

Hochschule Merseburg. Fachbereich Soziale Arbeit. Medien. Kultur
Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie Uster
Masterstudiengang Sexologie III

Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts Sexologie

Vaginismus und Behandlungsansätze

Wirkfaktoren zur Genesung eines Vaginismus sowie der Zustand sexueller Zufriedenheit vor und nach einer Behandlung, aufgezeigt anhand zwei unterschiedlicher Behandlungsansätze sowie qualitativer Befragungen von Fachleuten und betroffener Frauen nach erfolgreicher Behandlung

Vorgelegt von
Sarah Graf

Erstgutachterin: Esther Elisabeth Schütz
Zweitgutachter: Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voss
Abgabedatum: 22. August 2022

Zusammenfassung

Vaginismus wird als ein unwillkürlicher, heftiger, reflexartiger Zusammenzug vom Beckenboden beschrieben, der aufgrund Angst vor Schmerzen im Zusammenhang mit der vaginalen Penetration auftritt und eine Frau daran hindert, penetrativen, vaginalen Geschlechtsverkehr zu erleben, obwohl sie sich dies wünscht. Vaginismus kann Betroffene in ihrem Alltag stark belasten und zu Vermeidungsstrategien führen. Die Diagnose gestaltet sich nicht ganz einfach, da die Übergänge der Störungsbilder fließend sind und Vaginismus beim Fachpersonal, trotz einer Prävalenz von 5- 17 % im klinischen Setting, relativ unbekannt ist. Die vorliegende Arbeit untersucht verschiedene Behandlungsansätze und die Wirkfaktoren welche die Frauen in ihrem Genesungsprozess unterstützen. Des Weiteren soll die sexuelle Zufriedenheit von den Betroffenen vor und nach erfolgreicher Behandlung verglichen werden. Die empirische Grundlage der Arbeit bildet die Analyse von Interviews von zwei Betroffenen und zwei Expertinnen, einer Gynäkologin, welche sexualmedizinische Beratungen führt, sowie einer Beckenbodenphysiotherapeutin. Die Gespräche mit drei weiteren Personen, zwei Expertinnen (einer Online-Coach und einer Sexualtherapeutin) und einer weiteren Betroffenen, ergänzen die erhobenen Daten. Die Ergebnisse werden in Bezug auf deren Relevanz für die Forschung und praktische Beratungsarbeit reflektiert.

Abstract

Vaginismus is described as an involuntary, violent, reflexive contraction from the bottom of the pelvis, due to fear of pain, associated with vaginal penetration, which prevents a woman from experiencing penetrative vaginal intercourse even though she desires it. Vaginismus can be a great burden on the daily life of those affected and can lead to avoidance strategies. It is not easy to diagnose vaginismus, as the transition between the disorders is fluid and vaginismus is relatively unknown among professionals, despite a prevalence of 5- 17 % in the clinical setting. The present study examines different treatment approaches and the factors that supported the women in their recovery process. Furthermore, the sexual satisfaction of the affected women before and after successful treatment will be compared. The empirical basis of the study is the analysis of interviews with two affected women and two experts, a gynecologist who provides sexual medicine consultations and a pelvic floor physiotherapist. The interviews with three other persons, two experts, an online coach, a sex therapist as well as another person affected, supplement the data collected. The results are reflected on for their relevance for research and practical counselling work.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagung	1
1 Einleitung	2
1.1 Ausgangslage.....	2
1.2 Begründung der Themenwahl.....	3
1.3 Forschungsfrage und Leitfragen	4
1.4 Methodenwahl	5
1.5 Aufbau der Arbeit	5
1.6 Begrifflichkeiten	6
2 Vaginismus.....	7
2.1 Historische Aspekte des Begriffs.....	7
2.2 Definition	7
2.3 Ätiologie.....	9
2.4 Entwicklung und Verlauf.....	10
2.5 Bedeutung von Geschlechtsverkehr bei Vaginismus.....	11
2.6 Prävalenz	12
2.7 Internationale Diagnosekriterien im Vergleich.....	13
2.8 Komorbidität	15
2.9 Differentialdiagnose.....	16
2.10 Sexuelle Störungen	16
3 Sexuelle Zufriedenheit.....	21
3.1 Definition	21
3.2 Diagnostische Instrumente zur Erhebung von sexueller Zufriedenheit.....	22
3.3 Sexuelle Zufriedenheit von Frauen mit sexuellen Dysfunktionen.....	22
4 Behandlungsansätze und Wirkfaktoren	25
4.1 Gründe für eine Therapie	25
4.2 Bandbreite der Behandlungsansätze	25
4.3 Behandlungsfokus.....	26
4.4 Sexualtherapie	27
4.5 Kognitive Verhaltenstherapie	29
4.6 Beckenbodenphysiotherapie.....	30
4.7 Medizinische chirurgische Behandlungsansätze.....	30
4.8 Weitere Behandlungsansätze	32
4.9 Wirkfaktoren	33
4.10 Vaginismus, Behandlungsformen und sexuellen Zufriedenheit	35

5	Forschungsmethodik	36
	5.1 Forschungsmethode.....	36
	5.2 Literaturrecherche	36
	5.3 Forschungsstand.....	37
	5.4 Datenerhebung.....	38
	5.5 Transkription.....	40
	5.6 Datenanalyse	41
	5.7 Datenschutz und Forschungsethik.....	42
6	Ergebnisse	43
	6.1 Vaginismus.....	43
	6.2 Vaginismus Reise.....	47
	6.3 Genannte Behandlungsansätze bei Vaginismus.....	52
	6.4 Wirkfaktoren in der Behandlung von Vaginismus.....	58
	6.5 Genesung.....	61
	6.6 Sexualität.....	62
	6.7 Sexuelle Zufriedenheit.....	65
	6.8 Partner.....	66
	6.9 Erkenntnisse für die Sexualberatung	67
	6.10 Zusammenfassung.....	68
7	Diskussion	70
	7.1 A) Wer diagnostiziert Vaginismus und wie ist der Werdegang der Betroffenen?	70
	7.2 B) Welche Wirkfaktoren und Behandlungsansätze werden genannt?.....	72
	7.3 C) Wie schätzen Fachexpertinnen und Betroffene die sexuelle Zufriedenheit von Frauen mit Vaginismus ein?	75
	7.4 Limitationen	77
	7.5 Ausblick – Implikationen für die Forschung.....	78
	7.6 Ausblick – Implikationen für zukünftige Praxis	78
	7.7 Reflexion in Bezug auf die Sexualberatung von Frauen mit Vaginismus.....	79
	Schlusswort	80
	Literaturverzeichnis	81
	Anhang	92
	Selbständigkeitserklärung	111

Vorwort und Danksagung

Ich erinnere mich, wie ich als Jugendliche mit meiner jüngeren Schwester einen zweitägigen Selbstverteidigungskurs besuchte. Eine Übung demonstrierte, wie viel Kraft Frauen in ihrem Becken haben. Drei Menschen legten sich dafür auf eine Frau, wie ein menschliches Sandwich. Wir übten, wie die Frau auf dem Rücken liegend, alle mit einer Bewegung und der ganzen Beckenkraft wegzustossen vermochte. Seither bewundere ich die Macht der kraftvollen und stabilen Körpermitte. In meiner Yogapraxis durfte ich die Beckenbodenmuskulatur kennenlernen und trainieren. Meistens liest und hört man, dass es wichtig ist, die Beckenbodenmuskulatur zu trainieren und zu stärken. Dass zu hohe Anspannungen im Beckenboden unter anderem zu Pilzinfektionen oder Schmerzen im Geschlecht führen können, hört man viel zu wenig.

Das Thema Vaginismus hat mich von der ersten Vorlesung an in der Weiterbildung gepackt. Die Störung, die früher «Scheidenkrampf» hiess und um die bis heute über einige Mythen («er blieb in ihr stecken») bestehen, machte aus der Sicht der Betroffenen plötzlich Sinn. Das, was die Frauen nicht artikulieren können und im Unterbewusstsein spüren, übersetzt der Körper auf der physiologischen Ebene. Die Frau verspürt ein Unbehagen, eine Angst oder Unsicherheit, welche sie nicht erklären und welcher sie sich oft nicht bewusst ist. Reflexartig übernehmen Gedanken, Kopf und das Nervensystem Kontakt mit der Beckenbodenmuskulatur auf, die diesen Auftrag annimmt und sich verschliesst, partiell oder auch komplett, so dass eine vaginale Penetration unmöglich wird.

Ich möchte den mutigen Frauen danken, welche sich bereit erklärten, sich mit mir über ihre Vaginismus Erfahrungen auszutauschen. Sie haben mit mir ihre persönlichen Geschichten im Umgang mit Vaginismus mit viel Mut und Offenheit geteilt. Ohne sie, wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Ebenso, danke ich den Fachexpertinnen, die sich die Zeit in ihrem hektischen und vollen Alltag nahmen, um ihre Sicht und ihre Erlebnisse aus dem klinischen Alltag darzustellen. Vielen Dank auch an dieser Stelle meinen beiden Gutachtern für deren Hilfe, Inputs, richtungsweisende Rückmeldungen und Zeit. Zum Abschluss auch eine spezielle Erwähnung an meine Dozentinnen, welche mich inspiriert haben und deren Vorlesungen mich dazu brachten, mich in der Sexologie für die Vaginismus Thematik zu begeistern.

1 Einleitung

Ziel dieser Masterarbeit ist die Erhebung von Wirkfaktoren, welche aus Sicht von Fachleuten und Frauen mit Vaginismus zur Genesung des Vaginismus führen. Zudem soll aufgezeigt werden, wie die sexuelle Zufriedenheit von betroffenen Frauen ist.

1.1 Ausgangslage

Meine Therapeutin hat mal den schönen Satz gesagt 'Menschen mit sexuellen Funktionsstörungen sind die besseren Liebhaber'. Sie müssen nämlich zum einen klare Grenzen setzen 'Penetration ist nicht möglich' und zum anderen genau benennen, was geht und was Spass macht. 'Ich mag's, wenn du mich leckst. Und danach könnte ich mich auf dich setzen und an dir reiben.' Auch ohne Penetration können zwei Menschen sehr viel Spass haben. *Leonie, Vaginismus Betroffene* (lvstprinzip.de/besser-im-bett-dank-vaginismus-ein-text-von-leonie/, 23.07.22)

Mit grosser Wahrscheinlichkeit kennt jede Person eine Frau, die von Vaginismus betroffen ist und es wird an der Zeit, dass diese Störung bekannter wird. Mit einer Prävalenz von 5-17 % im klinischen Setting, gehört Vaginismus zu einer der drei meist vorkommenden sexuellen Störungen. Dass diese sexuelle Funktionsstörung der Frau nicht bekannt ist, hat einen wissenschaftlich belegten, guten Grund: Die Dunkelziffer der nicht diagnostizierten Betroffenen. Entweder weiss die betroffene Person bisher nicht, dass ihre Symptome eine medizinische Erklärung und einen Namen haben, nämlich Genito-Pelvine Schmerz-Penetrationsstörung (Dyspareunie / Vaginismus) oder sie hat eine Falschdiagnose erhalten. Ein Grossteil der Betroffenen, welche die Diagnose bekommen haben, schämen sich oftmals so fest dafür, dass sie es nicht kommunizieren. Frauen, die von Vaginismus betroffen sind, leiden stark darunter, dass sie keinen normalen Sex, genauer ausgedrückt, penetrativen Geschlechtsverkehr haben können.

Bei Vaginismus zieht sich der Beckenboden reflexartig und so stark zusammen, dass die Penetration der Vagina sei das mittels Finger, Tampon, Spekulum oder Penis, partiell oder gänzlich unmöglich ist. Dieses Zusammenziehen und Verschiessen des vorderen Drittels der Vagina ist ein Schutzmechanismus des Körpers, der durch starke Angst vor Schmerzen durch eine mögliche Penetration ausgelöst wird. Dies, obwohl die betroffene Person sich den Geschlechtsverkehr wünscht. Oftmals sind mehrere Gründe dafür verantwortlich, dass eine Person Vaginismus hat. Angst vor Schmerzen beim Sex vom Hören sagen, Angst vor

dem Unbekannten, religiöse und traditionelle Familien- und Rollenbilder, Angst vor der Penetration, Unwissen über das Geschlecht, falsche Vorstellungen über den Geschlechtsverkehr und die Sexualität oder die Unfähigkeit, Nein zu sagen, können die Störung auslösen. Studien weisen darauf hin, dass in patriarchalische Kulturen mehr Fälle existieren könnten. Die Vermutung, die sexuelle Zufriedenheit von Betroffene Frauen könnte geringer sein, wie auch, dass Frauen mit Vaginismus sexuelle Übergriffe erlebt haben, konnten beide in Studien verneint werden (Bischof, 2010; Hartmann, 2018; Kayir & Aslantaş Ertekin, 2012; Kurban et al., 2021a).

Als Herausforderung erweist sich die Diagnostizierung. Das liegt hauptsächlich an zwei Ursachen: Die Störung ist, obwohl weit verbreitet, auch beim medizinischen Personal oft unbekannt und die Übergänge der verschiedenen Störungsbilder sind fließend und sehr individuell. Das kann ebenso zu Falschdiagnosen führen wie Untersuchungen, die für die Betroffenen traumatisierend sind: den Patientinnen wird nicht geglaubt oder es werden trotz grossen Stress- Angst- und Schmerzsymptomen an den Betroffenen vaginale Untersuchungen vorgenommen. Solche negativen Erlebnisse lassen die Betroffenen sich noch mehr zurückziehen und können die Symptome des Vaginismus sogar verstärken.

Aktuell gibt es keine Studien, welche einen Gold Standard für die Behandlung von Vaginismus empfehlen würden. Jüngste Studien empfehlen jedoch vermehrt, von einer reinen symptomatischen Behandlung wegzukommen und plädieren dafür, die Ursachen für die Störung mit der Patientin zu erarbeiten. Sie versprechen sich dadurch einen nachhaltigeren Therapieausgang. Die vorliegende Arbeit untersucht als erste Arbeit unterschiedliche Behandlungsansätze sowie die sexuelle Zufriedenheit von Betroffenen mit Vaginismus vor und nach erfolgreicher Behandlung.

