die körperlich ermüdende Tätigkeit der Ärzte zu ersetzen. Dabei wurde die Erzeugung weiblicher Orgasmen medizinisch rationalisiert und sexualitätskritisch legitimiert, als Instrument zur Aufrechterhaltung eines männlich definierten Koitusideals, das Penetration und männlichen Orgasmus als Norm verstand (Maines, 1999, zit. n. Watkins & Maines, 2000).

J. Marion Sims, der als Begründer der modernen Gynäkologie gilt, empfahl Eingriffe wie die Vestibulotomie, also das Einschneiden des Scheideneingangs, sowie die Hymenektomie, bei der das Jungfernhäutchen vollständig entfernt wurde, um vermeintlich mechanische Hindernisse zu beseitigen und die vaginale Penetration zu ermöglichen. Sims war sich seinerseits jedoch sicher, dass nur eine Methode half, um Vaginismus zu behandeln, nämlich die Operation. Er meinte, dass die Dilation zwar Geschlechtsverkehr ermöglichen kann, die Behandlung jedoch sehr schmerzhaft sei (Sims, 1866).

“In every case that I have operated on by removal of the hymen, and then by division and dilatation, sexual intercourse has been accomplished without pain.” (ebd., S. 344)

### 5.1.2 Pharmakologische Interventionen

Im Kontext der damaligen Hysterie-Diagnose kamen diverse pharmakologische Massnahmen zum Einsatz. Dazu gehörten vaginalen Zäpfchen mit Opium, Sedativa, sowie Anästhetika, die in der Hoffnung verabreicht wurden, muskuläre Kontraktionen zu lösen und das Nervensystem zu beruhigen (Kleinplatz, 2018; Van De Wiel et al., 1990). Pharmakologische Interventionen bei Vaginismus finden heutzutage insbesondere dann Anwendung, wenn psychotherapeutische Massnahmen allein nicht ausreichen oder Patientinnen ein hohes Mass an Angst aufweisen. Am häufigsten wird dabei die Gabe von Anxiolytika wie Diazepam in Kombination mit psychologischer Therapie eingesetzt (Melnik et al., 2012). Ziel dieser medikamentösen Unterstützung ist es, die Angstreaktionen zu mildern, um so den Zugang verhaltenstherapeutischen Verfahren zu erleichtern.

### 5.1.3 Künstliche Insemination

Nicht immer war das Ziel die Penetration. Ein Behandlungsziel im 19. Jahrhundert war unter anderem der Kinderwunsch. Faure und Sireday (1909, zit. n. Drenth, 1988) lieferten eine der frühesten umfassenden Übersichten zur Literatur des 19. Jahrhunderts über Vaginismus. Sie führten körperliche Ursachen wie Läsionen oder Infektionen des Introitus ebenso an wie eine nervliche Überempfindlichkeit, die sie als konstitutionelle Disposition interpretierten. Zudem betonten sie die Rolle sozialer Faktoren, insbesondere die Häufigkeit von Vaginismus in Kontexten arrangierter Ehen. Als Auslöser galten Unwissenheit der Frauen und mangelndes Einfühlungsvermögen der Ehemänner bei der Defloration. Bemerkenswerterweise berichteten sie auch von Frauen, die ohne Geschlechtsverkehr schwanger wurden, etwa eine Mutter von vier Kindern, die niemals Koitus hatte.

Friedman (1962) klassifizierte in seiner Studie *Virgin Wives* 100 Frauen mit unvollzogener Ehe. Ein Drittel davon strebte primär Mutterschaft an, nicht den Geschlechtsverkehr. Einige dieser Frauen hatten bereits Kinder, teils durch ärztlich unterstützte Insemination. Ähnliche Fälle beschrieb Eicher (1975), der ebenfalls von zwei jungfräulichen Müttern berichtete, bei denen der Vaginismus durch die Geburt nicht verschwand (zit. n. Drenth, 1988).

Zusammenfassend lässt sich das 19. Jahrhundert als eine Zeit begreifen, in der die Behandlung von Vaginismus ausschliesslich der normativen Herstellung heterosexueller Penetrationsfähigkeit diene, unter teilweiser Missachtung subjektiver Bedürfnisse, psychischer Belastungen und partnerschaftlicher Dynamiken. Der weibliche Körper wurde zum Objekt medizinischer Kontrolle und normativer Anpassung gemacht. Erst im Übergang zum 20. Jahrhundert begannen sich diese Sichtweisen durch die Entstehung der Psychoanalyse langsam zu wandeln.

## **5.2 Behandlung im 20. Jahrhundert**

Das 20. Jahrhundert markiert einen Wendepunkt in der medizinischen und psychologischen Behandlung von Vaginismus. Erstmals fand eine Abkehr vom rein somatisch-pathologischen Verständnis statt, hin zu einem Erklärungsmodell, das psychodynamische, lerntheoretische und zunehmend auch partnerschaftliche Faktoren einbezog. Diese Entwicklung spiegelte nicht nur den Fortschritt in der klinischen Psychologie, sondern auch den gesellschaftlichen Wandel im Zuge der Frauenbewegung und sexuellen Liberalisierung wider.

### **5.2.1 Psychoanalyse**

Zu Beginn des Jahrhunderts dominierte das psychoanalytische Paradigma, massgeblich beeinflusst durch die Arbeiten Sigmund Freuds (1918). Vaginismus wurde als Ausdruck verdrängter innerer Konflikte verstanden, insbesondere solcher, die mit frühkindlichen Sexualerfahrungen, rigider Erziehung oder ambivalenten Mutter-Tochter-Beziehungen zusammenhingen (Gilman, 1993).

Die psychoanalytische Therapie hatte das Ziel, diese unbewussten Inhalte über freie Assoziation, Traumanalyse und Übertragung bewusst zu machen. Der vaginale Muskeltonus wurde dabei als symbolische Abwehr gegen sexuelle Impulse gedeutet. Die Therapie strebte eine tiefgreifende Reorganisation der psychischen Struktur an, allerdings ohne systematische körperliche oder edukative Interventionen. Die Erfolge waren deshalb häufig begrenzt, insbesondere bei Patientinnen mit stark ausgeprägten körperlichen Symptomen (Jeng, 2004).

### **5.2.2 Verhaltenstherapie**

Ab den 1970er Jahren setzte sich ein verhaltenstherapeutisches Verständnis von Vaginismus durch. Die Störung wurde als erlernte Angstreaktion verstanden, die mittels gezielter Gegenkonditionierung verlernt werden könne (Van De Wiel et al., 1990). Drei zentrale Methoden prägten die therapeutische Praxis:

1. Systematische Desensibilisierung

Ursprünglich von Wolpe (1968) entwickelt, zielte sie darauf ab, die Angstreaktion durch eine entgegengesetzte Reaktion, meist Entspannung, zu ersetzen. In der „in vivo“-Variante wurde unter Anleitung mit Vaginaldilatoren gearbeitet, beginnend mit kleinen Grössen, die schrittweise gesteigert wurden (van de Wiel et al., 1990, S. 4–5).

2. Muskelübungen

Zur Kontrolle der unbewussten Anspannung der Beckenbodenmuskulatur wurden

Übungen empfohlen, z. B. das gezielte Anspannen und Entspannen der Vaginalmuskulatur mit Hilfe eines Spiegels oder durch Unterbrechen des Harnstrahls (van de Wiel et al., 1990, S. 5).

### 3. Gegenkonditionierung und Zusatztechniken

Ergänzend kamen Methoden wie Paarübungen, positive Verstärkung, Hypnose oder Tranquilizer zum Einsatz, um Angst durch neue körperliche und emotionale Erfahrungen zu überschreiben (van de Wiel et al., 1990, S. 5–6).

Diese Methoden wurden häufig kombiniert und in verschiedenen Settings angewendet, in der Klinik, zuhause oder im Rahmen paartherapeutischer Programme. Trotz hoher Erfolgsraten wurde kritisiert, dass „Erfolg“ meist ausschließlich über das Erreichen von Penetration definiert wurde (ebd.).

## 5.2.3 Sexualtherapie

Einen Meilenstein stellte das sexualtherapeutische Modell von William Masters und Virginia Johnson dar, das in den 1960er Jahren entwickelt wurde. Es handelte sich um das erste empirisch gestützte Behandlungsprogramm, das körperliche, psychologische und partnerschaftliche Faktoren systematisch integrierte (Masters & Johnson, 1970).

Ziel dieser Sexualtherapie war es, nicht nur die Penetration zu ermöglichen, sondern das gesamte sexuelle Erleben positiv zu verändern. Hierzu wurden mehrere Komponenten eingesetzt: Die Sensate-Focus-Technik förderte eine körperliche Annäherung ohne Penetrationsdruck; durch strukturierte Dilatation sollten Patientinnen den Umgang mit vaginalem Kontakt kontrolliert erlernen. Zusätzlich wurde sexualpädagogische Aufklärung zur Körper- und Lustwahrnehmung vermittelt. Die gleichzeitige Einbeziehung des Partners in die Therapie diente der Stärkung von Kommunikation und Vertrauen (Lahaie et al., 2010).

## 5.2.4 Psychodynamische Kurzzeittherapie

In den 1970er-Jahren entwickelte Helen Singer Kaplan eine integrative Therapieform, die verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Ansätze verband. Die psychosexuelle Kurzzeittherapie zielte auf eine schnelle Bearbeitung aktueller Blockaden, ohne die gesamte Persönlichkeitstheorie der Psychoanalyse anzuwenden (Kaplan, 1974).

Kaplan (1974) erkannte die Rolle von Scham, kultureller Prägung und Beziehungskonflikten in der Aufrechterhaltung von Vaginismus. Die Therapie setzte auf Imaginations-Techniken, Desensibilisierungsübungen, sexualedukative Gespräche sowie kognitive Umstrukturierung. Durch diese Kombination konnten Patientinnen auf mehreren Ebenen arbeiten – emotional, kognitiv und körperlich.

### **5.2.5 Hypnotherapie**

Die Hypnotherapie gilt als ein wirksames Verfahren in der Behandlung von Vaginismus, insbesondere aufgrund ihrer Fähigkeit, sexuell assoziierte Ängste zu reduzieren und phobisches Vermeidungsverhalten zu unterbrechen. Vaginismus wird häufig als eine Form der konditionierten Vermeidung interpretiert, bei der sexuelle Penetration als auslösender Reiz für intensive Angst wahrgenommen wird. Diese Reaktion führt zu einer automatisierten muskulären Kontraktion und der Vermeidung jeglicher Situation, die mit Penetration verbunden ist (Ambrosetti, 2019).

In einer kontrollierten Studie zur hypnotherapeutischen Desensibilisierung bei Vaginismus berichtete Fuchs (1973) über einen Therapieerfolg bei 16 von 18 Patientinnen. Die Behandlung zeigte stabile Effekte, auch im Follow-up nach zwei bis fünf Jahren, ohne Anzeichen von Rückfällen oder Symptomaustausch. Die Methode basierte auf suggestiver Exposition und progressiver Desensibilisierung in Trance, kombiniert mit der affektiven Neuverarbeitung angstbesetzter Reize.

Eine weitere Studie aus dem 21. Jahrhundert, zur Anwendung von Hypnose bei sexuellen Schmerzstörungen stammt von Pukall et al. (2007), die acht Frauen mit Vulvodynie sechs hypnotherapeutischen Sitzungen unterzogen. Die Ergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen in Bezug auf vestibulären Druckschmerz, Schmerzen während gynäkologischer Untersuchungen sowie beim Geschlechtsverkehr. Die Patientinnen berichteten zudem über eine gesteigerte sexuelle Zufriedenheit und Lebensqualität (Pukall et al., 2007).

### **5.2.6 Soziokulturelle und feministische Perspektiven auf Vaginismus**

Neben psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Erklärungsansätzen betonen mehrere Autor:innen Ende des 20. Jahrhunderts die gesellschaftliche Bedingtheit von Vaginismus. Feministische Perspektiven kritisieren insbesondere die Reduktion weiblicher Sexualität auf Koitus und Fortpflanzung sowie die normativen Rollenbilder, in denen Frauen Sexualität erleben.

Sjenitzer (1980, zit. n. van de Wiel, et al., 1990, S. 6) versteht Vaginismus als Ausdruck eines Konflikts mit der gesellschaftlich zugeschriebenen Rolle der Frau. Sie beschreibt Vaginismus als Form des Widerstands gegen patriarchale Normen, die Frauen entweder zur Mutter oder zum Objekt männlicher Begierde machen. Diese Sichtweise hinterfragt den therapeutischen Fokus auf Koitus als zentrales Ziel und plädiert für eine stärkere Berücksichtigung subjektiver sexueller Bedürfnisse. Auch Drenth (1988) betont, dass Vaginismus häufig in einem Kontext überhöhter sexueller Normen, moralischer Tabus und partnerschaftlicher Rollenerwartungen entsteht. Frauen erleben ihre Sexualität oft unter Leistungsdruck – nicht selten gekoppelt an einen Kinderwunsch. In diesem Zusammenhang

fungiert Penetration weniger als Ausdruck von Lust oder Intimität, sondern als funktionales Mittel zur Erfüllung gesellschaftlicher Vorstellungen von Weiblichkeit und Mutterschaft (S. 127, 134). Die Autorin beschreibt Fälle, in denen Frauen nur aufgrund eines unerfüllten Kinderwunschs therapeutische Hilfe aufsuchten, nicht wegen sexueller Unzufriedenheit, ein Indiz für die externalisierte Motivation zur Behandlung (Drenth, 1988).

Van Ree (1985, zit. n. van de Wiel et al., 1990, S. 6) geht noch weiter, indem er Vaginismus als mögliche adäquate Reaktion auf eine inadäquate Situation interpretiert. Gemeint sind Situationen, in denen emotionale Sicherheit, Gleichberechtigung oder persönliche Integrität fehlen. Diese Lesart stellt die Pathologisierung des Symptoms in Frage und betont seine Schutzfunktion.

Bezemer (1985, zit. n. van de Wiel et al., 1990) entwickelte auf dieser Grundlage ein gruppentherapeutisches Konzept, in dem Frauen mit Vaginismus ihre Körperwahrnehmung und Selbstbestimmung stärken sollten. Zeitgleich wurden die männlichen Partner in einer parallelen Gruppe begleitet, geleitet von männlichen Therapeuten. Ziel dieser Therapie war nicht primär die Ermöglichung von Penetration, sondern die Wiederherstellung der Kontrolle der Frau über ihren Körper und dessen Reaktionen. Daraus konnte auch hervorgehen, dass die Frau sich bewusst gegen Geschlechtsverkehr entscheidet.

Diese feministischen Sichtweisen erweitern das Verständnis von Vaginismus. Eine erfolgreiche Behandlung bedeutet in diesem Zusammenhang nicht zwingend die Ermöglichung von Koitus, sondern kann ebenso in der Stärkung von Selbstbestimmung und emotionaler Intimität bestehen. Genauer wird auf die feministische Sichtweise im Kapitel 6 eingegangen.

Zusammenfassend lässt sich das 20. Jahrhundert als Epoche des theoretischen Umbruchs und praktischen Aufbruchs beschreiben. Psychodynamik, Verhaltenstherapie, Sexualmedizin und körperorientierte Ansätze traten in einen produktiven Dialog. Erstmals wurde die Frau nicht mehr als passives Objekt medizinischer Intervention verstanden, sondern als aktives Subjekt mit psychosexuellen Bedürfnissen und einer individuellen Lebensgeschichte. Die Entwicklungen in diesem Jahrhundert bereiteten damit den Boden für die biopsychosoziale und interdisziplinäre Herangehensweise des 21. Jahrhunderts.

### **5.3 Behandlung im 21. Jahrhundert**

Das 21. Jahrhundert ist geprägt von einer grundlegenden Neuausrichtung der Behandlung von Vaginismus. Anstelle monokausaler Erklärungsmuster tritt ein biopsychosoziales Verständnis, das körperliche, psychologische und soziale Dimensionen integriert. Therapieansätze sind heute stärker individualisiert, interdisziplinär vernetzt und orientieren

sich zunehmend an den subjektiven Bedürfnissen der betroffenen Frauen (Hartmann, 2018; Pacik, 2014).

### **5.3.1 Medizinische Interventionen**

Eine der bedeutendsten medizinischen Innovationen der jüngeren Zeit ist die Injektion von Botulinumtoxin Typ A (Botox) in die überaktive Beckenbodenmuskulatur, wie sie von Pacik (2014) in einem multimodalen Therapiesetting eingeführt wurde. Die Behandlung erfolgt unter Sedierung und wird häufig mit einer schrittweisen Vaginaldilatation kombiniert. Durch die muskelentspannende Wirkung des Toxins können initiale Penetrationsversuche schmerzfrei gestaltet und so psychologische Barrieren durchbrochen werden (Pacik, 2011, 2014).

Das therapeutische Ziel dieser Methode ist es, einerseits die körperliche Abwehrreaktion temporär aufzuheben und andererseits einen ersten positiven, angstfreien sexuellen Kontakt zu ermöglichen. Damit kann eine initiale Entkoppelung von Schmerz und Penetration erzielt werden, auf die aufbauend psychotherapeutische und physiotherapeutische Massnahmen besser greifen. Pacik & Geletta (2017) zeigten in einer Studie mit über 200 Patientinnen eine Erfolgsquote von mehr als 80 Prozent. Dennoch wird betont, dass es sich um eine symptomorientierte Methode handelt, die immer in ein interdisziplinäres Gesamtkonzept eingebettet sein sollte (Pacik & Geletta, 2017). Langzeitdaten sowie RCT's dazu fehlen.

### **5.3.2 Beckenbodenphysiotherapie**

Die Beckenbodenphysiotherapie hat sich im 21. Jahrhundert als eine der wirksamsten und zugleich am besten etablierten Behandlungsmethoden bei Vaginismus etabliert. Insbesondere in der interdisziplinären Sexualmedizin gilt sie heute als evidenzbasierter Standard in der Primärintervention, da sie gezielt auf die körperliche Dimension der Störung eingeht und gleichzeitig eine Brücke zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung schlägt (Hartmann, 2018; Reissing et al., 2013).

Im Zentrum der physiotherapeutischen Arbeit steht die Beobachtung, dass viele Patientinnen mit Vaginismus eine hypertonische, also überaktivierte Beckenbodenmuskulatur aufweisen. Diese Kontraktion ist zumeist nicht willkürlich steuerbar, sondern stellt eine reflektorische Abwehrreaktion auf reale oder antizipierte Penetration dar. Die Muskulatur verschliesst sich schmerzhaft, was jede Form vaginaler Berührung oder Penetration unmöglich macht oder mit starkem Leidensdruck verbindet (Rastogi, 2022; Rosenbaum, 2011).

Die Zielsetzung der Beckenbodenphysiotherapie ist daher laut Reissing et al. (2013) dreifach:

1. Reduktion des Muskeltonus durch gezielte Lockerungs- und Dehntechniken,
2. Verbesserung der propriozeptiven Wahrnehmung, also der Fähigkeit, die eigenen Muskelzustände differenziert wahrzunehmen,
3. Wiederherstellung der rezeptiven Kontrolle, d. h. die bewusste Entscheidung zur Öffnung und Entspannung im sexuellen Kontext.

Zur Anwendung kommen dabei myofasziale Techniken, intravaginale manuelle Mobilisation, Biofeedbackverfahren, elektrische Muskelstimulation, sowie Atem- und Körperwahrnehmungsübungen. Die Behandlung erfolgt häufig in mehreren Phasen, beginnend mit externem Muskeltraining und übergehend in die vaginale Eigenwahrnehmung und Steuerung (Reissing et al., 2013; Rosenbaum, 2011).

Ein zentrales Anliegen der Therapie ist es, das Bewusstsein für die anatomischen und funktionellen Zusammenhänge im Beckenboden zu fördern. Viele Patientinnen erleben diesen Bereich vor der Behandlung als fremd, blockiert oder schmerzbesetzt. Durch gezielte, schrittweise Anleitung lernen sie, zwischen Spannung und Entspannung zu unterscheiden, Kontrolle zurückzugewinnen und ihre körperliche Rezeptivität gezielt zu fördern (Reissing et al., 2013; Rosenbaum, 2011).

Die Behandlung ist dabei nicht nur physiologisch fundiert, sondern auch achtsamkeitsbasiert aufgebaut: Die Therapie erfolgt stets in Übereinstimmung mit der Patientin, orientiert sich an deren Tempo und integriert Aspekte wie Grenzwahrnehmung, Vertrauen und sprachliche Reflexion über Körpererleben (Rosenbaum, 2011).

Wissenschaftlich ist die Effektivität der Beckenbodenphysiotherapie bei Vaginismus durch mehrere randomisierte kontrollierte Studien und klinische Langzeituntersuchungen belegt. So zeigten Işık & Aslan (2023) in einer Vergleichsstudie, dass Patientinnen mit vaginistischer Symptomatik nach einem gezielten physiotherapeutischen Programm in Kombination mit Sexualberatung signifikant höhere Erfolgsraten bei Penetrationsversuchen und aufwiesen als Kontrollgruppen. Auch Jokar et al. (2025) zeigten in ihrer Studie, dass die Kombination von Biofeedback mit Dilatationstherapie die sexuelle Funktion von Frauen mit primärem Vaginismus positiver beeinflusst, als ausschliesslich Dilatoren einzusetzen (Jokar et al., 2025).

Ein bedeutender Beitrag zur evidenzbasierten Behandlung von Vaginismus stammt von Yaraghi et al. (2019), die in einer randomisierten klinischen Studie die Wirksamkeit zweier therapeutischer Ansätze verglichen: einerseits die Injektion von Botulinumtoxin in die Beckenbodenmuskulatur, andererseits ein physiotherapeutisches Programm, das funktionelle Elektrostimulation, Desensibilisierungsübungen und sexualkognitiv-behaviorale Elemente beinhaltete. Die Studie umfasste 58 Patientinnen mit primärem Vaginismus (Lamont-Grad III oder IV) und erfasste sowohl den Behandlungserfolg

hinsichtlich vaginaler Penetration als auch die Veränderung der sexuellen Funktionsfähigkeit anhand des Female Sexual Function Index (FSFI).

Die Ergebnisse zeigen, dass die physiotherapeutisch orientierte Intervention der Botulinumbehandlung signifikant überlegen war. Während in der Physiotherapiegruppe 93 % der Frauen (26 von 28) nach Abschluss der Behandlung erfolgreiche Penetration berichteten, waren es in der Botox-Gruppe lediglich 67 % (20 von 30). Zudem konnten in der physiotherapeutischen Gruppe signifikante Verbesserungen in allen sechs FSFI-Domänen (Verlangen, Erregung, Lubrikation, Orgasmus, Zufriedenheit und Schmerz) nachgewiesen werden, während in der Botox-Gruppe lediglich die Bereiche Schmerz, Orgasmus und Zufriedenheit moderate Effekte zeigten. Die höchsten Effektstärken wurden in den Bereichen Schmerzlinderung und Orgasmusfähigkeit (beobachtet (Yaraghi et al., 2019, S. 1825–1826).

Die Autor:innen leiten daraus ab, dass ein ganzheitlich ausgerichtetes physiotherapeutisches Vorgehen, das körperliche, verhaltensorientierte und edukative Komponenten integriert, als wirksame und bevorzugte Erstlinientherapie für primären Vaginismus betrachtet werden sollte. Neben der höheren Erfolgsquote spricht auch die Nicht-Invasivität dieser Methode für ihre Anwendung im klinischen Alltag. Sie ermöglicht eine schrittweise Desensibilisierung gegenüber penetrierenden Reizen, unterstützt die somatische Selbstregulation und fördert die partnerschaftliche Kooperation im Therapieprozess (Yaraghi et al., 2019).

Physiotherapie fungiert demnach als Teil ein komplexeres, multimodales Therapiearrangements, ist von der Gesellschaft anerkannt und verspricht Therapieerfolge bei Vaginismus.

### **5.3.3 Sexualtherapie**

Ein zukunftsweisender Therapieansatz im 21. Jahrhundert ist die körperzentrierte Sexualtherapie nach dem Modell des Sexocorporel, das von Jean-Yves Desjardins entwickelt wurde. Im Zentrum dieses Ansatzes steht nicht die Penetrationsfähigkeit per se, sondern die Entwicklung einer rezeptiven Haltung zum sexuellen Erleben. Sexualität wird hier nicht als biologisch fixiertes, sondern als lernbares und gestaltbares Phänomen verstanden (Bischof, 2010; Sztenc, 2020). Obwohl dieser Ansatz theoretisch fundiert ist und in der Praxis breite Anwendung findet, liegt bisher keine systematische Langzeitforschung oder randomisiert-kontrollierte Studienlage zur Wirksamkeit vor. Seine Integration erfolgt daher als theoretisch-praktischer Beitrag zur Vielfalt körperorientierter Therapien, nicht als evidenzbasiertes Standardverfahren.

Die Therapie richtet sich insbesondere an Frauen, die infolge negativer sexueller Erfahrungen, kultureller Prägungen oder mangelnder körperlicher Selbstkenntnis keine lustvolle, rezeptive Sexualität erleben können. Frauen mit Vaginismus erleben ihren Beckenboden häufig als verschlossen oder reaktiv. Die Fähigkeit, sich sexuell zu öffnen, ist nicht zugänglich oder angstbesetzt (Bischof, 2010). In der Sexocorporel-Therapie werden diese Muster gezielt über rhythmische Bewegungsübungen, differenzierte Atemarbeit, bewusste Beckenbodensteuerung und strukturierte Wahrnehmungsschulung aufgelöst. Ziel ist es, den Zugang zu einem positiven, lustfähigen Erleben des Körpers zu ermöglichen (Bischof, 2010).

Ein zentrales Konzept stellt dabei die sexuelle Rezeptivität dar. Die Fähigkeit, sexuelle Reize nicht nur zu tolerieren, sondern sie lustvoll aufzunehmen und in das eigene Erleben zu integrieren. Diese Rezeptivität wird nicht vorausgesetzt, sondern durch gezielte Körperübungen aufgebaut (Bischof, 2010, S. 26). Zu den therapeutischen Mitteln gehören unter anderem Wissensvermittlung über die Anatomie und Erregungsmodi, Entspannungs- und Bewegungsübungen wie die Beckenschaukel und Bauchatmung, sowie Explorationsübungen mit den Fingern oder Dilatoren, die sukzessive mit Partner:inneninteraktion ergänzt werden (Bischof, 2010, S. 28–30).

Parallel dazu wird auf der kognitiven Ebene mit sexuellen Skripten gearbeitet. Frauen mit Vaginismus verinnerlichen häufig über Jahre hinweg dysfunktionale Annahmen wie: „Penetration ist schmerzhaft“ oder „Ich bin sexuell defizitär“. In der Sexualtherapie nach Sexocorporelansatz werden diese Überzeugungen analysiert, dekonstruiert und durch neue, körperlich und emotional verankerte Bedeutungen ersetzt (Bischof, 2010, S. 30).

Ein weiterer zentraler Aspekt ist die nicht-pathologisierende Haltung gegenüber den Klient:innen. Sie werden nicht als „krank“ verstanden, sondern ihre Sexualität wird als ein System betrachtet, in dem manche Komponenten gut entwickelt sind, während in anderen Bereichen Entwicklungsschritte fehlen (Bischof, 2010, S. 26; vgl. auch Sztenc, 2020, S. 110). In der Beratung wird daher auf die Ressourcen in den stärker entwickelten Bereichen aufgebaut und gezielt an schwächeren Komponenten gearbeitet (Bischof, 2010, S. 27; Sztenc, 2020, S. 47). Bereits die Evaluation zielt darauf ab, gemeinsam mit der Klientin eine „Logik des Systems“ zu formulieren – also ein Modell, das ihr eigenes sexuelles Erleben verständlich macht, normalisiert und somit entstigmatisiert (Sztenc, 2020, S. 59, 111). Körper, Gefühle und Gedanken werden dabei nicht isoliert betrachtet, sondern in ihrer gegenseitigen Beeinflussung erfahrbar gemacht.

Randomisierte oder kontrollierte Studien, die die Wirksamkeit bei Vaginismuspatientinnen bezogen auf die Sexualtherapie mit dem Modell Sexocorporel nachweisen, sind der Autorin jedoch nicht bekannt.