1.2 Begründung der Themenwahl

Vaginismus ist eine sexuelle Schmerzstörung, welche weltweit vorkommt und Auswirkungen auf mehrere Aspekte wie Lebensstil, Sexualität, Fruchtbarkeit und psychische Gesundheit der Betroffenen und/oder Partner*in haben kann. Obwohl diese Implikationen weit reichen und die Leben der Betroffenen stark beeinflussen (siehe Kapitel 2), bleibt Vaginismus ein Thema, dass nicht besonders bekannt ist und relativ unerforscht bleibt (Watts & Nettle, 2010). Studien untersuchen meist die Ergebnisse von Therapieformen, wobei die gemessenen Erfolgsfaktoren sehr unterschiedlich definiert werden und so direkte Vergleiche kaum möglich sind. Ebenso sagen Studienergebnissen und die Literatur dem primären, nicht phobischen Vaginismus sehr gute Heilungschancen voraus (Bischof, 2010; M.-A. Lahaie et al.,

2010; Muammar et al., 2015). Unklar bleibt dabei, wie es den Betroffenen und derer sexuellen Zufriedenheit nach abgeschlossener Behandlung des Vaginismus ergeht, da entsprechende Langzeitstudien komplett fehlen. Die vorliegende Arbeit setzt genau hier an. Die Arbeit stellt die Fachexpertinnen sowie Patientinnen in den Mittelpunkt und holt ihr Wissen ab. Ziel der Arbeit ist es zu untersuchen, welche Wirkfaktoren Fachexpertinnen und Betroffene nach erfolgreicher Behandlung nennen und wie sie die sexuelle Zufriedenheit von Betroffenen vor und nach der Behandlung einschätzen.

1.3 Forschungsfrage und Leitfragen

Folgende Forschungsfragen wurden aus der Ausgangslage und der davor verfassten wissenschaftliche Arbeit zum Thema Vaginismus formuliert:

- Welche Wirkfaktoren führen zur Genesung eines Vaginismus aus der Sicht von Betroffenen und Fachexpertinnen?
- Inwiefern differenziert sich die sexuelle Zufriedenheit von Betroffenen vor und nach der Genesung?

Drei übergeordnete Leitfragen werden aus diesen zwei Forschungsfragen abgeleitet:

- A) Wer diagnostiziert Vaginismus und wie ist der Behandlungsverlauf der Betroffenen?
- B) Welche Wirkfaktoren und Behandlungsansätze kennen Expert*innen und Betroffene?
- C) Wie schätzen die Expertinnen und Betroffenen die sexuelle Zufriedenheit von Vaginismus Betroffene ein?

Diese untergeordneten Fragen ergänzen die Leitfragen und werden im Rahmen der Arbeit ebenfalls beantwortet (in Klammer Zuordnung übergeordnete Leitfragen):

- 1) Wie ist der heutige Forschungsstand zu Vaginismus? (A)
- 2) Wie zeigt sich ein Vaginismus bei Betroffenen? (A)
- 3) Wie beurteilen die Expertinnen zweier unterschiedlicher Behandlungsansätzen die Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung? (B)
- 4) Welche Behandlungsansätze werden bei Vaginismus erwähnt? (B)
- 5) Welche Instrumente zur Genesung eines Vaginismus führen Behandlungsansätze auf? (B)
- 6) Welche Wirkfaktoren haben Betroffene im Behandlungsprozess unterstützt? (B)
- 7) Welche Wirkfaktoren kennen Expert*innen? (B)

- 8) Welche Definitionen gibt es zu sexueller Zufriedenheit? (C)
- 9) Wie beschreiben die Betroffene und Expertinnen die sexuelle Zufriedenheit vor und nach einer Behandlung? (C)
- 10) Welche Erkenntnisse können aus den Befragungen für eine erfolgreiche Behandlung gewonnen werden?

1.4 Methodenwahl

Der wissenschaftliche Hintergrund der Arbeit basiert auf einer Literaturrecherche. Ebenfalls kann für einen Rekercheteil (zum Thema Vaginismus) auf eine vorausgehende Literaturarbeit zurückgegriffen werden, welche die Autorin im Rahmen dieser Weiterbildung 2021 verfasste. Da zum untersuchten Forschungsbereich noch keine Daten bestehen, werden diese mit einer qualitativen Forschungsmethode in Form von Interviews erhoben. Die Interviewauswertungen werden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

1.5 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in drei Hauptteile eingeteilt. Der erste Teil der Arbeit ist ein Theorierteil. Dieser beschäftigt sich mit dem Forschungsstand und dem wissenschaftlichen Hintergrund zu den Themen Vaginismus und sexuelle Zufriedenheit. Die Themen Vaginismus und sexueller Zufriedenheit sind in Verbindung zueinander wenig untersucht worden. In diesem Zusammenhang findet man bis heute keine Grossstudien. Wieso dem so ist, kann nur gemutmasst werden. Es könnte auf ein fehlendes Interesse hinweisen. Weil das Therapieziel von penetrativem, vaginalem Geschlechtsverkehr erreicht wurde, oder weil die sexuelle Zufriedenheit ein sehr individuelles Empfinden ist und sich die Forschungsfrage daher komplexer, zeitintensiver und kostspieliger gestalten würde. Um neue Erkenntnisse zu erheben, werden für den zweiten Teil dieser Arbeit deshalb qualitative Interviews als Forschungsmethode angewendet. Mehr zur Erhebung der Daten und Forschungsmethode und den gewählten Forschungsmethoden, findet man in Kapitel 5 Forschungsmethodik. Herz der Masterarbeit sind vier Interviews. Zwei Interviews werden mit Fachexpertinnen geführt, welche unterschiedliche Behandlungsansätze verfolgen und mit Patientinnen mit Vaginismus arbeiten. Die beiden weiteren Interviews sind Interviews mit Vaginismus Betroffene. Ergänzt werden diese vier Interviews durch weitere geführte Gespräche mit weiteren Fachexpertinnen und Patientinnen. Die Datenauswertung wird nach Mayring gemacht. Im letzten Teil der Arbeit, im Diskussionsteil, werden die Ergebnisse aus der Auswertung dargestellt, mögliche Zusammenhänge aufgezeigt und Unerwartetes adressiert.

1.6 Begrifflichkeiten

Die meisten Aspekte von Vaginismus sind sehr spezifisch auf das weibliche Geschlecht und die Frau ausgelegt und werden ebenfalls in der Forschung so beschrieben. Bisher sind der Autorin keine Studien im Zusammenhang mit Transgender Personen und Vaginismus bekannt. Eine Übertragung der vorliegenden Ergebnisse auf Menschen mit anderen sexuellen Identitäten und von Vaginismus betroffen sind, sind ebenfalls hiermit gemeint. Die vorliegende Arbeit spricht von Frauen, Patient*innen, Klient*innen sowie Betroffene. Damit sind alle Menschen mit einer Vagina, welche Vaginismus erfahren, eingeschlossen.

Was die Verwendung der Begrifflichkeiten anbelangt, so werden in der vorliegenden Arbeit die Begriffe Patient*innen, Klient*innen und Betroffene gleichwertig eingesetzt. Genauso verhält es mit den Ausdrücken Expert*innen, Fachexpert*innen und Therapeut*innen und Sexualtherapie, Sexualmedizin und Sexualberatung. Ist das Geschlecht der Person bekannt, ist wie im Falle der Klientinnen und Fachexpertinnen in dieser Arbeit, so werden die Ausdrücke weiblich ausgeschrieben, wird im Allgemeinen von Fachexpert*innen oder Klient*innen gesprochen, so werden die Begriffe, so weit wie möglich, gendergerecht eingesetzt.

2 Vaginismus

Das folgende Kapitel bietet einen Einblick in die Thematik rund um die Störung Vaginismus von der Definition, über die Prävalenz und Diagnosekritik.

2.1 Historische Aspekte des Begriffs

Zum ersten Mal wird Vaginismus gemäss Binik (Binik, 2010) im Jahre 1547 beschrieben und zwar als die Frauenkrankheit und als «eine Verengung der Vulva, so dass selbst eine Frau, die verführt wurde, als Jungfrau erscheinen kann». Huguier beschreibt 1834 das Syndrom und Sims (1861) benennt und beschreibt Vaginismus zum ersten Mal als «unwillkürlicher, krampfartiger Verschluss des Vaginamundes, der einhergeht, dass er eine vollständige Barriere für den Geschlechtsverkehr bildet.». Es ist auch diese Definition, welche später Masters and Johnson 1970 übernehmen. Als Störungsbild erscheint Vaginismus in der dritten DSM Ausgabe, wo es nahezu bis zur DSM-IV-Ausgabe gleichbleibt (Binik, 2010).

2.2 Definition

Vaginismus ist definiert als die Verengung des Vagina Eingangs durch wiederkehrende oder anhaltende, unwillkürliche Spasmen der Muskulatur des äusseren Drittels der Vagina die eine Penetration unmöglich macht. Mit dem äusseren Drittel der Vagina sind die vier Beckenbodenmuskulaturen M. levator ani, M. sphincter ani ext., M. bulbocavernosus M. ischiocavernosus gemeint (siehe Abbildung Anhang, Seite 110). Es werden drei Stufen werden unterschieden: mild, moderat und stark, wobei bei einer milden Störung eventuell ein Finger oder ein Tampon eingeführt werden kann, bei einer starken Ausprägung wird dafür jede Berührung des äusseren Geschlechts vermieden. Die Verengung verhindert partiell oder vollständig jegliche koitale Einführung eines Gegenstandes (Tampon, Spekulum, etc.) oder Penis (Hartmann, 2018, p. 232). Vaginismus wird nach der DSM-5 Klassifizierung zusammen mit Dyspareunie als Genito-Pelvine Schmerz-Penetrationsstörung (Dyspareunie/ Vaginismus) zusammengefasst. Die Störung wird als GPPD abgekürzt und im ICD-11 als sexuelle Schmerzstörung definiert. Obwohl GPPD die technisch korrekte Terminologie ist, hat sich die Autorin dazu entschieden, in dieser Arbeit die Bezeichnung Vaginismus zu verwenden, um das Verständnis und den Lesefluss zu erleichtern, da Vaginismus immer noch ein gängiger, klinischer Begriff ist (Ramanathan et al., 2022). Die beiden Begriffe Dyspareunie und Vaginismus bleiben namentlich in der Klassifizierung und werden in der neuen Diagnosebezeichnung in Klammern gesetzt also: Genito-Pelvine Schmerz-/Penetrationsstörung (Dyspareunie / Vaginismus). Des Weiteren wird angenommen, dass diese

Kurzbezeichnung zum Beispiel in der Medizin, Gynäkologie, Sexualmedizin und Sexualtherapie weiterhin bestehen bleiben wird, da die Begriffe etabliert, präziser und praktikabler sind (Hartmann, 2018, p. 231; McEvoy et al., 2021).

Oftmals berichten betroffene Frauen, dass es sich wie eine unsichtbare Wand anfühlt und ihre Vagina verschlossen bleibt. Bereits der Gedanke an eine Penetration der Vagina kann dabei zu einem Beckenbodenzusammenzug führen. In der Fachliteratur geht man davon aus, dass die Verkrampfung selbst eigentlich nicht schmerzhaft ist. Die Betroffenen haben keine Angst vor Sexualität oder Geschlechtsverkehr, oftmals besteht sogar ein Wunsch danach. Entgegen vorherrschenden Vorurteilen haben Betroffene jedoch oftmals funktionierende sexuelle Reaktionsfähigkeiten und sind orgasmusfähig (K. M. Beier & Loewit, 2011; Goldstein et al., 2009; Kurban et al., 2021a; Lipshultz et al., 2016).

Im Gegensatz zu Dyspareunie, wo vulväre Schmerzen bestehen, geht Vaginismus von der Angst vor Schmerzen aus, welche bei der Penetration entstehen könnten und welche die Beckenbodenmuskulatur sowie eigentliche Schmerzen im Geschlecht auslösen. Wie M. A. Lahaie et al. (2015) in ihrem Abstract festhalten, ist die Unterscheidung der Krankheitsbilder zwischen Dyspareunie und Vaginismus in der erhöhten Angst und vaginalen Anspannung bei Frauen mit Vaginismus gegeben. Als entscheidende Unterschiede fasst Hartmann (2018, p. 233) die Penetrationsabwehr sowie die phobische Vermeidung zwischen Vaginismus und Dyspareunie zusammen. Vielmehr löst die Angst vor den Schmerzen, welche bei einer Penetration entstehen könnten, automatisch und reflexartig Schmerzen aus (Beier & Loewit, 2011). Diese können sich mit der Zeit verstärken und so zu einem Teufelskreis führen, was den Vaginismus möglicherweise weiter verstärkt. Die Angst vor den Schmerzen und die Schmerzzunahme können ebenfalls dazu führen, dass sexuelle Aktivitäten vermieden werden (Briken & Berner, 2013, p. 109). Da diese Schmerzsymptome bei beiden Krankheitsbildern vorkommen und diese sich oft überlappen, ist eine klare Abgrenzung schwierig (M. A. Lahaie et al., 2015).

Konsistent wird in Bezug mit Vaginismus die Scham der Betroffenen rapportiert. Sie berichten, sich durch die nicht mögliche vaginale Penetration unvollständig, nicht funktionsfähig und in ihrem Alltag belastet zu fühlen (Amherd, 2011; Bischof-Campbell, 2012; Bischof, 2010). Der Leidensweg der Betroffenen ist entsprechend oftmals lang, bis sie sich trauen, ihr Schweigen zu brechen und nach Lösungen zu suchen (Amherd, 2011; Badiane, n.d.; Briken & Berner, 2013; Nora, 2022; Plus, 2021).

2.2.1 Primärer und sekundärer Vaginismus

Die Fachliteratur unterscheidet zwischen primärem und sekundärem Vaginismus. Beide Typen sind gekennzeichnet von Ängsten vor penetrativem Geschlechtsverkehr und wenig Wissen und Bezug zur eigenen Vagina, wobei bei beiden Formen die Beckenbodenmuskulatur der Betroffenen sich reflexartig und unwillkürlich zusammenzieht und jegliche partielle oder ganzheitliche Penetration oder Einführung von Spekulum, Tampon, Finger oder ähnliches partiell oder unmöglich macht. Beim primären Vaginismus sind die beschriebenen Symptome schon immer bestehend. Im Englischen spricht man deshalb auch von «life long vaginismus» (Schultz et al., 2005). Der sekundäre Vaginismus entwickelt sich erst später und nachdem penetrativen Geschlechtsverkehr zuvor möglich war (Bischof, 2010).

Bischof thematisiert in *Vaginismus und Dyspareunie der Frau* den Vaginismus Typ II (Bischof, 2010). Da dieser Vaginismus Typ in der Forschung bisher nicht thematisiert ist, wird er im Rahmen dieser Arbeit nicht näher besprochen.