Darüber hinaus existieren weitere sexualtherapeutische Richtungen, die bei der Behandlung von Vaginismus Anwendung finden. Drimalla (2021) unterscheidet fünf zentrale Ansätze:

- Die Sexualtherapie nach dem Hamburger Modell basiert auf den Methoden von Masters und Johnson (1970). Zentral ist hier das strukturierte *Sensate Focus*-Programm, das mit Übungen zur achtsamen körperlichen Begegnung arbeitet. Das Prinzip der Selbstverantwortung, u. a. über die Vetoregel, ist essenziell (Masters & Johnson, 1970).
- Der oben beschriebene Ansatz des Sexocorporel (vgl. Bischof, 2010) integriert körperzentrierte Übungen und edukative Arbeit zur Förderung sexueller Rezeptivität, Autonomie und Lustfähigkeit.
- Die systemische Sexualtherapie nach Clement (2016) versteht Störungen wie Vaginismus als Ausdruck ungelöster Beziehungsdynamiken oder nicht gelebter Willensimpulse. Die Methode kombiniert klassische systemische Techniken mit sexualtherapeutischen Interventionen wie dem „idealen sexuellen Szenario“ (Clement, 2016).
- Die syndyastische Sexualtherapie fokussiert auf emotionale Grundbedürfnisse und versteht sexuelle Störungen als Kommunikationsprobleme im Paar. Ziel ist die Wiederherstellung von Nähe, Sicherheit und Zugehörigkeit – weniger die technische Wiederherstellung sexueller Funktion (Beier & Loewit, 2004)
- Schliesslich wurde mit dem Hannover Modell eine integrative Richtung entwickelt, die emotionsfokussierte und schematherapeutische Methoden mit sexualtherapeutischen Übungen kombiniert. Es vereint Elemente des Hamburger Modells und der syndyastischen Therapie mit neurowissenschaftlichen Erkenntnissen (Hartmann, 2018).

Diese Vielfalt an Konzepten verdeutlicht: Sexualtherapie bei Vaginismus ist kein monolithischer Ansatz, sondern ein dynamisch wachsender, multidisziplinärer Behandlungsrahmen, der somatische, psychologische und relationale Faktoren gleichermassen berücksichtigt (Drimalla, 2021).

### 5.3.4 Psychotherapie

Viele Frauen mit Vaginismus berichten von belastenden frühen Beziehungserfahrungen, sexualfeindlicher Erziehung oder sogar von sexuellen Übergriffen. In solchen Fällen ist eine traumasensible Psychotherapie zentraler Bestandteil der Behandlung. Moderne Verfahren wie die kognitive Verhaltenstherapie (CBT), Schematherapie, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) oder Acceptance and Commitment Therapy (ACT) adressieren sowohl das emotionale Erleben als auch die dysfunktionalen Glaubenssätze der Patientin (Brown, 2013; Hartmann, 2018).

Ziel ist die Reduktion von Angst, Scham und Vermeidungsverhalten, sowie der Aufbau eines positiven, realistischen Selbstkonzepts im Hinblick auf Sexualität. Kognitive Umstrukturierung, Imaginations-Techniken und Exposition werden individuell an die Lebensgeschichte der Frau angepasst, um langfristige Veränderungen in der inneren Haltung zu ermöglichen (Hartmann, 2018).

Engman et al. (2010) untersuchten im Rahmen einer Follow-up-Studie die langfristigen Effekte einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Frauen mit Vaginismus. 81 % der behandelten Frauen waren bei der Nachuntersuchung zu Geschlechtsverkehr fähig, 61 % berichteten über Freude am Geschlechtsverkehr ohne Schmerzen. Die Therapieergebnisse wurden nicht nur technisch, sondern auch subjektiv im Hinblick auf Zielerreichung und Selbstwertveränderung erfasst. Die Studie kritisiert frühere Erfolgsdefinitionen, die Penetration als einziges Therapieziel betrachten, und plädiert für eine individuelle Zielverhandlung sowie die Berücksichtigung psychosozialer Auswirkungen wie Selbstwert und Lebensqualität. Der CBT-Ansatz fokussierte auf das gezielte Erlernen schmerzfreier Penetration und erlaubte keine schmerzhaften Durchgänge, um den Vaginismusreflex dauerhaft zu durchbrechen. Engman et al. (2010) fordern zudem methodisch differenzierte Studien, die zwischen totalem und partiellem Vaginismus unterscheiden. Sie weisen darauf hin, dass bei ihrer Studie die Behandlungsergebnisse der Nachuntersuchung stark von der Definition abhing. 75% von 81% waren in der Lage Geschlechtsverkehr zu haben und nur 6% davon völlig schmerzfreien Geschlechtsverkehr, den sie auch genossen. Engman et al. (2010) kritisieren, dass bei den meisten randomisierten Studien ein positives Behandlungsergebnis die Penetrationsfähigkeit bedeutete. Keine dieser Studien aber berichte über Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (McGuire & Hawton, 2003; Reissing, Binik, & Khalife, 1999; van de Wiel, 1990; Wijma et al., 2007, zit. n. Engman et al., 2010). Auch die Definition von Vaginismus sei oft unklar oder gar nicht vorhanden sowie unklar welche Interviewdaten und Fragebögen genutzt wurden.

### **5.3.5 Achtsamkeitsbasierte Sexualtherapie**

Ein zunehmend bedeutender Bestandteil moderner sexualtherapeutischer Behandlung von Vaginismus ist der achtsamkeitsbasierte Ansatz, der sowohl in psychotherapeutische als auch in körperorientierte Verfahren integriert wird. Achtsamkeit, definiert als nicht-bewertendes, gegenwärtiges Gewahrsein gegenüber inneren und äusseren Erfahrungen, hat sich in den letzten Jahren als wirksame Methode zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen, insbesondere bei Frauen mit Angst-, Schmerz- oder Vermeidungsverhalten, etabliert (Brotto, 2013; Rosenbaum, 2013).

Die Anwendung achtsamkeitsbasierter Techniken in der Sexualtherapie verfolgt das Ziel, den Kontakt zum eigenen Körper, zu Empfindungen und inneren Zuständen wiederherzustellen – ohne Leistungsdruck oder automatisierte Bewertungen. Gerade bei Vaginismus, der häufig mit einem stark kontrollierenden, angstbesetzten Zugang zur eigenen Sexualität verbunden ist, kann Achtsamkeit helfen, neutrale oder sogar positive Erfahrungen mit genitaler Wahrnehmung zu ermöglichen (Rosenbaum, 2013).

Praktisch umgesetzt werden diese Ansätze häufig im Rahmen von Programmen wie Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) oder in achtsamkeitsorientierten Sexualtherapien (z.B. der Vancouver-Modellstudien von Brotto, 2013). In diesen therapeutischen Settings lernen Patientinnen, ihre Aufmerksamkeit gezielt auf körperliche Empfindungen zu richten, etwa auf den Atem, muskuläre Spannungszustände oder taktile Reize im Beckenbodenbereich. Diese Konzentration erfolgt in einem nicht-wertenden Modus, wodurch ein Raum entsteht, in dem auch unangenehme Empfindungen ohne Flucht- oder Kontrollreaktionen erlebt werden können.

Darüber hinaus entwickeln sie im Verlauf der Therapie die Fähigkeit, Empfindungen und Gedanken nicht sofort zu bewerten, sondern mit einer Haltung der Offenheit und Akzeptanz zu betrachten. Statt sexuelle Schmerzen oder Angst reflexhaft mit Anspannung oder Vermeidung zu beantworten, wird eine Haltung der inneren Erlaubnis und Beobachtung kultiviert. In diesem Sinne erfahren viele Patientinnen erstmals, dass unangenehme Körperempfindungen vorübergehende Phänomene sind, die beobachtet und verändert werden können, anstatt sie sofort unterdrücken zu müssen.

Ein weiteres Ziel der achtsamkeitsbasierten Arbeit ist es, die emotionale Selbstregulation zu verbessern und den eigenen Körper als sicheren Ort wahrzunehmen. Dies geschieht etwa durch geführte Bodyscans, meditative Atemübungen oder achtsame Selbstberührungen. Mit der Zeit entsteht ein innerer Zustand, in dem die rezeptive Sexualität nicht als Bedrohung, sondern als integrativer Bestandteil des Selbst erlebt werden kann (Brotto, 2013; Rosenbaum, 2013).

### **5.3.6 Digitale Interventionen**

Im 21. Jahrhundert wurden digitale Interventionen zur Behandlung von Vaginismus entwickelt und wissenschaftlich evaluiert. Ein prominentes Beispiel ist das Online-Programm „HelloBetter Vaginismus Plus“, das auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Prinzipien basiert und insbesondere systematische Desensibilisierung, Psychoedukation, Entspannungs- und Beckenbodenübungen, Sensualitätstraining sowie schrittweise vaginale Einführungsübungen beinhaltet. In einer randomisiert-kontrollierten Studie mit 200 Teilnehmerinnen zeigte sich, dass das Programm im Vergleich zu einer Wartelistenkontrollgruppe signifikant wirksamer war: Nach Abschluss der Intervention konnten 49 % der Frauen in der Interventionsgruppe wieder eine vaginale Penetration beim Geschlechtsverkehr durchführen, während dies in der Kontrollgruppe nur 21 % gelang. Dieser Effekt blieb auch nach sechs Monaten stabil. Zusätzlich wurden Schmerzen, sexualitätsbezogene Ängste und belastende penetrationsbezogene Kognitionen signifikant reduziert, während die sexuelle Funktionsfähigkeit verbessert werden konnte (Ebert et al., 2022)

### **5.3.7 Multimodalität**

Mit dem Beginn des 21. Jahrhunderts etablierte sich in der Sexualmedizin zunehmend das biopsychosoziale Modell als leitendes Paradigma in der Diagnostik und Therapie komplexer Störungsbilder wie dem Vaginismus. Dieser theoretische Rahmen stellt eine integrative Perspektive dar, die biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren gleichermaßen berücksichtigt. Anders als eindimensionale Modelle ermöglicht es eine differenzierte Betrachtung individueller Leidensgeschichten und bietet somit die Grundlage für multimodale und individualisierte Therapieansätze (Meana & Binik, 2022). Ein Beispiel für die heutige multimodale Therapie und deren Wirksamkeit folgt zum Abschluss dieses Kapitels der Therapieformen im 21. Jahrhundert. Der beispielhaften Verlauf einer solchen Therapie befindet sich im Anhang (vgl. Abbildung 3).

In einer retrospektiven klinischen Studie untersuchten Kiremitli und Kiremitli (2021) die Behandlungsdauer, den Therapieerfolg sowie geburtshilfliche Ergebnisse bei Frauen mit primärem Vaginismus in Abhängigkeit vom Schweregrad gemäss der Lamont-Klassifikation. Die Stichprobe umfasste 91 Patientinnen, die in vier Gruppen (Grad 1 bis 4) eingeteilt wurden. Ziel der Untersuchung war es, die Wirksamkeit eines standardisierten therapeutischen Programms in Bezug auf die jeweilige Ausprägung des Vaginismus zu bewerten und daraus Implikationen für die klinische Praxis abzuleiten.

Das Behandlungsprotokoll umfasste eine Kombination aus Psychoedukation, Entspannungsverfahren (z. B. Zwerchfellatmung), Beckenbodenübungen, manuellem Desensibilisierungstraining mit dem Finger sowie schrittweiser vaginaler Dilatation. Die

Partner der Patientinnen wurden aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen. Die Therapiesitzungen fanden alle vier bis sieben Tage statt und dauerten jeweils rund 50 Minuten. Die Patientinnen wurden zudem zu häuslichen Übungen angeleitet, um den Transfer in den Alltag zu fördern.

Die Ergebnisse zeigten eine hohe Gesamterfolgsrate von 93,4 %, wobei die Mehrheit der Frauen nach Abschluss der Behandlung schmerzfreien vaginalen Geschlechtsverkehr erlebte. Die Erfolgsraten unterschieden sich dabei leicht zwischen den Schweregraden: Während bei Grad 1 alle Patientinnen erfolgreich behandelt wurden, lag die Erfolgsrate bei Grad 4 bei 92 %. Zugleich stieg die durchschnittliche Anzahl der Therapiesitzungen mit zunehmendem Schweregrad signifikant an. Ebenso war der Einsatz mechanischer Dilatoren abhängig vom Schweregrad: Während sie bei Grad 1 nicht erforderlich waren, benötigten in Grad 4 rund 77 % der Patientinnen eine begleitende Dilatationstherapie.

Die sexuelle Funktion wurde mittels des Female Sexual Function Index (FSFI) vor und nach der Behandlung erfasst. In allen Gruppen zeigte sich ein signifikanter Anstieg der Gesamtwerte, insbesondere in den Subskalen Lubrikation, Schmerzen und sexuelle Zufriedenheit. Dennoch blieben die posttherapeutischen FSFI-Werte bei Patientinnen mit Grad-4-Vaginismus signifikant unter denen der anderen Gruppen, was auf einen

Die Autor:innen folgern, dass Vaginismus in allen Schweregraden erfolgreich behandelbar ist, dass jedoch bei höhergradiger Ausprägung mit längerer Behandlungsdauer und intensiverer Begleitung zu rechnen ist. Eine frühzeitige Diagnostik sowie die umfassende Aufklärung von Patientin und Partner seien entscheidend für eine erfolgreiche therapeutische Zusammenarbeit und die Reduktion sexueller Ängste (Kiremitli & Kiremitli, 2021).

Nach diesem exemplarischen Beispiel einer modernen Behandlungsstrategie von Vaginismus, wird im anschliessenden Kapitel die feministische Perspektive auf die weibliche Sexualität und deren Funktionsstörungen im Verlaufe des Kapitels betrachtet.

## **6 Feministische Perspektive auf die weibliche Sexualität**

Die feministische Perspektive auf weibliche Sexualität und sexuelle Funktionsstörungen bildet einen zentralen Gegenentwurf zu biomedizinisch geprägten Modellen, indem sie normative Annahmen hinterfragt und gesellschaftliche sowie soziale Verhältnisse in den Blick nimmt. In den folgenden Abschnitten werden zunächst kulturpsychologische Ansätze und die Kritik an der Kategorisierung weiblicher Sexualität als „Funktionsstörung“ vorgestellt, bevor im anschliessenden Kapitel der Fokus auf die feministische Auseinandersetzung mit der Diagnose Vaginismus gelegt wird.

## 6.1 Feministisch-kulturpsychologische Perspektive

Die feministisch-kulturpsychologische Perspektive bringt eine grundlegende Kritik an den dominanten Annahmen der medizinisch-psychiatrischen Sexualforschung zum Ausdruck. Julia Riegler (2015) analysiert in ihrer Arbeit *Wenn Sex schmerzt* die Art und Weise, wie weibliche Sexualität im Zusammenhang mit Schmerzen erforscht, verstanden und kategorisiert wird. Sie problematisiert, dass wissenschaftliche und klinische Diskurse häufig durch ein androzentrisches, objektivistisches Weltbild geprägt sind, das die sozio-kulturelle Einbettung sexueller Erfahrungen ausblendet. Statt Symptome als rein körperliche Phänomene zu betrachten, betont Riegler deren Bedeutung als Ausdruck sozialer Normen und biografischer Dynamiken.

Ein zentrales Beispiel für diese kulturelle Prägung ist die weitverbreitete Vorstellung, dass der erste Geschlechtsverkehr für Frauen schmerzhaft sei. Solche Normen prägen nicht nur das individuelle Schmerzerleben, sondern auch die Interpretation dessen. Häufig wird der Schmerz als normal akzeptiert, anstatt ihn als behandlungsbedürftiges Signal zu erkennen. Riegler (2015) plädiert für ein wissenschaftliches Verständnis, das den subjektiven Erfahrungsraum der Betroffenen ernst nimmt. Ihre Forschung basiert auf qualitativen Interviews, in denen Frauen nicht nur über körperliche Symptome, sondern über ihre gesamte Lebenssituation berichten, inklusive kultureller Skripte, Schamgefühle und partnerschaftlicher Dynamiken.

Statt den Schmerz als Defekt zu betrachten, versteht sie ihn als Ausdruck eines inneren Konflikts im Kontext gesellschaftlicher Anforderungen an weibliche Sexualität. Dies führt zur Kritik an einem Wissenschaftsverständnis, das ausschliesslich auf Objektivierbarkeit und Messbarkeit setzt. In der kulturpsychologischen Lesart wird Sexualität als ein in gesellschaftliche Bedeutungsgeflechte eingebettetes Phänomen verstanden, das nicht losgelöst von sozialen Zuschreibungen und Geschlechternormen interpretiert werden kann. Auch der sogenannte Koitalimperativ, die kulturelle Norm, wonach vaginale Penetration als zentrale Form „richtiger“ Sexualität gilt, wird kritisch beleuchtet. Diese Norm ist, wie Riegler herausarbeitet, tief in medizinischen Klassifikationen und sexualtherapeutischen Konzepten verankert. Sie erzeugt einen impliziten Erwartungsdruck, dem sich viele Frauen nicht entziehen können. Koops und Briken (2021) bestätigen diese Analyse in ihrer Untersuchung: Viele Frauen mit Vaginismus berichten von einem inneren Gefühl des Versagens oder der Abweichung, wenn sie sich nicht in dieses Idealbild weiblicher Sexualität einfügen können. Die therapeutische Arbeit bleibt oft normativ, selbst wenn sie sich explizit als offen versteht.

Farrell und Cacchioni (2012) setzen sich in ihrer Analyse medizinischer Diskurse mit dem Konzept der *Female Sexual Dysfunction (FSD)* auseinander. Sie kritisieren, dass hier nicht

nur eine Diagnose, sondern zugleich eine Norm formuliert wird: sexuelle Gesundheit ist gleichgesetzt mit Penetrations- und Orgasmusfähigkeit. Dadurch geraten soziale Aspekte, etwa Geschlechternormen in Beziehungen, kulturelle Erwartungen oder ungleiche Rollenzuweisungen, ins Abseits. Die feministische Perspektive auf FSD wird im nächsten Kapitel 6.2 genauer betrachtet. Grace (2003, 2007, zit. n. Farrell & Cacchioni, 2012) hebt hervor, dass auch biopsychosoziale Modelle häufig dem Primat des Biologischen folgen und soziale Ursachen auf individuelle „Störungen“ herunterbrechen.

Ein kritisches Licht auf die therapeutische Praxis wirft Braun (2005), indem sie aufzeigt, dass weibliche Sexualität häufig nur als reaktive Funktion im Dienst männlichen Begehrens dargestellt wird. Lust, Intimität und Selbstermächtigung verlieren in einem solchen Verständnis ihren Eigenwert. Die therapeutische Sprache übernimmt damit, meist unbewusst, gesellschaftliche Skripte, die sich in Scham, Vermeidung oder psychosomatischen Symptomen niederschlagen können.

Tiefer (2002a) fordert, sexuelle Probleme nicht ausschliesslich als individuelles Geschehen zu behandeln, sondern die gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen mitzudenken. Sexuelle Scham, Vermeidung oder Hemmung sind demnach auch Ausdruck von Überlastung, Rollenzwängen oder mangelnder Aufklärung. Hochschilds (1989, zit. n. Tiefer, 2002a) Konzept der „emotionalen Arbeit“ bietet hier eine wertvolle Ergänzung, indem es die unsichtbare Belastung durch familiäre oder berufliche Pflichten einbezieht. Diese emotionale Verantwortungsübernahmen, die nicht direkt sichtbar sind, haben Auswirkungen auf sexuelle Probleme von Frauen.

Ergänzend dazu liefert Goettsch (1989) eine systematische Unterscheidung biologischer, psychologischer und sozialer Sexualitätsbegriffe. Ihre Analyse verdeutlicht, dass sexuelle Symptome nicht ausschliesslich biomedizinisch erklärbar sind, sondern auch durch gesellschaftliche Bedeutungszuschreibungen und soziale Kontexte geformt werden.

Eine eindrückliche Darstellung der Wechselwirkungen zwischen kulturellen Normen, individuellen Bedeutungen und körperlichen Erfahrungen bietet Nicolson (1993) mit ihrem Modell der drei dominanten sexologischen Diskurse (vgl. Abb. 2). In ihrer diskursanalytischen Untersuchung identifiziert sie: (1) den Diskurs über die „Natürlichkeit“ heterosexueller Rollenverteilungen, (2) die Konstruktion des Orgasmus als zentrales Ziel sexuellen Verhaltens und (3) die normative Verknüpfung von Sexualität mit vaginaler Penetration. Diese diskursiven Strukturen prägen nicht nur medizinische und therapeutische Konzepte, sondern wirken bis in subjektive Selbstwahrnehmungen hinein.

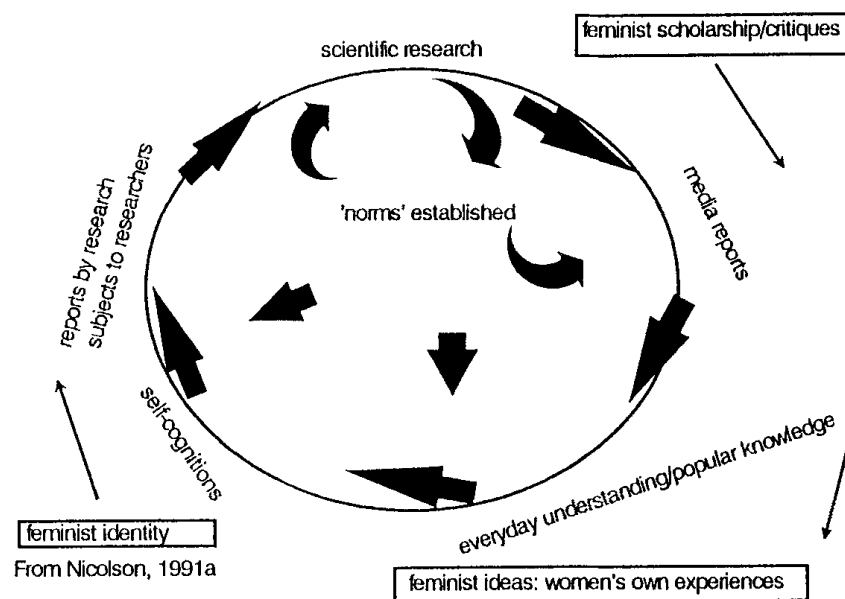


Abbildung 2: The knowledge cycle (Nicolson, 1991a, zit. n. Nicolson, 1993, S.193)

Die Darstellung zeigt, wie Sexualität, insbesondere weibliche, im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Erwartungen, wissenschaftlicher Normierung und persönlicher Bedeutungsgebung entsteht. Vor dem Hintergrund von Vaginismus ist dieses Modell besonders aufschlussreich, da es verdeutlicht, wie sehr normative Vorstellungen über Penetration, Orgasmusfähigkeit und geschlechtliche Rollen in die Diagnostik und Behandlung hineinwirken sowie gleichzeitig alternative Erfahrungen marginalisieren.

Abschliessend unterstreicht Riegler (2015), dass eine feministisch kulturpsychologische Herangehensweise immer auch eine reflexive Forschungspraxis erfordert. Forschende sind gefordert, ihre eigene Position kritisch zu hinterfragen und nicht den Anspruch einer objektiven Aussensicht zu erheben. Darüber hinaus wird Sexualität nicht isoliert, sondern als soziales Geschehen verstanden, in dem kulturelle Bedeutungen, biografische Erfahrungen und körperliche Empfindungen miteinander verwoben sind.

## 6.2 Feministische Perspektive auf weibliche sexuelle Funktionsstörungen

Die Diagnose „Female Sexual Dysfunction“ (FSD) steht exemplarisch für die Medikalisierung weiblicher Sexualität. Wie Jutel (2011) darlegt, handelt es sich dabei weniger um die Reaktion auf ein klar abgrenzbares Symptomcluster als vielmehr um ein sozial konstruiertes Konzept, das im Spannungsfeld medizinischer Autorität, pharmazeutischer Interessen und kultureller Normen entstand. In ähnlicher Weise kritisiert Tiefer (2006), dass FSD nicht auf neuen klinischen Erkenntnissen beruhe, sondern vielmehr das Ergebnis einer strategischen Umbenennung und Erweiterung existierender

Beschwerden sei – unterstützt durch die mediale Konstruktion weiblicher Lustlosigkeit als „stilles Leiden“, das behandlungsbedürftig sei. Ein Vorgehen, das einer klassischen Form von "disease mongering" entspricht. Die Diagnose blieb bewusst vage, um möglichst viele Frauen als behandlungsbedürftig einzuordnen. Dabei kritisiert Tiefer auch, dass Frauen in die Entwicklung der Klassifikation nicht einbezogen wurden, obwohl es um ihre Sexualität ging. Statt partizipativer Perspektiven dominierten medizinische und ökonomische Interessen, die sich an männlich geprägten Reaktionsmodellen orientierten (Tiefer, 2006). Diese Diagnose diene auch ökonomischen Interessen: Die Entwicklung von Medikamenten wie „pink viagra“ nach dem Vorbild von Viagra für Männer war ein zentrales Ziel der pharmazeutischen Industrie, die weibliche Sexualität zunehmend in biologische Parameter übersetzte, um eine standardisierte pharmakologische „Lösung“, den sogenannten „magic bullet“, zu rechtfertigen (Cacchioni, 2007; P. J. Kleinplatz, 2018; Tiefer, 2002b). Der kommerzielle Erfolg von Sildenafil für erektile Dysfunktion bei Männern befeuerte zahlreiche industriefinanzierte Studien zur weiblichen sexuellen Reaktion (Bellamy, 2013). Diese Forschung mündete jedoch kaum in wirksame Therapien und blendete subjektive, psychosoziale und kontextuelle Aspekte systematisch aus.

Die feministische Kritik an dieser Medikalisierung bezieht sich auch auf die epistemische Macht medizinischer Institutionen, Normen sexueller Funktionalität zu definieren. Die klassische lineare Reaktionskurve von Masters und Johnson (1970) wurde unhinterfragt als Referenzmodell für beide Geschlechter übernommen, obwohl zahlreiche Studien zeigen, dass weibliche Sexualität oft zyklisch, kontextabhängig und weniger genital zentriert verläuft (Tiefer, 2002a; Brotto & Basson, 2014). Farrell und Cacchioni (2012) betonen, dass selbst therapeutische Settings zur Reproduktion dieser medizinischen Normen beitragen, indem sie Behandlungsziele primär auf Penetrationsfähigkeit ausrichten.

Cacchioni (2007) unterstreicht in diesem Zusammenhang, dass auch Sexualtherapeut:innen unter dem Druck stehen, Klientinnen möglichst schnell in eine „funktionierende“ Sexualität zurückzuführen, anstatt gesellschaftlich vermittelte Normen kritisch zu hinterfragen. Die feministische Kritik an FSD bewegt sich somit im Spannungsfeld zweier zentraler Themen: der Normierung weiblicher Sexualität durch medizinische Instanzen und der zunehmenden Einflussnahme kommerzieller Akteure auf die Definition sexueller Gesundheit.

Studien, die die subjektiven Perspektiven von Frauen einbeziehen, zeigen, dass weibliche Sexualität sich oft nicht in diese lineare Sequenz fassen lässt: Lust und Erregung verlaufen überlappend, subjektives Erleben ist bedeutsamer als genitale Reaktion, und viele der Beschwerden, die Frauen äussern, wie emotionale Dissonanz, mangelnde Intimität oder kulturell vermittelte Scham, finden im DSM keine Entsprechung (Tiefer, 2002b).