Tabelle 1

Differenzierung Vaginismus Typ I und Dyspareunie

Vaginismus primär / sekundär	Dyspareunie Primär / sekundär
Vaginale Penetrationsphobie	Variabler Anteil an phobische Penetrationsvermeidung
Variables Schmerzerleben	Muskuläre Hypertonizität
Muskuläre Hypertonizität	Schmerzstörung
Angststörung	Fokus auf den Schmerz
Schmerzen und Angst bereits vor der eigentlichen Berührung	Schmerzen beim Q-Tip-Test bei eigentlicher Berührung

Anmerkung. In Anlehnung an *Vaginismus und Dyspareunie der Frau*, von Bischof, 2010, p. 16

2.3 Ätiologie

Die Ursachen für das Entstehen von Vaginismus sind unterschiedlicher Art. Bischof erklärt der primäre Vaginismus sei als eine «konditionierte Angstreaktion oder Phobie auf den eindringenden Penis oder andere Objekte» zu verstehen (Bischof, 2010, p. 19). Aufgezählt werden kognitive und psychosomatische Gründe: Mangelnde sexuelle Aufklärung, strenge religiöse Familienwerte, negative Erwartungen, Traumata, Angst oder sexuelle Schuldgefühle über vaginalen Geschlechtsverkehr. Die Betroffenen haben oftmals wenig Wissen zu

reproduktiver Anatomie, haben starke, sexuelle Mythen, weibliche Identifikationsschwierigkeiten oder Ekel vor Genitalien, fremden und eigenen. Klinische Studien zählen unter anderem ebenfalls negative Ansichten über Sexualität, Angst vor dem Hymen Verlust zu den Gründen für Vaginismus. Zudem wird die Angst aufgezählt, dass die Penetration Schmerzen, Verletzungen oder Blutungen auslösen könnte, dass die Vagina zu klein ist oder keinerlei Öffnung besteht (Beier & Loewit, 2011; Goldstein et al., 2009; Kayir & Aslantaş Ertekin, 2012; Lahaie, Boyer, Amsel, Khalifé, & Binik, 2010; Weinberger, Houman, Caron, & Anger, 2019). Binik et al. (2002) sowie Reissing et al. (2004) weisen darauf hin, dass psychische Muster bei phobischem Vaginismus nicht zugeordnet werden können.

Bei Frauen, welche von sekundärem Vaginismus betroffen sind, weist Bischof (2010) daraufhin, dass die betroffenen Klientinnen tendenziell phobische Angst vor einer Schwangerschaft oder existenzielle Ängste vor einer Mutterschaft haben. Bischof spricht bei Vaginismus II von Vaginismus aufgrund einer Identitätsproblematik. Die Symptome sind dieselben wie bei dem 'phobischen' Vaginismus: unwillkürliche Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur welche penetrativen Geschlechtsverkehr unmöglich machen. Weitere Studien (Kurban et al., 2021a) und Fachliteratur (Hartmann, 2018) machen Annahmen über die Entstehung der Störung und nennen Angst vor Schwangerschaft, wenig Bezug zum Geschlecht, grosse Nähe zur Mutter und wenig Autonomie als mögliche Gründe dafür. Die Unterscheidung zwischen primärem und sekundärem Vaginismus wird in Studien selten gemacht. Im Wissen der Autorin existiert bisher keine ausschliessliche Studie zu Sekundärvaginismus. Eine Vermutung der Autorin ist, dass die Diagnose und Unterscheidung aufgrund kleinen Datensätzen wegfällt und der Fokus auf andere Parameter gelegt wird. Ebenfalls wird in den Ergebnissen zwischen den zwei Störungen nicht unterschieden (Gehring & Chan, 2001; Zarski et al., 2017; Zulfikaroglu, 2020). Als Beispiel: Gehring spricht von Sekundärvaginismus, geht aber nicht weiter darauf ein und Zulfikaroglu weist die Anzahl Teilnehmenden (5.29% von 150 Teilnehmerinnen, entsprechen 25) aus, geht aber im Verlauf der Studie nicht mehr weiter drauf ein.

2.4 Entwicklung und Verlauf

Einem Grossteil der Betroffenen mit primärem Vaginismus fallen in der Pubertät erste Symptome auf. Mit dem Einsetzen der Menarche, bei der ersten gynäkologischen Untersuchung oder beim ersten Geschlechtsverkehr: Das Einführen eines Objektes wie Tampon, oder Spekulum, Finger oder Penis gelingt nicht, und wenn nur unter grossen Schmerzen. Die Angst vor Schmerzen führt zu Verspannung des Beckenbodens. Der Geschlechtsverkehr und die Penetration bedeuten eine Gefahr der Verletzung oder sogar Zerstörung. Die

Penetration wird als Bedrohung angesehen, so dass der Körper mit Vaginismus Symptomen reagiert. Die Verspannungen können sich mit der Zeit verstärken und so zu einem Teufelskreis führen, was den Vaginismus möglicherweise weiter verstärkt. Die Ängste können dabei ein Ausmass von einer Phobie annehmen (Reissing et al., 2004). Die Angst vor den Schmerzen und die Schmerzzunahme können ebenfalls dazu führen, dass sexuelle Aktivitäten vermieden werden (Briken & Berner, 2013, p. 109).

Aus sexualtherapeutischer Sicht macht es Sinn, die Symptome und die Ängste zu behandeln, damit nebst der Penetration die Geschlechtsaneignung möglich wird. Als Therapie werden interdisziplinäre Behandlungsansätze empfohlen (u.a. Physiotherapie, Psychotherapie sowie Sexualtherapie). Auch medizinische Eingriffe (Operationen zur Veränderung der Vulva oder Botox) und alternative Therapien wie Akupunktur werden vorgeschlagen. Es wird empfohlen, eine vorangehende medizinische / gynäkologische Anamnese und Untersuchung, um eventuelle somatische Symptome zu erheben.

2.5 Bedeutung von Geschlechtsverkehr bei Vaginismus

Der Leidensweg der Betroffenen ist oftmals lang und in der Literatur wird mehrmals die Zahl von acht Jahren genannt bis sie ihr Schweigen brechen und sich Hilfe holen (Amherd, 2011; Badiane, n.d.; Briken & Berner, 2013; Nora, 2022; Plus, 2021). Diese lange Zeit des Schweigens liegt an der grossen Scham, welche Klientinnen empfinden, und die konsistent in Bezug mit Vaginismus von Betroffenen rapportiert wird. Sie berichten, sich durch die nicht mögliche vaginale Penetration unvollständig, nicht funktionsfähig oder sich nicht ganz als Frau zu fühlen. Ebenso fühlen sie sich in ihrem Alltag dadurch stark belastet (Amherd, 2011; Bischof-Campbell, 2012; Bischof, 2010; Pacik, 2014).

Woher kommt aber diese Scham und die Vorstellung nicht vollständig zu sein? Eine mögliche Antwort liegt in der Bedeutung des Geschlechtsverkehrs in unserer Gesellschaft, der umgangssprachlich Sex genannt wird. 'What is sex and why does it matter?' ist der Titel einer Studie, die 2007 publiziert wurde. 100 Studierende wurden zu ihrer Definition und Ansicht was Sex ist, befragt. Heraus kam, dass viele Befragte keine klare Definition haben und diese stark von den Konsequenzen des Verkehrs beeinflusst ist. 99.5% der Befragten waren sich aber einig, dass Penis-in-Vagina-Sexualverkehr als Sex gilt und stellten fest, dass die beste Vorhersage für Sex der Penis-in-Vagina-Sexualverkehr ist (Peterson & Muehlenhard, 2007). Im Zusammenhang mit der Sexualität von Frauen mit Vaginismus lassen sich aus Studien drei zentrale Informationen ableiten, welche auch in der Literatur, Forschung sowie Erzählungen von Frauen mit Vaginismus immer wieder adressiert werden: Ein Grossteil der Frauen hat eine eigene Sexualität entwickelt, welche wohl und sehr

gut ohne vaginale Penetration funktioniert. Orgasmen erleben diese Betroffenen dabei genauso oft wie nicht betroffene Frauen. Trotzdem und gerade durch unser gesellschaftliches Bild, dass Sex gleich vaginale Penetration bedeutet, fühlen sie sich oftmals kaputt oder unvollständig, schämen sich und getrauen sich nicht mit anderen darüber zu sprechen. Wichtig festzuhalten ist aber ebenfalls, dass die Diagnose kein Hindernis sein muss, um eine funktionierende Beziehung, ein befriedigendes Sexualleben und sexuelle Zufriedenheit zu erleben. Ward & Ogden (2010) publizierten eine Studie in der gezeigt wurde, dass 81 % der Frauen mit Vaginismus ihre Beziehung zu ihrem Partner als gut empfinden und 65 % den Sex mit ihrem Partner geniessen, obwohl sie keine vaginale Penetration haben.

2.6 Prävalenz

Die Prävalenz fällt bei Vaginismus je nach Quellen, Erhebung und Studie sehr unterschiedlich aus. Dieselbe Feststellung machen ebenfalls Melnik et al. und Yaraghi et al. (2012a, 2019). Erhebungen gehen davon aus, dass zwischen 5-17% der Frauen mit einer Vagina im klinischen Setting von Vaginismus betroffen sind (Spector & Carey, 1990). Diese Prävalenz variiert, je nach Land, Alter und der Diagnostik (Hartmann, 2018; Muammar et al., 2015). Im Falle von starken Glaubenssätzen sowie in einem kulturellen Kontext, der sehr restriktiv gegenüber Frauen ist, fällt die Prävalenz grösser aus (Melnik et al., 2012; Muammar et al., 2015).

Gemäss einer Studie aus dem Iran von Meston & Bradford (2007) sind 26.7 % der Frauen von Vaginismus betroffen. Zgueb et al. (2019) geben mit 20- 67 % an, dass Vaginismus die häufigste Störung für nicht vollzogenen Geschlechtsverkehr von Eheleuten in Tunesien darstellt. Zwei Studien aus Europa sprechen von einer Rate von 5- 20 % (Cartagena-Ramos et al., 2018; Tessa Crowley, Daniel Richardson, 2006). Meistens wird jedoch eine Prävalenz im Bereich von 5- 17 % angegeben, welche im klinischen Setting beobachtet wird. Die 5- 17 % beziehen sich deshalb auf die Anzahl Patientinnen in Kliniken. Diese Zahlen stimmen mit den heutigen klinische Erhebungen überein und stützen sich auf ältere Studien und Erhebungen von Masters & Johnson (1970) und Renshaw aus dem Jahre 1988, wie das auch Lahaie und Spector machen (Lahaie et al., 2010; Spector & Carey, 1990). Gemäss den Studien und Reviews wurden inzwischen keine solche Erhebungen mehr unternommen und die Datenerhebung hat sich als schwierig erwiesen. Unter anderem weil die Diagnose mit dem «Cotton Swap» für die betroffenen Frauen eine grosse Stress- und Angstquelle darstellt, so dass oftmals darauf verzichtet wird, um bei den Patientinnen keinen zusätzlichen, unnötigen Stress auszulösen (Lahaie et al., 2010, p. 707).

Auch Lipshultz et al. (2016) halten fest, dass die Annahmen weiterhin stark variieren, und führt dies auf die unterschiedlichen Erhebungsmethoden, namentlich die Unterschiede in

den Abfragen (über Spasmen, Penetration und Schmerzen), Überlappung unterschiedlicher Definitionen oder auch kulturelle Hintergründe zurück. Hartmann kritisiert, dass in grossen repräsentativen Studien oftmals keine Differenzierung der sexuellen Schmerzprobleme zwischen Dyspareunie und Vaginismus vorgenommen wird (Hartmann, 2018, p. 235). Binik (2014) kritisiert die bisherigen Ergebnisse von Forschungsdaten, da er der Meinung ist, dass aufgrund von falschen und unterschiedlichen Definitionen von Vaginismus die Daten miteinander nicht vergleichbar sind. So entstehen sehr unterschiedlichen Prävalenzraten von 0.4 % (Christensen et al., 2011; Kayir & Aslantaş Ertekin, 2012) bis zu 20% (Bergeron et al., 2015; Kayir & Aslantaş Ertekin, 2012).

Eine Angabe über das Vorkommen von primären und sekundären Vaginismus wagt einzig Binik (2014) in einem Kommentar. Er geht davon aus, dass das Verhältnis von primären zum sekundären Vaginismus 2:1 sein könnte (Binik, 2014; Bischof, 2010).

2.7 Internationale Diagnosekriterien im Vergleich

Die Diagnosekriterien funktionieren als Diagnosehilfen. Diese machen es erst möglich, Störungen nach ihren Symptomen einzuordnen und Diagnosen zu messen und miteinander zu vergleichen. Sie geben keine Auskunft über eine Erkrankung oder Genesung, sondern helfen, eine Krankheit und deren Symptomen in einen einheitlichen Rahmen zu bringen. Zwei dieser Klassifikationen sind die ICD-11 und die DSM-5, die als die «beiden wichtigsten [Klassifikationen] bei psychischen Störungen» angesehen werden (Haarig, 2019, p. 16).

Vaginismus nach Manual of Mental Disorders (DSM-5)

Das DSM-5 ist das US-amerikanische Klassifikationssystem und wird von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben. Es finden sich nur psychische Störungen und damit zusammenhängende Krankheitsfaktoren wieder. Vierzehn Jahren haben über 400 Fachleute an der Weiterentwicklung der DSM-Klassifikationen gearbeitet und im Mai 2013 erschien die 5. Auflage (Haarig, 2019). Im Vergleich zum DSM-IV ist der wesentliche Unterschied und die erhebliche Erneuerung für die Diagnose, dass Vaginismus und Dyspareunie zusammengefasst wurden. Sie sind unter Schmerz- und Penetrationsstörung im Genital- und Beckenbereich aufgeführt in der neuen Kategorie der Genito-Pelvine Schmerz-Penetrationsstörung, Dyspareunie / Vaginismus. Anstatt den Fokus auf die sexuelle Dysfunktion zu setzen, liegt dieser in der neuen Ausgabe nun auf der Schmerzstörung (Hartmann, 2018).

Im DSM-5 wird bei der Klassifikation von Vaginismus das invalide Kriterium der unwillkürlichen Muskelspasmen verlassen. Dafür rücken die Faktoren Penetrationsangst, phobische

Vermeidung und muskuläre Abwehrspannung ins Zentrum. Durch die zusammengelegte Störungskategorie werden die Schnittflächen der beiden sexuellen Schmerzstörungen betont, aber potenziell auch therapeutisch wichtige Unterschiede nivelliert, da empirische Studien zwar Gemeinsamkeiten, aber eben, auch Unterschiede zwischen beiden Symptombildern zeigen. Hartmann empfiehlt für die Praxis die Unterscheidung zwischen den beiden Diagnosen sehr ähnlich wie in Tabelle 1, Seite 9 vorgeschlagen (Hartmann, 2018).

Vaginismus nach International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD-10 I ICD-11)

Die Abkürzung ICD steht für International Classification of Disease, Injuries, and Causes of Death und ist eine Klassifizierungsmethode für körperliche Erkrankungen und psychische Störungen. Die erste Ausgabe erschien 1893 und hatte zum Zweck, eine Sterbeursachenstatistik zu sein. Die WHO übernahm 1948 diese Aufgabe und die Weiterführung der ICD-Klassifikation. Seit 1967 führen die WHO-Mitgliederstaaten eigene Statistiken anhand dieser Klassifikation. Die ICD-Klassifikation ist ein monohierarchisches, also stark hierarchisches Klassifikationssystem (Historie der Dokumentation, 2005). Die Codierung beginnt mit einem Buchstaben und je höher die Systematik, desto verfeinert die Diagnose (drei- bis zu fünfstellig). Die ersten drei Stellen stehen für die Grobdiagnose, danach folgen Feindiagnosen (netdoktor.at, 2021). Seit 2007 wird an der 11. Revision gearbeitet. Am 1. Januar 2022 ist diese in Kraft getreten und nach einer fünfjährigen Übergangszeit soll diese ausschliesslich im Einsatz stehen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinproduktion Deutschland, 2021).

In der ICD-10 Version aus dem Jahre 2019 ist Vaginismus unter zwei Kategorien zu finden. Einerseits unter dem Kapitel XIV: Erkrankungen des Urogenitalsystems > N80-N98 Nicht-entzündliche Erkrankungen des weiblichen Genitaltrakts > (..)> N94.2 Vaginismus. Hier handelt es sich um den sogenannten organischen, non-psychogenen Vaginismus. Als F52.5 wird der non-organische Vaginismus bzw. der sogenannte psychogene Vaginismus aufgeführt. Diese Definition unterstreicht die psychisch bedingte / verursachte Symptomatik dieser sexuellen Störung, welche sich physiologisch, also körperlich, zeigt und wird ergänzt von folgender Erklärung «Spasmus der Beckenbodenmuskeln, die die Vagina umgeben, was zu einem Verschluss der Vaginalöffnung führt. Das Eindringen des Penis ist entweder unmöglich oder schmerzhaft.» (WHO, 2019).

Nach ICD-11 ist Vaginismus mit dem Kürzel HA20.Z kodiert und klassifiziert als «sexuelle Schmerz-Penetrations-Störung, nicht spezifiziert» klassifiziert. Die Codierung HA20.Z Vaginismus wird zudem mit dem Kürzel HA40 in Verbindung gebracht, dass «andere spezifizierte ätiologische Gesichtspunkte bei sexuellen Funktionsstörungen und sexuellen

Schmerzstörungen» umfasst. Die Kodierung Vaginismus schliesst mit der Exklusion von zwei sexuellen Störungen ab: Die Dyspareunie sowie die Schmerzen in Verbindung mit der Vulva, Vagina oder dem Beckenboden (WHO, 2021).

Lamont-Pacik Skala

Um den Schweregrad eines Vaginismus einzuschätzen, eignet sich die 1978 erstellte Lamont Skala, welche 2019 mit einer 5. Stufe ergänzt wurde. Wie neue Studien zeigen, hängt der Schweregrad des Vaginismus mit der Behandlungszeit wohl eng zusammen. Wird eine Frau mit einem Vaginismus 4 oder 5 diagnostiziert, so wird die Behandlungsdauer länger als diejenige einer Frau mit einem diagnostizierten Vaginismus von 1 bis 3 (Bischof-Campbell, 2012; Kiremitli & Kiremitli, 2021; Kurban et al., 2021a; J. A. Lamont, 1978; Pacik et al., 2019). Eine Kopie der Lamont-Pacik Skala findet man im Anhang, Seite 110 (G. Lamont et al., 2021).

2.8 Komorbidität

Bei Vaginismus treten meistens weitere, unterschiedliche Geschlechtsstörungen oder Schmerzen zusammen auf. Goldstein beschreibt, dass die provozierte (reizabhängige) Vestibulodynie mit Vaginismus konsistent rapportiert wird (Goldstein et al., 2009). Vestibulodynie ist eine Untergruppe von Vulvodynie, wo generalisierte Schmerzen in der gesamten Vulva zu verorten sind. Ist die Schmerzproblematik spezifisch, im Eingang der Vagina (Introitus vaginae) und besteht seit über sechs Monaten, wird das Störungsbild als Vestibulodynie bezeichnet (Hartmann, 2018; Küppers, 2019). Hartmann fügt an, dass die provozierte Vestibulodynie «mit Abstand die häufigste Form der Dyspareunie bei prämenopausalen Frauen ist» (Hartmann, 2018, p. 232).

Weitere genannten Komorbiditäten ist die Fibromyalgie, eine chronische Schmerzerkrankung, in der sich Schmerzen im ganzen Körper verbreiten und auftreten können. Sie wird oft von Müdigkeit, Gedächtnisproblemen und Schlafstörungen begleitet (Clauw, 2014), Ebenfalls rapportiert werden Reizdarm sowie eine allgemeine erhöhte Schmerzempfindlichkeit. Diese Begleiterkrankungen deuten wiederum auf eine Hypersensitivität des Zentralnervensystems für Schmerzreize hin (Hartmann, 2018, p. 238). Wörz (2019), weist darauf hin, dass chronische Schmerzzustände, Depressionen und Angststörungen oftmals zusammen assoziiert werden. Parallel können wiederum eine Vielzahl von anderen Krankheiten auftreten, die jedoch keine Komorbidität darstellen, darunter fallen unter anderem Schilddrüsenfunktionsstörungen, Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen sowie Tumore.

Wörz ruft deshalb zur vorsichtigen Verwendung des Begriffes im Zusammenhang mit Vaginismus auf (Wörz, 2019).

2.9 Differentialdiagnose

Symptombilder können ähnlich sein, so dass eine Differentialdiagnose wichtig ist. Die Differentialdiagnose hat zum Ziel, eine Diagnose über eine Störung oder Krankheitsbild zu machen. Eine solche Diagnose ist beim Vaginismus nötig, da die Grenzen zwischen Vaginismus und anderen Genital-Beckenschmerz/Penetrationsstörung unscharf sein können. In diesem Zusammenhang werden insbesondere Dyspareunie oder Vulvodynie genannt (Beier & Loewit, 2011; Bischof, 2010; Hartmann, 2018). Die Abgrenzung von Vaginismus zu anderen sexuelle Störungen beschreiben auch Masters und Johnson (1970) sowie Kaplan (1974) und halten fest, dass nicht die Schmerzen oder Muskelkontraktionen, sondern viel mehr der Faktor Angst eine Rolle spielt. Diese Symptomatik der phobischen Vermeidung und die Reaktion auf eine exzessive Schmerzangst ist bei Frauen mit Vaginismus ausgeprägter und dominanter als bei den anderen Störungen (Hartmann, 2018). Massgebend für die Diagnose Vaginismus ist die Angststörung. Eine ausführliche und hilfreiche Tabelle zur Unterscheidung zwischen Dyspareunie und Vaginismus I findet man in Bischof (Bischof, 2010, p. 16).

2.10 Sexuelle Störungen

Vaginismus wird als eine sexuelle Funktionsstörung der Frau kategorisiert. An dieser Stelle wird der Störungsbegriff im Detail ausgeleuchtet. Drei Begriffe werden im Zusammenhang mit Vaginismus definiert: Die allgemeine Definition sexuelle Störung, sexuelle Funktionsstörung und die sexuelle Funktionsstörung der Frau, zu welcher Vaginismus zugewiesen wird.

Definiert wird eine sexuelle Störung nach DSM-5 damit, dass ein sexuelles Problem vorliegt, dass seit mindestens einem halben Jahr besteht und zu dem ein relevanter Leidensdruck und / oder interpersonelle Probleme hinzukommen. Die Störung darf ebenfalls nicht zurückzuführen sein auf eine Medikamenteneinnahme, einen medizinischen Krankheitsfaktor oder eine andere psychische Störung. Der Definition nach, beeinflusst die Störung betroffene Person in einem Ausmass, dass sie nicht mehr in der Lage ist, individuellen Ansprüche an einer erfüllten Sexualität zu befriedigen. Diese können negative Auswirkungen auf die zum Beispiel persönliche Stimmung, Lebensqualität und Zufriedenheit in der Partnerschaft haben (K. M. Beier & Loewit, 2011). Die Grenze zwischen sexueller Gesundheit und sexuellen Problemen ist meist nicht klar objektivierbar und die Definitionen verändern

sich und sind ein Resultat eines Aushandlungsprozess zwischen Wissenschaftler*innen (Hoyer & Velten, 2017).

Sexuelle Störungen sind disziplinübergreifend zu verstehen und lassen sich nicht einer einzigen Disziplin zuordnen. Weitere Auswirkungen, welche in diesem Zusammenhang genannt werden, sind niedergeschlagene Stimmung, Grübeln, Unzufriedenheit im Allgemeinen oder die erhöhte Gefahr, unter Depressionen zu leiden. Ein weiterer Aspekt von sexuellen Störungen ist der 'Paaraspekt', auf den K. Beier et al. (2005, p. 7) und auch Briken & Berner (2013, pp. 7, 112) hinweisen. Beide Studien weisen darauf hin, dass Störungen in der Sexualmedizin, Auswirkungen auf die Paardynamik und Beziehung haben und eine soziale Dimension mit ins Spiel bringen. Sexuelle Störungen können, zum allgemeinen abnehmenden sexuellen Verlangen in langfristigen Beziehungen, zusätzlich zu Konflikten, Unzufriedenheit und Vermeidung von körperlicher Nähe führen (Briken & Berner, 2013, p. 113). Diese Symptome können zu einer verringerten Partnerschaftsqualität führen, da durch Angst vor Zurückweisung öfters auf Zärtlichkeitsaustausch verzichtet wird (Briken & Berner, 2013, pp. 101–110).

Die folgende Einteilung sexueller Störungen orientiert sich am DMS-5 und ist für die ICD-11 Klassifizierung massgebend (Marhenke, 2020). Sexuelle Störungen werden dabei in drei Bereiche eingeteilt (Marhenke, 2020):

- **Sexuelle Funktionsstörungen** (Probleme bei der Funktionsweise)
- Paraphilien (abweichende Norm der sexuellen Neigung, sexuelle Erregung durch spezifisches Objekt)
- Geschlechtsdysphorien (Person kann sich nicht mit dem an der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren was zu Problem der geschlechtlichen Identität führt)

Die Natsal-3 (The British National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles) gehört zu den grössten und detailliertesten wissenschaftlichen Studien zum Sexualverhalten. Gemäss der letzten erschienenen Grossstudie aus dem Jahr 2013, haben in Grossbritannien über die Hälfte der Frauen (51%) sowie 42% der Männer ein sexuelles Problem. Aufgeführt werden Luststörung, mangelndes Vergnügen am Sex, Orgasmusstörungen oder erektile Dysfunktionen. Die Probleme mussten über drei Monate andauern, um diese als Störung definieren zu können (Mitchell et al., 2013). Verlässliche Zahlen zu Prävalenz und sexuellen Störungen und sexuellen Funktionsstörungen findet man selten. Simons & Carey untersuchten 52 Studien zu Prävalenzen aus den letzten 10 Jahren und stellten fest, dass die Anzahl Studien zu sexuellen Störungen stark zugenommen haben (50 Jahren bis 1990: 47 Studien versus 1990– 2000: 52 Studien). Die Zahlen aus 1990 konnten bestätigt werden. Die Prävalenzschätzungen für sexuelle Störungen aus 2001 stimmen weitgehend mit den vor 10 Jahren von Spector & Carey (1990) gemachten Angaben überein.

Man kann davon ausgehen, dass diese Zahlen sich nicht gross verändert haben. Zahlen welche aus dem klinischen Bereich stammen, sind in der Regel signifikant höher. Wie viel höher wird nicht beschrieben. Obwohl Studien hierzu geführt wurden, wird festgehalten, dass das Vertrauen in die Ergebnisse begrenzt ist. Das liegt an der mangelnden methodischen Strenge vieler Studien (Simons & Carey, 2001).

Der Begriff der sexuellen Störung hat ihren Ursprung in den 80er Jahren. 1980 wird die dritte Ausgabe des DSM publiziert und zum ersten Mal erscheinen spezifische Begriffe für sexuelle Probleme wie «gehemmtes sexuelles Verlangen». Diese Störungsdefinition und die darauffolgenden haben Auswirkungen, prägen und beeinflussen unsere Sexualleben bis heute (Grune, 2020). Grune mutmasst, dass die Entstehung von sexuellen Dysfunktionen und Störungen von der Psychiatrie erfunden sind und erklärt dies damit, dass die DSM, welche 1952 gegründet wurde, zum Ziel hatte und immer noch hat, alle psychische Störungen zu erfassen und dies systematisch weiter macht und der Katalog laufend ergänzt wird. Hauch (2020) wie auch Sigusch (2006) weisen darauf hin, dass der Begriff 'Sexuelle Störung' dazu neigt, inflationär eingesetzt zu werden. Sehr rasch geschehen eine Pathologisierung und Einteilung. Gleichzeitig weist er ebenfalls darauf hin, dass diese Wertung menschlich ist und dem Menschen tagtäglich hilft, nicht in den «Wirrnissen und Widersprüchen der Welt zerrissen zu werden.». Sigusch fügt an, dass Schmerzen beim Sex oder Libido Schwankungen im Naturell des Menschen liegen (Sigusch, 2006).

2.10.1 Sexuelle Funktionsstörungen

Wie im vorangehenden Kapitel gesehen, bestehen sexuelle Funktionsstörungen, wenn eine Person ein Problem bei der Funktionsweise seiner Sexualität erlebt. Wie Hoyer & Velten in ihrer Studie zum Wandel der Sichtweisen und Klassifikationskriterien von sexuellen Funktionsstörungen (2017) festhalten, ist das Diagnostizieren von sexuellen Funktionsstörungen nochmals komplexer und schwieriger. Das liegt daran, dass sexuelles Erleben subjektiv ist und objektive Merkmale fehlen. Denn sexuelle (Funktions-)Störungen können durch unterschiedliche medizinische Krankheitsfaktoren, Medikation, psychische Störungen, Partnerschaftsprobleme oder Stressoren bedingt sein. Es stellt sich also die Frage, ob eine sexuelle Funktionsstörung vorliegt oder ob es eine Folge von Bedingungen ist und wie die betroffene Person ihr Wohlbefinden selbst einschätzt. Für die Praxis sollten deshalb während der Anamnese, neben der Dauer und Häufigkeit des sexuellen Problems, ebenfalls die Bedeutsamkeit der Störung sowie der Leidensdruck der betroffenen Person erfragt werden. Damit kann vermieden werden, dass eine Pathologisierung geschieht.