Das New View-Modell von Tiefer (2002a), das von einer interdisziplinären Fachgruppe von Frauen für Frauen konzipiert wurde, schlägt demgegenüber vier zentrale Einflussbereiche für eine neue Klassifizierung weiblicher sexueller Probleme:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sexuelle Probleme von Frauen: eine neue Klassifikation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>1. Soziokulturelle, politische oder ökonomische Faktoren</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| A. Unwissenheit und Angst durch mangelnde Aufklärung<br><i>A.1 Mangel an Vokabular für subjektive oder körperliche Erfahrungen</i><br><i>A.2 Fehlende Informationen über Sexualbiologie und Lebensphasen</i><br><i>A.3 Fehlende Aufklärung über den Einfluss von Geschlechterrollen</i><br><i>A.4 Eingeschränkter Zugang zu sexueller Gesundheitsversorgung</i><br>B. Sexuelle Vermeidung oder Scham durch kulturelle Normen<br><i>B.1 Scham über Körper, sexuelle Attraktivität oder Reaktionen</i><br><i>B.2 Verunsicherung bezüglich sexueller Orientierung oder Fantasien</i><br>C. Normenkonflikte zwischen Subkultur und Mehrheitsgesellschaft<br>D. Erschöpfung oder sexuelle Lustlosigkeit durch Belastungen |
| <b>2. Partner- und beziehungsbezogene Faktoren</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| A. Vermeidung durch Angst, Gewalt oder ungleiche Machtverhältnisse<br>B. Unterschiedliche sexuelle Wünsche und Vorlieben<br>C. Hemmung, Wünsche auszudrücken oder sexuelle Initiation zu gestalten<br>D. Verlust von Interesse durch Alltagskonflikte oder Traumata<br>E. Hemmung durch Gesundheitsprobleme des Partners                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3. Psychologische Faktoren</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| A. Sexuelle Aversion durch Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen<br><i>A.1 Persönlichkeitsbezogene Schwierigkeiten (Bindung, Ablehnung etc.)</i><br><i>A.2 Depression oder Angststörungen</i><br>B. Angst vor sexuellen Handlungen oder deren Folgen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>4. Medizinische Faktoren</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| A. Schmerzen oder mangelnde Reaktion trotz guter Bedingungen<br><i>A.1 Körperliche Erkrankungen (z. B. hormonell, neurologisch)</i><br><i>A.2 Schwangerschaft oder sexuell übertragbare Infektionen</i><br><i>A.3 Medikamentöse Nebenwirkungen</i><br><i>A.4 Iatrogen bedingte Beschwerden</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

Tabelle 2: Neue Klassifikation sexueller Probleme von Frauen (eigene Darstellung angelehnt an Tiefer, 2002b, S.134)

Diese Perspektive wird durch Cacchioni (2007) erweitert, die anhand klinischer Beobachtungen zeigt, dass Sexualtherapie häufig selbst die Normen reproduziert, die sie zu hinterfragen vorgibt. Therapeut:innen geraten in ein Spannungsfeld zwischen individueller Unterstützung und gesellschaftlicher Erwartung, sexuelle Funktionsfähigkeit wiederherzustellen. Farrell und Cacchioni (2012) betonen, dass die Reproduktion medizinischer Normen nicht nur durch pharmazeutische Interessen, sondern auch durch klinische Ausbildung und Routinen stabilisiert wird.

## 7 Feministische Perspektive auf Vaginismus

Nach dem Einblick in die feministische Sichtweise auf weibliche Sexualität im Allgemeinen und der darauffolgenden Perspektive auf weibliche sexuelle Funktionsstörungen, folgt im Kapitel 7 die feministische Perspektive auf Vaginismus in Bezug auf die Definition, Diagnose sowie Behandlungspraxis aus der Sicht feministischer Theoretiker:innen.

### 7.1 Definition von Vaginismus aus feministischer Perspektive

Die feministische Auseinandersetzung mit der Diagnose Vaginismus stellt eine grundlegende Kritik an der vorherrschenden medizinischen und psychologischen Interpretation weiblicher sexueller Störungen dar. In der klassischen Medizin wird Vaginismus als sexuelle Funktionsstörung verstanden, gekennzeichnet durch eine unwillkürliche Kontraktion der Vaginalmuskulatur, die Penetration erschwert oder unmöglich macht (American Psychiatric Association, 2013). Diese Definition ist symptomorientiert und funktionalistisch und basiert auf einem Verständnis von Sexualität, das stark an männlichen Sexualnormen orientiert ist.

Feministische Theoretiker:innen wie Leonore Tiefer (2002a), Annie Potts (2002), Peggy Kleinplatz (1998, 2018), Jane M. Ussher (2011), Farrell & Cacchioni (2012) sowie Koops & Briken (2021) zeigen jedoch, dass diese Sichtweise strukturelle, kulturelle und gesellschaftliche Ursachen ignoriert und den weiblichen Körper normativ reguliert. Die Klassifikation als Funktionsstörung setzt voraus, dass Penetration nicht nur möglich, sondern auch zentraler Bestandteil weiblicher Sexualität ist. Eine Annahme, die aus feministischer Sicht tief in heteronormative Vorstellungen eingeschrieben ist.

Ein Schlüsselbegriff zur Analyse dieser kulturellen Norm ist der Koitalimperativ, den Annie Potts (2002) in ihrer kritischen Analyse *The Science/Fiction of Sex* entwickelt. Dieser beschreibt die gesellschaftlich verankerte Vorstellung, dass „richtiger“ Sex Penetration beinhalten müsse, vorzugsweise vaginal, in heterosexuellen Beziehungen. Daraus ergibt sich ein kultureller Druck, nach dem Frauen nur dann als sexuell „normal“ oder „vollständig“ gelten, wenn sie penetriert werden können. In diesem Rahmen wird Vaginismus als Ausdruck eines körperlichen Versagens verstanden, nicht aber als mögliche psychosomatische Reaktion auf kulturell vermittelte Erwartungen oder als Widerstand gegen die Funktionalisierung weiblicher Sexualität. Potts zeigt auf, dass medizinische, psychologische und sogar populärwissenschaftliche Texte diese Norm unkritisch reproduzieren, indem sie Penetration als das Ziel sexueller Aktivität darstellen und jede

Abweichung als Störung kategorisieren. Frauen, die sich dieser Norm verweigern oder durch körperliche Reaktionen nicht entsprechen, werden pathologisiert, ohne dass alternative Sichtweisen anerkannt würden.

Diese Kritik am dominanten Sexualitätsverständnis lässt sich auch auf die sprachliche Ebene ausweiten: Die Bezeichnung „Penetration“ selbst wurde von feministischen Theoretiker:innen hinterfragt, da sie ein binäres Aktiv-Passiv-Schema aufrechterhält, in dem der penetrierte Körper als passives Objekt erscheint. Die Kritik wird durch den feministischen Neologismus *circulusion* erweitert, der das Umschliessen als aktiven, körperlich-selbstbestimmten Akt entkrampft (Adamczak, 2018). Der Begriff verlagert die Perspektive auf den „empfangenden“ Körper, der damit nicht länger passiv erscheint, sondern als aktiv handelndes sexuelles Subjekt begriffen wird.

Peggy Kleinplatz (2018) ergänzt diese Perspektiven um eine grundsätzliche Infragestellung des Begriffs „Funktion“ selbst. Sie kritisiert, dass Sexualität im medizinischen Diskurs oft auf ein mechanisches Modell reduziert wird: Lubrikation, Penetration, Orgasmus. Weibliche Sexualität wird in diesem Modell nur dann als „gesund“ oder „funktionierend“ betrachtet, wenn sie auf den männlich-normierten Ablauf einer sexuellen Begegnung antwortet. Alles, was davon abweicht, wird pathologisiert – einschliesslich Vaginismus. Kleinplatz plädiert stattdessen für eine individualisierte, beziehungsorientierte und lustzentrierte Sichtweise auf Sexualität. Sie beschreibt in ihren klinischen Erfahrungen, dass viele Frauen mit Vaginismus ein ausgeprägtes sexuelles Begehren und die Fähigkeit zu intensiver Lust erleben, jedoch in einer Form, die nicht dem kulturell geforderten Penetrationsmodell entspricht. Der Körper verweigert die Norm, nicht die Lust.

Kleinplatz argumentiert zudem, dass die Orientierung an der Penetrationsfähigkeit als therapeutischem Ziel keineswegs neutral ist, sondern tief in historisch gewachsene Geschlechternormen eingeschrieben ist. Anstatt sexuelle Gesundheit über biomechanische Parameter zu definieren, fordert sie ein Verständnis, das individuelle Begehren, emotionale Sicherheit und Selbstbestimmung in den Mittelpunkt stellt. Vaginismus wird so nicht als Defekt verstanden, sondern als mögliche Ausdrucksform eines Körpers, der sich der normativen Zumutung verweigert. Besonders aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang Kleinplatz' Kritik an der Vorstellung, dass Therapie „funktionalisieren“ müsse. Sie fragt stattdessen, welche Art von Sexualität für eine Frau überhaupt sinnhaft, lustvoll und sicher ist (ebd.).

Ihre Analyse macht deutlich, dass viele Frauen mit Vaginismus sehr wohl sexuelles Begehren und das Bedürfnis nach Intimität erleben, jedoch jenseits des hegemonialen Penetrationsmodells. Die Störung liegt demnach nicht im Begehren selbst, sondern in der

Kollision zwischen normativen Erwartungen und individuellen körperlichen Reaktionen. Eine feministische Sexualtherapie, so folgert Kleinplatz, muss deshalb nicht die „Störung“ beseitigen, sondern das dominante Skript hinterfragen und der Vielfalt sexueller Ausdrucksformen Raum geben (Kleinplatz, 2018).

Diese Perspektive wird durch Ayling und Ussher (2008) ergänzt, die in ihrer qualitativen Studie zur subjektiven Erfahrung von Frauen mit Vulvodynie herausarbeiten, dass viele Betroffene ihre Schmerzen nicht nur als medizinisches Symptom, sondern auch als Reaktion auf emotionale Belastung und normative Sexualitätsvorstellungen interpretieren. Die Schmerzen wurden dabei auch als ein unbewusstes oder körperlich artikuliertes Nein gegenüber dem Geschlechtsverkehr verstanden. Die Autorinnen argumentieren, dass sich in diesen Symptomen eine kritische Auseinandersetzung mit gesellschaftlich hegemonialen Vorstellungen von Weiblichkeit, Lust und sexueller Verfügbarkeit abzeichnet, insbesondere dann, wenn explizite Formen des Widerstands nicht möglich oder sozial sanktioniert sind.

## **7.2 Feministische Kritik an der medizinischen Diagnosepraxis**

Während das vorherige Kapitel sich mit der normativen Definition von Vaginismus aus feministischer Perspektive befasst hat, beleuchtet das folgende Kapitel kritisch die medizinische Diagnosepraxis und deren Implikationen.

Die feministische Kritik an der medizinischen Klassifikation von Vaginismus richtet sich unter anderem gegen die jüngste Umstrukturierung sexueller Funktionsstörungen im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Die Zusammenführung von Vaginismus und Dyspareunie unter dem Begriff „Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder (GPPPD)“ wird nicht nur als vereinfachend empfunden, sondern von zahlreichen feministischen Forscher:innen insofern als problematisch angesehen, weil sie wesentliche Differenzierungen zwischen den beiden Phänomenen verwischt und dadurch wichtige psychodynamische und soziale Bedeutungsdimensionen des Vaginismus nivelliert (Koops & Briken, 2021; Tiefer, 2002a; Kleinplatz, 1998).

Zudem offenbart die gängige Definition sexueller Gesundheit in der Medizin ein funktionalistisches Sexualitätskonzept: Frauen gelten dann als gesund, wenn sie ohne Schmerzen penetriert werden können. Diese auf körperliche Leistungsfähigkeit fokussierte Sichtweise reduziert Sexualität auf ein technisch-mechanisches Ideal und blendet emotionale, partnerschaftliche und gesellschaftliche Dimensionen aus. Wie Farrell und Cacchioni (2012) herausarbeiten, begünstigt diese Logik Behandlungsansätze, die lediglich Symptome beheben wollen, ohne sich mit den Ursprüngen des Leidens auseinanderzusetzen.

Ein gutes Beispiel für die Konsequenz solcher verkürzter Behandlungsstrategien ist der Einsatz von Botox-Injektionen zur Entspannung der Beckenbodenmuskulatur (Pacik, 2017). Pacik propagiert Botox als innovative Lösung, feministische Perspektiven kritisieren dies jedoch als Symptomreparatur im Dienst normativer Erwartungen. Die eigentliche Entstehungsgeschichte der Symptome bleibt unbeachtet, und damit auch die Ursachen, die den Schmerz überhaupt erst hervorgebracht haben.

Diese Kritik korrespondiert mit der These von Potts (2002), dass die westliche Sexualmedizin unter einer Art kultureller Amnesie leidet: Sie ignoriert systematisch die sozialen Bedingungen, unter denen Sexualität praktiziert, erlebt und interpretiert wird. Indem der weibliche Körper als fehlerhaftes technisches Objekt behandelt wird, entpolitisiert sich die Diagnose und verliert die Fähigkeit zur sozialen Kritik. Für Potts ist die Diagnose Vaginismus daher weniger medizinisches Urteil als kulturelle Zuschreibung.

Auch Tiefer (2002a) warnt davor, dass Diagnosemanuale wie das DSM versuchen, menschliches Sexualverhalten zu standardisieren. In diesem Rahmen wird Vaginismus zu einer Störung, unabhängig davon, ob Frauen selbst ihn als Problem empfinden. Der diagnostische Akt schreibt damit nicht nur eine Pathologie fest, sondern normiert gleichsam die Vorstellung von Sexualität, Begehren und Gesundheit zugunsten heteronormativer Vorstellungen.

Die Perspektive von Ussher (2011) zeigt darüber hinaus, wie sehr diese Normierungen in die Subjektivität der betroffenen Frauen eingeschrieben sind. In ihrer Analyse des sogenannten *Othering* weiblicher Sexualität beschreibt sie, dass viele Frauen sich selbst als defizitär erleben, nicht aufgrund körperlicher Beschwerden, sondern wegen des Eindrucks, gesellschaftlichen Erwartungen nicht zu genügen. In therapeutischen Prozessen, so Ussher, ist es daher zentral, dieses gesellschaftlich vermittelte Gefühl des Versagens aufzubrechen.

Eine ähnliche Richtung schlägt auch Kaler (2006) ein, wenn sie anhand von Interviews mit Frauen mit Vulvodynie aufzeigt, wie stark kulturelle Narrative das Schmerzverständnis prägen. Viele Frauen berichten, sie hätten gelernt, Schmerzen beim Sex als normal zu akzeptieren, insbesondere beim ersten Mal. Tiefer (2002a) ergänzt diese Beobachtungen mit dem Hinweis, dass solche Normalisierungseffekte dazu führen, dass Frauen nicht nur ihre Beschwerden bagatellisieren, sondern auch eine individuelle Schuld für ihr Leiden internalisieren.

Diese Sichtweise teilt die existenziell-humanistischen Sexualtherapie. Vaginismus wird nicht nur als körperliches Symptom, sondern als potenziell bedeutungstragendes Signal

verstanden. Stephen Keen (1979) formuliert, dass „sexuelle Funktionsstörungen auftreten, wenn der Körper versucht, eine Aussage zu machen“ (S. 20). Symptome wie vaginale Verkrampfungen können aus dieser Sicht als somatische Ausdrucksformen von innerpsychischem oder relationalem Erleben gedeutet werden, insbesondere dann, wenn sprachliche Artikulation nicht möglich oder sozial erschwert ist. So schreibt Keen, dass Symptome wie Vaginismus „Wege sein [können], Nein zu sagen“ (S. 19). Diese Deutung wird von Kleinplatz (2018) aufgenommen, die in der therapeutischen Arbeit vorschlägt, den Körper als „sprechendes Subjekt“ zu behandeln, das symbolisch kommuniziert. Die bildhafte Beschreibung, dass Vaginalmuskeln so positioniert sein können, „dass die Lippen Nein sagen“, verweist auf die Notwendigkeit, körperliche Reaktionen nicht vorschnell zu pathologisieren, sondern im Kontext individueller Lebens- und Beziehungsgeschichte zu verstehen.

Others refrain from asking for help for a considerable length of time, until the actual moment that they want to have children. Obviously some of these couples do not really miss sexual intercourse, because it is often stressed that women who react vaginistically need not be prudish at all. They are able to express themselves sexually without constraint, they experience pleasure in lovemaking, they enjoy sexual excitement and orgasm, they can be excellent lovers for their partners. Actually, in a study comparing patients with visitors of a contraceptive clinic [28] the women in the patient group had more orgasmic experiences than the control group. (Bezemer, 1987, zit. n. Drenth, 1988)

Der Ausschnitt aus Drenth (1988), der sich auf Bezemer (1987) bezieht, zeigt, dass Vaginismus nicht mit einer prinzipiellen sexuellen Dysfunktion gleichgesetzt werden kann, sondern als spezifisches körperlich-emotionales Reaktionsmuster innerhalb eines meist intakten erotischen Selbst- und Beziehungserlebens verstanden wird.

Neben feministischen Deutungsansätzen bestätigen auch sexualmedizinische Perspektiven, dass viele sexuelle Dysfunktionen bei Frauen nicht im Sinne individueller Defizite verstanden werden sollten, sondern als adaptive Reaktionen auf psychosoziale oder kontextuelle Belastungen. Basson et al. (2004) weisen ausdrücklich darauf hin, dass eine sexuelle Störung auch dann vorliegen kann, wenn biologisch oder psychologisch nichts „amiss“ ist. Die Symptomatik ist logisch und kontextuell erklärbar, wenngleich sie für die betroffene Frau durchaus leidvoll sein kann.

Entsprechend fordern die Autor:innen eine differenzierte Diagnostik, die nicht allein auf Phasenmodellen sexueller Reaktion basiert, sondern systematisch prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren einbezieht: Zeitdauer (lebenslang oder erworben), Situation (generell oder situationsabhängig), Stress (keiner, moderat oder hoch), aktuelle belastende Kontextfaktoren (z. B. Beziehungsdynamik, kulturelle Normen,

unpassende Stimulation, unbefriedigender emotional-sexueller Kontext) sowie medizinisch-somatische Aspekte der Vergangenheit und Gegenwart (Basson et al., 2004).

Zusammenfassend zeigt die feministische Kritik, dass medizinische Diagnosen wie GPPPD nicht nur körperliche Symptome erfassen, sondern auch kulturelle Normen über Sexualität fortschreiben. Sie legitimieren Behandlungsziele, die nicht an der individuellen Erfahrung, sondern an einer sozialen Norm der Funktionsfähigkeit orientiert sind. Feministische Wissenschaftler:innen fordern daher eine Abkehr von der Pathologisierung weiblicher Sexualität zugunsten eines Konzepts, das Vielfalt, Selbstbestimmung und Kontextualität in den Mittelpunkt stellt.

### **7.3 Feministische Behandlungsansätze bei Vaginismus**

Shaw (1994) kritisiert, dass in medizinischen Kontexten häufig so genannte „behavioral techniques that manipulate a woman’s genitals in the name of normality“ (S. 48) eingesetzt werden – ein Vorwurf, der verdeutlicht, wie tief Normierungsdruck in den Körper eingreift. [„Verhaltenstechniken, die die Genitalien einer Frau im Namen der Normalität manipulieren.“]

Feministische Behandlungsansätze bei Vaginismus grenzen sich deutlich von konventionellen sexualmedizinischen Therapien ab, die vorrangig die Wiederherstellung der Penetrationsfähigkeit als Ziel setzen. Im Gegensatz dazu liegt der Fokus auf einem individualisierten, körperzentrierten und beziehungssensiblen Zugang, bei dem die Patientin als aktives und sexuelles Subjekt ernst genommen wird. Die zentrale Frage ist hier nicht, wie Penetration ermöglicht werden kann, sondern wie eine selbstbestimmte, lustvolle Sexualität entwickelt werden könnte (Kleinplatz, 1998; Tiefer, 2002b; Ussher, 2011).

Ein zentrales Anliegen der feministischen Sexualwissenschaft besteht in der Dekonstruktion jener klinischen Logiken, die weibliche Sexualität pathologisieren, wenn sie sich nicht entlang heteronormativer, penetrationszentrierter Bahnen bewegt. Tiefer (2002b) kritisiert das medizinische Modell als reduktionistisch, da es sexuelle Probleme wie Vaginismus entkontextualisiert, individualisiert und biologisiert. In dieser Perspektive erscheinen kulturelle, psychologische und relationale Einflussfaktoren als irrelevant oder lediglich sekundär. Folglich werden medizinische Interventionen wie Botox-Injektionen, Dilatatorentraining oder Beckenbodentherapien primär im Dienste der Penetrationsfähigkeit eingesetzt, ohne zu hinterfragen, ob diese überhaupt dem sexuellen Selbstbild oder Wunsch der Frau entspricht (Farrell & Cacchioni, 2012).

Die medizinische Praxis wird dadurch, so Farrell und Cacchioni (2012), zur disziplinierenden Instanz: Frauen, die sich nicht an das dominante heterosexuelle Skript der Penetration anpassen, gelten als «gestört» oder «nicht vollständig sexuell» (S. 330). Diese Sichtweise reproduziert normative Vorstellungen von Weiblichkeit und Sexualität und verstärkt bei Betroffenen Gefühle der Unzulänglichkeit.

In ihrer qualitativen Studie untersuchen Koops und Briken (2021) die Erfahrungen von Frauen mit Vaginismus. Eine Teilnehmerin berichtet von ihrer Erfahrung nach der Behandlung. „Ich fühlte mich erst dann als ‚richtig geheilt‘, als ich koitalen Geschlechtsverkehr ohne Schmerzen erleben konnte“ (ebd., S. 5). Diese Erzählung verdeutlicht, wie sehr medizinisch-gesellschaftliche Normen weibliche Sexualität bewerten und normieren.

In ähnlicher Weise analysiert Potts (2002) populärmedizinische Ratgeberliteratur, in der Penetration nahezu ausnahmslos als Ziel therapeutischer Prozesse dargestellt wird. Ihre Kritik richtet sich gegen die naturalisierte Darstellung der Penetrationsfähigkeit als Marker für sexuelle Gesundheit, Erfüllung und gar Weiblichkeit selbst. Dabei werde Penetration nicht als eine mögliche Form sexuellen Ausdrucks verstanden, sondern als einziger Beweis für sexuelle Normalität, was zu einer funktionalistischen und männlich-zentrierten Konzeption weiblicher Lust führe (Potts, 2002).

Peggy Kleinplatz (1998) betont in ihrer Arbeit die Bedeutung eines paradigmatischen Wechsels in der klinischen Praxis: Eine erfolgreiche Behandlung von Vaginismus bedeute nicht zwingend die Wiederaufnahme penetrativen Verkehrs. Vielmehr könne diese darin bestehen, dass Frauen Wege finden, sich sexuell zu erleben. Ohne Schmerzen, Leistungsdruck oder Anpassungszwang. Ihre Forderung lautet, sich von der Zielorientierung auf Penetration zu verabschieden und stattdessen Lust, Neugierde und partnerschaftliche Intimität als Massstab für eine gelingende Sexualität zu etablieren.

Diese Perspektive wird durch aktuelle sexualmedizinische und psychologische Forschungsansätze gestützt, die sich für eine kontext- und bedeutungsorientierte Behandlung sexueller Schmerzstörungen aussprechen. Während klassische Sexualtherapien häufig auf die Wiederherstellung von Koitusfähigkeit abzielen, zeigen achtsamkeits- und körperbasierte Interventionen, dass Frauen oft andere Voraussetzungen für eine gelingende Sexualität brauchen, insbesondere bei sexualisierter Gewalterfahrung oder chronischem sexuellen Schmerz.

Der von Rosenbaum (2011) entwickelte Therapieansatz zur Behandlung von Vaginismus zielt darauf ab, betroffene Frauen darin zu unterstützen, den Moment aufkommender Angst

bewusst wahrzunehmen und selbstbestimmt zu regulieren. Als erfahrungsbasierter, achtsamkeitsorientierter Expositionsansatz wurde das Verfahren auf Grundlage klinischer Praxis mit Vaginismus-Patientinnen entwickelt und verbindet psychotherapeutische, körperzentrierte und sexualtherapeutische Elemente. Im Zentrum steht nicht die forcierte Penetration, sondern die Förderung von Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle. Die Intervention folgt vier zentralen Schritten: (1) bewusste Wahrnehmung körperlicher und emotionaler Anzeichen von Angst, (2) Erlaubnis, die Angst zuzulassen, statt zu vermeiden, (3) Aufbau eines sicheren Rahmens mit der Möglichkeit, jederzeit einen Schritt zurückzugehen, und (4) sukzessive Wiederholung der Exposition zur schrittweisen Desensibilisierung. Ziel ist es, den Frauen die Kontrolle über den Prozess zurückzugeben und Angst nicht mehr als überwältigend, sondern als regulierbar zu erleben (Rosenbaum, 2011).

Damit stimmen diese Ansätze mit dem feministischen Therapieverständnis überein, das nicht die schnelle Wiederherstellung von Penetrationsfähigkeit als Ziel setzt, sondern die Schaffung von Bedingungen, unter denen sich sexuelle Autonomie, Sicherheit und Lust entwickeln können. Der Körper wird als bedeutungstragendes Subjekt ernst genommen, statt als Objekt der Optimierung.

Auch Jane Ussher (2011) hebt hervor, wie entscheidend die Dekonstruktion internalisierter Normen für die therapeutische Arbeit ist. Besonders in psychodynamisch-narrativen Settings gehe es darum, Räume zu schaffen, in denen Frauen nicht nur über Scham, Angst und Begehren sprechen können, sondern ihre sexuelle Biografie aktiv umschreiben dürfen. Dabei wird Vaginismus nicht als pathologische Störung verstanden, sondern als psychosomatische Reaktion auf ein Geflecht aus kulturellen Vorstellungen, Beziehungserfahrungen und genderbasierten Normvorstellungen.

Ein zentrales Instrument dieser dekonstruktiven Praxis ist die Arbeit mit sogenannten sexuellen Skripten. Die Sexualforscher Simon und Gagnon (1986) entwickelten das Konzept des *sexual scripting*, das davon ausgeht, dass individuelle Sexualität in hohem Masse durch kulturelle und interpersonelle Normen geprägt ist. Sexuelle Skripte definieren, wer wann, wie und warum als sexuell agieren darf und wer nicht. Sie strukturieren nicht nur Erwartungen an sexuelles Verhalten, sondern auch emotionale Reaktionen und das Selbstverständnis als sexuelles Subjekt (Simon & Gagnon, 1986).

In westlichen Gesellschaften sind sexuelle Skripte häufig durch Heteronormativität, männliche Aktivität und den sogenannten Koitalimperativ geprägt. McPhillips et al. (2001) zeigen, dass Penetration dabei als zentrale und legitime Form sexueller Praxis gilt – ein kulturelles Ideal, das andere Ausdrucksformen von Intimität marginalisiert. Tiefer (2002b)

kritisiert, dass solche normativen Vorstellungen in der Sexualmedizin unreflektiert übernommen werden und weibliche Sexualität auf Passivität und Penetrationstauglichkeit reduziert wird. McClain (2006) beschreibt dieses kulturelle Skript als *sexual passivity script*, in dem Frauen primär in reaktiver Rolle erscheinen, als Antwort auf männliches Begehren, nicht aus einem eigenen sexuellen Impuls heraus. Therapeutisch ist es deshalb zentral, diese Skripte zu identifizieren und gemeinsam mit der Patientin zu reflektieren. Der Prozess der Skriptarbeit eröffnet die Möglichkeit, internalisierte Narrative zu hinterfragen, zu verlernen und durch neue, selbstbestimmte Erzählungen zu ersetzen. Frauen können sich dadurch von normativen Vorstellungen distanzieren und alternative Formen der Sexualität entwickeln, die auf Konsens, emotionaler Nähe, Selbstwirksamkeit und individueller Lust basieren, unabhängig davon, ob Penetration eine Rolle spielt (Tiefer, 2002b; Ussher, 2011).

Diese Perspektive macht deutlich, dass Vaginismus nicht isoliert als körperliche Dysfunktion verstanden werden sollte, sondern als Ausdruck eines konflikthaften Zusammenspiels zwischen sozialen Normen, subjektivem Erleben und körperlicher Reaktion. Die Behandlung zielt daher nicht auf eine Rückkehr zu vermeintlicher Normalität, sondern auf eine authentische, empowernde und kontextsensible Gestaltung von Sexualität, die Weiblichkeit nicht mehr durch Penetrationsfähigkeit definiert.

Ein zentraler Paradigmenwechsel in der Behandlung von Vaginismus ergibt sich aus dem therapeutischen Fokuswechsel weg von funktionalem Verhalten hin zu innerer Differenzierung. Jeanne Shaw (1994) schlägt vor, den Therapieprozess nicht mehr an der Wiederherstellung von Penetrationsfähigkeit zu messen, sondern an der Fähigkeit der Frau, in emotionaler Nähe bei sich zu bleiben, ihre sexuellen Grenzen bewusst zu gestalten und ihre Autonomie nicht preiszugeben. Diese Perspektive baut auf dem Differenzierungsmodell von Schnarch (1991) auf, der Differenzierung als die Fähigkeit beschreibt, emotionalen Kontakt zuzulassen, ohne sich selbst zu verlieren. Differenzierung bedeutet, sich selbst zu regulieren, auch wenn andere es nicht können, und die eigene Integrität in Beziehung zu wahren, nicht trotz Nähe, sondern inmitten emotionaler Intensität.

Shaw (1994) übersetzt diese Haltung in vier therapeutisch relevante Themenfelder, die sie als zentrale Grundachsen feministischer Therapie formuliert: Mastery versus Inkompetenz, Autonomie versus Abhängigkeit, Grenze versus Verschmelzung und Verhalten versus Erfahrung. Im Gegensatz zur gängigen Praxis, Vaginismus als Zeichen sexueller Inkompetenz zu behandeln, versteht Shaw die muskuläre Abwehrreaktion als symbolischen Ausdruck eines inneren Schutzimpulses. Die körperliche Blockade erscheint in dieser Perspektive nicht als Funktionsstörung, sondern als ein körperlich artikuliertes Nein. Der therapeutische Fokus liegt daher nicht auf der Einübung von Techniken, sondern auf dem

Aufbau von Selbstkompetenz. Diese zeigt sich darin, dass eine Frau lernt, mit ihren inneren Ambivalenzen umzugehen, ihre Bedürfnisse zu erkennen und im Kontakt mit dem Gegenüber zu regulieren, ohne sich selbst aufzugeben.

Auch im Verhältnis zur Frage der Autonomie plädiert Shaw für eine grundsätzliche Revision der therapeutischen Haltung. In vielen konventionellen Settings wird der Körper der Frau, insbesondere die Vagina, implizit als gemeinsames Eigentum von Therapeutin, Partner und Patientin behandelt. Die normative Annahme, dass Penetration ein universelles Therapieziel sei, wirkt dabei oft unreflektiert auf die Diagnostik und Zieldefinition ein. Shaw kritisiert, dass viele Frauen in einem solchen Kontext lernen, sich funktional verfügbar zu machen, um als normal zu gelten, während sie innerlich ihre Integrität verlieren. Sie zeigt, dass eine wahrhaft autonome Entscheidung nur dann möglich ist, wenn der Körper als ausschließlich der Frau zugehörig anerkannt wird, unabhängig davon, ob sie Penetration zulassen möchte oder nicht.

Ein dritter zentraler Aspekt betrifft die Frage nach Grenzen und Verschmelzung. Vaginismus erscheint hier nicht nur als körperliche Reaktion, sondern als Ausdruck eines Beziehungsmusters, in dem Abgrenzung schwer möglich ist. Besonders in Paarbeziehungen mit unsicheren Rollen, fehlender Selbstdefinition oder hoher emotionaler Fusion kommt dem Körper die Rolle eines letzten Regulators zu. Die vaginale Verkrampfung fungiert dabei als unbewusste Grenzmarkierung. Eine differenzierungssensible Therapie zielt daher nicht auf das Überwinden der muskulären Reaktion, sondern auf die Stärkung individueller Ich-Grenzen, sowohl auf Seiten der Patientin als auch des Partners. Die Fähigkeit, sich selbst als eigenständig zu erleben und dabei in Beziehung zu bleiben, wird zur Voraussetzung für körperliche und emotionale Intimität.

Eng mit diesen Aspekten verbunden ist Shaws Kritik an der Orientierung vieler Therapieverfahren an äusserem Verhalten statt an innerer Erfahrung. Verhalten ist beobachtbar und standardisierbar, Erfahrung hingegen ist subjektiv, biografisch und nicht direkt steuerbar. Shaw kritisiert, dass viele Behandlungsberichte der letzten Jahrzehnte Vaginismus über Trainings- und Entspannungsmethoden zu therapieren versuchen, ohne die innere Realität der Frau zu beachten. Der Erfolg wird an der Durchführung von Koitus gemessen, nicht an der Entwicklung von sexueller Selbstbegegnung. Eine differenzierungssensible Sexualtherapie hingegen anerkennt, dass sexuelle Erfahrung nicht verhandelt oder verordnet werden kann. Sie entsteht dort, wo emotionale Präsenz, Selbstkontakt und Wahlfreiheit bestehen. Diese Haltung betrifft nicht nur die Patientin, sondern auch die Therapeutin selbst. Shaw betont, dass die Differenzierungsfähigkeit der

Therapeutin entscheidend dafür ist, ob Therapie zu einem Raum für Entwicklung oder zu einem Ort der Reproduktion normativer Erwartungen wird. Die Fähigkeit, Angst, Nichtwissen und Impasse auszuhalten, ohne sie vorschnell aufzulösen, ist Ausdruck professioneller Reife. Therapeutinnen, die diese Haltung verkörpern, ermöglichen ein Setting, in dem Patientinnen nicht repariert, sondern in ihrer sexuellen Subjektivität gestärkt werden.

Shaws vier therapeutische Achsen markieren damit einen grundlegenden Perspektivwechsel: Vaginismus wird nicht als Störung der sexuellen Funktion gelesen, sondern als Ausdruck eines Beziehungsgeschehens, in dem Differenzierung fehlt. Therapieerfolg bedeutet nicht, dass Penetration möglich wird, sondern dass Frauen ihren Körper als zu sich zugehörig erleben, ihre Grenzen benennen können und sich in sexuellen Begegnungen nicht verlieren, sondern gestalten. Differenzierung wird so zum zentralen Massstab feministischer Sexualtherapie (Shaw, 1994).

Der folgende Abschnitt widmet sich den konkreten Zielsetzungen feministischer Sexualtherapie und fragt, welche Haltungen, Rahmenbedingungen und gesellschaftlichen Weichenstellungen notwendig sind, um eine solche Perspektive in der Praxis zu verankern.

#### **7.4 Zielsetzungen feministischer Therapie**

With a therapy standard that promotes normality (fusion) more than integrity (differentiation), and behavior (penis-in-vagina) more than experience (self-encounter), therapists and partners define and, unfortunately, disempower the vaginismic woman. The choice between her integrity and her self-imposed obligation to satisfy her partner's sexual needs jeopardizes her decision. Under present standards either he has rights or she does. This is an unconscionable dilemma for therapists. 'Your vagina belongs to him. Let's help you do penis-in-vagina intercourse. When you behave in the normal way we will consider the case successful' (as though 'normal' equals ability to contain something in the vagina). (Shaw, 1994, S. 50)

Die Autorin verdeutlicht, dass eine auf Funktionalität ausgerichtete Therapie das Risiko birgt, weibliche Integrität zu untergraben. Erst eine differenzierungsorientierte Perspektive erlaubt es, sexuelle Selbstdefinition über normative Rollenerwartungen hinaus zu denken. Im nachfolgenden Kapitel wird auf darauf abgestimmte Therapieformen genauer eingegangen. Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, zielt feministische Sexualtherapie auf die Entkopplung von Sexualität und funktionaler Anpassung. Im Zentrum steht nicht die Frage wie Penetration ermöglicht werden kann, sondern welche Form von Sexualität den Bedürfnissen der Frau entspricht. Die therapeutischen Zielsetzungen orientieren sich daher nicht an kulturellen oder medizinischen Normen, sondern an der individuellen Lebensrealität, Geschichte und Subjektivität der Patientin (vgl. Ussher, 2011; Tiefer, 2002b).

Kleinplatz (2018) warnt davor, dass selbst scheinbar moderne Sexualtherapien am Ende oft wieder auf Penetration als Massstab für Therapieerfolg hinauslaufen. Auch wenn Therapeut:innen alternative Zugänge fördern, bleibe das Ziel häufig die Wiederherstellung vaginaler Koitusfähigkeit. Damit werde eine normative Botschaft vermittelt: Sexuelle Gesundheit ist gleichzusetzen mit Penetration. Diese Perspektive, so Kleinplatz, verstellt den Blick auf individuelle Bedürfnisse, lustvolle Alternativen und nicht-penetrative Ausdrucksformen von Intimität. Sie fordert, dass sich Sexualtherapie vom medizinischen Modell lösen muss, das sexuelle Gesundheit auf penetrierbare Vaginalität, Orgasmusfähigkeit und Lust im Dienst männlicher Wünsche reduziert. Vielmehr gehe es darum, Beziehungsdynamiken zu reflektieren, psychosexuelle Selbstbestimmung zu stärken und neue, kreative Formen von Intimität jenseits genitaler Akte zu fördern (ebd.). Dieser Perspektivwechsel wird von Kleinplatz und Ménard (2007) unterstrichen, die anhand ihrer qualitativen Studie das Modell *optimaler Sexualität* herausarbeiten. Daraus resultierte, dass erfüllende Sexualität nicht zwingend mit vaginaler Penetration oder Orgasmus verknüpft sein muss. Vielmehr beschreiben sie acht zentrale Merkmale optimaler sexueller Erfahrungen, darunter Authentizität, Präsenz, Verbundenheit, Kommunikation, sexuelle und erotische Intimität, Vulnerabilität und Transzendenz. Diese Sichtweise betont, dass klinische Modelle, die Sexualität primär als funktional und zielgerichtet definieren, an der gelebten sexuellen Realität vieler Frauen vorbeigehen (Kleinplatz & Ménard, 2007).

Aktuelle empirische Forschungsergebnisse unterstützen alternative Formen der Sexualität. Yavuzkır et al. (2024) zeigen in einer quantitativen Studie, dass Frauen mit Vaginismus, die regelmässig nicht-penetrative sexuelle Aktivitäten ausüben, signifikant geringere Depressionswerte sowie ein erhöhtes sexuelles Wohlbefinden aufweisen. Diese Resultate widersprechen der verbreiteten Annahme, dass Penetration die Voraussetzung für sexuelle Erfüllung sei. Vielmehr verdeutlichen sie, dass sexuelle Lust und Befriedigung auch jenseits vaginaler Penetration möglich sind. Ein Befund, der die Relevanz eines vielfältigen, autonomen Verständnisses von Sexualität unterstreicht.

In qualitativen Studien (Ayling & Ussher, 2008) berichten Frauen mit Vulvodynie, dass sich ihr sexuelles Erleben erweiterte und vertiefte, sobald sie begannen, sich von penetrationszentrierten Normen zu lösen. Sie beschrieben eine Rückgewinnung von Lust, Körperautonomie und Selbstwirksamkeit, die sich in neuen Formen sexueller Intimität ausdrückte. Solche Erkenntnisse stützen feministische Ansätze, die auf eine Dekonstruktion heteronormativer Sexualskripte und auf die Anerkennung subjektiver sexueller Bedürfnisse und Ausdrucksformen zielen.

Tiefer (2002b) hebt hervor, dass es nicht Aufgabe einer Therapie sein könne, Penetrationsfähigkeit als universelles Ziel sexueller Gesundheit vorauszusetzen. Vielmehr müsse der Fokus auf einer kontextsensiblen und individuellen Auseinandersetzung mit

Lust, Intimität und sexueller Selbstbestimmung liegen. Sexuelle Praktiken sollten stets im Zusammenhang biografischer Erfahrungen, partnerschaftlicher Dynamiken und kultureller Einflüsse verstanden werden, anstatt sie als normatives Ideal zu behandeln.

In diesem Zusammenhang zeigen auch die qualitativen Tiefeninterviews von Cacchioni (2007, zit. n. Farrell & Cacchioni, 2012), dass viele Frauen mit sexuellen Schmerzen nicht in erster Linie nach Strategien zur Symptombeseitigung suchten, sondern stattdessen ihre Definition von „erfolgreichem Sex“ überdachten und neu formulierten. Diese Praxis wird als „queering sex“ bezeichnet. Dabei geht es nicht notwendigerweise um gleichgeschlechtliche Sexualität, sondern vielmehr um die bewusste Unterbrechung normativer heterosexueller Sexualpraktiken. Im Zentrum stehen sexuelle Erfahrungen, die Freude bereiten, ohne dass sie auf Penis-Vaginalverkehr beruhen müssen. Bemerkenswert ist, dass lediglich eine der interviewten Frauen eine solche Perspektive von medizinischer Seite nahegelegt bekam, während sie für viele ohne therapeutische Unterstützung zur bevorzugten Lösung wurde (ebd., S. 334).

Eine grundlegend alternative Herangehensweise an sexuelle Probleme wie Vaginismus findet sich in der existentiell-erfahrungsorientierten Sexualtherapie nach Kleinplatz (1998), die sich unter anderem auf die Arbeiten von Mahrer (1996) stützt. Im Gegensatz zu symptomzentrierten Verfahren, die auf die Wiederherstellung von Penetrationsfähigkeit fokussieren, geht dieser Ansatz davon aus, dass sexuelle Symptome Ausdruck unbewusster Konflikte, unausgesprochener Bedürfnisse oder existenzieller Verunsicherung sein können. Nicht das „Wieder-Funktionieren“ steht im Zentrum, sondern das vertiefte emotionale Erleben und die Auseinandersetzung mit individuellen Sinnfragen, Beziehungsdynamiken und psychischem Erleben (Mahrer, 1996, zit. n. Kleinplatz, 1998). Zentrale therapeutische Elemente sind dabei die Förderung von Authentizität, emotionaler Präsenz und Selbstbestimmung. Der Therapieprozess wird nicht durch manualisierte Interventionen strukturiert, sondern durch einen offenen, erlebensbasierten Dialog, in dem der Körper als Träger biografischer Bedeutung ernst genommen wird. Dieser Zugang steht im Einklang mit feministischen Zielsetzungen, die eine Abkehr vom normativen Ideal der Penetration fordern und stattdessen die Wiederherstellung von sexueller Selbstermächtigung und Lustfähigkeit ins Zentrum stellen (Tiefer, 2002a; Ussher, 2011).

Ein vertiefender Perspektivwechsel ergibt sich durch die Übertragung des Differenzierungskonzepts auf die sexualtherapeutische Arbeit mit Vaginismus. Shaw (1994) schlägt vor, Therapie nicht auf sexuelle Funktionalität zu reduzieren, sondern als Möglichkeit zu verstehen, Differenzierungsprozesse zu fördern. In Anlehnung an Schnarch (1991) meint Differenzierung die Fähigkeit, emotionale Nähe zuzulassen, ohne sich selbst

zu verlieren, präsent zu bleiben und sich gleichzeitig als autonomes sexuelles Subjekt zu erleben. Diese Haltung führt zu vier zentralen Zielrichtungen feministischer Therapie: Erstens wird sexuelle Kompetenz nicht als Verhalten (z. B. Penetration), sondern als Selbstkompetenz verstanden. Frauen sollen lernen, mit Ambivalenz und Begehren umzugehen, ohne sich funktional verfügbar zu machen. Zweitens wird Autonomie gegenüber Abhängigkeit betont: Die Vagina gehört allein der Frau. Jede Form der therapeutischen oder partnerschaftlichen Koalition gegen die Patientin gilt als normativ und potenziell übergriffig. Drittens stehen psychische und körperliche Grenzsetzung im Fokus: Vaginismus erscheint als Ausdruck unbewusster «Ich-Grenzen», die nicht durch Entspannungstechniken, sondern durch die Stärkung innerer Struktur transformiert werden können. Viertens wird auch die Differenzierungsfähigkeit der Therapeutin selbst als Ziel formuliert. Eine feministisch fundierte Therapie setzt voraus, dass auch die Fachperson in der Lage ist, eigene normative Vorstellungen zu reflektieren, Angst im Prozess auszuhalten und nicht vorschnell funktionale Lösungen zu forcieren. Diese Form der therapeutischen Haltung erlaubt es, Sexualität nicht als Leistung, sondern als Begegnung zu verstehen – eine Begegnung mit sich selbst und dem Gegenüber auf Basis von Wahlfreiheit, Resonanz und Subjektivität (Shaw, 1994; Schnarch, 1991).

Darüber hinaus verweist Kleinplatz auf das zirkuläre Modell von Basson (2000) und bestätigt zudem den kausalen Zusammenhang mit Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und anderen «Störungen» wie beispielsweise der fehlenden Lust. Geringe Erregung und mangelnde Lubrikation kann zu Schmerzen beim Sex führen, worauf man beim nächsten Mal weniger Lust hat (Kleinplatz, 2018). Basson (2000) weist sie darauf hin, dass der sexuelle Reaktionszyklus von Masters und Johnson (1970) nicht applizierbar ist auf die weibliche Sexualität und die Lust nicht gleichzusetzen mit der Erregung ist. Vielmehr ist der Kontext, Sicherheit und das Beziehungsleben ausschlaggebend. Kleinplatz (2018) geht noch einen Schritt weiter und weist auf die höher Nervendichte der Klitoris hin und dass die meisten Frauen aufgrund dessen keinen Orgasmus beim Vaginalverkehr haben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass feministische Therapie einen Paradigmenwechsel einleiten: weg von Anpassung und Pathologisierung, hin zu Anerkennung, Selbstdefinition und Vielfalt. Vaginismus wird in diesem Verständnis nicht als Defekt betrachtet, sondern als Möglichkeit, dominante Sexualnormen zu hinterfragen und neue, individuelle Wege von Lust, Nähe und sexueller Identität zu finden.

## **8 Ergebnisse**

Die bisherigen Kapitel haben zentrale Dimensionen von Vaginismus beleuchtet. Von der historischen und diagnostischen Entwicklung über psychodynamische und körperzentrierte Erklärungsansätze bis hin zu feministischen Perspektiven auf Sexualität, Therapie und gesellschaftliche Normierungen. Dabei wurde deutlich, dass Vaginismus nicht nur medizinisch oder psychologisch zu fassen ist, sondern in ein komplexes Geflecht aus körperlicher Reaktion, biografischer Erfahrung und kultureller Bedeutung eingebettet ist.

Im Zentrum der folgenden Ergebnisse steht daher die Frage, wie Vaginismus verstanden werden kann: Handelt es sich um eine behandlungsbedürftige Störung im klassischen Sinn oder eröffnet eine feministisch informierte Lesart neue, möglicherweise entpathologisierende Deutungsräume? Der Ergebnisteil greift zentrale Spannungsfelder auf, etwa zwischen Leidensdruck und Schutzreaktion, zwischen normativer Diagnose und subjektiver Bedeutung, zwischen therapeutischer Zielsetzung und gesellschaftlichem Anpassungsdruck. Ziel ist es, das Phänomen Vaginismus nicht abschliessend zu bewerten, sondern in seiner Vielschichtigkeit ernst zu nehmen, als körperlich, psychisch und kulturell sinnhaften Ausdruck.

### **8.1 Beantwortung der Fragestellungen**

Ausgehend von der übergeordneten Forschungsfrage, wie sich die Einordnung von Vaginismus im Verlauf des 19. bis 21. Jahrhunderts hinsichtlich Definition, Diagnose und Behandlung verändert hat und welche Bedeutung feministischen Perspektiven dabei zukommt, werden im Folgenden die zentralen Erkenntnisse der Arbeit zusammengeführt. Die Beantwortung der Fragestellungen orientiert sich dabei an den fünf formulierten Teilfragen, um die historische Entwicklung sowie die feministische Einordnung von Vaginismus differenziert zu reflektieren und kritisch zu bewerten. Die übergeordnete Forschungsfrage wird anschliessend beantwortet.

#### **8.1.1 Definition im Verlauf des 19. bis 21. Jahrhunderts**

##### **1. Wie hat sich die Definition von Vaginismus über die Zeit zwischen dem 19. und 21. Jahrhundert verändert?**

Die Definition von Vaginismus hat sich zwischen dem 19. und 21. Jahrhundert tiefgreifend verändert. Während im 19. Jahrhundert vorwiegend körperliche Erklärungen dominierten, entwickelte sich das Verständnis im Laufe der Zeit hin zu einem biopsychosozialen Konzept, das emotionale, kognitive und gesellschaftliche Aspekte einbezieht.

Im 19. Jahrhundert wurde Vaginismus zunächst als organisch bedingte Störung beschrieben. James Marion Sims definierte das Phänomen als übermässige Sensibilität und unwillkürliche Kontraktion des Vaginalsphinkters, die bereits durch minimale Reize ausgelöst werde (Sims, 1866). Diese Definition betonte ausschliesslich körperliche Reaktionen und verortete die Ursache in einer pathologischen Reizbarkeit der vaginalen Muskulatur. Weitere medizinische Stimmen jener Zeit, wie etwa Edis (1882), beschrieben Vaginismus im Kontext moralischer und hygienischer Deutungen, etwa im Zusammenhang mit Masturbation oder sexueller Unerfahrenheit, wodurch das Störungsverständnis stark normativ geprägt war.

Im frühen 20. Jahrhundert verschob sich der Fokus auf psychodynamische Erklärungen. In der psychoanalytischen Tradition wurde Vaginismus als Ausdruck unbewusster innerpsychischer Konflikte verstanden. Musaph (1977, zitiert in Drenth, 1988) interpretierte die vaginale Verkrampfung als regressiven Rückzug in frühkindliche Entwicklungsphasen oder als symbolischen Ausdruck verdrängter Aggression. Auch Vorstellungen von Penisneid, ödipaler Ambivalenz oder weiblicher Passivitätsverweigerung flossen in diese Modelle ein. In dieser Phase blieb die Definition eng an theoretische Konzepte gebunden, die das Phänomen als psychosexuelle Störung innerhalb der Persönlichkeitsstruktur betrachteten (Drenth, 1988).

Ab den 1960er-Jahren entwickelte sich ein verhaltenstherapeutisches Verständnis von Vaginismus. Die Begriffsbestimmung verlagerte sich auf die Beschreibung gelernter Angstreaktionen. Kaplan (1974) definierte Vaginismus als Folge eines Teufelskreises aus Schmerzangst, muskulärer Anspannung und Vermeidungsverhalten. Der Spasmus galt dabei nicht länger als primäre Ursache, sondern als Resultat psychischer Prozesse wie negativer Vorerfahrungen, Scham oder sexueller Angst. Damit wurde Vaginismus zunehmend als erlerntes und aufrechterhaltenes Reaktionsmuster begriffen.

Im 21. Jahrhundert wandelte sich die Definition erneut, weg von körperlichen Fehlfunktionen hin zu einem ganzheitlicheren Verständnis. Forschungsarbeiten betonten, dass der traditionell zentrale Begriff des „Muskelspasmus“ empirisch kaum objektivierbar sei (Lahaie et al., 2010; Weijmar Schultz et al., 2005). Stattdessen trat das Zusammenspiel aus Schmerzangst, emotionalem Rückzug, phobischer Vermeidung und psychosomatischer Schutzreaktionen in den Vordergrund. Vaginismus wird heute zunehmend als komplexes Phänomen verstanden, das biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren integriert. Das aktuelle Verständnis stellt somit nicht mehr ausschliesslich die körperliche Reaktion in den Mittelpunkt, sondern auch die subjektive Bedeutung und das individuelle Erleben der Betroffenen.

Feministische Perspektiven kritisieren allerdings, dass auch moderne Definitionen oft normativ auf Penetrationsfähigkeit fokussiert bleiben und emotionale, lustbetonte sowie selbstermächtigende Aspekte weiblicher Sexualität weiterhin marginalisiert werden (Kleinplatz, 1998; Tiefer, 2002; Nicolson, 1993).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Definition von Vaginismus historisch von einer körperlich-medizinischen hin zu einer biopsychosozialen, subjektbezogenen Perspektive entwickelt hat. Diese Entwicklung reflektiert nicht nur veränderte wissenschaftliche Paradigmen, sondern auch einen erweiterten Blick auf weibliche Sexualität, Körperlichkeit und emotionale Prozesse.

### **8.1.2 Diagnose im Verlauf des 19. bis 21. Jahrhunderts**

#### **2. Inwiefern hat die historische Entwicklung vom 19. bis zum 21. Jahrhundert die Diagnostik von Vaginismus beeinflusst?**

Die diagnostische Erfassung von Vaginismus ist eng mit den jeweiligen historisch-kulturellen Konzepten weiblicher Sexualität und Pathologie verwoben und wurde über die Jahrhunderte hinweg grundlegend transformiert. Im 19. Jahrhundert wurde Vaginismus nicht als eigenständige Störung begriffen, sondern als unspezifisches Symptom innerhalb der weit gefassten und kaum definitorisch stabilen Kategorie weiblicher Hysterie verstanden. Diese galt als universelle Erklärung für körperliche, emotionale oder sexuelle Auffälligkeiten, die medizinisch nicht anders einzuordnen waren (Gilman, 1993; Jeng, 2004; Tasca et al., 2012). Diagnostische Zugänge orientierten sich primär an mechanistisch-anatomischen Modellen. Die vaginale Penetrationsverweigerung wurde häufig auf Fehlbildungen des Hymens oder Verengungen zurückgeführt, was zu invasiven Interventionen wie Hymenektomien oder Dilatationen führte (Sims, 1866). Bereits die körperliche Reaktion auf gynäkologische Untersuchungen wurde zur Diagnostik herangezogen, wobei Widerstand, Rückzugsverhalten oder Schmerzäusserungen pathologisiert wurden.

Mit dem Beginn des 20. Jahrhunderts veränderte sich der diagnostische Zugang durch die Rezeption psychoanalytischer Theorien. Sigmund Freud interpretierte körperliche Symptome bei Frauen, einschliesslich vaginistischer Reaktionen, als Ausdruck unbewusster psychischer Konflikte. In dieser Tradition wurde Vaginismus etwa als Folge ungelöster ödipaler Konflikte, als symbolischer Akt weiblicher Aggression oder als Abwehr gegen sexuelle Impulse verstanden (Freud, 1918; Musaph, 1977, zitiert in Drenth, 1988). Diagnostisch rückte damit die psychosexuelle Biografie in den Mittelpunkt, körperliche Symptome galten nun als somatische Manifestationen innerseelischer Spannungen.

Dennoch blieben die Kriterien vage, und objektive Verfahren zur Erfassung der Symptomatik fehlten.

Erst mit der Etablierung der Sexualtherapie durch Masters und Johnson (1970) wurde ein empirisch fundierter diagnostischer Rahmen geschaffen. Sie beschrieben Vaginismus als unwillkürliche Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur, beobachtet unter anderem durch das reflexhafte Zusammenpressen der Oberschenkel oder das Verlassen der Untersuchungsliege. Kaplan (1974) ergänzte diese Perspektive durch die Betonung der Schmerzangst und prägte das diagnostische Konzept des „Dichtmachens“ als Ausdruck konditionierter Vermeidung. In dieser Phase wurden erstmals strukturierte klinische Interviews eingeführt, die auch psychologische und partnerschaftliche Faktoren erfassten. Mit der Lamont-Klassifikation (1978) erfolgte zudem eine Differenzierung in vier Schweregrade, basierend auf muskulären und psychovegetativen Reaktionen. Pacik (2014) ergänzte später eine fünfte Stufe, um extreme Angstsymptomatik wie Dissoziation oder Erbrechen zu erfassen.

Mit dem DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) wurde Vaginismus erstmals als eigenständige psychogene sexuelle Funktionsstörung unter dem Begriff „Psychosexual Dysfunctions“ klassifiziert. Im DSM-IV (1994) und DSM-IV-TR (2000) wurde es unter dem Code 302.76 geführt und als unwillkürlicher Spasmus des äusseren Drittels der Vagina beschrieben, der Penetration verhindert oder erschwert. Parallel dazu führte die ICD-10 (WHO, 1992) zwei separate Klassifikationen: F52.5 für psychogenen bzw. funktionellen Vaginismus sowie N94.2 für organisch bedingten Vaginismus.

Im 21. Jahrhundert wurde die ursprüngliche Annahme eines generalisierten Muskelspasmus zunehmend infrage gestellt. Studien zeigten, dass ein vaginaler Muskelspasmus bei weniger als 30 % der klinisch diagnostizierten Patientinnen objektiv nachweisbar war (Reissing et al., 2004). Die Diagnostik verlagerte sich daher hin zu einem biopsychosozialen Paradigma, das körperliche, emotionale, kognitive und soziale Aspekte berücksichtigt. Neben klinischen Gesprächen und körperlichen Untersuchungen kamen zunehmend standardisierte Instrumente zum Einsatz. Der Female Sexual Function Index (FSFI; Rosen et al., 2000) erlaubt eine strukturierte Erfassung von Lust, Erregung, Orgasmusfähigkeit, Schmerzen und sexueller Zufriedenheit. Der Vaginal Penetration Cognition Questionnaire (VPCQ; Klaassen & ter Kuile, 2009) hingegen fokussiert auf kognitive Schemata wie Schmerzantizipation, Kontrollverlust, Scham und Katastrophisierung. Diese Fragebögen ergänzen die körperliche Untersuchung um subjektzentrierte Perspektiven und ermöglichen eine individualisierte Diagnostik.

Zur körperlichen Erfassung vestibulärer Schmerzen wurde der Q-Tip-Test eingeführt, bei dem durch gezielten leichten Druck auf verschiedene vulväre Areale die Schmerzreaktion erhoben wird (Meana & Binik, 2022). Ergänzend ermöglichen Verfahren wie die

Oberflächen-Elektromyographie eine Beurteilung der Beckenbodenaktivität, obwohl deren diagnostischer Nutzen aufgrund uneinheitlicher Ergebnisse weiterhin umstritten ist (Yaraghi et al., 2019). Diese Verfahren kommen vor allem in gynäkologischen, sexualmedizinischen oder interdisziplinären Settings zur Anwendung. Die Diagnose wird in der Regel von Gynäkolog:innen, Psychotherapeut:innen, Sexualtherapeut:innen oder interdisziplinären Teams gestellt, wobei zunehmend ein multimodales Vorgehen empfohlen wird (Crowley et al., 2009).