Sexuelle Funktionsstörungen basieren auf Forschungsergebnissen von Masters und Johnson. Das Vierphasenmodell ist neben dem Dreiphasenmodell von Kaplan (1974) das häufigste zitierte Modell der sexuellen Reaktion und besteht aus Erregungs-, Plateau-, Orgasmus-, Rückbildungsphase und hat heute noch seine Gültigkeit (Masters, 1966). Sexuelle Funktionsstörungen können entsprechend einer dieser Phasen zugeordnet werden (Hoyer & Velten, 2017). Typisch für den Verlauf von sexuellen Störungen ist, dass diese keinen linearen Verlauf haben, oftmals langwierig sind und Betroffene lange Zeit warten, bis sie sich therapeutische Hilfe suchen. Spezifisch für sexuelle Funktionsstörungen wiederum ist, dass es wenig Hinweise für spontane Heilung gibt und die Symptome sich viel eher verstärken, verschlimmern und über die Zeit chronifizieren (Hamm & Richter, 2020, p. 1292).

Inhaltlich werden **sexuelle Funktionsstörungen** in vier Gruppen eingeteilt (nach DSM-5):

- Störungen der sexuellen Appetenz
- Störungen der sexuellen Erregung
- Orgasmusstörungen
- **Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen**

Sie werden formal nach den folgenden Kriterien unterschieden:

- Dauer (lebenslang versus erworben)
- Kontext (generalisiert, also immer vorhanden versus situativ)
- Ätiologie (primär psychisch, primär organisch oder kombiniert)

Zur Prävalenz von sexuellen Funktionsstörungen stellt Hauch fest, dass 43 % der US-amerikanischen Frauen in einer Studie aus dem Jahr 2000 (Rosen, 2000) unter sexuellen Funktionsstörungen leiden und diese Zahl zu hoch ist. Er führt diese hohe Zahl darauf zurück, dass die Befragten der eigentlichen Definition nach DSM nicht gerecht werden. Gemäss Folgestudien leiden unter «starken oder sehr starken sexuellen Schwierigkeiten», durchschnittlich 10 % der Gesamtbevölkerung. Ein starker Geschlechtsunterschied ist dabei ausgeschlossen (Hauch, 2020, p. 31). Diese Zahlen untermauern, dass sexuelle Schwierigkeiten eine hohe Prävalenz haben. Wird der Leidensdruck nach der Definition von DSM bewertet, muss diese Zahl aber angepasst werden und sinkt (Hauch, 2020).

2.10.2 Sexuelle Funktionsstörungen der Frau

Bis Ende der 90er-Jahre dreht sich die wissenschaftliche Auseinandersetzung hauptsächlich um die männlichen, sexuellen Funktionsstörungen. Namentlich das Potenzmittel Viagra erweist sich in den USA als ein Blockbuster. Angespornt von diesem grossen Erfolg, erhofft sich die amerikanische Pharmaindustrie ein Pendant für die weibliche Sexualität und nimmt

eine führende Rolle als Sponsor ein (Hauch, 2020, p. 30). Zwei Medikamente kommen auf dem Markt: Flibanserin (auf dem Markt unter den Namen «Addyi» bekannt) und im 2019 erscheint Bremelanotide («Vylessi») (Grune, 2020, p. 22). Die beiden Medikamente haben erhebliche Nebenwirkungen und die Effektivität ist keineswegs überzeugend. Seither herrscht eine «sexualwissenschaftliche Kontroverse» um eine «verbindliche, epidemiologische Datenbasis», welche bis heute anhält und zum Ziel hat, unterschiedliche Gender und Ethnien entsprechend unterschiedlich zu behandeln (Hauch, 2020, p. 30).

Zentral für die sexuellen Funktionsstörungen der Frau ist das zirkuläre Modell der weiblichen Sexualität, welches Rosemary Basson 2000 veröffentlichte. Dank diesem Modell hielt zum Beispiel die Kategorie 'weibliche sexuelle Erregungs- und Funktionsstörungen' im DSM Einzug (Grune, 2020, p. 20–26). Vaginismus gehört zu den häufigsten weiblichen sexuellen Störungen, die nachfolgend nach Häufigkeit aufgezählt werden: Sexuelle Lustlosigkeit (häufigste Störung), Orgasmusstörungen (zweithäufigste), Dyspareunie (und Vaginismus) (dritte) und Erregungsstörungen (Briken & Berner, 2013; Hartmann, 2018; Velten, 2018).

Sexuell ausserhalb der Norm zu sein heisst oft, eine sexuelle Störung zu haben. Aber sexuelle Gesundheit ist nicht gleich der sexuellen Norm. Entspricht eine Person nicht der sexuellen Norm, wie im Falle von Vaginismus Betroffenen, die keinen schmerzfreien penetrativen Sex haben können, heisst dies noch nicht, dass sie automatisch unter einer sexuellen Störung oder unter einer verminderten Lebensqualität leiden. Entgegen vorherrschenden Vorurteilen haben Betroffene oftmals funktionierende sexuelle Reaktionsfähigkeiten und sind orgasmusfähig (Beier & Loewit, 2011; Goldstein, Pukall, & Goldstein, 2009; Lipshultz, Pastuszak, Goldstein, Giraldi, & Perelman, 2016).

Bisher fehlend weitgehend Studien zu den bio-psychozialen Auswirkungen von Vaginismus auf Betroffene. Eine Studie aus dem Jahr 2020 vergleicht Studienergebnisse und stellte unter anderem folgende Folgestörungen fest: Eine verminderte Wertschätzung sich gegenüber, allgemeine Ängstlichkeit, psychische Störungen, Depressionen, Fruchtbarkeitsschwierigkeiten, grösseres Risiko zu Krankheiten aufgrund der Angst vor Gynäkologischen Untersuchungen, Gefühle von Hilfslosigkeit, erhöhtes Risiko für Panikattacken, Konflikte in der Paardynamik und unkonsumierte Ehe. Diese Faktoren führen dazu, dass Betroffene Gedanken haben wie, dass sie ihre Rolle als Frau nicht erfüllen können und sich daher fehlerhaft, abnormal, inkomplett, ungenügend vorkommen. Solch fehlende Selbstsicherheit und Vorwürfe führen wiederum oft zu psychischen Störungen und belasten Betroffene stark (Deliktas Demirci & Kabukcuoglu, 2020).

3 Sexuelle Zufriedenheit

3.1 Definition

Grössere sexuelle Zufriedenheit steht im Zusammenhang mit einem besseren physiologischen und emotionalen Wohlbefinden sowie mit stabileren Beziehungen (Sprecher, 2002). In langjährigen Beziehungen gibt es ebenfalls Belege dafür, dass sexuelle Zufriedenheit die Wahrscheinlichkeit erhöht, Orgasmen zu erfahren (Haning et al., 2007) und sich die emotionale Intimität erhöht. Das Paar kann mit Konflikten besser umgehen und die Beziehung stabilisiert sich tendenziell (Yeh et al., 2006). Rosen & Bachmann (2008) sehen Hinweise, dass eine grössere sexuelle Zufriedenheit zur allgemeinen Lebensqualität, höheren emotionalen Zufriedenheit und zu einer subjektiv verbesserten Gesundheit führen könnten (Klein et al., 2022; Rosen & Bachmann, 2008).

Sexuelle Zufriedenheit kann unter unterschiedlichen Aspekten betrachtet werden. Sexuelle Zufriedenheit ist eine Teildimension der sexuellen Gesundheit und wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) folgendermassen definiert:

Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen.

Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden (euro.who.int/de, 6.5.22).

Diese Definition zeigt gut, wie mehrdimensional der Begriff der sexuellen Gesundheit ist. Um sexuelle Zufriedenheit zu eruieren und zu messen, wurden Fragebögen entwickelt und die Zufriedenheit in quantifizierbare, messbare Merkmale übersetzt. Die Dauer, Frequenz und der koitale Orgasmus werden darin erhoben. Gemäss Büsing et al. (2001) gab es bereits schon Anfang der 90er Jahren die Aufforderung nach neuen deutschsprachigen Fragebögen zur Erhebung der sexuellen Zufriedenheit der Frau (Levine, 1992). Die Forderung von Levine kommt davon, dass seiner Meinung nach die Erlebnisebene und der Grad der sexuellen Zufriedenheit nicht genügend differenziert erfragt wird. Gemäss Levine ist sexuelle Zufriedenheit ein überdauerndes Gefühl, dass aus partnerschaftlicher Sexualität, der

Fähigkeit, sein eigenes Sexualleben mit nicht sexuellen Aspekten der Beziehung zu integrieren und aus persönlichen Erwartungen an das Sexualleben wächst (Büsing et al., 2001). Diese Definition von sexueller Zufriedenheit zeigt auch, dass Menschen mit sexuellen Dysfunktionen nicht automatisch weniger sexuelle Zufriedenheit erleben und das Ausbleiben von sexuellen Dysfunktionen, umgekehrt, keine sexuelle Zufriedenheit garantiert (Büsing et al., 2001).

3.2 Diagnostische Instrumente zur Erhebung von sexueller Zufriedenheit

Die sexuelle Zufriedenheit von Frauen kann mittels unterschiedlicher Fragebögen eruiert werden. Diese werden fortlaufend auf verschiedene Sprachen übersetzt, angepasst und weiterentwickelt (Lee et al., 2019; Mark et al., 2014; Parvin, 2016). Eine umfangreiche Auswahl an Fragebogeninstrumenten für die Erhebung von sexuellen Funktionsstörungen findet man in Richter (2014). Durchgesetzt haben sich unter anderem der Global Measure of Satisfaction scale (GMSEX) oder die Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W) (C. Meston & Trapnell, 2005). Für spezifische Erhebungen von weiblichen sexuellen Dysfunktionen eignet sich der Female Sexual Function Index (FSFI), der besonders oft im klinischen Setting eingesetzt wird (Neijenhuijs et al., 2019). Der Fragebogen überzeugt durch seine einfache Sprache und Kürze und eignet sich deshalb besonders gut für die klinische Praxis (C. M. Meston et al., 2020).

3.3 Sexuelle Zufriedenheit von Frauen mit sexuellen Dysfunktionen

Hoy et al., (2019) durchführten in einer Online-Erhebung mit 545 Frauen eine Umfrage anhand drei Fragebogen (FSFI-d, NSSSS-SD und MFS) und fanden heraus, dass unterschiedliche Faktoren bei der sexuellen Zufriedenheit der Frau eine Rolle spielen. Sexuelle Funktionsbereiche müssen zusammen betrachtet werden, da sie abhängig voneinander sind und häufig in mehreren Bereichen parallel auftreten. Ein direkter Zusammenhang besteht zwischen der eigenen sexuellen Wertschätzung, der sexuellen Motivation und dem eigenen sexuellen Bewusstsein. Unter anderem werden hier die eigenen sexuellen Vorlieben oder sexuelle Motivation genannt. Diese hängen wiederum physiologisch, mit der Lubrikation und Befriedigung zusammen. Je höher diese sind, desto zufriedener scheinen die Frauen mit ihrer Sexualität zu sein. Ein negativer Einfluss auf diese Aspekte hat dafür Angst vor sexuellen Beziehungen (Hoy et al., 2019). Diese hängt oft mit Sexualmythen, wie zum Beispiel Sex ist nur gut, wenn ein Orgasmus erreicht wird, zusammen, die mit Psychoedukation bearbeitet werden können (Hartmann, 2018; Hoy et al., 2019).

Es gibt Evidenzen, dass ein Zusammenhang zwischen gutem Sexualleben, Beziehungszufriedenheit und Beziehungsstabilität besteht und dass die Aufrechterhaltung des Verlangens einen positiven Einfluss auf die Beziehungszufriedenheit (siehe Kapitel 3.3) hat. Sprecher (2002) hält fest, dass die sexuelle Zufriedenheit mit der Stabilität in der Beziehung zusammenhängen und dieser Zusammenhang bei Männern stärker als bei Frauen ist. Ebenso weisen die Ergebnisse darauf, dass sexuelle Probleme unter anderem mit einer verminderten Beziehungsqualität, dem Gedanken an Untreue und einem geringeren Wohlbefinden der Person zusammenhängen. Studien fanden heraus, dass wenn Frauen sich Sorgen um ihr sexuelles Verlangen machen, sie in der Regel auch negative Auswirkungen auf ihre emotionale Gesundheit, ihr Selbstwertgefühl und ihre Beziehungen beschreiben. In mehreren Studien konnte weiter gezeigt werden, dass sexuelle Unsicherheiten und Störungen, sexuelle Zufriedenheit und sexuelle Aktivitäten oftmals zusammenhängen (Dekker et al., 2020; Mitchell et al., 2013; Traeen, 2008). Dabei können sowohl körperliche als auch psychische Erkrankungen Unsicherheiten auslösen, welche zu einem verminderten sexuellen Verlangen führen. Diese Unsicherheits-Gefühle verstärken sich mit der Zeit und können Partnerschaften daher stark beeinträchtigen und das Gefühl von Zugehörigkeit oder Nähe vermindern. Entsprechend erleben 70– 80 % der Patientinnen mit einer Depression eine Minderung der sexuellen Appetenz (Briken & Berner, 2013).

Die Ergebnisse einer Querschnittstudie deuten darauf hin, dass psychologische Faktoren wie Angst, Depression und Selbstwertgefühl bei Frauen mit Vaginismus Hinweise auf die Vorhersage von SQOL (Sexual Quality Of Life Faktor, sexuelle Lebensqualität) geben könnten (Velayati et al., 2022). Eine andere Studie aus der Türkei untersuchte und verglich die sexuelle Einstellung, das sexuelle Selbstbewusstsein und den soziokulturellen Status bei Frauen mit und ohne lebenslangen Vaginismus. Im Vergleich zu den Frauen in der Kontrollgruppe fand man heraus, dass die Vaginismus Betroffenen weniger sexuelle Informationen hatten und wenn, sie diese öfters aus den sozialen Medien bezogen. Aus religiösen Gründen hatten sie eine negativere Einstellung zur Sexualität, empfanden Sexualität und Genitalien eher als eklig und hatten mehr Angst- und Schmerzgefühle. Auch wenn nicht vollständig nachgewiesen, so konnte die Studie zeigen, dass Vaginismus Betroffene eine eher negative sexuelle Einstellung und eine schlechtere sexuelle Selbstwahrnehmung haben (Çankaya & Aslantaş, 2022b). Dieselbe Studie kommt zum Schluss, dass soziokulturelle Faktoren begünstigend wirken können. Ein Zusammenhang zwischen Dauer der Ehe, Anzahl Versuche Geschlechtsverkehr zu haben sowie der sexuellen Zufriedenheit konnte in dieser Studie ebenfalls gezeigt werden. Eine bessere Kommunikation unter den Eheleuten führte zu einer erhöhten sexuellen Zufriedenheit (Çankaya & Aslantaş, 2022b).

Briken & Berner halten fest, dass Frauen mit Vaginismus sehr wohl sexuell aktiv sind und ihre Sexualität so unterschiedlich leben, wie Frauen, die keinen Vaginismus haben. Selten kommt es zu einer kompletten Vermeidung. Öfters kann es zu einer Vermeidung sexueller Aktivitäten kommen, die zu Erregungs- und Orgasmusstörungen führen können (Briken & Berner, 2013, p. 44).

Wie in Kapitel 2.10 Sexuelle Störungen und 3.3 Sexuelle Zufriedenheit sind verschiedene Studien zu den Themen sexuelle Störungen und sexuelle Zufriedenheit publiziert worden. Ein abschliessendes Ergebnis liegt nicht vor und es werden weitere Studien nötig sein, um diese Themen ebenfalls in Bezug auf Vaginismus zu untersuchen.

Vieles deutet darauf hin, dass Studienergebnisse zu allgemeinen sexuellen Störungen, nur teilweise auf Vaginismus Betroffene übertragen werden können. Im Allgemeinen kann man aber zusammenfassen, dass Frauen mit sexuellen Störungen und ebenso Frauen mit Vaginismus, im Vergleich zu Frauen ohne sexuelle Störungen, tendenziell ängstlicher und unsicherer sind, mehr Schmerzen empfinden, öfters unter psychischen und physischen Folgekrankheiten leiden und eher vermeidendes Verhalten entwickeln.

4 Behandlungsansätze und Wirkfaktoren

4.1 Gründe für eine Therapie

Der Grund für Betroffene eine Beratung oder Therapie aufzusuchen, kann ganz unterschiedliche Gründe haben. Oftmals suchen Paare aufgrund von externem Druck, namentlich durch den Enkelwunsch der Grosseltern oder einen eigenen Kinderwunsch, spezialisierte Personen auf (Bischof, 2010; Kurban et al., 2021a). Gemäss einer Grosstudie (n = 484) aus der Türkei nahmen 456 betroffene Frauen (entspricht 94.7 % der Teilnehmenden) am Programm teil, um das Problem selbst zu lösen und nur 26 (5.3 %) um explizit, zukünftig Kinder zu bekommen (Kurban et al., 2021a). Die hohe Anzahl von Personen, welche am Programm teilnehmen, um das Problem selbst zu lösen, könnte den negativen Aspekt heteronormativer Normen; Geschlechtsverkehr in der Paarsexualität ist gleich penetrativer, vaginaler Geschlechtsverkehr; reflektieren. Denn dieser lastet oft stark auf den Betroffenen (Goldstein et al., 2009; Hartmann, 2018). In bestimmten Kulturen besteht der Druck der unkonsumierten Ehe, der bis heute nicht toleriert wird, und Grund für eine Scheidungen sein kann (Bergeron et al., 2015; Kayir & Aslantaş Ertekin, 2012).

4.2 Bandbreite der Behandlungsansätze

Die Behandlungsansätze bei Vaginismus sind vielfältig. Es werden unterschiedliche Psychotherapien sowie medizinische Behandlungen empfohlen. Im Bereich der Psychotherapien ist von Sexualtherapien, Paartherapien, Verhaltenstherapien, Physiotherapien und Beckenbodenphysiotherapien oder ebenso der Psychoanalyse die Rede. Die definierte Auswahl lehnt sich an die Aufzählung von Bergeron et al. (2015, p. 163-165) und Brown (2013, p. 33-34), mit minimalen Unterschieden: Brown erweitert die psychosoziale Einteilung auf die sexual/kognitive Verhaltenstherapie und Bergeron erweitert den Begriff um den medizinischen Aspekt. Die Autorin erweitert die Auswahl um den Sexualtherapeutischen Ansatz. Auf die folgenden Behandlungsansätze wird ab Kapitel 4 einzeln näher eingegangen.

- Sexualtherapie (und Paartherapie)
- Kognitive Verhaltenstherapie (und Gruppentherapie)
- Beckenbodenphysiotherapie
- Medizinisch chirurgische Eingriffe (und Botuliumtoxin Therapie)
- Weitere

4.3 Behandlungsfokus

Der Therapiefokus bei Vaginismus lag viele Jahre auf der Störung, also der Symptomatik und weniger auf der eigentlichen Ursache, welche oftmals unklar und / oder unentdeckt blieb (K. Beier et al., 2005). McEvoy et al. (2021) halten fest, dass bei der Behandlung von Vaginismus ein Umdenken stattfindet. Von bisher eher symptom-orientierten Ansätzen wird nun eher versucht, ein ganzheitliches Verständnis zu erlangen. Es geht vom somatischen zum eher psychologischen Aspekt (McEvoy et al., 2021).

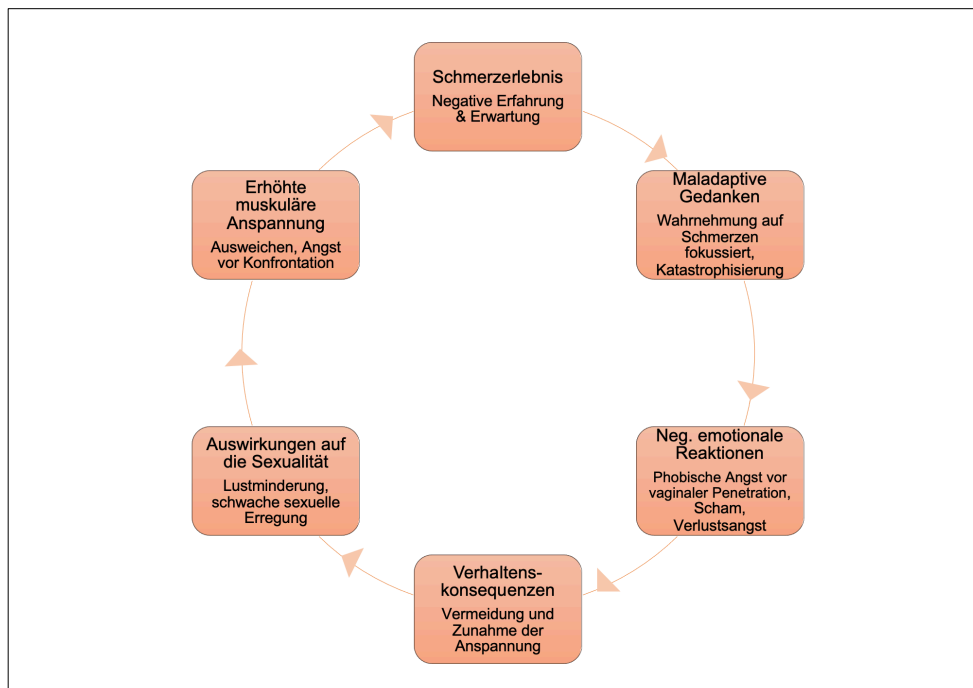
Wenn man nun genauer auf die einzelnen Therapieziele schaut, so geht es darum die Symptome, namentlich die phobischen Ängste vor Vaginalpenetration und das dadurch entstehende Vermeidungsverhalten durch die Therapie zu reduzieren, dass die Patientinnen penetrativen Vaginalsex haben können (sofern sie dies wünschen). Dabei ist eine möglichst interdisziplinäre Therapie anzusteuern, welche auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen kann. Als Beispiel: Selbstwertgefühl beeinflusst die Fähigkeiten der Betroffenen eine intime Beziehung einzugehen. Daher muss die Psychotherapie Praktiken zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung und des Selbstwertgefühls von Frauen anbieten (Deliktas Demirci & Kabukcuoglu, 2020).

Auf die drei folgenden Komponenten sollte die Vaginismus Therapie abzielen: die somatische (hohe Anspannung im Vagina Eingang und Beckenboden) und psychologische Ebene (Angstphobie vor Schmerzen) sowie dem Schmerzmanagement (Schmerzen im Genital) (Hartmann, 2018). Diesen Ansatz unterstützt auch eine Studie zu den bio-psychosozialen Auswirkungen von Vaginismus Betroffenen aus dem Jahr 2020 in der empfohlen wird, dass die Sexualtherapie den Fokus auf die Sexualität und die psychische Gesundheit der Betroffenen legen soll (Deliktas Demirci & Kabukcuoglu, 2020).

Formen von Vaginismus können sich mit zunehmender Zeit intensivieren, da ein Teufelskreis im Sinne des Angstvermeidungsmodells (The Fear-Avoidance Model) entstehen kann: Unangenehme Gedanken und Angstvorstellungen vor Schmerzen in der Vagina verstärken sich. Die Vorstellung von möglichen Schmerzen in der Vagina führen bei der Vorstellung von penetrativen vaginalen Geschlechtsverkehr zu einer erhöhten Anspannung im Becken, das Nervensystem registriert mit Stress und so entsteht, ganz vereinfacht erklärt, noch mehr Angst. Diese immer grösser werdenden Ängste können phobische Ausmasse annehmen: Die Angst vor möglichen Schmerzen führt zu mehr Stress und Spannung, es kommt zu einem sich verstärkenden Teufelskreis (Goldstein et al., 2009; Hartmann, 2018). Physiologisch gesprochen hemmt die tonische Muskelkontraktion die Blutzirkulation zu den umliegenden Organen wie dem unteren Drittel der Vagina. Das führt dazu, dass die Durchblutung und die Lubrikation gehemmt werden und erklärt, warum manche Frauen selbst bei guter Erregung nicht genügend Gleitmittel bekommen können (Chaffaï et al., 2013).

Abbildung 1

Negativen Schmerzkreislauf und deren emotionale Konsequenzen



Anmerkung. In Anlehnung an Hartmann, p. 245 (2009) und Goldstein et al., p. 370 (2009)

4.4 Sexualtherapie

Da Vaginismus sich besonders stark als Hindernis beim Geschlechtsverkehr zeigt, liegt es nahe, dass bei den Therapieansätzen die Sexualtherapie oft erwähnt wird. In diesem Kontext werden sexoedukative aber ebenfalls paartherapeutische Inhalte empfohlen. Drimalla (2021, p. 90–93) hält fest, dass sich in den letzten Jahren verschiedene sexualtherapeutische Richtungen herauskristallisiert haben und benennt fünf Richtungen auf die hier kurz eingegangen wird:

Die **Sexualtherapie nach dem Hamburger Modell** (Hauch, 2006) basiert auf psychoedukative Ansätze von Masters und Johnson. Das Sensate Focus Programm wurde dabei weiterentwickelt, und besteht aus einer Abfolge von festgelegten Übungen, welches das Paar nach Plan und bestimmten Dauer, einzeln oder als Paar, praktizieren. Zentral ist dabei das Prinzip der Selbstverantwortung (Egoismus und Vetoregel) (Hauch, 2020).

Das **Sexocoporel-Therapie-Konzept** bei Vaginismus umfasst bei primärem Vaginismus mehrere Stufen, welche, je nach Anliegen, variieren können. Auch wenn Sexocorporel im Therapiesetting beliebt ist, so sind wenige wissenschaftliche Studien darüber erschienen.

Bischof formuliert hierzu Hauptziele (Bischof, 2010, p. 26). Im Mittelpunkt steht die Rezeptivität der Frau. Damit meint Bischof, die Fähigkeit der Frauen, etwas mit ihrer Vagina aufzunehmen. Ein weiteres Ziel besteht darin, dass die Rezeptivität erotisiert wird. Das Gefühl des Aufnehmens in der Vagina, der*die Partner*in und dessen Geschlecht werden als lustvoll-erregend empfunden. Inhalte der Therapie sind sexoedukative Inhalte und körperliche Übungen wie zum Beispiel Entspannungsübungen für die Angstreaktionen und den Beckenboden, Wahrnehmungsübungen, lernen den Beckenboden zu spüren und zu steuern. Sexocorporel integriert Partner*innen zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt in die Übungen mit ein (Bischof, 2010).

Die **systemischen Sexualtherapie nach Clement (2004)** ist eine Weiterführung der systemischen Therapie und setzt bekannte systemische Vorgehen ein mit dem Zusatz von einigen spezifischen Interventionsformen wie zum Beispiel das «Ideale sexuelle Szenario». Die Behandlung hat die Entwicklung von sexuellem Begehren und die Differenzierung zum Ziel. Die Störung wird als Ausdruck eines nicht gelebten Willens interpretiert (Clement, 2016).

Die **syndyastische Sexualtherapie** fokussiert auf die emotionalen Grundbedürfnisse eines jeden Menschen, auf die Ressourcen und auf das Paar als Patient. Dabei ist die Kommunikation im Vordergrund und sexuelle Störungen werden als Kommunikationsprobleme angesehen. Ziel der Therapie ist deshalb, die Kommunikation zu verbessern, so dass psychosoziale Grundbedürfnisse wie Geborgenheit, Nähe, Zugehörigkeit erfüllt werden. Dabei steht eine körperliche und seelische Begegnungserfahrung und nicht die (Wieder-)Herstellung der sexuellen Funktionen im Vordergrund (K. M. Beier & Loewit, 2004).

Inhalt der neuen **Sexualtherapie nach dem Hannover Modell** (Hartmann, 2018) sind ebenfalls Erfahrungsübungen aus der Sexualtherapie sowie spezifische Übungen, je nach sexueller Funktionsstörung. Erkenntnisse aus der Neurobiologie fließen mit ein, wie auch Elemente aus der Schematherapie und emotionsfokussierte (Paar-)Therapie. Das Hannover Modell hat einige Erkennungsmerkmale, welche man aus der syndyastischen Sexualtherapie und dem Hamburger Modell kennt.

Paartherapie

Bei Vaginismus wird in der Paartherapie meist Sensate Focus nach dem Hamburger Modell angewendet. In Ländern, in denen Mythen um die weibliche Sexualität und religiöse Backgrounds vorherrschen, eignen sich Paartherapien bei Vaginismus gut. Diese Paararbeit

stellt eine Chance für das Paar dar, näher zusammen zu rücken, sich besser kennen zu lernen und die Intimität als Paar zu verstärken (Jindal & Jindal, 2010; Muammar et al., 2015). Siehe ebenfalls Kapitel 4.5 Gruppentherapie.