Ein bedeutender Wandel erfolgte mit der Einführung des DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), das die bisherigen Diagnosen Vaginismus und Dyspareunie zur Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung (GPPPD) zusammenführte. Das vormals zentrale Kriterium des Muskelspasmus wurde gestrichen, da es empirisch nicht valide war (Lahaie et al., 2010; Weijmar Schultz et al., 2005). Stattdessen basiert die Diagnose auf vier Kriterien: Penetrationsschwierigkeiten, Schmerzen, übermässiger Muskelanspannung und ausgeprägter Angst. Das Vorliegen eines dieser Symptome genügt zur Diagnosestellung. Die ICD-11 (WHO, 2022) folgt diesem Paradigma und führt Vaginismus unter dem Code HA20.Z als „Sexuelle Schmerz-Penetrationsstörung, nicht spezifiziert“. Der Begriff „Vaginismus“ ist darin nicht mehr als eigenständige Diagnose enthalten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Diagnostik von Vaginismus über die Jahrhunderte von einer objektzentrierten und moralisch geprägten Beurteilung zu einem mehrdimensionalen, biopsychosozial ausgerichteten Zugang entwickelt hat. Während Hysterie und moralische Normen im 19. Jahrhundert dominierend waren, verlagerten sich die Schwerpunkte im 20. Jahrhundert auf psychodynamische Erklärungen und später auf verhaltenstherapeutische Modelle. Im 21. Jahrhundert ermöglichen differenzierte Klassifikationen (DSM-5, ICD-11), psychometrische Verfahren (FSFI, VPCQ) und multimodale Zugänge (Q-Tip-Test, EMG, Anamnese) eine individualisierte und subjektorientierte Erfassung. Dennoch bleibt die Diagnose in Teilen normativ auf Penetrationsfähigkeit fokussiert und bedarf einer kritisch-reflexiven Weiterentwicklung.

Eine Übersicht zur historischen Entwicklung der Diagnostik, der zugehörigen Klassifikationen und der feministischen Einordnung findet sich im Anhang in der Tabelle 5.

### **8.1.3 Behandlung vom 19. bis 21. Jahrhundert**

#### **3. Wie hat sich die Behandlung und deren Ziele von Vaginismus im Verlaufe der Zeit verändert?**

Die Behandlung von Vaginismus hat sich im Verlauf der Jahrhunderte grundlegend gewandelt, sowohl hinsichtlich der eingesetzten Methoden als auch der zugrunde liegenden therapeutischen Zielsetzungen (vgl. Tabelle 6 im Anhang). Während im 19. Jahrhundert körperliche Eingriffe dominierten, setzte sich im 20. Jahrhundert zunehmend ein

psychodynamisches und verhaltenstherapeutisches Verständnis durch. Im 21. Jahrhundert etablieren sich vermehrt integrative, biopsychosoziale Ansätze, die neben biologischen auch psychische, relationale und gesellschaftliche Dimensionen einbeziehen.

Im 19. Jahrhundert wurde Vaginismus vorwiegend als organisch-mechanische Fehlfunktion verstanden. Ärztliche Pioniere wie James Marion Sims behandelten betroffene Frauen mit chirurgischen Eingriffen wie Hymenektomien oder Vestibulotomien sowie durch manuelle Vaginaldilatation. Diese Verfahren zielten ausschliesslich auf die Wiederherstellung der Penetrationsfähigkeit ab. Eine systematische Evaluation ihrer Wirksamkeit lag nicht vor, vielmehr beruhten Aussagen über den Therapieerfolg auf subjektiven Beobachtungen und normativen Erwartungen an eheliche Koitusfähigkeit (Sims, 1866; Drenth, 1988; Reissing et al., 2014). Ergänzt wurden diese Verfahren durch pharmakologische Sedierung mit Opium oder Beruhigungsmitteln, wobei auch hier keine kontrollierte Wirkungserhebung vorlag. Einzelne Berichte dokumentierten erfolgreiche Schwangerschaften durch künstliche Insemination, deren Zielsetzung sich allein auf die Ermöglichung von Reproduktion beschränkte, nicht aber auf die Behandlung des Leidens oder der sexuellen Funktionsfähigkeit (Drenth, 1988; Kleinplatz, 2018; Van De Wiel et al., 1990).

Im 20. Jahrhundert verlagerte sich die Perspektive zunehmend auf psychische Erklärungsmodelle. Die psychoanalytische Deutung verstand Vaginismus als Ausdruck unbewusster Konflikte, beispielsweise im Zusammenhang mit Sexualmoral, Schuld oder kindlichen Entwicklungsphasen. Das therapeutische Ziel bestand in der Aufarbeitung dieser innerpsychischen Konflikte durch Bewusstmachung und Deutung, während körperliche Aspekte kaum berücksichtigt wurden (Freud, 1918; Nicolson, 1993). Verhaltenstherapeutische Ansätze wie die systematische Desensibilisierung nach Wolpe (1968) legten den Fokus auf das Verlernen der Angstreaktion, beispielsweise durch graduelle Exposition gegenüber angstausslösenden sexuellen Reizen in Kombination mit Entspannungstechniken. Diese Methoden zeigten hohe Erfolgsquoten und wurden teilweise auch kontrolliert untersucht (Lahaie et al., 2010). Einen weiteren Meilenstein bildete die Sexualtherapie nach Masters und Johnson (1970), die als erste empirisch fundierte Methode körperliche und partnerschaftliche Ebenen in ein strukturiertes Therapiekonzept integrierte. Zentrale Techniken wie das Sensate Focus Training ermöglichten eine stufenweise Annäherung an sexuelle Intimität ohne Leistungsdruck. Auch diese Methode wurde empirisch gestützt und verzeichnete hohe Erfolgsquoten, insbesondere bei konsequenter Anwendung (Reissing et al., 2004). Die von Helen Singer Kaplan (1974) entwickelte psychodynamische Kurzzeittherapie kombinierte verhaltenstherapeutische Strategien mit psychodynamischer Reflexion und berücksichtigte erstmals auch partnerschaftliche Dynamiken. Parallel dazu wurden komplementäre

Verfahren wie die Hypnotherapie eingesetzt, mit dokumentierten Erfolgsraten von bis zu 88 % (Fuchs, 1973), die auch in kontrollierten Follow-up-Erhebungen überprüft wurden.

Im 21. Jahrhundert zeichnet sich eine zunehmende Pluralisierung und Individualisierung therapeutischer Zugänge ab. Medizinische Verfahren wie Botulinumtoxin-Injektionen in Kombination mit Dilatoren zielen auf eine kurzfristige Muskelentspannung und ermöglichen in etwa 80 % der Fälle Penetration, wurden jedoch bislang nicht durch randomisierte kontrollierte Studien abgesichert (Pacik & Geletta, 2017). Die Beckenbodenphysiotherapie zeigt mit Erfolgsquoten von 93 % (Yaraghi et al., 2019) eine der höchsten Wirksamkeiten und basiert auf kontrollierten Studien. Psychotherapeutische Verfahren wie die kognitive Verhaltenstherapie, Akzeptanz- und Commitment-Therapie oder Schematherapie zielen auf die Veränderung belastender Kognitionen, den Aufbau eines positiven Selbstkonzepts und die Regulation emotionaler Reaktionen. Eine Studie von Engman et al. (2010) zeigte bei 81 % der behandelten Frauen erfolgreiche Penetration, jedoch berichteten lediglich 6 % von schmerzfreier Penetration mit gleichzeitigem Erleben von Lust, was auf die weiterhin dominante Ausrichtung an funktionalen Kriterien verweist. Auch digitale Interventionen auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis wie HelloBetter erzielen mit 49 % Erfolgsrate moderate Ergebnisse (Ebert et al., 2022), wobei randomisierte kontrollierte Studien vorliegen.

Neben diesen Ansätzen gewinnen körperzentrierte sexualtherapeutische Verfahren wie Sexocorporel zunehmend an Bedeutung. Diese Methode zielt auf die Reorganisation des Körpererlebens, die Förderung sexueller Rezeptivität und die bewusste Atmung und Bewegung ab, wobei bislang keine systematischen Evaluationen vorliegen (Bischof, 2010). Achtsamkeitsbasierte Verfahren zeigen laut Brotto (2013) und Rosenbaum (2011) positive Effekte auf emotionale Regulation, Selbstwahrnehmung und sexuelles Wohlbefinden. Studien berichten über eine erhöhte subjektive Zufriedenheit, die jedoch in ihrer Erfolgsmessung weniger auf Penetration als auf eine ganzheitliche Verbesserung der sexuellen Lebensqualität fokussieren. Das multimodale Behandlungskonzept nach Kiremitli et al. (2022), das Entspannungsverfahren, Beckenbodenübungen, Dilatation, Partnerarbeit und Psychoedukation integriert, erzielt mit Erfolgsquoten von bis zu 93 % ebenfalls beachtliche Resultate und orientiert sich explizit an einem biopsychosozialen Modell.

Insgesamt ist ein Wandel von monodisziplinären und mechanistisch orientierten Verfahren hin zu integrativen, auf subjektive Bedeutung und Beziehungskontexte bezogenen Behandlungskonzepten zu beobachten. Während das Ziel der Penetrationsfähigkeit weiterhin eine Rolle spielt, erweitern viele moderne Verfahren ihren Fokus auf Selbstbestimmung, emotionale Sicherheit und lustvolles sexuelles Erleben. Die historische Entwicklung spiegelt somit nicht nur den medizinischen Fortschritt, sondern auch einen Paradigmenwechsel im Verständnis weiblicher Sexualität und ihrer Störungen wider.

## 8.1.4 Definition und Diagnose aus feministischer Perspektive

### 4. Wie werden Definition und Diagnose von Vaginismus aus feministischer Perspektive bewertet?

«Great sex in no way resembles functional sex, and as our participants pointed out repeatedly, it is also quite different from good or even very good sex.» (Kleinplatz & Ménard, 2007, S. 76)

Aus feministischer Perspektive wird die Definition und Diagnose von Vaginismus grundsätzlich als Ausdruck patriarchal geprägter Sexualnormen kritisiert. Feministische Theoretikerinnen wie Leonore Tiefer (2002a), Annie Potts (2002), Peggy Kleinplatz (1998, 2018) und Jane Ussher (2011) betonen, dass der medizinische Diskurs Vaginismus vornehmlich als sexuelle Funktionsstörung versteht, die eine Penetrationsunfähigkeit aufgrund muskulärer Verkrampfungen beschreibt. Diese symptomorientierte und funktionalistische Definition basiert jedoch auf einem normativen Verständnis von Sexualität, das Penetration als zentralen Bestandteil weiblicher Sexualgesundheit voraussetzt.

Annie Potts' Konzept des Koitalimperativs zeigt beispielhaft, wie stark medizinische und gesellschaftliche Diskurse Penetration als Maßstab für „richtige“ Sexualität verankern. Innerhalb dieser Logik erscheint Vaginismus als Ausdruck eines Defizits, nicht aber als mögliche körperliche oder psychosomatische Reaktion auf kulturelle Erwartungen. Feministische Autorinnen kritisieren daher, dass mit der Diagnose eine Norm reproduziert wird, die heteronormative, penetrationszentrierte Vorstellungen über weibliche Sexualität verfestigt.

Diese Kritik wird durch Peggy Kleinplatz vertieft, die das gesamte Konzept sexueller „Funktionalität“ infrage stellt. Sie betont, dass viele Frauen mit Vaginismus ein intaktes sexuelles Begehren erleben, jedoch in einer Form, die nicht den kulturellen Erwartungen entspricht. In ihrer Sicht ist Vaginismus nicht Ausdruck eines Mangels, sondern ein möglicher körperlich-symbolischer Akt der Selbstbestimmung: Der Körper verweigert nicht Sexualität an sich, sondern die normierte Form, in der sie gesellschaftlich eingefordert wird.

Diese Perspektive findet sich auch bei Stephen Keen (1979) und Ussher (2011) wieder. Keen spricht von einem „verkörperten Nein“, das sich über den Körper ausdrücken kann, wenn sprachliche oder soziale Artikulation erschwert ist. Ussher verweist darauf, dass viele Frauen Symptome wie Vaginismus internalisieren, weil sie glauben, einer

gesellschaftlichen Norm nicht zu genügen – eine Vorstellung, die therapeutisch bewusst aufgelöst werden müsse.

Auch die aktuelle Klassifikation im DSM-5 steht unter feministischer Kritik. Die Zusammenführung von Vaginismus mit Dyspareunie zur Diagnose „Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder (GPPPD)“ wird von feministischen Forscher:innen als problematisch bewertet, da dadurch spezifische psychodynamische und psychosoziale Bedeutungen des Vaginismus verwischt werden (Koops & Briken, 2021). Die Diagnose bleibt funktional ausgerichtet und legitimiert Behandlungen, die sich an der Wiederherstellung penetrativer Sexualität orientieren – und nicht am subjektiven Erleben der Betroffenen.

Feministische Autorinnen fordern daher ein alternatives Verständnis, das Vaginismus nicht als Störung, sondern als Ausdruck einer subjektiv sinnhaften körperlichen Reaktion auf Überforderung, Normierungsdruck oder partnerschaftliche Konflikte begreift. Anstelle einer Pathologisierung rufen sie zu einer Kontextualisierung der Symptome auf, die biografische, emotionale und kulturelle Aspekte einbezieht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass feministische Perspektiven die Definition und Diagnose von Vaginismus nicht nur als medizinische Klassifikation, sondern als Ausdruck gesellschaftlicher Machtverhältnisse verstehen. Die Forderung nach einer entpathologisierenden, subjektorientierten und kontextsensiblen Sichtweise stellt dabei einen zentralen Beitrag zur Erweiterung medizinischer und therapeutischer Praxis dar (vgl. Tabelle 5 im Anhang).

### **8.1.5 Behandlungsformen und -ziele aus feministischer Perspektive**

#### **5. Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus der historischen Entwicklung und der feministischen Kritik für ein erweitertes Verständnis und eine zeitgemässe Behandlung von Vaginismus ziehen?**

Die historische Entwicklung der Behandlung von Vaginismus zeigt deutlich, dass sich medizinische Konzepte lange Zeit an patriarchalen und funktionalistischen Sexualnormen orientierten. Vom 19. Jahrhundert bis weit ins 20. Jahrhundert standen körperlich-invasive Massnahmen wie Hymenektomien, mechanische Vaginaldilatationen und später auch pharmakologische Interventionen im Vordergrund. Diese zielten vorrangig darauf ab, den weiblichen Körper auf penetrativen Geschlechtsverkehr vorzubereiten und ihn funktional in heteronormative Sexualitätskonzepte einzugliedern (Sims, 1861, zit. nach Reissing et al., 2014; Bergeron et al., 2015). In psychoanalytischen Ansätzen wurde Vaginismus zwar als

Ausdruck innerpsychischer Konflikte verstanden, doch blieb auch hier die normative Orientierung an Defiziten und Störungserzählungen erhalten (van de Wiel et al., 1990).

Obwohl verhaltenstherapeutische Methoden ab den 1970er-Jahren vermehrt Körper- und Paarebene integrierten (Kaplan, 1979; Masters & Johnson, 1970), blieb das vorrangige Ziel häufig die Ermöglichung schmerzfreien vaginalen Geschlechtsverkehrs. Auch in gegenwärtigen sexualmedizinischen Behandlungsansätzen, etwa bei der Anwendung von Botulinumtoxin (Pacik, 2017) oder Beckenbodenphysiotherapie (Reissing et al., 2014) bleibt Penetration häufig das implizite Therapieziel.

Feministische Autor:innen wie Tiefer (2002a), Nicolson (1993), Kleinplatz und Ménard (2007) kritisieren jedoch diese funktionalistische Engführung. Sie plädieren für eine Neudefinition sexueller Gesundheit, die nicht auf Penetration, sondern auf Selbstbestimmung, Intimität, emotionale Sicherheit und körperliche Autonomie basiert. Diese Kritik wird auch durch Brotto und Basson (2014) gestützt, die mit ihrem achtsamkeitsbasierten Therapieansatz gezielt darauf abzielen, Körperempfindungen wertfrei wahrzunehmen und eigene Grenzen zu spüren. Rosenbaum (2011) ergänzt diese Perspektive durch ein selbst erstelltes Programm, das schrittweise Angstzustände reduziert, indem diese achtsam wahrgenommen werden.

Sexualtherapie, die diesen Anforderungen gerecht werden will, muss nicht nur symptombezogen, sondern auch kontextbezogen arbeiten. Sie hat die biografische Bedeutung von Symptomen zu verstehen, die sozialen und kulturellen Skripte zu reflektieren, welche sexuelles Verhalten normieren, und sie muss Raum schaffen für alternative Ausdrucksformen jenseits von Penetration und Reproduktion (Kleinplatz, 2018; Tiefer, 2000; Ussher, 2011; Riegler, 2020). Die Differenzierungstheorie nach Shaw (1994) bietet hier eine alternative Lesart: Vaginismus nicht als Mangel, sondern als Signalfunktion psychosexueller Autonomie zu verstehen.

Diese Ergebnisse legen nahe, dass Therapieziele nicht universalistisch, sondern individuell verhandelt werden sollten. Vaginismus kann somit nicht mehr als blosses Therapieziel der Penetrationsfähigkeit verstanden werden, sondern als Ausgangspunkt für eine tiefergehende Reflexion sexueller Identität, Beziehungserfahrung und körperlicher Selbstbestimmung. Dies stellt hohe Anforderungen an Diagnostik, Therapiedesign und therapeutische Haltung und fordert ein Umdenken in der sexualmedizinischen Ausbildung und Praxis.

Feministische Theorie und körperorientierte Therapieverfahren wie Sexocorporel (Bischof, 2010), existentiell-erfahrungsorientierte Sexualtherapie (Kleinplatz, 1998) und achtsamkeitsbasierte Ansätze (Brotto & Basson, 2014; Rosenbaum (2011) bieten hier wichtige Impulse. Sie eröffnen neue Räume für ein Therapieverständnis, das den Körper

nicht normiert, sondern ernst nimmt, als Ort des Wissens, der Grenze und der Selbstbehauptung.

### **8.1.6 Beantwortung der leitenden Forschungsfrage**

#### **Wie haben sich Definition, Diagnose und Behandlung von Vaginismus zwischen dem 19. und dem 21. Jahrhundert verändert, und welche Sichtweisen vertreten feministische Perspektiven in Bezug auf dieses Phänomen?**

Die Auseinandersetzung mit Vaginismus hat sich historisch von einer körperlich-funktionalistischen zu einer biopsychosozial und zunehmend feministischen Perspektive verschoben. Im 19. Jahrhundert dominierten organisch orientierte Erklärungsansätze. Vaginismus wurde etwa als lokalisierbare Genitalüberempfindlichkeit verstanden und mit chirurgischen Eingriffen wie Hymenektomien oder Vaginaldilatationen behandelt (Sims, 1866; Drenth, 1988). Weibliche Sexualität wurde dabei primär im Kontext von Reproduktion und Penetrationsfähigkeit verortet, während subjektives Erleben und affektive Dimensionen unbeachtet blieben (Bergeron et al., 2015).

Im frühen 20. Jahrhundert prägten psychoanalytische Theorien das Verständnis von Vaginismus. Das Symptom wurde als Ausdruck unbewusster Konflikte interpretiert – etwa als Reaktion auf ungelöste ödipale Dynamiken oder verdrängte Aggressionen gegenüber Männern (Musaph, 1977). Die Behandlung zielte entsprechend auf die Bearbeitung intrapsychischer Konflikte. Erst mit dem Aufkommen sexualtherapeutischer Verfahren in den 1960er- und 1970er-Jahren, insbesondere durch die Arbeiten von Masters und Johnson (1970) sowie Kaplan (1979), kam es zu einem Paradigmenwechsel. Der Körper wurde nun nicht mehr nur als Projektionsfläche psychischer Konflikte, sondern als aktiv zu trainierendes System begriffen. Mit Techniken wie Sensate Focus, systematischer Desensibilisierung und Vaginaldilatation wurden konkrete Interventionen zur Penetrationsfähigkeit entwickelt (van de Wiel & Drenth, 1984).

Auch die manualdiagnostische Klassifikation wandelte sich im Verlauf der Zeit. In früheren Versionen des DSM (z. B. DSM-IV-TR) galt der unwillkürliche Muskelspasmus der Vaginalmuskulatur als zentrales Kriterium für die Diagnose Vaginismus (American Psychiatric Association, 2000). Dieses Kriterium wurde jedoch zunehmend in Frage gestellt, da es sich klinisch nur selten objektiv nachweisen liess (Reissing et al., 2004). Mit der Einführung des DSM-5 wurde der Spasmusbegriff fallengelassen und durch breitere Kriterien ersetzt. Die neu eingeführte Diagnose *Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder* (GPPPD) umfasst neben Penetrationsschwierigkeiten auch phobisches Vermeidungsverhalten, Angst und eine mögliche Anspannung der Beckenbodenmuskulatur (American Psychiatric Association, 2013). Diese Änderung reflektiert den Übergang zu einem biopsychosozialen Störungsverständnis (Lahaie et al., 2010).

Feministische Perspektiven kritisieren die historischen und teilweise auch gegenwärtigen Behandlungsansätze als normorientiert und koitalzentriert. Die Fixierung auf Penetrationsfähigkeit als therapeutisches Ziel reproduziere den Koitalimperativ und marginalisiere alternative Formen weiblicher Sexualität (Tiefer, 2002a; Ussher, 2011). Therapeutische Erfolge würden dadurch häufig an heteronormativen Leistungsstandards gemessen, anstatt subjektives Lustempfinden, emotionale Sicherheit oder körperliche Selbstbestimmung in den Fokus zu rücken (Kleinplatz, 2018)

Feministische und psychodynamische Ansätze eröffnen darüber hinaus die Möglichkeit, Vaginismus nicht ausschliesslich als pathologisches Versagen, sondern als bedeutungstragenden Ausdruck innerer und gesellschaftlicher Konflikte zu deuten. In dieser Perspektive kann das vaginale Vermeidungsverhalten als Schutzfunktion gegen erlebte oder antizipierte Grenzverletzungen verstanden werden, eine somatische Artikulation von Angst, Überforderung oder Nichtübereinstimmung mit normativen Weiblichkeitsanforderungen (Koops & Briken, 2021; Bischof, 2010). Der Körper verweigert nicht wahllos, sondern dort, wo sprachliche Artikulation fehlt oder gesellschaftliche Zuschreibungen das Subjekt überformen. Vaginismus kann somit auch als Widerstand gegen ein übergriffiges sexuelles Skript gelesen werden, das Fremdbestimmung über das eigene Begehren stellt (Ussher, 2011; Kleinplatz, 2018).

Die Symptome fungieren in dieser Lesart als sinnvolle Botschaften: Sie verweisen auf biografische Verletzungen, strukturelle Benachteiligungen und nicht integrierte Affekte. Eine moderne, feministisch informierte Sexualtherapie ist deshalb nicht auf "Normalisierung" im funktionalistischen Sinne ausgerichtet, sondern sucht nach Bedeutungsräumen, in denen Sexualität, Lust und körperliche Selbstbestimmung neu verhandelt werden können. Die Integration körpertherapeutischer, achtsamkeitsbasierter und relationaler Verfahren trägt dazu bei, den Körper nicht als Problem, sondern als Ressource und Ausdrucksmittel subjektiver Wahrheit zu begreifen (Bischof, 2010; Kleinplatz, 2018; Brotto & Basson, 2014; Rosenbaum, 2011).

## **9 Diskussion**

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass Definition, Diagnose und Behandlung von Vaginismus keine statischen Gegebenheiten sind, sondern Ausdruck historisch gewachsener, kulturell geprägter und geschlechtersoziologisch beeinflusster Sichtweisen auf weibliche Sexualität. Die analysierten historischen und feministischen Perspektiven werfen ein kritisches Licht auf bestehende Klassifikationen und fordern ein Umdenken von normativen Konzepten zugunsten subjektzentrierter, kontextsensibler Deutungsrahmen. In der folgenden Diskussion werden zunächst zentrale Ergebnisse der Analyse (Kapitel 8)

aufgegriffen und im Hinblick auf ihre Bedeutung für ein gegenwärtiges Verständnis von Vaginismus reflektiert. Dabei stehen zunächst die Entwicklung von Definition und Diagnose sowie die Behandlungspraxis im 21. Jahrhundert im Fokus. Ergänzt wird dies durch feministische Perspektiven auf Therapieziele und eine übergreifende Betrachtung der Frage, ob Vaginismus als Störung oder Stärke zu deuten ist.

Im Anschluss daran werden die Limitationen der vorliegenden Arbeit offengelegt, bevor zentrale Forschungsperspektiven und praxisbezogene Implikationen entwickelt werden. Abschließend werden im Sinne einer integrativen Zusammenfassung die zentralen Schlussfolgerungen formuliert.

Ziel der Diskussion ist es, die in Kapitel 8 dargestellten Ergebnisse kritisch zu kontextualisieren, in grössere theoretische Zusammenhänge einzuordnen und konkrete Schlussfolgerungen für Forschung und Praxis abzuleiten.

## **9.1 Reflexion der Ergebnisse**

### **9.1.1 Definition und Diagnose**

Die Analyse der Definition und Diagnose von Vaginismus über drei Jahrhunderte offenbart weniger eine lineare Entwicklung als vielmehr eine Abfolge von Verschiebungen diagnostischer Fokussierungen, die stets aufs Neue weibliche Sexualität normierten. Trotz unterschiedlicher medizinischer Paradigmen, von hysteriezentrierten Zuschreibungen im 19. Jahrhundert über psychoanalytische Erklärungen im 20. Jahrhundert bis hin zu biopsychosozialen Modellen der Gegenwart, bleibt ein zentrales diagnostisches Kriterium nahezu konstant: die Penetrationsfähigkeit als Marker „gesunder“ Sexualität.

Diese diagnostische Konstanz verweist auf eine strukturelle Normierung sexueller Praxis, die feministische Theoretikerinnen seit den 1990er-Jahren kritisieren (vgl. Tiefer, 2006; Kleinplatz, 1998). Die formale Veränderung von Klassifikationen, etwa durch die Einführung der GPPPD im DSM-5 (2013), hat diese Norm bislang nicht grundlegend in Frage gestellt. Vielmehr wurde die Symptomatik neu organisiert, jedoch ohne den zentralen Fokus auf penetrative Sexualität zu relativieren. Das von Reissing et al. (2014) beklagte Fehlen des Kriteriums „Penetration war nie möglich“ zeigt, dass die Subgruppe des lebenslangen Vaginismus zunehmend aus dem diagnostischen Raster zu fallen droht – mit potenziell gravierenden Folgen für Forschung, Therapie und Selbstverständnis der Betroffenen.

Gerade die historische Betrachtung macht deutlich, dass Diagnosen keine neutralen Abbildungen körperlicher Realitäten sind, sondern kulturell geprägte Konstrukte. Die jeweilige Klassifikation von Vaginismus spiegelt nicht nur den medizinischen Wissensstand,

sondern auch gesellschaftliche Vorstellungen von Weiblichkeit, Sexualität und Normalität wider. In diesem Sinn lässt sich diagnostische Entwicklung nicht nur als Fortschritt lesen, sondern auch als Reproduktion von historisch und kulturell geprägten Normen. Eine Einschätzung, die insbesondere von Vertreter:innen der „New View“-Kampagne geteilt wird (Tiefer, 2002a).

Eine kritische Konsequenz daraus ist die Notwendigkeit, zukünftige Diagnosen nicht nur symptomorientiert, sondern auch bedeutungssensibel zu gestalten. Diagnostik sollte anerkennen, dass Symptome wie Vaginismus nicht immer pathologisch, sondern auch als Ausdruck subjektiver Wahrheit, somatischer Selbstgrenzsetzung oder sozialer Überforderung zu verstehen sind. Die historische Perspektive liefert dafür nicht nur einen kontextualisierenden Hintergrund, sondern auch ein argumentatives Fundament für eine entpathologisierende, subjektzentrierte Sexualmedizin und der Zukunft.

Eine systematische Übersicht über die Entwicklung der diagnostischen Kriterien, historischen Einflüsse und feministischen Perspektiven findet sich im Anhang in der Tabelle 5. Sie veranschaulicht die beschriebenen Verschiebungen entlang dreier Jahrhunderte und zeigt, wie eng medizinische Diagnosen mit kulturellen Normen verflochten sind.