4.5 Kognitive Verhaltenstherapie

Bei psychologischen Interventionen sind unterschiedliche Ansätze denkbar. Studien berichten über verschiedene Zusammenstellungen von Therapieformen und Ansätzen. Besonders oft werden behaviorale und kognitive Verhaltenstherapien erwähnt, in denen es darum geht, Verhaltensweisen und Denkmuster zu erkennen und zu verändern. Darunter fallen kognitive Therapieansätze (CBT) sowie Angstmanagement und / oder Konfrontations-, Bewältigungsverfahren und systematische Desensibilisierungsbehandlungen. Besonders die Arbeit zur Reduktion von Stress und Angstzuständen im Zusammenhang mit der vaginalen Penetration sind beim Vaginismus wichtig zu verarbeiten. Hartmann skizziert auf neun Seiten ausführlich einen möglichen Therapieprozess von der ersten Begegnung und Anamnese bis zum Abschluss der Therapie und stützt sich dabei auf die Erkenntnisse von Bergeron et al. (2010), die er ergänzt (2018, p. 242–251). Die Therapie hat zum Ziel, dass die Verbindung von Angst, Penetration und sexueller Vermeidung aufgebrochen wird. Erstens, um die Angstphobien vor den Schmerzen einer vaginalen Penetration zu überwinden, damit penetrativer Vaginalsex möglich wird. Zweitens, damit die Betroffenen lernen, die progressive Relaxation und Steuerung der Beckenmuskulatur anzusteuern und zuletzt, um einen Bezug zu ihrer Vagina herzustellen, um eine Qualität in die Paar-penetrative Sexualität zu bekommen (Brown, 2013; Goldstein et al., 2009; Hartmann, 2018).

Gruppentherapie

In den 70er Jahren war die Therapieform der Gruppentherapie sehr populär. Heutzutage ist sie in den Hintergrund getreten (K. Beier et al., 2005, p. 339). Dabei soll die Gruppentherapie sich für Frauen besser eignen und erfolgsversprechend sein (Clement, 1985). Ein detaillierter beschriebener gruppentherapeutischer Ansatz wird in einer Studie der Psychiatrie der Medizinischen Fakultät der Universität Istanbul beschrieben. Seit zwanzig Jahren sammelt sie erfolgreiche Erfahrungen im Bereich der Sexualtherapie mit betroffenen Paaren. Sie arbeiten mit Gruppenpsychotherapie und vorwiegend mit dem Psychodrama. Als Stärken dieser Therapieform werden Spontaneität, Stimmung, Spass, Austausch unter Betroffenen, welcher das Kohärenzgefühl entstehen lässt, das Erleben des Moments und der eigenen Person aufgezehlt (Kayir & Aslantaş Ertekin, 2012, p. 68). Paare haben in diesem Setting die Chance, sich wieder anzunähern. Gleichzeitig ermöglicht es ein Verständnis auf der verbalen und nonverbalen Ebene, was die Arbeit der Therapierenden vereinfacht (Kayir & Aslantaş Ertekin, 2012).

In der Schweiz existieren auch regionale (Life-)Selbsthilfegruppen. Diese findet man im Internet unter den jeweiligen Kantonen (selbsthilfeschweiz.ch). Claudia Amherd, die Autorin vom Ratgeber für Vaginismus *‘Wenn die Liebe schmerzt’* bietet ein 14-Tage-Intensiv-Programm, welches sich «Group» nennt (beckenbodenzentrum.ch, 15.05.22). Täglich finden zwei Gruppensitzungen statt sowie Beckenbodentraining und Entspannungsübungen, Gespräche zum Vaginaltraining und Austausch in der Gruppe statt. Dazwischen üben die Paare für sich zu Hause oder in ihrem Hotelzimmer. Die Erfolgsquote für die Heilung bei solchen intensiven Programmen wird als sehr hoch angepriesen (Amherd, 2011).

4.6 Beckenbodenphysiotherapie

Die hohe Akzeptanz in der Bevölkerung zur Physiotherapie macht Physiotherapieübungen zum integralen Bestandteil vieler multimodaler Programme. Methoden, die in der Therapie von Vaginismus eingesetzt werden, sind unter anderem das EMG-Biofeedback (Elektromyographie) und Beckenbodenübungen. Die Behandlungen sollten von genito-pelvinen Spezialist*innen durchgeführt werden (Hartmann, 2018). Auf der Webseite der schweizerischen Gesellschaft für Beckenbodenphysiotherapie ist ein Verzeichnis mit Beckenboden Spezialist*innen zu finden (pelvisuisse.ch, 15.05.22).

Ziele der Beckenbodenphysiotherapie sind unter anderem eine Verbesserung der Wahrnehmung für den Spannungszustand und die Entspannung der Beckenbodenmuskulatur, die Regulation des Muskeltonus sowie die progressive Desensibilisierungsarbeit im Genital-Beckenboden und die Reduktion der penetrativen Angstphobie (Brown, 2013; Hartmann, 2018; Lipshultz et al., 2016). Weitere Techniken, die angewendet werden, sind Wahrnehmungs-, Entspannungs- und Atemübungen, Psychoedukation zur Physiologie des Beckens, praktische Explorationsübungen und der Einsatz von elektrischer Stimulation oder mit der Hand. In-Vivo-Übungen mit den Dilatoren; medizinisch auch Dilatoren genannt, werden eingesetzt, um die Patientin an die vaginale Penetration zu gewöhnen; und zur Angstverarbeitung von penetrativen, vaginalen Geschlechtsverkehr sind ebenso wichtige Techniken wie die Schulung von Körperwahrnehmung und dem Erlernen des Steuerns der Beckenboden Muskelentspannung (Brown, 2013; Ghaderi et al., 2019; Yaraghi et al., 2019).

4.7 Medizinische chirurgische Behandlungsansätze

Um organische Pathologien auszuschliessen ist es wichtig, dass sich die Betroffenen einer gynäkologischen Untersuchung unterziehen (Bischof, 2010; Crowley et al., 2009; Hartmann, 2018). Fachpersonen empfehlen den Zeitpunkt gemeinsam mit der Klientin festzulegen, ganz nach dem Gedanken der Selbstwirksamkeit. So kann die Klientin selbst (mit)entscheiden, wann dies geschieht. Diese gynäkologische Voruntersuchung ist wichtig,

da in sehr seltenen Fällen physiologische Faktoren vorliegen können. Dabei sind Hymen Anomalien (erhöhtes, septiertes, oder dickes Hymen) die häufigsten anatomischen Ursachen für (organischen) Vaginismus. Bischof berichtet von einer Prävalenz von 1:10'000 bis 1:20'000 des Vorkommens einer Fehlbildung von Septen oder des Hymens (Bischof, 2010). Von operativen Eingriffen bei Vaginismus raten Fachpersonen ab und sollten nur dann vorgenommen werden, wenn ein anatomisches Hindernis im Zusammenhang mit dem Hymen vorliegt (Bischof-Campbell, 2012; Hartmann, 2018; Kurban et al., 2021a). Gemäss Bischof besteht weiterhin ärztliches Unwissen und Hilflosigkeit, welche in Massnahmen (chirurgische Eingriffe) endet, die einer «operativen Abtrennung eines verspannten Nackenmuskels» gleich kämen (Bischof, 2010, p. 22). Bei operativen Eingriffen können sich ungünstige Narben bilden, welche wiederum Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auflösen und wiederum durch eine operative Therapie verbesserbar wären (Briken & Berner, 2013, p. 135). Beim Vorliegen eines nicht physiologischen Grundes (also rein psychologischen Grund, welches meistens der Fall ist), und eines chirurgischen Eingriffes besteht ansonsten die Gefahr, dass die Ängste der Patientin weiter verstärkt werden und das Problem nach dem Eingriff weiter besteht (Kurban et al., 2021a).

Botulinumtoxin Behandlung (Botox)

In der Botulinumtoxin Behandlung werden ein bis drei Injektionen im Beckenboden verabreicht. Die Injektionen sind unterschiedlich hoch dosiert und erfolgen in unterschiedlichen Regionen der Beckenboden Muskulatur. Das Botulinumtoxin wirkt sofort und hat zum Zweck, dass keine Schmerzen vor, während und nach der vaginalen Penetration mehr spürbar sind, so dass das Vermeidungsverhalten und die Penetrationsphobie ausbleiben. Ziel ist über längere Dauer die Wirkung auszunutzen, um das Dilatorentaining erfolgreich zu Ende zu führen. Diese Therapieart wird als alternative Option vorgeschlagen sowie falls konventionelle Behandlungen nicht greifen oder ein schwerer Grad (Lamont 4 oder 5) von Vaginismus besteht (Pacik et al., 2019).

In einer Metaanalyse wurden elf Studien welche zwischen 1997 - 2017 stattfanden aufgezählt und von der Autorin in einer Übersichtstabelle nochmals zusammengefasst. Gesamthaft nahmen 472 Teilnehmerinnen teil. Die Übersicht zeigt eine nahezu hundertprozentige Erfolgsrate für die Penetration. Die Erfolgsquote beträgt 71 % und mehr. Die Stichproben sind inkonsistent, selten gab es Kontrollgruppen und die Studiendesigns bleiben intransparent und machen Vergleiche unmöglich. Diese relativ neue Behandlungsmethode stiess zuerst auf grosse Resonanz und versprach grosse Erfolge. Die Studienresultate sind aber mit grosser Vorsicht zu geniessen. In Zukunft werden weiteren Studien mit Kontrollgruppen sowie Langzeitfolgen nötig sein, um die Erfolge dieser Behandlungsform zu testen (Ferreira & Souza, 2012, p. 257-259). Das übergeordnet Ziele, dass die Betroffenen ebenfalls die

Aneignung des eigenen Geschlechts anstreben sollten, würde im Falle von Botox nicht erreicht werden können, da eine interdisziplinäre Therapie vorausgesetzt wäre (Bischof, 2010; Crowley et al., 2009; Yaraghi et al., 2019). Pacik bestätigt diese Aussage und zusätzliche Aufmerksamkeit muss diesen Patientinnen zugeschrieben werden, da Botox alleine nicht heilt (Pacik, 2014, p. 1164).

Tabelle 2

Überblick Botulinumtoxin Studie: Studienjahr, Grösse der Stichproben und Erfolgsrate

Studienjahr	n	Erfolgsrate	In Prozent	Bemerkungen / Erfolgreiche Penetration
1997	1	1/1	100 %	GV nach 2 Wochen / GV nach 24 immer noch
2000	8	8/8	100 %	GV nach 2 Tagen / Nach 10 immer noch gut
2004	24	18/24	75 %	GV nach 1 Woche zufriedenstellenden
2006	1	1/1	100 %	Patientin war in der Lage sich zu entwickeln und erfolgreich zu interagieren
2009	33	27/33	82 %	GV nach 4 Wochen / GV nach 23 Monate immer noch gut möglich
2009	17	16/17	94 %	GV nach 2-3 Wochen
2010	30	29/30	97 %	komfortablen GV möglich
2011	81	73/81	90 %	GV möglich
2011	6	5/6	83 %	GV am selben Tag möglich
2015	31	28/31	90 %	GV möglich
2017	241	171/241	71 %	GV nach durchschnittlich 1.5 Wochen

Anmerkung. Daten und Bemerkungen aus Velayati et al. (2019).
GV Abkürzung für Geschlechtsverkehr.

4.8 Weitere Behandlungsansätze

Hypnosetherapie, psychodynamische Therapien und achtsamkeitsbasierte Therapien sind weitere genannte Methoden, welche aus der Psychologie kommen und in der Therapie bei Patientinnen im Vaginismus eingesetzt werden (Brown, 2013; Hartmann, 2018; Kayir & Aslantaş Ertekin, 2012).

Ein Studienbericht aus Deutschland namens «Studienbericht 'HelloBetter Vaginismus Plus'» verspricht grosse Erfolgsquoten durch die Teilnahme an einem Online-Programm. Innerhalb von zwei Monaten war bei 49 % der Teilnehmerinnen vaginale Penetration beim Geschlechtsverkehr wieder möglich. Im Vergleich erreichte die Kontrollgruppe einen Wert von 21 %. Wie die Studie festhält, sind Interventionseffekt ersichtlich, wobei das Programm eine Verbesserung der Symptome, nicht aber der übergreifender Angstsymptomatik erreicht. Die Studie gibt Preis, dass die Symptombdauer der Teilnehmenden bei 8.02 Jahren

lag, wobei zwei Drittel der Teilnehmerinnen zum ersten Mal Hilfe für ihre Symptome suchten (Plus, 2021).

4.9 Wirkfaktoren

Der Begriff Wirkfaktoren wird in der Psychotherapie angewendet. Dieser beschreibt Faktoren, die das Therapieergebnis positiv beeinflussen (Drimalla, 2021). In den letzten 40 Jahren sind diese Wirkfaktoren mehrfach untersucht worden, jedoch unzureichend «rezipiert und noch weniger in der Therapiepraxis» übernommen worden, heisst es (Hartmann, 2018, p. 32). Eine viel beachtete Wirksamkeitsuntersuchung erschien 1994 (Grawe et al., 1994). Die Forschenden stellten fest, dass trotz unterschiedlichen Therapieansätze die Effektstärken der Therapien ähnlich hoch waren und entwickelten die Theorie, dass es allgemeine, einheitliche und für alle Psychotherapie Formen geltenden Wirkfaktoren gibt. Die Wirkfaktoren haben bis heute ihre Gültigkeit (Grawe et al., 1994). Die daraus entwickelten fünf Wirkfaktoren für die Psychotherapie nach Grawe et al. sind die bekanntesten (Frauchiger, 1997; Grawe, 2004; Greif et al., 2012):