### **9.1.2 Behandlung und Zielorientierung des 21. Jahrhunderts**

Im 21. Jahrhundert kam die Multimodalität der Behandlung von Vaginismus zu tragen. Die von Reissing et al. (2003) beschriebene „Koalition des Vermeidens“, ein dynamisches Zusammenspiel aus Angst, Schmerz, Vermeidung und Bestärkung, verdeutlicht die Notwendigkeit eines multimodalen, angstlösenden Therapiezugangs, der körperliche, emotionale und relationale Ebenen gleichermassen adressiert.

Ein wesentlicher Vorteil des biopsychosozialen Modells liegt in seiner ganzheitlichen Sichtweise. Vaginismus wird nicht länger als rein körperliche oder psychische Fehlfunktion interpretiert, sondern als Ausdruck eines interaktiven Systems aus muskulären Spannungszuständen, kognitiv-emotionalen Bewertungen sowie partnerschaftlichen und gesellschaftlichen Kontexten (Engel, 1976). Dadurch rückt die Patientin in ihrer Vielschichtigkeit in den Mittelpunkt der Therapie. Behandlungsziele orientieren sich nicht nur an der Beseitigung der Symptome, sondern auch an der Wiederherstellung von sexueller Selbstwirksamkeit, emotionaler Sicherheit und körperlicher Integrität.

Ein weiterer zentraler Vorteil besteht in der Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die Behandlung von Vaginismus erfolgt heute idealerweise in Teams, die medizinische, psychotherapeutische, physiotherapeutische und sexualpädagogische Expertise vereinen. Diese Koordination ermöglicht einen fließenden Übergang zwischen körperlicher

Entspannung, kognitiver Restrukturierung und edukativer Vermittlung von Lust und Grenzwahrnehmung (Goldstein et al., 2005). Die Patientin profitiert von dieser multiprofessionellen Perspektive durch eine umfassende Begleitung, die sowohl rezeptive Körperprozesse als auch emotionale und relationale Aspekte abdeckt.

Trotz seiner inhaltlichen Stärke ist das biopsychosoziale Modell jedoch nicht frei von strukturellen und praktischen Herausforderungen. Die Umsetzung erfordert ein hohes Mass an Koordination zwischen verschiedenen Berufsgruppen, was im realen Versorgungssystem, insbesondere im ambulanten Bereich, häufig an Zeitmangel, fehlenden Netzwerken oder Finanzierungshürden scheitert. Die Etablierung multiprofessioneller Fallkonferenzen oder interdisziplinärer Versorgungszentren bleibt vielerorts noch Zukunftsmusik (McEvoy et al., 2024; Meana & Binik, 2022; Weijmar Schultz et al., 2005).

Darüber hinaus gestaltet sich die Evaluation komplexer Therapieverläufe oftmals schwierig. Da körperliche, psychische und soziale Fortschritte parallel verlaufen, sind klassische Messinstrumente nur bedingt geeignet, um therapeutische Effekte isoliert zu erfassen. Dies stellt insbesondere in der Forschung eine methodologische Herausforderung dar (Reissing et al., 2014).

Ein weiterer kritischer Punkt betrifft die Rollenverteilung im therapeutischen Prozess. Unterschiedliche Fachdisziplinen operieren mit unterschiedlichen Sprachen, Theorien und Prioritäten, was zu Missverständnissen oder widersprüchlichen Behandlungsstrategien führen kann. Ohne klare Abstimmung besteht die Gefahr von Redundanz oder Unklarheit gegenüber der Patientin, die dadurch verunsichert werden kann (Engman et al., 2010).

Nicht zuletzt ist das biopsychosoziale Modell auch in seiner praktischen Anwendung ressourcenintensiv. Es erfordert Zeit, personelle Kontinuität und die Bereitschaft, sich auf nichtlineare Verläufe einzulassen. Gerade im Kontext von Leistungsträgern und standardisierten Versorgungspfaden stellt dies eine systemische Hürde dar.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das biopsychosoziale Modell im 21. Jahrhundert einen bedeutenden Fortschritt in der Behandlung von Vaginismus darstellt. Es trägt zu einer deutlich verbesserten Versorgung von Patientinnen bei, die sich lange Zeit zwischen körperlicher Reduktion und psychologischer Moralisierung verloren sahen. Dennoch bedarf seine Umsetzung klarer struktureller Voraussetzungen, um das volle Potenzial dieser Theorie in der klinischen Praxis entfalten zu können.

Für die Praxis bedeutet dies, dass therapeutische Zugänge zu Vaginismus kontextsensibler, achtsamkeitsbasierter und weniger normativ gestaltet werden sollten. Statt eines rein funktionalistischen Verständnisses von Sexualität bedarf es einer Haltung, die Selbstbestimmung, emotionale Sicherheit und körperliche Autonomie der Betroffenen respektiert und fördert.

Besonders körperzentrierte und achtsamkeitsbasierte Verfahren, wie Sexocorporel, traumasensible Psychotherapie oder achtsamkeitsbasierte Sexualtherapie, eröffnen neue Zugänge. Sie bieten die Möglichkeit, den Körper als Ressource zu verstehen, statt ihn nur zu „reparieren“ (Bischof, 2010; Brotto, 2013; Rosenbaum, 2011). Dabei ist es entscheidend, keine normativen Therapieziele, wie schmerzfreie Penetration, vorauszusetzen, sondern gemeinsam mit der betroffenen Person herauszufinden, was für sie sexuelle Gesundheit und lustvolle Sexualität bedeutet.

Dies erfordert wiederum eine stärkere Verankerung dieser Haltungen in der Ausbildung sexualtherapeutisch tätiger Personen. Eine normkritische, diversitätssensible und körperbasierte Haltung sollte integraler Bestandteil therapeutischer Qualifizierung werden. Therapeut:innen müssen lernen, eigene normative Vorstellungen zu reflektieren und der körperlichen Sprache der Patient:innen zuzuhören, ohne vorschnell korrigierend einzugreifen. Ein weiterer zentraler Faktor liegt im Bewusstsein von Therapeut:innen, dass weibliche Sexualität nicht mit der männlichen vergleichbar ist und Modelle wie das zirkuläre Modell von Basson (2000), sowie anatomische Erregungszentren, wie die Klitoris, den Klientinnen bewusst gemacht werden darf (Kleinplatz, 2018). Somit bedarf es auch an Psychoedukation und neuen Sichtweisen auf die weibliche Sexualität, die Erfahrungen von Frauen inkludieren anstelle von gesellschaftlich geprägten Normvorstellungen.

Nicht zuletzt sind niedrigschwellige Informationsangebote und entpathologisierende Diskurse zentral. Vaginismus sollte weder tabuisiert noch vereinfacht pathologisiert werden. Stattdessen braucht es eine öffentliche und fachliche Auseinandersetzung, die die Vielfalt sexueller Ausdrucksformen anerkennt und das Potenzial körperlicher Symptome als bedeutungstragende Kommunikationsformen ernst nimmt.

### **9.1.3 Behandlung und Ziele aus feministischer Perspektive**

Die aktuelle Definition „Genito-Pelvine Schmerz-Penetrationsstörung“ (GPPPD) geht davon aus, dass eine sexuelle Funktionsbeeinträchtigung vorliegt, sobald Penetration nicht möglich ist, unabhängig davon, ob sexuelles Begehren, Erregung oder Orgasmusfähigkeit vorhanden sind (American Psychiatric Association, 2013).

Diese Sichtweise wird von feministischen Forscherinnen grundlegend kritisiert. Sie argumentieren, dass die medizinische Etikettierung von Vaginismus als Störung eine normative Vorstellung von Sexualität zur Grundlage nimmt, nämlich die Fähigkeit zur vaginalen Penetration als Voraussetzung für sexuelle Gesundheit (Kleinplatz, 1998; Tiefer, 2000). Nach dieser Logik gilt eine Frau als geheilt, wenn sie schmerzfrei Geschlechtsverkehr haben kann, während andere Formen von Sexualität, Nähe und Intimität unbeachtet bleiben (Kleinplatz, 2018).

Auch die zielgerichtete Symptomorientierung vieler Therapien steht in der Kritik. Wenn Behandlungen sich ausschliesslich auf die Beseitigung von Schmerzen oder Vermeidung fokussieren, ohne emotionale, soziale oder kulturelle Kontexte einzubeziehen, bleibt der Ursachenkomplex unberücksichtigt (ebd.).

Eine alternative Deutung von Vaginismus versteht die Symptomatik nicht als Schwäche oder Defizit, sondern als potenzielle Ausdrucksform innerer Stärke. Aus einer subjektzentrierten, körperpsychotherapeutischen und feministischen Perspektive lässt sich argumentieren, dass der Körper über den Vaginismus eine somatische Grenze setzt, wo andere Ausdrucksformen fehlen oder blockiert sind. In dieser Lesart wird Vaginismus zum „verkörperten Nein“ (Keen, 1979), das Schutz, Autonomie und Integrität signalisiert – insbesondere in Kontexten, in denen weibliche Sexualität normiert, funktionalisiert oder mit Fremdansprüchen überlagert ist (Ussher, 2011).

Die von Shaw (1994) beschriebene Unterscheidung zwischen funktionalistischer und differenzierungsorientierter Sexualtherapie unterstreicht diese Perspektive. Während traditionelle Behandlungsansätze auf Verhaltensanpassung und Koitusfähigkeit zielen, legt eine differenzierungsbasierte Herangehensweise den Fokus auf Selbstbesitz, emotionale Reife und die Fähigkeit, sich selbst in Beziehung treu zu bleiben (vgl. Schnarch, 1991). In diesem Sinn kann Vaginismus als Ausdruck einer inneren Bewegung verstanden werden, die auf Selbstdefinition, nicht auf Gehorsam abzielt. Die körperliche Verweigerung erscheint dabei als unbewusste, aber bedeutungsvolle Reaktion auf Überforderung, Grenzverletzung oder normative Erwartungen.

Darüber hinaus lässt sich Vaginismus auch als eine Art Schutzreaktion gegen performativen Druck deuten, etwa in Bezug auf den Koitalimperativ oder die implizite Pflicht zur sexuellen Verfügbarkeit (Tiefer, 2006). Der Körper widersetzt sich dabei einem Funktionalisierungsdruck, der sich nicht selten im therapeutischen Setting reproduziert. Erst wenn dieser Widerstand ernst genommen wird, nicht als Symptom, sondern als Botschaft, eröffnet sich die Möglichkeit einer Transformation. Frauen können über die Auseinandersetzung mit dem Vaginismus durch eine Therapie, zu einem vertieften Selbstbezug, einem bewussteren Lustempfinden und einer individuell stimmigen Sexualität finden (Ayling & Ussher, 2008). In diesem Sinne ist Vaginismus nicht nur ein Hindernis, sondern auch ein möglicher Wegweiser – hin zu Selbstermächtigung, Differenzierung und sexueller Authentizität.

Gleichzeitig darf nicht übersehen werden, dass viele betroffene Frauen unter den Symptomen leiden und medizinische Unterstützung suchen. Die Herausforderung besteht

darin, eine therapeutische Haltung zu entwickeln, die den Wunsch nach Penetration respektiert, ohne ihn als universelle Norm sexueller Gesundheit vorauszusetzen.

#### 9.1.4 Störung oder Stärke

Die Frage, ob Vaginismus als Störung oder Stärke zu verstehen ist, verweist auf ein grundlegendes Spannungsfeld zwischen medizinischer Klassifikation und feministischer Bedeutungsdeutung. Aus klassisch medizinischer Sicht gilt Vaginismus weiterhin als behandlungsbedürftige sexuelle Funktionsstörung – insbesondere dann, wenn er mit Leidensdruck, Beziehungsproblemen oder Einschränkungen sexueller Aktivität verbunden ist (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 2022). In dieser Perspektive steht die Penetrationsfähigkeit im Zentrum sexueller Gesundheit, und ihre Abwesenheit wird primär als pathologisch interpretiert.

Feministische Positionen hingegen fordern ein erweitertes Verständnis, das nicht nur auf funktionale Aspekte, sondern auf subjektive Bedeutungen und soziale Kontexte fokussiert. Autorinnen wie Tiefer (2006), Kleinplatz (2018) und Ussher (2011) betonen, dass Vaginismus auch als körperlich artikuliertes „Nein“, als Ausdruck von Autonomie, Schutzbedürfnis oder Grenzsetzung gelesen werden kann, gerade in einer Kultur, in der weibliche Sexualität häufig normativen Vorstellungen und funktionalistischen Anforderungen unterworfen sind. In dieser Lesart stellt die Symptomatik keinen Mangel dar, sondern eine bedeutungstragende Reaktion auf übergriffige oder nicht selbstgewählte sexuelle Skripte.

Diese beiden Deutungsansätze stehen sich nicht unversöhnlich gegenüber, sondern markieren unterschiedliche Brennpunkte desselben Phänomens. Vaginismus kann gleichzeitig Störung **und** Stärke sein – je nachdem, aus welchem Blickwinkel er betrachtet wird. Die Herausforderung liegt darin, beide Perspektiven nicht gegeneinander auszuspielen, sondern in ihrer Komplementarität ernst zu nehmen. Eine rein funktionalistische Behandlung läuft Gefahr, subjektive Bedeutungen zu ignorieren, während eine rein symbolische Deutung das reale Leiden der Betroffenen verkennen könnte.

Vor diesem Hintergrund ist eine kontext- und bedeutungssensible Diagnostik gefordert, die individuelle Lebensgeschichten, körperliche Erfahrungen und kulturelle Normen gleichermassen berücksichtigt. Vaginismus als Ausdruck innerer Autonomie zu würdigen, heisst nicht, notwendige Behandlung zu verweigern, sondern Therapie als Prozess der Bedeutungsfindung zu verstehen, nicht als mechanische Wiederherstellung funktionaler Sexualität. Eine solche Haltung eröffnet die Möglichkeit, jenseits dichotomer Zuschreibungen neue Wege der Anerkennung, Selbstermächtigung und Heilung zu beschreiten.

## 9.2 Limitationen

Diese Masterarbeit versteht sich als diskursanalytischer und historisch informierter Beitrag zur Neubewertung von Vaginismus im Spannungsfeld zwischen Pathologisierung und Selbstermächtigung. Aus dieser Positionierung ergeben sich spezifische Begrenzungen, die im Sinne wissenschaftlicher Transparenz offengelegt werden sollen.

Erstens bleibt die Untersuchung literaturgestützt, ohne Rückgriff auf eigene empirische Erhebungen. Subjektive Erfahrungen von Betroffenen, etwa im Rahmen qualitativer Interviews oder teilnehmender Beobachtungen, konnten nicht berücksichtigt werden. Die Analyse beruht damit auf Sekundärmaterialien, was eine notwendige Distanz zur gelebten Realität der Patient:innen bedeutet.

Zweitens bewegt sich die Arbeit in einem interdisziplinären und theoretisch pluralen Raum, der zwar vielschichtige Einsichten erlaubt, aber keine einheitliche Methodologie zugrunde legt. Diese Offenheit birgt die Gefahr einer gewissen Beliebigkeit in der Auswahl und Kombination von Quellen, die zwar argumentativ begründet, aber nicht systematisch vergleichbar sind.

Drittens lässt sich eine gewisse kulturelle Engführung nicht vermeiden: Der Grossteil der analysierten Literatur stammt aus westlich geprägten Wissenschaftstraditionen. Feministische, medizinische und sexualtherapeutische Ansätze aus globalen oder postkolonialen Kontexten konnten nur am Rande berücksichtigt werden, was die globale Übertragbarkeit der Aussagen limitiert.

Viertens zeigt sich auch auf Ebene der herangezogenen Literatur eine relevante Einschränkung. Die im Anhang dokumentierte Literaturübersicht verdeutlicht, dass ein Grossteil der analysierten Beiträge konzeptioneller oder praxisreflektierender Natur ist und vorwiegend aus dem westlichen, insbesondere angloamerikanischen Raum stammt. Während die feministische Perspektive wertvolle theoretische Impulse liefert, basiert sie häufig auf Erfahrungen von Therapeut:innen oder qualitativen Einzelfallstudien. Es fehlt jedoch an standardisierten, repräsentativen sowie längsschnittlich angelegten Forschungsarbeiten, die feministische Therapieansätze empirisch fundieren oder deren nachhaltige Wirksamkeit systematisch überprüfen. Auch historische Untersuchungen zur Entwicklung von Diagnose und Behandlung sind bislang selten und bleiben oft fragmentarisch. Diese begrenzte Datenlage stellt eine zentrale Limitation dar, da sie die theoretische Fundierung stärkt, aber eine evidenzbasierte Generalisierbarkeit einschränkt.

Fünftens erschwert die uneinheitliche Definition von Vaginismus in der wissenschaftlichen Literatur eine systematische Analyse. Während einige Beiträge zwischen lebenslangem

(primärem) und erworbenem (sekundärem) Vaginismus unterscheiden, fassen andere die Symptomatik unter dem neueren Begriff der „Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung“ (GPPPD) zusammen. Diese begriffliche Heterogenität erschwert nicht nur den Vergleich der Ergebnisse, sondern birgt auch das Risiko, relevante Differenzierungen – etwa bezüglich Ätiologie, Therapieverlauf oder subjektivem Erleben – zu übersehen. Die vorliegende Arbeit versucht zwar, alle genannten Varianten kontextsensibel einzubeziehen, doch bleibt festzuhalten, dass eine konsistente begriffliche Grundlage in der internationalen Forschung bislang fehlt. Dies limitiert die Anschlussfähigkeit der Befunde und verdeutlicht die Notwendigkeit terminologischer Präzisierung in zukünftigen Studien.

Schliesslich bleibt zu erwähnen, dass es keine einheitliche Definition davon gibt, wie eine feministisch akzeptable Sexualtherapie konkret auszusehen hat. Die in der Arbeit verwendeten Kriterien basieren auf der Literatur von Autor:innen mit feministischen Ansätzen, stellen aber keine normierten Standards dar. Die Beurteilung heutiger Behandlungskonzepte nach diesen Kriterien ist deshalb nicht objektiv oder abschliessend, sondern ein Beitrag zu einer kritischen wissenschaftlichen Diskussion.

Nicht zuletzt ist auch die Rolle der Autorin als forschende Subjektposition zu reflektieren. Die feministische Perspektive dieser Arbeit stellt keinen neutralen Beobachtungspunkt dar, sondern wirkt aktiv in Auswahl, Interpretation und Bewertung des Materials ein. Diese Perspektivität ist nicht als Schwäche, sondern als erkenntnistheoretische Voraussetzung zu verstehen – sie eröffnet spezifische Deutungsräume, schliesst aber andere aus.

Trotz dieser Begrenzungen liefert die Arbeit einen fundierten Beitrag zur Diskussion um die medizinische, kulturelle und therapeutische Deutung von Vaginismus. Ihre Erkenntnisse sind als Impuls für weiterführende Forschung, nicht als abschließende Festschreibung zu verstehen.

### **9.3 Ausblick – Implikationen für Forschung und Praxis**

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass Vaginismus weder monokausal erklärbar noch eindimensional therapierbar ist. Vielmehr handelt es sich um ein komplexes psychosomatisches Phänomen, das in Beziehung zu kulturellen Normen, individuellen Lebensgeschichten und therapeutischen Narrativen steht. Daraus ergeben sich vielfältige Implikationen für Forschung und Praxis.

### 9.3.1 Implikationen für die Forschung

Zukünftige Forschung zu Vaginismus sollte interdisziplinär, postkonventional und kultursensibel angelegt sein. Insbesondere qualitative, biografische und subjektzentrierte Studien sind notwendig, um die Bedeutung des Symptoms aus der Perspektive betroffener Frauen zu verstehen. Dabei darf der Fokus nicht allein auf psychischen oder somatischen Ursachen liegen, sondern muss auch gesellschaftliche Kontexte, normative Sexualskripte und soziale Zuschreibungen systematisch einbeziehen.

Da es noch keine einheitliche Ätiologie von Vaginismus gibt, wäre in erster Linie eine Untersuchung diesbezüglich sinnvoll.

Ein zentrales Forschungsthema bezüglich der Diagnose deutet auf die kritische Auseinandersetzung mit der Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung (GPPPD), wie sie im DSM-5 formuliert wurde. Die Zusammenführung von Vaginismus und Dyspareunie unter einem diagnostischen Konstrukt erscheint auf den ersten Blick vereinfachend und entpathologisierend, wurde jedoch vielfach kritisch diskutiert. Verschiedene Autor:innen betonen, dass durch die Zusammenlegung bedeutsame Differenzierungen verloren gehen, etwa bei Frauen, die nie Penetration ermöglichen konnten. Zudem erschwert der Verzicht auf phobische oder vermeidende Merkmale die differenzierte Diagnostik und Therapie. Hier bedarf es empirischer Studien, die untersuchen, ob GPPPD tatsächlich zur Verbesserung der Versorgung beiträgt oder neue diagnostische Leerstellen schafft.

Dringend notwendig ist auch Forschung zur Diagnosepraxis in unterschiedlichen kulturellen, religiösen und historischen Kontexten. Intersektionale Ansätze sollten verstärkt verfolgt werden, um zu analysieren, wie Faktoren wie soziale Klasse, Migrationsgeschichte oder sexuelle Orientierung das Erleben, die Klassifikation und Behandlung von Vaginismus beeinflussen. Auch die Rolle von Ableismus, Rassismus und Heteronormativität in medizinischer Diagnostik muss kritisch reflektiert werden. Zentrale Fragen lauten hier: Wie können Therapiekonzepte entwickelt werden, die diese Dimensionen mitdenken ohne neue Normierungen zu erzeugen?

Ein weiteres Forschungsfeld betrifft die Entwicklung nicht-pathologisierender Diagnosetools, die sexuelle Vielfalt berücksichtigen und nicht primär auf Penetrationsfähigkeit fokussieren. Ebenso bedarf es vertiefter Untersuchungen zum Zusammenspiel von Trauma, Körper und sexueller Selbstregulation, idealerweise unter Einbezug somatischer, neuropsychologischer und psychodynamischer Perspektiven.

Zusätzlich wäre es notwendig, den Zusammenhang zwischen funktionalen Therapieabschlüssen, wie der Wiedererlangung von Penetrationsfähigkeit und dem tatsächlichen Erleben von sexueller Lust, Selbstbestimmung und Intimität zu untersuchen. Bisherige Studien messen Therapieerfolg häufig an normativen Kriterien, ohne zu hinterfragen, ob diese Form der Sexualität für die betroffenen Frauen überhaupt lustvoll

oder subjektiv stimmig ist. Es fehlt an Forschung, die sexuelle Erfüllung als eigenständige, nicht funktional definierte Kategorie ernst nimmt.

Zudem sind die Wirkmechanismen feministischer Sexualtherapie bislang kaum empirisch untersucht. Wie genau sich Konzepte wie Skriptarbeit, Dekonstruktion normativer Vorstellungen oder körperzentrierte Zugänge auf das subjektive sexuelle Erleben auswirken, ist weitgehend unklar. Auch die Rezeption feministischer Therapieansätze durch Klientinnen, beispielsweise als entlastend, konflikthaft oder empowernd, stellt ein bisher unbearbeitetes Forschungsfeld dar.

Schliesslich fehlt es an systematischen Vergleichsstudien, die feministische Therapieansätze solchen mit funktionalistischem Fokus (z. B. standardisierte Dilatationstrainings) gegenüberstellen, etwa im Hinblick auf Rückfallquote, subjektives Wohlbefinden oder partnerschaftliche Zufriedenheit. Auch die Perspektive nicht-binärer oder trans Personen mit Vaginismus ist bislang kaum erforscht, obwohl sie wichtige Impulse für eine entpathologisierende und diversitätssensible Sexualmedizin liefern könnte.

### **9.3.2 Implikationen für die Praxis**

Die feministische Kritik an der medizinischen Pathologisierung weiblicher Sexualität hat nicht nur theoretische, sondern auch potenzielle praktische Implikationen für die therapeutische Arbeit mit betroffenen Frauen. Vor dem Hintergrund funktionalistischer Behandlungsnormen und kulturell geprägter Sexualskripte gewinnt die Frage an Bedeutung, wie eine feministisch inspirierte Sexualtherapie im Umgang mit Vaginismus konzipiert sein könnte.

Ein solcher Therapieansatz würde davon ausgehen, dass sexuelle Symptome wie Vaginismus nicht ausschliesslich als Funktionsstörung, sondern auch als körperlich codierte Ausdrucksformen von Überforderung, Normierungsdruck oder mangelnder sexueller Selbstbestimmung zu verstehen sind. Dabei könnte weniger die Penetrationsfähigkeit im Zentrum stehen, sondern vielmehr das subjektive Erleben, die Wiedergewinnung körperlicher Autonomie und ein lustvolles, selbstbestimmtes Sexualitätsverständnis.

Eine feministisch orientierte Therapieform würde sich vermutlich dadurch auszeichnen, dass sie etablierte Normen nicht unhinterfragt übernimmt, sondern aktiv zur Reflexion sexueller Bedeutungszuschreibungen anregt. Therapeut:innen nähmen in diesem Rahmen weniger die Rolle von Expert:innen über „normale“ Sexualität ein, sondern würden sich als Begleiter:innen eines dialogischen Prozesses verstehen, in dem Bedeutung, Grenzen und Wünsche individuell ausgehandelt werden könnten (vgl. Kleinplatz, 1998; Shaw, 1994; Tiefer, 2002b).

Mögliche Gestaltungsprinzipien einer feministischen Sexualtherapie bei Vaginismus könnten sein:

- Dekonstruktion normativer Sexualskripte: Die therapeutische Arbeit würde kulturell tradierte Bilder von Weiblichkeit, Lust und Penetration thematisieren, um deren Einfluss auf das sexuelle Selbstbild bewusst zu machen (Tiefer, 2006).
- Körperzentrierung ohne Funktionalisierung: Körperliche Erfahrungen könnten als Quelle von Bedeutung verstanden werden, nicht als Defizit. Achtsame Körperwahrnehmung oder sexocorporelle Zugänge würden ein neues, selbstbestimmtes Spüren fördern (Bischof, 2010; Brotto, 2013).
- Kontextualisierung statt Individualisierung: Symptome sollten nicht isoliert betrachtet, sondern im Zusammenhang mit Beziehungsdynamiken, sozialen Normen, Biografien und möglichen Traumatisierungen verstanden werden (Ussher, 2011; Herman, 2015).
- Beziehungsarbeit und Differenzierung: Im Sinne von Schnarch (1991) und Shaw (1994) könnte nicht nur die Partnerschaft, sondern auch das Verhältnis zur eigenen Sexualität reflektiert werden – mit dem Ziel einer reifen, selbstverbundenen Intimität.

Eine solche Therapieform wäre ressourcenintensiv und würde Zeit, Vertrauen und den Mut zur Hinterfragung etablierter Standards erfordern. Sie richtet sich nicht gegen Heilung oder Symptomreduktion, sondern plädiert für ein erweitertes Verständnis sexueller Gesundheit, in dem Lust, Selbstbestimmung und Grenzwahrung ebenso zentrale Kategorien sein könnten wie Schmerzfreiheit oder Penetrationsfähigkeit. Die Anerkennung des „verkörperten Neins“ (Keen, 1979) würde in dieser Perspektive nicht als Scheitern, sondern als Ausgangspunkt für eine subjektzentrierte Wiederannäherung an Sexualität verstanden – jenseits normativer Vorstellungen.

## 9.4 Schlussfolgerungen

Die historische, gesellschaftliche und feministische Analyse der Definition, Diagnose und Behandlung von Vaginismus zeigt eindrücklich, dass sexuelle Funktionsstörungen nicht isoliert als biologische Defekte verstanden werden können. Vielmehr sind sie tief eingebettet in kulturelle Normen, historische Diskurse und gesellschaftliche Vorstellungen über Weiblichkeit, Sexualität und Körperlichkeit. Diese Arbeit verdeutlicht, dass Vaginismus in verschiedenen Epochen je nach herrschender Sexualmoral, medizinischem Wissensstand und gesellschaftlichen Geschlechternormative unterschiedlich definiert, diagnostiziert und behandelt wurde.

Im 19. Jahrhundert dominierten mechanisch-chirurgische Ansätze, die den weiblichen Körper pathologisierten und medizinischer Kontrolle unterwarfen. Erst im 20. Jahrhundert begannen psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Konzepte, psychodynamische und partnerschaftliche Aspekte einzubeziehen, allerdings häufig weiterhin unter dem Primat der Penetrationsfähigkeit als Therapieziel. Erst neuere biopsychosoziale und feministische Ansätze ermöglichen es, weibliche Sexualität als komplexes, individuelles und soziales Phänomen zu begreifen, in dem Lust, Selbstbestimmung und emotionale Sicherheit zentrale Rollen spielen.

Die feministische Kritik an der Pathologisierung weiblicher Sexualität, insbesondere an der Kategorisierung von Vaginismus als „Funktionsstörung“, hat wichtige Impulse für ein Umdenken geliefert. Sie fordert dazu auf, sexuelle Probleme nicht vorschnell als Defizite zu etikettieren, sondern die subjektive Bedeutung körperlicher Symptome, deren biografische Verwurzelung sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen in den Blick zu nehmen. In dieser Perspektive kann Vaginismus nicht nur als Hindernis, sondern auch als legitime körperliche Grenzziehung, Schutzreaktion oder Ausdruck von Selbstbehauptung interpretiert werden.

Die Schlussfolgerung aus dieser Arbeit ist daher, dass eine angemessene Behandlung von Vaginismus mehrdimensionale, individualisierte und geschlechterreflexive Zugänge erfordert. Therapie sollte nicht auf die Wiederherstellung normativer sexueller Funktionen zielen, sondern die Ermächtigung von Patientinnen fördern, ihre eigene Sexualität selbstbestimmt, lustvoll und vielfältig zu gestalten. Dies setzt voraus, dass medizinische Fachpersonen, Therapeut:innen und gesellschaftliche Diskurse eine grössere Offenheit für unterschiedliche sexuelle Skripte, Körperwahrnehmungen und Beziehungserfahrungen entwickeln.

Gleichzeitig bleibt die Herausforderung bestehen, eine Balance zu finden zwischen der Anerkennung von Leidensdruck und Veränderungswünschen auf der einen Seite und dem Schutz vor normativen Erwartungen und Pathologisierung auf der anderen. Nur so kann eine individualisierte, ganzheitliche Therapie entstehen, die der Komplexität weiblicher Sexualität gerecht wird.

## Nachwort

Durch die intensive Auseinandersetzung mit historischen, klinischen und feministischen Perspektiven konnte ich nicht nur fachliche Erkenntnisse gewinnen, sondern auch meine eigene Geschichte neu einordnen. Als ehemals betroffene, „vaginistische“ Frau» blicke ich heute mit Demut und Bestärkung auf eine Zeit zurück, die von Unsicherheit, aber auch von persönlichem Wachstum geprägt war. Die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema hat mir gezeigt: Der Körper funktioniert – nur nicht immer nach normierten Erwartungen.

Auch wenn der Begriff „Stärke“ in der Fachliteratur nicht direkt im Zusammenhang mit Vaginismus auftaucht, sehe ich genau darin einen bedeutenden Aspekt: Die Fähigkeit des Körpers, eine schmerzhaft Penetration abzuwehren, ist nicht zwingend Ausdruck einer Funktionsstörung, sondern kann als Schutzmechanismus und Zeichen innerer Integrität verstanden werden - als ein somatischer Hinweis, genauer hinzuschauen. Ob auf die Beziehungsdynamik, psychische Belastungen oder körperliche Zusammenhänge: Symptome ernst zu nehmen bedeutet mehr, als sie lediglich zu beseitigen, um gesellschaftlichen Erwartungen zu entsprechen. Sich ebendieser Normen zu widersetzen und gegen gesellschaftliche Vorstellungen von „richtiger« Sexualität „Nein“ zu sagen – sehe ich als grosse Stärke an. Als Zeichen sexueller Selbstbestimmung.

Eine Behandlung, die ausschliesslich auf die Ermöglichung von Penetration abzielt, bleibt häufig an der Oberfläche und verkennet die Komplexität des Erlebens. Stattdessen sollte der Fokus auf der (Wieder-)entdeckung von Lust, der individuellen Reise zu einer befriedigenden Sexualität und auf der Stärkung des Bezugs zum eigenen Körper liegen.

Ich plädiere daher für eine differenzierte Sichtweise auf Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Körper von „vaginistischen Frauen“ funktionieren – sogar sehr gut. Der Körper signalisiert, dass er eine Sexualität anstrebt, die ihm keine Schmerzen bereitet, sondern vielmehr den Zugang zu einer befriedigenden, lustvollen und individuellen Form von Sexualität sucht.

Es ist mein Anliegen, mit dieser Arbeit zur Entstigmatisierung von schmerzhaftem Geschlechtsverkehr beizutragen und Frauen darin zu bestärken, ihre sexuelle Selbstbestimmung zu wahren und die Symptome, entgegen von gesellschaftlichen Normierungen, als Ressource zu verstehen. Dabei sollen sie von Therapeut:innen begleitet werden, die sie dabei unterstützen die Sprache ihres Körpers zu erlernen.

## Literaturverzeichnis

- Adamczak, B. (2018). Come on. Discussion sur un nouveau mot qui émerge et qui va révolutionner notre manière de parler de sexe. *GLAD!*, 05.  
<https://doi.org/10.4000/glad.1401>
- Ambrosetti, A. (2019). *Treatment of vaginismus by hypnotic psychotherapy. Review. Pelviperrineology*(39), 96–102.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association & American Psychiatric Association (Hrsg.). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision). American Psychiatric Association.
- Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51–65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
- Beier, K. M., & Loewit, K. (2004). *Lust in Beziehung*. Springer Berlin Heidelberg.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-642-18693-6>
- Binik, Y. M. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 292–303. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9563-x>
- Binik, Y. M. (2014). Will Vaginismus Remain a “Lifelong” Baby? Response to Reissing et al. (2014). *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1215–1217.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-014-0336-9>
- Bischof, K. (2010). *Vaginismus und Dyspareunie der Frau*.
- Bornstein, J., Goldstein, A. T., Stockdale, C. K., Bergeron, S., Pukall, C., Zolnoun, D., & Coady, D. (2016). 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and

- Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstetrics & Gynecology*, 127(4), 745–751. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001359>
- Brotto, L. A. (2013). Mindful sex. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 22(2), 63–68. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2013.2132>
- Cacchioni, T. (2007). Heterosexuality and „the Labour of Love“: A Contribution to Recent Debates on Female Sexual Dysfunction. *Sexualities*, 10(3), 299–320. <https://doi.org/10.1177/1363460707078320>
- Clement, U. (2016). *Systemische Sexualtherapie* (1st ed). Klett-Cotta.
- Crowley, T., Goldmeier, D., & Hiller, J. (2009). Diagnosing and managing vaginismus. *BMJ*, 338(jun18 1), b2284–b2284. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2284>
- Cryle, P., & Moore, A. (2011). Vaginismus. In P. Cryle & A. Moore, *Frigidity* (S. 67–99). Palgrave Macmillan UK. [https://doi.org/10.1057/9780230337039\\_4](https://doi.org/10.1057/9780230337039_4)
- De Kruiff, M. E., Ter Kuile, M. M., Weijenborg, P. T. M., & Van Larikveld, J. J. D. M. (2000). Vaginismus and dyspareunia: Is there a difference in clinical presentation? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(3), 149–155. <https://doi.org/10.3109/01674820009075622>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association.
- Drenth, J. J. (1988). Vaginismus and the desire for a child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 9(2), 125–137. <https://doi.org/10.3109/01674828809016795>
- Drimalla, E. (2021). *Sexuelle Funktionsstörungen: Leitfaden für die Psychotherapie und ärztliche Praxis*. Schattauer.
- Edis, A. W. (1882). Diseases of Women. *H.C. Lea's Son & Company*.

- Engel, G. L. (1976). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit: Ein Lehrbuch für Ärzte, Psychologen und Studenten* (2., unveränd. Aufl. als wiss. Taschenbuch). Huber.
- Farrell, J., & Cacchioni, T. (2012). The Medicalization of Women's Sexual Pain. *Journal of Sex Research*, 49(4), 328–336. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.688227>
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part I: Description. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 83–91. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.2.83>
- Friedman, L. J. (1962). Virgin Wives: A Study of Unconsummated Marriages. *Medical Journal of Australia*, 2(10), 380–380. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1962.tb20325.x>
- Fuchs, K., Hoch, Z., Paldi, E., Abramovici, H., Brandes, J. M., Timor-tritsch, I., & Kleinhaus, M. (1973). Hypno-desensitization therapy of vaginismus: Part I. “in vitro” method. Part II. “in vivo” method. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(3), 144–156. <https://doi.org/10.1080/00207147308409119>
- Gilman, S. L. (Hrsg.). (1993). *Hysteria beyond Freud*. University of California Press.
- Goettsch, S. L. (1989). Clarifying basic concepts: Conceptualizing sexuality. *Journal of Sex Research*, 26(2), 249–255. <https://doi.org/10.1080/00224498909551509>
- Goldstein, I., Meston, C. M., Davis, S., & Traish, A. (2005). *Women's Sexual Function and Dysfunction* (0 Aufl.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9780367800123>
- Greenhalgh, T., & Peacock, R. (2005). Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: Audit of primary sources. *BMJ*, 331(7524), 1064–1065. <https://doi.org/10.1136/bmj.38636.593461.68>

- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575.  
<https://doi.org/10.2307/3178066>
- Hartmann, U. (Hrsg.). (2018). *Sexualtherapie*. Springer Berlin Heidelberg.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-54415-0>
- Işık, C., & Aslan, E. (2023). The effects of sexual counseling and pelvic floor relaxation on sexual functions in women receiving vaginismus treatment: A randomized controlled study. *International Urogynecology Journal*, 34(3), 683–692.  
<https://doi.org/10.1007/s00192-022-05204-7>
- Jeng, C.-J. (2004). The Pathophysiology and Etiology of Vaginismus. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 43(1), 10–15. [https://doi.org/10.1016/S1028-4559\(09\)60047-4](https://doi.org/10.1016/S1028-4559(09)60047-4)
- Jokar, F., Fani, M., Isfahani, N. T., & Sabahi, R. (2025). Effectiveness of Biofeedback with Dilator Therapy for Sexual Function in Women with Primary Vaginismus: Randomized Controlled Trial Study. *International Urogynecology Journal*, 36(3), 557–565. <https://doi.org/10.1007/s00192-024-06011-y>
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. (S. xvi, 544). Brunner/Mazel.
- Keen, S. (1979). Some Ludicrous Theses About Sexuality. *Journal of Humanistic Psychology*, 19(2), 15–22. <https://doi.org/10.1177/002216787901900203>
- Kiremitli, S., & Kiremitli, T. (2021). Examination of Treatment Duration, Treatment Success and Obstetric Results According to the Vaginismus Grades. *Sexual Medicine*, 9(5), 1–1. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100407>
- Klaassen, M., & Ter Kuile, M. M. (2009). Development and Initial Validation of the Vaginal Penetration Cognition Questionnaire (VPCQ) in a Sample of Women with

- Vaginismus and Dyspareunia. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(6), 1617–1627.  
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01217.x>
- Kleinplatz, P. (1998). SEX THERAPY FPR VAGINISMUS: A REVIEW, CRITIQUE, AND HUMANISTIC ALTERNATIVE. *Journal of Humanistic Psychology*, Sage Publications, Inc, Vol.38(No. 2), 51–81.
- Kleinplatz, P. J. (2015). *SEXUALTHERAPIE BEI VAGINISMUS: EIN ÜBERBLICK, KRITIK UND HUMANISTISCHE ALTERNATIVEN*.
- Kleinplatz, P. J. (2018). History of the Treatment of Female Sexual Dysfunction(s). *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 29–54. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084802>
- Kleinplatz, P. J., & Ménard, A. D. (2007). Building Blocks Toward Optimal Sexuality: Constructing a Conceptual Model. *The Family Journal*, 15(1), 72–78.  
<https://doi.org/10.1177/1066480706294126>
- Koops, T. U., & Briken, P. (2021). “A Woman Should Still Be a Woman” – A Grounded Theory of the Origins of Sexual Pain and Difficulties with Intercourse. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(7), 707–720.  
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1942348>
- Lahaie, M.-A., Amsel, R., Khalifé, S., Boyer, S., Faaborg-Andersen, M., & Binik, Y. M. (2015). Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 44(6), 1537–1550. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0430-z>
- Lahaie, M.-A., Boyer, S. C., Amsel, R., Khalifé, S., & Binik, Y. M. (2010). Vaginismus: A Review of the Literature on the Classification/Diagnosis, Etiology and Treatment. *Women's Health*, 6(5), 705–719. <https://doi.org/10.2217/WHE.10.46>

- Lamont, J. A. (1978). Vaginismus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 131(6), 632–636. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(78\)90822-0](https://doi.org/10.1016/0002-9378(78)90822-0)
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Churchill.
- McClain, L. C. (2006). *Some ABCs of Feminist Sex Education (in Light of the Sexuality Critique of Legal Feminism)*.
- McEvoy, M., McElvaney, R., & Glover, R. (2024). Understanding vaginismus: A biopsychosocial perspective. *Sexual and Relationship Therapy*, 39(3), 680–701. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.2007233>
- McPhillips, K., Braun, V., & Gavey, N. (2001). *DEFINING (HETERO)SEX: HOW IMPERATIVE IS THE “COITAL IMPERATIVE”?*
- Meana, M., & Binik, Y. M. (2022). The Biopsychosocial Puzzle of Painful Sex. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18(1), 471–495. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-014549>
- Melnik, T., Hawton, K., & McGuire, H. (2012). Interventions for vaginismus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001760.pub2>
- OpenAI. (2025a). *ChatGPT*. <https://openai.com>
- OpenAI. (2025b). *NotebookLM*. <https://notebooklm.google.com/>
- Pacik, P. T. (2011). Vaginismus: Review of Current Concepts and Treatment Using Botox Injections, Bupivacaine Injections, and Progressive Dilation with the Patient Under Anesthesia. *Aesthetic Plastic Surgery*, 35(6), 1160–1164. <https://doi.org/10.1007/s00266-011-9737-5>
- Pacik, P. T. (2014). Understanding and treating vaginismus: A multimodal approach. *International Urogynecology Journal*, 25(12), 1613–1620. <https://doi.org/10.1007/s00192-014-2421-y>

- Pacik, P. T., & Geletta, S. (2017). Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. *Sexual Medicine*, 5(2), e114–e123.  
<https://doi.org/10.1016/j.esxm.2017.02.002>
- Potts, A. (2002). *The science fiction of sex: Feminist deconstruction and the vocabularies of heterosex* (1. publ). Routledge.
- Pukall, C., Kandyba, K., Amsel, R., Khalifé, S., & Binik, Y. (2007). Effectiveness of Hypnosis for the Treatment of Vulvar Vestibulitis Syndrome: A Preliminary Investigation. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(2), 417–425.  
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00425.x>
- Rastogi, M. (2022, August 10). *Vaginismus*. Physiopedia. <https://www.physio-pedia.com/index.php?title=Vaginismus&oldid=313550>
- Reissing, E. D., Armstrong, H. L., & Allen, C. (2013). Pelvic Floor Physical Therapy for Lifelong Vaginismus: A Retrospective Chart Review and Interview Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(4), 306–320.  
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.697535>
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., & Khalifé, S. (1999). Does Vaginismus Exist?: A Critical Review of the Literature. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(5), 261–274. <https://doi.org/10.1097/00005053-199905000-00001>
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2004). Vaginal Spasm, Pain, and Behavior: An Empirical Investigation of the Diagnosis of Vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 33(1), 5–17.  
<https://doi.org/10.1023/B:ASEB.00000007458.32852.c8>
- Reissing, E. D., Borg, C., Spoelstra, S. K., Ter Kuile, M. M., Both, S., De Jong, P. J., Van Lankveld, J. J. D. M., Melles, R. J., Weijnenborg, P. Th. M., & Weijmar Schultz, W. C. M. (2014). “Throwing the Baby Out with the Bathwater”: The Demise of

- Vaginismus in Favor of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1209–1213. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0322-2>
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leib, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Rosenbaum, T. (2011). Addressing Anxiety In Vivo in Physiotherapy Treatment of Women with Severe Vaginismus: A Clinical Approach. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(2), 89–93. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.547340>
- Rosenbaum, T. Y. (2013). An integrated mindfulness-based approach to the treatment of women with sexual pain and anxiety: Promoting autonomy and mind/body connection. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1–2), 20–28. <https://doi.org/10.1080/14681994.2013.764981>
- Shafik, A., & El-Sibai, O. (2002). Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: A concept of pathogenesis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 105(1), 67–70. [https://doi.org/10.1016/S0301-2115\(02\)00115-X](https://doi.org/10.1016/S0301-2115(02)00115-X)
- Shaw, J. (1994). Treatment of primary vaginismus: A new perspective. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20(1), 46–55. <https://doi.org/10.1080/00926239408403416>
- Simon, W., & Gagnon, J. H. (1986). Sexual scripts: Permanence and change. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 97–120. <https://doi.org/10.1007/BF01542219>
- Sims, J. M. (1866). *Clinical Notes on Uterine Surgery: Bd. 2nd ed.* Robert Hardwicke.
- Sztenc, M. (2020). *Embodimentorientierte Sexualtherapie: Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel* (Die Auflage entspricht der aktuellen Auflage der Print-Ausgabe zum Zeitpunkt des E-Book-Kaufes). Schattauer Verlag (Klett).

- Tasca, C., Rapetti, M., Carta, M. G., & Fadda, B. (2012). Women And Hysteria In The History Of Mental Health. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8(1), 110–119. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010110>
- Tiefer, L. (2000). The social construction and social effects of sex research: The sexological model of sexuality. In C. B. Travis & J. W. White (Hrsg.), *Sexuality, society, and feminism*. (S. 79–107). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10345-004>
- Tiefer, L. (2002a). Arriving at a “New View” of Women’s Sexual Problems: Background, Theory, and Activism. *Women & Therapy*, 24(1–2), 63–98. [https://doi.org/10.1300/J015v24n01\\_12](https://doi.org/10.1300/J015v24n01_12)
- Tiefer, L. (2002b). Beyond the medical model of women’s sexual problems: A campaign to resist the promotion of „female sexual dysfunction“. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(2), 127–135. <https://doi.org/10.1080/14681990220121248>
- Tiefer, L. (2002c). Beyond the medical model of women’s sexual problems: A campaign to resist the promotion of „female sexual dysfunction“. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(2), 127–135. <https://doi.org/10.1080/14681990220121248>
- Tiefer, L. (2006). Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance. *PLoS Medicine*, 3(4), e178. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030178>
- Translator. (2025). *DeepL*. <https://www.deepl.com/de/translator/files>
- Ussher, J. M. (2011). *The madness of women: Myth and experience*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203806579>
- Van De Wiel, H. B. M., Jaspers, J. P. M., Weijmar Schultz, W. C. M., & Gal, J. (1990). Treatment of vaginismus: A review of concepts and treatment modalities. *Journal*

*of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 11(1), 1–18.

<https://doi.org/10.3109/01674829009078484>

Wallace, S. L., Miller, L. D., & Mishra, K. (2019). Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 31(6), 485–493. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000584>

Watkins, E. S., & Maines, R. P. (2000). The Technology of Orgasm: „Hysteria,“ the Vibrator, and Women’s Sexual Satisfaction. *The Journal of American History*, 87(1), 244. <https://doi.org/10.2307/2567990>

Weijmar Schultz, W., Basson, R., Binik, Y., Eschenbach, D., Wessellmann, U., & Van Lankveld, J. (2005). Women’s Sexual Pain and its Management. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 301–316. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20347.x>

WHO. (2019). WHO ICD-10 on Vaginismus. In *World Health Organization*.  
<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F52.5>

WHO. (2022). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision)* (1st ed). World Health Organization.

Wohlin, C. (2014). Guidelines for snowballing in systematic literature studies and a replication in software engineering. *Proceedings of the 18th International Conference on Evaluation and Assessment in Software Engineering*, 1–10.  
<https://doi.org/10.1145/2601248.2601268>

Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional Reflex*, 3(4), 234–240. <https://doi.org/10.1007/BF03000093>

Yaraghi, M., Ghazizadeh, S., Mohammadi, F., Ashtiani, E. M., Bakhtiyari, M., Mareshi, S. M., Sarfjoo, F. S., & Eftekhari, T. (2019). Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of

patients with primary vaginismus: A randomized clinical trial. *International Urogynecology Journal*, 30(11), 1821–1828. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3836-7>

### Hilfsmittelverzeichnis

OpenAI. (2025a). *ChatGPT*. <https://openai.com>

OpenAI. (2025b). *NotebookLM*. <https://notebooklm.google.com/>

Translator. (2025). *DeepL*. <https://www.deepl.com/de/translator/files>

Die verwendeten Werkzeuge unterstützten die Bearbeitung effizient, beeinflussten jedoch nicht die inhaltlichen Entscheidungen, den theoretischen Rahmen oder die kritische Bewertung der Literatur.

ChatGPT (OpenAI, 2025a) wurde für die orthografische, strukturelle und stilistische Überarbeitung der gesamten Arbeit verwendet, sowie unterstützend für das Erstellen und Strukturieren der Literaturmatrix (Tabelle 3) NotebookLM (OpenAI, 2025b) für die Recherche der Literatur und DeepL (Translator, 2025) für die Übersetzung englischsprachiger Literatur. Die wissenschaftliche Verantwortung für Aufbau, Inhalt und Argumentation der Arbeit liegt vollständig bei der Verfasserin.

## **Anhang**

### **Anhangverzeichnis**

Anhang A: Selbstständigkeitserklärung

Anhang B: Matrix zur Literaturanalyse

Anhang C: Strukturierung der zentralen Ergebnisse

Anhang D: Behandlung von Vaginismus – ein Beispiel

Anhang E: Vaginismus Diagnose im historischen Verlauf und aus feministischer Perspektive

Anhang F: Behandlungsmethoden im historischen Verlauf

## Anhang A: Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe. Sämtliche Textstellen der Arbeit, alle Formulierungen, Ideen, Untersuchungen, Gedankengänge, Analysen und sonstigen schöpferischen Leistungen, Grafiken, Tabellen und Abbildungen, die benutzten Werke oder Quellen aus dem Internet eins zu eins oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben korrekt kenntlich gemacht.

Die Eigenständigkeit der Arbeit erstreckt sich über alle Phasen der Erstellung, von der Konzeption über die Durchführung bis hin zur Dokumentation. Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) erfolgte ausschliesslich zur Unterstützung in Form von Recherchehilfen oder sprachlicher Verbesserung. Alle durch KI generierten Inhalte wurden überprüft und ggf. angepasst, um den wissenschaftlichen Standards zu entsprechen.

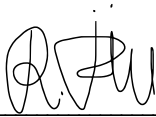
Diese Erklärung gilt als verbindliche Zusicherung meinerseits über die Authentizität und Selbstständigkeit meiner wissenschaftlichen Leistung.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende schriftliche Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Name, Vorname Fliri Romina

Matrikelnummer 28969

Ort, Datum Wädenswil, 6.7.2025

Unterschrift 

## Anhang B: Matrix zur Literaturanalyse

| Autor:in / Jahr         | Fokus                                          | Methodik                                      | Vaginismustyp             | Feministische Perspektive                                     | Relevanz für Fragestellung                              |
|-------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Ambrosetti (2019)       | Hypnotherapie bei Vaginismus                   | Review klinischer Fallberichte                | Primär (meist)            | Implizit – Betonung der subjektiven Erfahrung                 | Beitrag zu alternativen Behandlungsansätzen im 21. Jh.  |
| APA (1980)              | Klassifikation psychischer Störungen (DSM-III) | Manual (diagnostisches Klassifikationssystem) | Allgemein                 | Kritisiert – pathologisierend                                 | Begründet medizinische Diagnosepraxis im 20. Jh.        |
| APA (2000)              | DSM-IV-TR Klassifikation                       | Manual                                        | Allgemein                 | Kritisch betrachtet – Verstärkung normativer Sexualität       | Teil der diagnostischen Entwicklung bis zur Umbenennung |
| APA (2013)              | DSM-5 Klassifikation (GPPPD)                   | Manual                                        | GPPPD                     | Kritisiert – Verlust geschlechterspezifischer Differenzierung | Paradigmenwechsel in der Klassifikation                 |
| Anderson-Schmidt (2021) | Sexualität und Trauma                          | Fachbuch                                      | Sekundär (Trauma-basiert) | Implizit – trauma- und körperzentriert                        | Verbindung zwischen sexueller Dysfunktion und Trauma    |
| Beier & Loewit (2004)   | Sexuelle Lust in Beziehungen                   | Fachbuch                                      | Nicht spezifisch          | Begrenzt – paarkontextbezogen                                 | Rahmung sexueller Probleme im relationalen Kontext      |
| Binik (2010)            | DSM-Kriterien für Dyspareunie                  | Theoretisch-konzeptionell                     | GPPPD / Dyspareunie       | Kritisch-medizinisch                                          | Beitrag zur Re-Kategorisierung sexueller Schmerzen      |

|                         |                                                                          |                                         |                                    |                   |                                                |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------|
| Binik (2014)            | Debatte zur Beibehaltung von Vaginismus                                  | Kommentar / Positionspapier             | Lebenslang                         | Kritisch-normativ | Zentrale Quelle zur Debatte um DSM-5           |
| Bischof (2010)          | Gynäkologische Perspektive auf Vaginismus                                | Fachbuch                                | Allgemein                          | Nicht im Fokus    | Belegt klinisch-medizinische Behandlungspraxis |
| Bornstein et al. (2016) | Konsens über Klassifikation vulvärer Schmerzen, inklusive Vulvodynie     | Expert:innenkonsens, Terminologiepapier | GPPPD, nicht spezifisch Vaginismus | Nein              | Relevanz für Diagnostik im DSM-5-Kontext       |
| Brotto (2013)           | Achtsamkeit und Sexualität                                               | Theoretischer Beitrag                   | Allgemein                          | Ja, implizit      | Relevant für Behandlungsperspektiven           |
| Brotto et al. (2008)    | Achtsamkeitsbasierte Gruppentherapie bei sexueller Erregungsstörung      | Interventionsstudie                     | Nicht spezifisch Vaginismus        | Nein              | Gering, eher Erregungsstörung                  |
| Clement (2016)          | Systemische Sexualtherapie                                               | Fachbuch, therapeutische Theorie        | Allgemein                          | Nein              | Relevant für therapeutische Zugänge            |
| Cryle & Moore (2011)    | Historische Einordnung von Vaginismus im Kontext der Frigiditätsdiagnose | Historiografisch, literaturbasiert      | Allgemein                          | Ja, kritisch      | Sehr relevant für historische Dimension        |
| De Kruiff et al. (2000) | Vergleich zwischen Vaginismus und Dyspareunie                            | Empirische Studie                       | Allgemein                          | Nein              | Relevant für Differenzierung in Diagnostik     |

|                 |                                              |                                  |           |      |                                               |
|-----------------|----------------------------------------------|----------------------------------|-----------|------|-----------------------------------------------|
| APA (1952)      | Erstes DSM mit sexuellen Dysfunktionen       | Klassifikationssystem            | Allgemein | Nein | Wichtig für Entwicklung der Diagnostik        |
| Drenth (1988)   | Zusammenhang von Vaginismus und Kinderwunsch | Einzelfall- bzw. Interviewstudie | Primär    | Nein | Relevanz für psychosoziale Perspektiven       |
| Drimalla (2021) | Sexuelle Funktionsstörungen, auch Vaginismus | Praxisleitfaden                  | Allgemein | Nein | Relevanz für aktuelle therapeutische Konzepte |

|                            |                                                     |                                  |                                |              |                                                 |
|----------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------------------------|
| Ebert et al. (2022)        | Online-Intervention für Vaginismus („HelloBetter“)  | RCT-Studie (Wirksamkeitstestung) | Allgemein                      | Nein         | Hoch – moderne therapeutische Intervention      |
| Edis (1882)                | Gynäkologische Krankheitsbilder, inkl. Vaginismus   | Medizinisches Lehrbuch           | Allgemein (frühe Beschreibung) | Nein         | Hoch – historische Perspektive                  |
| Engel (1976)               | Biopsychosoziales Modell                            | Theoretischer Beitrag            | Allgemein                      | Nein         | Hoch – zentral für Ätiologie                    |
| Farrell & Cacchioni (2012) | Kritik an der Medikalisierung weiblicher Sexualität | Theoretisch-kritisch             | Allgemein                      | Ja, explizit | Hoch – feministische Kritik der Diagnosemodelle |
| First et al. (1995)        | SCID-II als Diagnostikinstrument                    | Instrumentenbeschreibung         | Nicht direkt zu Vaginismus     | Nein         | Mittel – diagnostische Einordnung               |

|                         |                                                 |                                         |           |                   |                                                        |
|-------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------|-------------------|--------------------------------------------------------|
| Friedman (1962)         | Unerfüllter Beischlaf in Ehen                   | Empirisch – Interviewstudie             | Primär    | Implizit kritisch | Hoch – historische Perspektive auf primären Vaginismus |
| Fuchs et al. (1973)     | Hypnotherapie bei Vaginismus                    | Kontrollierte Interventionsstudie       | Allgemein | Nein              | Hoch – zur Entwicklung von Behandlungsformen           |
| Gilman (1993)           | Historische und kulturelle Analyse von Hysterie | Historiografisch-kulturwissenschaftlich | Allgemein | Ja                | Hoch – Kontextualisierung der Diagnosen im 19./20. Jh. |
| Goettsch (1989)         | Definition sexueller Grundbegriffe              | Theoretisch-konzeptionell               | Allgemein | Nein              | Mittel – begriffliche Rahmung                          |
| Goldstein et al. (2005) | Überblick zu sexuellen Funktionsstörungen       | Fachbuch                                | Allgemein | Nein              | Hoch – für medizinisch-biologische Perspektiven        |

|                             |                                                                |                                     |                |           |                                             |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------|-----------|---------------------------------------------|
| Greenhalgh & Peacock (2005) | Methodik systematischer Literaturrecherchen                    | Methodologischer Beitrag            | Nicht relevant | Nein      | Mittel – methodische Basis für Analyse      |
| Hartmann (2018)             | Breites Spektrum sexualtherapeutischer Ansätze                 | Sammelband, therapeutisch-praktisch | Allgemein      | Teilweise | Hoch – Überblick über therapeutische Praxis |
| Işık & Aslan (2023)         | Wirkung von Beratung und Beckenbodenentspannung bei Vaginismus | RCT                                 | Allgemein      | Nein      | Hoch – aktuelle Behandlungsmethoden         |

|                              |                                                                              |                              |                         |                    |                                                            |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------|
| Jeng (2004)                  | Physiologie und Ätiologie von Vaginismus                                     | Übersichtsartikel            | Allgemein               | Nein               | Hoch – fundierte Darstellung ätiologischer Konzepte        |
| Jokar et al. (2025)          | Effektivität von Biofeedback & Dilatoren bei primärem Vaginismus             | RCT                          | Primär (Typ I)          | Nein               | Sehr hoch – evidenzbasierte Behandlung primären Vaginismus |
| Kaplan (1974)                | Verhaltenstherapeutische Sexualtherapie                                      | Therapeutisches Fachbuch     | Allgemein               | Teilweise implizit | Hoch – wegweisend für moderne Therapie                     |
| Keen (1979)                  | Kulturelle Kritik an sexuellen Normen                                        | Theoretisch-kritisch         | Allgemein               | Ja                 | Mittel – Grundlage für feministische Kritik                |
| Kiremitli & Kiremitli (2021) | Behandlungsverlauf und Geburtsergebnisse bei verschiedenen Vaginismus-Graden | Quantitative Studie          | Alle Grade, inkl. Typ I | Nein               | Hoch – differenzierte Betrachtung nach Vaginismusgrad      |
| Klaassen & Ter Kuile (2009)  | Entwicklung des VPCQ-Instruments (kognitive Bewertung Penetration)           | Instrumentenentwicklung      | Allgemein               | Nein               | Hoch – Diagnostikinstrument                                |
| Kleinplatz (1998, 2018)      | Kritik an Verhaltenstherapie, Vorschlag humanistischer Alternativen          | Literaturkritik, theoretisch | Allgemein               | Ja                 | Sehr hoch – zentrale feministische Kritik                  |
| Kleinplatz & Ménard (2007)   | Konzept von „optimaler Sexualität“                                           | Theoretisch, modellbildend   | Allgemein               | Ja                 | Hoch – Perspektiverweiterung zu sexueller Gesundheit       |

|                          |                                                         |                                   |                                          |                   |                                                                  |
|--------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------|
| Koops & Briken (2021)    | Ursprünge sexueller Schmerzen aus Sicht der Betroffenen | Qualitativ, Grounded Theory       | Allgemein (subjektive Sicht auf Schmerz) | Ja                | Sehr hoch – wichtige feministische und subjektorientierte Studie |
| Lahaie et al. (2015)     | Differenzierung Vaginismus vs. Dyspareunie              | Quantitativ, multivariate Analyse | Allgemein (aber differenzierend)         | Nein              | Sehr hoch – DSM-5-Kategorisierung wird empirisch geprüft         |
| Lahaie et al. (2010)     | Überblick zu Klassifikation, Ätiologie, Therapie        | Literaturreview                   | Allgemein                                | Nein              | Sehr hoch – umfassender Überblick zur Einordnung                 |
| Lamont (1978)            | Klassifikation Vaginismus nach Schweregraden            | Klinische Untersuchung            | Allgemein, Vaginismusgrad I–IV           | Nein              | Hoch – Grundlage vieler moderner Klassifikationen                |
| Masters & Johnson (1970) | Sexualtherapie mit Fokus auf funktionale „Heilung“      | Klinisch-therapeutische Praxis    | Allgemein                                | Implizit normativ | Sehr hoch – historisch relevante Behandlungskonzepte             |
| McClain (2006)           | Feministische Sexualpädagogik                           | Theoretisch                       | Allgemein                                | Ja                | Mittel – kontextualisiert gesellschaftliche Normen               |
| McEvoy et al. (2024)     | Biopsychosoziale Sicht auf Vaginismus                   | Theoretisch-konzeptuell           | Allgemein                                | Ja                | Sehr hoch – integratives Verständnis aktueller Sichtweisen       |
| McPhillips et al. (2001) | Kritik an Koitalnorm                                    | Qualitativ, diskursanalytisch     | Allgemein                                | Ja                | Hoch – kritische Reflexion sexueller Normen                      |
| Meana & Binik (2022)     | Multimodale Betrachtung sexueller Schmerzen             | Überblick / Review                | Allgemein                                | Teilweise         | Hoch – theoretische und empirische Integration                   |

|                                    |                                                                              |                                |                    |          |                                             |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|----------|---------------------------------------------|
| Melnik et al. (2012)               | Evidenz zu Vaginismus-Interventionen                                         | Cochrane Review                | Allgemein          | Nein     | Sehr hoch – evidenzbasierte Therapieanalyse |
| Nicolson (1993)                    | Kritik an Pathologisierung weiblicher Sexualität                             | Theoretisch, diskursanalytisch | Nicht spezifiziert | Ja       | Hoch                                        |
| Pacik (2011)                       | Botox, Lokalanästhesie, Dilatation bei Vaginismus                            | Klinischer Bericht             | Lebenslang (Typ 1) | Nein     | Mittel                                      |
| Pacik (2014)                       | Multimodale Therapie mit Narkose und Dilatoren                               | Klinische Fallserie            | Lebenslang         | Nein     | Mittel bis hoch                             |
| Pacik & Geletta (2017)             | Follow-up klinischer Therapieergebnisse                                      | Quantitativ, retrospektiv      | Lebenslang         | Nein     | Mittel                                      |
| Potts (2002)                       | Kritik am „coital imperative“, dekonstruiert heteronormative Sexualnarrative | Feministische Diskursanalyse   | Nicht direkt       | Ja       | Hoch                                        |
| Pukall et al. (2007)               | Hypnose zur Behandlung von Vulvodynie/Vaginismus                             | Experimentell-klinisch         | Unspezifisch       | Nein     | Gering bis mittel                           |
| Rastogi (2022)                     | Überblick Ätiologie, Symptome, Therapie                                      | Lehrtext / Übersicht           | Allgemein          | Nein     | Mittel                                      |
| Reissing, Armstrong & Allen (2013) | Physiotherapie bei lebenslangem Vaginismus                                   | Retrospektiv + Interviews      | Lebenslang         | Indirekt | Hoch                                        |
| Reissing et al. (1999)             | Existenz und Diagnostik von Vaginismus kritisch beleuchtet                   | Literaturreview                | Allgemein          | Ja       | Hoch                                        |
| Reissing et al. (2004)             | Diagnostik: Schmerz, Spasmus, Verhalten                                      | Quantitativ-empirisch          | Allgemein          | Nein     | Mittel                                      |
| Reissing et al. (2014)             | Kritik an DSM-5 Umbenennung in GPPPD                                         | Kommentar / Diskursanalyse     | Allgemein          | Ja       | Hoch                                        |

| Quelle                   | Fokus                                                                     | Methodik                                       | Vaginismustyp                                                        | Feministische Perspektive                      | Relevanz für Fragestellung                               |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Rosen et al. (2000)      | Entwicklung eines Instruments zur Messung weiblicher sexueller Funktion   | Quantitativ; Skalenentwicklung und Validierung | Nicht direkt; bezieht sich allgemein auf sexuelle Funktionsstörungen | Nein                                           | Bietet Messinstrument zur Beurteilung sexueller Funktion |
| Rosenbaum (2011)         | Physiotherapeutischer Zugang zur Angstbewältigung bei schwerem Vaginismus | Fallorientiert; klinischer Zugang              | Lebenslang (schwerer Vaginismus)                                     | Indirekt, durch Betonung von Selbstwirksamkeit | Relevanter Zugang zur Behandlungsperspektive             |
| Rosenbaum (2013)         | Achtsamkeitsbasierte Behandlung sexueller Schmerzen                       | Therapieansatz, nicht empirisch                | Allgemein                                                            | Teilweise; Fokus auf Autonomie                 | Integriert psychosomatische Ansätze                      |
| Schnarch (1991)          | Integration von Sexual- und Paartherapie                                  | Theoretisch-klinisch                           | Nicht spezifisch                                                     | Nein                                           | Bietet kontextuelle Behandlungsperspektiven              |
| Shafik & El-Sibai (2002) | Physiologische Untersuchung der Beckenbodenmuskulatur                     | Experimentell; Muskelanalyse                   | Allgemein                                                            | Nein                                           | Physiologische Grundlagen, medizinisches Modell          |
| Shaw (1994)              | Behandlung von primärem Vaginismus                                        | Fallbericht/Therapieansatz                     | Primär (lebenslang)                                                  | Teilweise; Fokus auf subjektives Erleben       | Historisch und therapeutisch relevant                    |

|                       |                                                     |                       |                                 |                                                    |                                                       |
|-----------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Simon & Gagnon (1986) | Sexuelle Skripttheorie                              | Theoretisch           | Nicht thematisiert              | Teilweise, durch Dekonstruktion normativer Skripte | Theoretische Grundlage zur kulturellen Einbettung     |
| Sims (1866)           | Chirurgische Eingriffe bei Frauen                   | Klinisch/historisch   | Nicht klar differenziert        | Nein (kritisiert aus heutiger Sicht)               | Historische Bedeutung, problematische Praxis          |
| Sztenc (2020)         | Embodimentorientierte Sexualtherapie (Sexocorporel) | Praxisorientiert      | Allgemein                       | Indirekt; Fokus auf Selbstregulation               | Moderner körperzentrierter Ansatz                     |
| Tasca et al. (2012)   | Geschichte der Hysterie und Pathologisierung        | Historisch-analytisch | Implizit, historisch mitgemeint | Ja                                                 | Wichtig zur historischen Kontextualisierung           |
| Autor:in (Jahr)       | Fokus                                               | Methodik              | Vaginismus-Typ                  | Feministische Perspektive                          | Relevanz für Fragestellung                            |
| Tiefer (2000)         | Kritik am sexologischen Modell                      | Theoriearbeit         | Allgemein                       | Ja                                                 | Hinterfragt Normalitätsannahmen sexueller Gesundheit  |
| Tiefer (2002a)        | New View-Kampagne                                   | Theorie & Aktivismus  | Allgemein                       | Ja                                                 | Grundlage feministischer Kritik an FSD                |
| Tiefer (2002b, c)     | Kritik an medizinischer Pathologisierung            | Theoriearbeit         | Allgemein                       | Ja                                                 | Lehnt Medikalisierung weiblicher Sexualität ab        |
| Tiefer (2006)         | Disease Mongering bei FSD                           | Fallanalyse           | Allgemein                       | Ja                                                 | Beispiel für kommerzielle Interessen im Sexualdiskurs |
| Ussher (2011)         | Psychosoziale Perspektive auf weibliche Sexualität  | Theoriearbeit         | Allgemein                       | Ja                                                 | Feministische Re-Lektüre psychischer Diagnosen        |

|                               |                                                             |                                                   |                                                     |                           |                                                                                                |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Van De Wiel et al. (1990)     | Behandlungsformen bei Vaginismus                            | Literaturreview                                   | Allgemein                                           | Nein                      | Übersicht zu traditionellen Therapieansätzen                                                   |
| Wallace et al. (2019)         | Physiotherapie bei Beckenbodenstörungen                     | Reviewartikel                                     | Allgemein                                           | Nein                      | Therapeutische Praxisperspektive                                                               |
| Watkins & Maines (2000)       | Historische Einordnung der Vibratornutzung                  | Hist. Analyse                                     | Allgemein                                           | Ja                        | Aufdeckung patriarchaler Logiken der Sexualtherapie                                            |
| Weijmar Schultz et al. (2005) | Management sexueller Schmerzen                              | Fachartikel                                       | GPPPD                                               | Teilweise                 | Klinische Empfehlungen                                                                         |
| WHO (2019, 2022)              | Klassifikation von Vaginismus (ICD-10/11)                   | Klassifikationssystem                             | Allgemein                                           | Nein                      | Diagnostischer Rahmen                                                                          |
| Quelle                        | Fokus                                                       | Methodik                                          | Vaginismustyp                                       | Feministische Perspektive | Relevanz für Fragestellung                                                                     |
| Wohlin (2014)                 | Systematische Literatursuche und -methodik                  | Methodologische Anleitung (systematisches Review) | Nicht direkt relevant                               | Nein                      | Relevanzmethodisch für systematische Literaturanalysen, aber kein Bezug zu Vaginismus          |
| Wolpe (1968)                  | Psychotherapie durch reziproke Hemmung (Verhaltenstherapie) | Theoretisches Konzept, behaviorale Grundlage      | Allgemein, konzeptioneller Bezug zu Angstvermeidung | Nein                      | Grundlage für spätere Verhaltenstherapieansätze bei Vaginismus                                 |
| Yaraghi et al. (2019)         | Vergleich zweier Behandlungsansätze bei primärem Vaginismus | Randomisierte klinische Studie                    | Lebenslanger Vaginismus (primär)                    | Nein                      | Aktuelle medizinisch-therapeutische Behandlungsansätze; relevant für Diskussion der Behandlung |

Tabelle 3: Matrix der Analysefelder (eigene Darstellung, erstellt mithilfe von ChatGPT (OpenAI, 2025))

## Anhang C: Strukturierung der zentralen Ergebnisse

| Epoche          | Definition                                                                                                                | Diagnose                                                                                                                        | Behandlung                                                                                               | Feministische Perspektive                                                                                             |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19. Jahrhundert | Vaginismus als Teilbereich der Hysterie; fehlende Penetrationsfähigkeit galt als pathologisch.                            | Subjektive Einschätzungen; invasive gynäkologische Untersuchungen ohne standardisierte Kriterien; keine Klassifikationssysteme. | Chirurgische Eingriffe (z. B. Hymenektomie), Vibratortherapie zur ‚Behandlung‘ der Hysterie.             | Kritik an patriarchaler Medizin; Frau als passives Objekt; Sexualität auf Fortpflanzung und Koitus reduziert.         |
| 20. Jahrhundert | Psychodynamische Theorien später Verhaltenstherapie; Vaginismus als psychosexuelles Symptom.                              | Einführung von Klassifikationen wie Lamont-Skala; DSM-IV: Muskelspasmus als zentrales Kriterium.                                | Psychoanalyse, systematische Desensibilisierung, KVT, Dilatation, Biofeedback, Pharmakotherapie.         | Kritik an Funktionalisierung und Zielorientierung auf Penetration; fehlende Subjektorientierung, somatischer Ausdruck |
| 21. Jahrhundert | Vaginismus als Genito-Pelvine Schmerz-/Penetrationsstörung (GPPPD) im DSM-5; Kritik an reduktionistischer Klassifikation. | Diagnose nach ICD-11 und DSM-5; Instrumente wie FSFI, VPIQ; Abkehr vom Spasmus als Kriterium.                                   | Biopsychosoziale Ansätze, achtsamkeitsbasierte und körperzentrierte Therapien, traumasensible Verfahren. | Fokus auf Selbstbestimmung, Kontextualisierung, kritische Reflexion medizinischer Normen und Skripte.                 |

Tabelle 4: Strukturierung zur Beantwortung der Fragestellungen (eigene Darstellung, 2025)

## Anhang D: Behandlung von Vaginismus – ein Beispiel

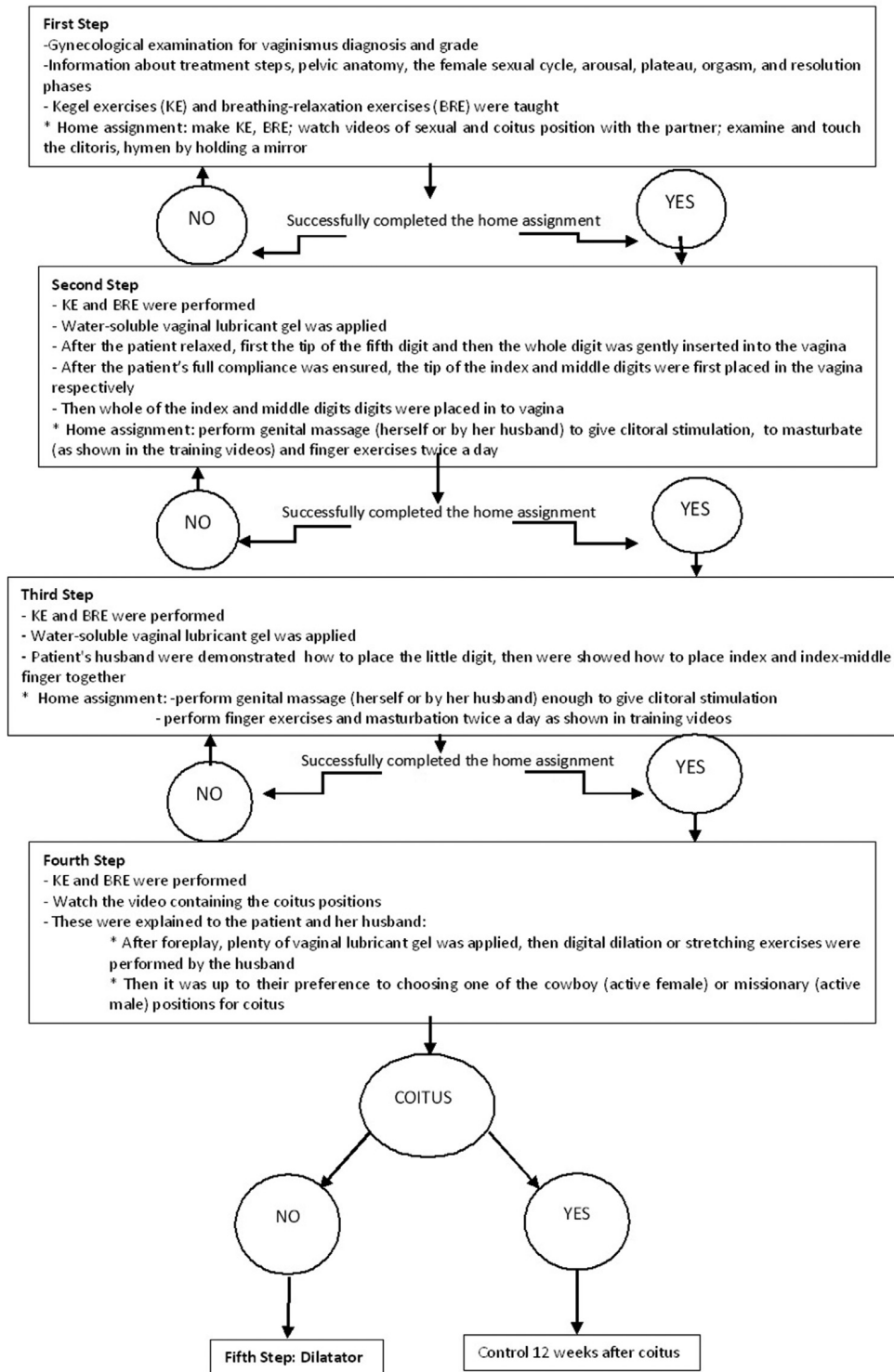


Figure 1. Vaginismus treatment flow chart.

## Anhang E: Vaginismus Diagnose im historischen Verlauf und aus feministischer Perspektive

| Zeit-<br>raum                    | Diagnostischer<br>Fokus                                                                                     | DSM/ICD-Kriterien                                                                                                                                                                                                                    | Historische<br>Einflüsse                                                                                                                           | Beispiele/<br>Methoden                                                                                                     | Feministische<br>Perspektive                                                                                                                                                                                                 | Quellen                                                                                                                 |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>19.<br/>Jahr-<br/>hundert</b> | Anatomisch-<br>mechanistisch;<br>Vaginismus<br>meist als<br>Symptom<br>weiblicher<br>Hysterie<br>verstanden | Keine Aufnahme in DSM; ICD<br>nicht vorhanden. Diagnostik<br>geprägt von moralischen,<br>geschlechternormativen und<br>anatomischen Vorstellungen                                                                                    | Einflüsse der<br>viktorianischen<br>Sexualmoral,<br>religiöse<br>Vorstellungen von<br>Reinheit; Medizin als<br>patriarchales<br>Kontrollinstrument | Physische<br>Untersuchung;<br>manuelle<br>Penetrationstests;<br>Pathologisierung<br>von<br>Abwehrverhalten                 | Pathologisierung<br>weiblicher<br>Abwehrreaktionen gegen<br>penetrative Sexualität;<br>Hysterie als Kontrolle<br>weiblicher Körper durch<br>männlich dominierte<br>Medizin                                                   | Sims, 1866,<br>Gilman,<br>1985; Tasca<br>et al., 2012                                                                   |
| <b>20.<br/>Jahr-<br/>hundert</b> | Psychodynamisc<br>h und funktionell;<br>Einordnung als<br>sexuelle<br>Funktionsstörun<br>g                  | DSM-III/IV: Vaginismus als<br>sexuelle Funktionsstörung mit<br>Muskelspasmus-Kriterium;<br>ICD-10: psychogen (F52.5)<br>oder organisch (N94.2)                                                                                       | Einfluss der<br>Psychoanalyse<br>(Freud),<br>sexologische und<br>verhaltenstherapeuti<br>sche Paradigmen<br>(Masters &<br>Johnson);                | DSM-III/IV:<br>Muskelspasmus<br>als Kriterium;<br>Lamont-<br>Klassifikation;<br>Gespräche +<br>körperliche<br>Untersuchung | wachsende<br>Pathologisierung<br>weiblicher Sexualität,<br>Kritik an<br>funktionalistischer<br>Normierung weiblicher<br>Sexualität; DSM als<br>Instrument der<br>Medikalisierung; Beginn<br>feministischer<br>Gegennarrative | Freud, 1918,<br>Kaplan,<br>1974;<br>Masters &<br>Johnson,<br>1970; APA,<br>1980;<br>Lamont,<br>1978; Tiefer,<br>2002a   |
| <b>21.<br/>Jahr-<br/>hundert</b> | Biopsychosozial<br>und<br>subjektorientiert;<br>Zusammenführu<br>ng mit<br>Dyspareunie zu<br>GPPPD          | DSM-5: Zusammenführung<br>mit Dyspareunie zu GPPPD –<br>Muskelspasmus kein Kriterium<br>mehr, stattdessen Schmerzen,<br>Angst, Anspannung,<br>Penetrationsschwierigkeit;<br>ICD-11: GPPPD (HA20.Z),<br>Begriff ‚Vaginismus‘ entfällt | bio-psycho-soziale<br>Paradigmen,<br>interdisziplinäre<br>Therapieansätze;                                                                         | DSM-5; Q-Tip-<br>Test; EMG; FSFI;<br>VPCQ;<br>interdisziplinäre,<br>multimodale<br>Diagnostik.                             | Feministische Kritik an<br>Medikalisierung, Kritik am<br>‘Funktionsbegriff’<br>Betonung subjektiver,<br>relationaler und<br>kultureller Kontexte,<br>somatische Bedeutung<br>von Schmerzen                                   | APA, 2013;<br>WHO, 2022;<br>Reissing et<br>al., 2004;<br>Ussher,<br>2011; Ayling<br>& Ussher,<br>2008; Tiefer,<br>2002a |

Tabelle 5: historische und feministische Perspektive auf Vaginismus (eigene Darstellung, 2025)

## Anhang F: Behandlungsmethoden im historischen Verlauf

| Jahr-hundert | Therapieform / Methode                                                                    | Behandlungsziel                                      | Therapieart                            | Erreichung des Ziels / Erfolgsquote             | Kontrolliert?          |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------|
| 19.          | Hymenektomie / Vestibulotomie / Vaginaldilatation (Sims, 1866)                            | Herstellung der Penetrationsfähigkeit                | Chirurgisch / mechanisch               | Subjektiv durch Sims als erfolgreich bezeichnet | Nein                   |
| 19.          | Pharmakologische Sedierung (Opium, Sedativa) (Kleinplatz, 2018; Van De Wiel et al., 1990) | Reduktion von Angst und Muskelspannung               | Pharmakologisch                        | Nicht systematisch evaluiert                    | Nein                   |
| 19.          | Künstliche Insemination (Drenth, 1988)                                                    | Erfüllung des Kinderwunsches ohne Koitus             | Reproduktionsmedizinisch               | Berichte über erfolgreiche Schwangerschaften    | Einzelfallberichte     |
| 20.          | Psychoanalyse (Freud, 1918; Gilman, 1993)                                                 | Bearbeitung unbewusster Konflikte                    | Psychodynamisch                        | Begrenzte Erfolge                               | Nein                   |
| 20.          | Verhaltenstherapie (Desensibilisierung, Muskelübungen) (Van De Wiel et al., 1990)         | Verlernen der Angstreaktion, Penetrationsfähigkeit   | Verhaltenstherapeutisch                | Hohe Erfolgsraten                               | Teilweise              |
| 20.          | Sexualtherapie nach Masters & Johnson (1970)                                              | Ganzheitliche Förderung sexuellen Erlebens           | Sexualtherapeutisch                    | Als Meilenstein beschrieben                     | Ja, empirisch gestützt |
| 20.          | Hypnotherapie                                                                             | Angstreduktion, Desensibilisierung                   | Hypnotherapeutisch                     | 88% Erfolg (Fuchs, 1973)                        | Ja (Follow-up)         |
| 21.          | Botox-Injektionen + Dilatation                                                            | Temporäre Muskelentspannung, Penetration ermöglichen | Medizinisch                            | >80% (Pacik & Geletta, 2017)                    | Nein (keine RCT)       |
| 21.          | Beckenbodenphysiotherapie                                                                 | Reduktion von Muskeltonus, Rezeptive Kontrolle       | Physiotherapeutisch                    | 93% (Yaraghi et al., 2019)                      | Ja (RCTs vorhanden)    |
| 21.          | Sexualtherapie (Sexocorporel etc.) (Bischof, 2010)                                        | Förderung sexueller Rezeptivität, Selbstbestimmung   | Sexualtherapeutisch / körperorientiert | Keine systematische Evaluation                  | Nein                   |

|     |                                                                               |                                                  |                                                                            |                                                                      |                |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------|
| 21. | Psychotherapie (CBT, ACT, Schematherapie)                                     | Abbau von Angst, Aufbau positiven Selbstkonzepts | Psychotherapeutisch                                                        | 81% mit Penetration; 6% schmerzfrei mit Freude (Engman et al., 2010) | Ja (Follow-up) |
| 21. | Achtsamkeitstherapie (z. B. Brotto, 2013; Rosenbaum, 2011)                    | Körperwahrnehmung, emotionale Regulation         | Psychologisch / körperorientiert                                           | Pos. Effekte in Studien berichtet                                    | Teilweise      |
| 21. | Digitale Intervention (HelloBetter)                                           | Penetrationsfähigkeit, Angstabbau                | Digital / CBT-basiert                                                      | 49% erfolgreich (Ebert et al., 2022)                                 | Ja (RCT)       |
| 21. | Multimodal (Kiremitli&Kiremitli, 2022) Integration biopsychosozialer Methoden | Penetration                                      | Entspannung, Beckenbodenübungen, Dilatoren, Partnerarbeit, Psychoedukation | 93% (Grad 1: 100%)<br>Grad 4 (92%)                                   | teilweise      |

*Tabelle 6: Behandlungsmethoden im historischen Verlauf (eigene Darstellung, 2025)*