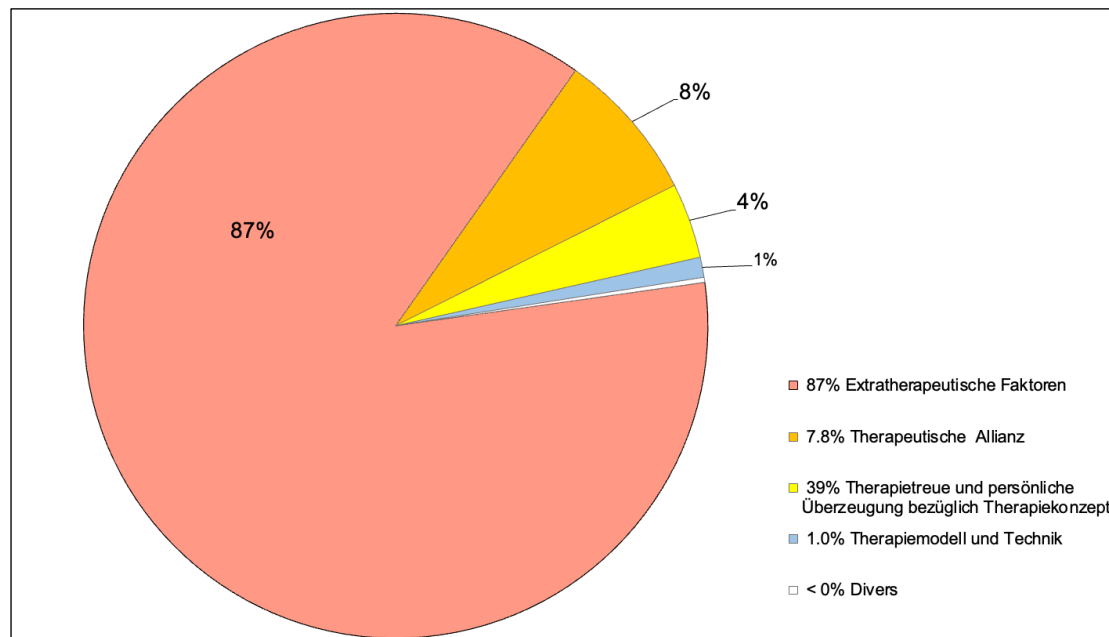
- **Therapeutische Beziehung** (warmes, empathisches und kongruentes Verhalten der therapeutischen Person sowie Offenheit und Vertrauen der Klient*innen, was zusammen zu einer vertrauensvollen Beziehung führt)
- **Problemaktualisierung** (Vergegenwärtigung der Probleme und der erlebten Emotionen, wodurch eine Bewältigung oder Klärung erfolgt)
- **Ressourcenaktivierung** (Erkennen und Nutzen eigener Stärken und Fähigkeiten sowie Unterstützung durch die Umgebung)
- **Motivationale Klärung** (Reflexion über Motive und Ziele, erkennen und bewusstmachen der Auswirkungen)
- **Problembewältigung** (Umsetzung konkreter Massnahmen und Unterstützung bei der Zielerreichung)

Hartmann (2018) geht auf die Forschungsdaten von Wampold et al. (1997, 2002) zurück in denen Wirkungsfaktoren erhoben wurden. Gemäss diesen Untersuchungen brauchen die Therapeut*innen ein überzeugendes, validiertes Therapiekonzept und fundiertes Wissen, um eine erfolgreiche Therapie zu führen. Die Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass die extratherapeutischen Faktoren 87 % versus 13 % dem Einfluss der Therapie zugeordnet werden können. Werden die 13 % nochmals genauer untersucht, sind es noch ganze 8 %, auf die 100 % und zurückgerechnet auf die gesamten Wirkfaktoren, noch gerade etwa 1 %, welche direkt dem Therapiemodell und der Technik zugeschrieben werden (Hartmann, 2018, p. 70). Die therapeutische Allianz fällt bei dieser Rechnung sieben bis achtmal stärker

ins Gewicht und ist in der Behandlung somit ein entscheidender Faktor (Lambert, 2010). In Kapitel 6.4 fasst Hartmann die Definition der therapeutischen Allianz als Formel zusammen: **Therapeutische Allianz = Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung + Übereinkunft über die Therapieziele + Übereinkunft über die Schritte und Aufgaben der Therapie** (Hartmann, 2018, p. 71).

Abbildung 2

Wirkfaktoren in der Therapie mit therapeutischen Faktoren im Detail



Anmerkung. In Anlehnung nach Grawe (2004) und Wampolt et al. (1997, 2022) in Hartmann (2018, pp. 70)

Weitere wichtige Erkenntnisse sind in diesem Zusammenhang, dass die gemeinsame Kreation von Erfahrungsübungen und Hausaufgaben zu besseren Therapieergebnissen führen und an der therapeutischen Beziehung aktiv gearbeitet werden kann und muss damit Patient*innen immer wieder «abgeholt» werden. Der Anteil der Selbstheilung der Patient*innen ist dabei überaus wichtig. «Die Motivation und Begeisterung für die eigene Psychotherapie und die dadurch möglichen Veränderungen scheinen bedeutsamer als bestimmte persönliche Defizite.» ins Gewicht zu fallen (p. 72). Aus den Antworten der Patient*innen auf die Frage nach den Wirkfaktoren wird nochmals klar, dass die Interventionstechniken weniger wichtig sind als die Qualität der therapeutischen Beziehung (Bohart & Tallman, 2010):

- sich verstanden, akzeptiert und gehört fühlen
- einen sicheren Raum haben, um Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen und Erfahrungen zu erkunden
- Unterstützung bei der Bewältigung von Krisen

- Unterstützung bei der Erprobung neuen Verhaltens
- Rat und Coaching

Wirkfaktoren können auf verschiedene Stufen des Therapieprozesses zugeordnet werden. Eine sehr umfassende und detaillierte Arbeit hat Frauchiger (1997) hierzu geschrieben. Bei einem breiten Verständnis (und so wie in dieser Arbeit definiert) umfassen allgemeine Wirkfaktoren sämtliche therapeutisch wirksame, nicht an ein bestimmtes Psychotherapiemodell gebundene Variablen des Psychotherapiesettings. Darunter können Aspekte der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Psychotherapie, Eigenschaften von Patient*innen, Handlungen, aber auch Kompetenzen und Haltungen der Therapeut*innen sowie verschiedene Facetten der Therapiebeziehung zwischen Patient*in (Hoffnung auf Besserung) und Therapeut*in (Empathie) fallen. Die Beziehungsebene wie beispielsweise die Qualität der Zusammenarbeit, der Arbeitsallianz zwischen Patient*in und Therapeut*in werden ebenfalls zu den allgemeinen Wirkfaktoren gezählt.

4.10 Zusammenhänge zwischen Vaginismus, Behandlungsformen und der sexuellen Zufriedenheit

Bisher sind der Autorin keine Studien in Kombination mit diesen drei Themenschwerpunkten bekannt. In Bezug auf die Behandlung von Vaginismus lässt sich aus dem vorangehenden Kapitel zusammenfassend sagen, dass ein multimodaler Behandlungsansatz verfolgt werden sollte, in dem Körper und Psyche angesprochen werden. Dabei empfiehlt es sich, in der Therapie die folgenden Themen zu adressieren: Übungen zur Beckenbodenentspannung, Schmerzmanagement, Sexualtherapie sowie kognitive Verhaltenstechniken. Im Rahmen von Hausaufgaben sind die in-vivo und Desensibilisierungs-Übungen mit den Dilatoren unausweichlich. Wie diese unterschiedlichen Behandlungsinhalte genau umgesetzt werden und welche Behandlungsansätze hierzu nötig sind, wird nicht explizit gesagt und / oder definiert. Vielmehr ist ein Mix aus unterschiedlichen Methoden denkbar. Studien zur sexuellen Zufriedenheit von Frauen mit Vaginismus sind, bis auf die Studie aus der Türkei von Çankaya & Aslantaş (2022a) keine bekannt. In dieser neulich erschienen Studie zeigt sich ein Zusammenhang zwischen einer verkürzten Dauer der Ehe, erhöhten Anzahl Versuche (penetrativen) Geschlechtsverkehr zu haben sowie einer weniger grossen sexuellen Zufriedenheit bei diesen Paaren mit im Vergleich zu Paaren ohne Vaginismus. Diese Studienergebnisse widersprechen denjenigen von McEvoy et al. (2021) wonach eine solide Beziehung des Paares eine bessere Kommunikation und ebenfalls sexuelle Zufriedenheit verspricht. Um zu zeigen, ob sich die Ergebnisse aus der Türkei auf andere soziokulturelle Gruppen übertragen lassen, werden weitere Studien nötig sein.

5 Forschungsmethodik

5.1 Forschungsmethode

Für die vorliegende Arbeit wurde die qualitative Forschungsmethode gewählt. Diese Forschungsperspektive setzt die betroffenen Personen in den Mittelpunkt, erforscht Lebenswelten und versucht Zusammenhänge aufzuzeigen. Sie lässt Raum offen für subjektive Sichtweisen und setzt sich mit weniger Subjekten, dafür intensiver mit einer Thematik auseinander (Vogt & Werner, 2014, pp. 4–6). Mayring (2015) beschreibt als Grundlage der qualitativen Forschung die Nähe zum Subjekt, welche möglichst in seiner Lebenswelt befragt wird. Weiterhin lässt sich bei dieser Art von Befragungen überprüfen, inwieweit die Angaben der Probanden zu einem tabuisierten Thema wie Vaginismus und Sexualität zutreffend sind. Dieses Verfahren gibt die Möglichkeit, offene Fragen zu stellen, die mehr Raum für die Klärung der individuellen Bedeutungs- und Erlebensebene bieten könnten. Durch Nachfragen ist auch eine Differenzierung der Antworten der Probanden möglich. Die qualitative Forschungsmethode ermöglicht Hypothese bei wenig untersuchten Forschungsgegenstände aufzustellen und legt so auch die Grundlage für zukünftige Arbeiten. Da die Inhaltsanalyse der Daten zeitintensiv ist, sind die Stichproben meistens klein (Vogt & Werner, 2014).

5.2 Literaturrecherche

Für den Theorieteil (Kapitel 1-5) wurde eine umfassende Literaturrecherche unternommen. Diese gibt Überblick über den Stand der Forschung. Mehrheitlich fand diese Recherche online statt. Dafür sind internationale Studien und Fachartikel in englischer und deutscher Sprache sowie Fachliteratur in deutscher Sprache verwendet worden.

In diesem ersten Teil der Arbeit sind zudem Textabschnitte aus der Literaturarbeit, welche von der Autorin ein Jahr zuvor geschrieben wurde, in die Kapitel 2 und 4 eingeflossen. Diese wurden anhand neuer Literatur ergänzt. Auf eine Eingrenzung einer besonderer Vaginismus Art (primärer oder sekundärer), einer Beziehungsform oder geografischen Grenze wurde in dieser Arbeit verzichtet. Wenn möglich wurde Literatur, die ab 2010 publiziert wurde, verwendet. Datenbanken, welche hierfür abgefragt wurden, sind die Online-Bibliothek der HS Merseburg und deren Kataloge, der Open Access der Hochschule Halle, der Schweizer Bibliotheksverbund Swiscovery sowie Google Scholar. Folgende Kataloge erwiesen sich für die Themensuche als besonders geeignet und erzielten weiterführende Erfolge: Thieme, Springer-Verlag, Elsevier, Cochrane, PubMed sowie PSYINDEX. Die digitale Qualitätsmarke 'CrossMark', welche bei Reviews teils zu finden ist, bietet die Möglichkeit, Studien auf ihre Aktualität zu verifizieren und stellt eine zusätzliche Sicherheit dar, um die

Aktualität der Studie zu prüfen. Die EbM-Guidelines und die Revue Médicale Suisse waren weitere spezialisierte Kataloge, welche bei der Suche zum Quervergleich eingesetzt wurden. Um Einblicke in den Alltag von Betroffenen zu bekommen, wurden Soziale Medien wie Instagram, Youtube oder Facebook konsultiert. In stark komprimierter Form werden auf diesen Plattformen Einblicke in Leben von Betroffenen, aber auch Tipps gegeben und es findet ein Austausch statt. Ebenfalls findet man Mini-Übungen und Inputs von Spezialist*innen wie Beckenbodenphysiotherapeuten, Sexolog*innen oder Gynäkolog*innen. Diese Inhalte können hilfreich sein, um ein Verständnis für die Thematik seitens der Betroffenen zu bekommen.

Die Suche erfolgte mit Stichworten in deutscher und englischer Sprache, wobei es sich als Vorteil erwies, dass die Störung in beiden Sprachen (DE / EN) gleich geschrieben und prononciert wird. Die Suche nach englischen Studien erweist sich als erfolgreicher. Folgende Schlagwörter wurden verwendet: Vaginismus, Diagnose, diagnostic, sexual satisfaction, Therapie, therapy, therapy treatment, outcome sowie Vaginismus und Dyspareunie, female sexual disorder, female sexual dysfunction, interventions, female genito-pelvice pain, penetration disorder, diagnosis vaginismus, evaluation und pelvic pain, thesis, overcoming vaginismus, sexuelle Zufriedenheit, sexual satisfaction, Wirkfaktoren, Erfolgsfaktoren, disfunction.

5.3 Forschungsstand

Die vorhandenen Studien sind im Umfang eher limitiert und die vorliegenden Studienergebnisse oftmals einfach anfechtbar, da sie wenig aussagekräftig sind. Die Proben sind klein, es fehlen Referenzgruppen oder die Studiendesigns und Ergebnisse sind so unterschiedlich, dass sie nicht miteinander verglichen werden können. Ein Grossteil der Ergebnisse kommt aus klinischen Studien, es handelt sich um Inhalte von Rapporten aus Expertenkomitees, die nur bedingt wissenschaftlich belegt sind. Die Therapieformen wie auch die Therapieziele sind häufig nicht klar herausgeschält. Entsprechend fallen die Behandlungsansätze unterschiedlich aus, was wiederum ein Vergleich erschwert (Goldstein et al., 2020; M.-A. Lahaie et al., 2010).

Ein Artikel mit dem Titel 'Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research' welcher 2001 erschien, kommt zum Schluss, dass zwischen 1991 und 2001 ganze 52 Studien zum Thema sexuelle Störungen erschienen sind, im Vergleich zu 47 Studien in den Jahren 1940-1990. Es hatte sich also einiges getan, wenn auch da die Kritik besteht, dass die Studien zu wenig konsistent, die Datensätze methodisch zu wenig stringent und

die Vergleichbarkeit der Studien nahezu unmöglich sind (Simons & Carey, 2001). In einer neueren Studie, die im *The Journal Of Sexual Medicine* publiziert wurde, kritisiert Santos-Iglesias (2022), dass immer noch zu wenig qualitativ hochstehende Studien in der Sexualwissenschaft zu finden sind. Er führt dies darauf zurück, dass auf die Zusammenarbeit und Forschung von Expert*innen auf diesem Gebiet zu wenig geachtet und wenig Unterstützung stattfindet. Die Forschungsinstrumente seien teils veraltet und es findet ebenfalls zu wenig Nachwuchsförderung in den Universitäten statt. Santos-Iglesias (2022) wertschätzt aber auch die bisherige Arbeit, welche in der Sexualwissenschaft in Form von Studien erschienen ist und weist auf die Vielzahl der Variablen, die in der Sexualforschung untersucht werden und nicht direkt beobachtet werden können (unter anderem sexuelle Einstellungen, Überzeugungen, Gefühle, Erfahrungen). Die Probandensuche ist zudem aufgrund des tabuisierten Themas nicht immer einfach.

Was den Behandlungserfolg bei Vaginismus angeht, so wird weitgehend die Möglichkeit der Vollbringung einer Penetration gemessen (Binik, 2014; Çankaya & Aslantaş, 2022a; Crowley et al., 2009; Goldstein et al., 2020; Hensel et al., 2021; Muammar et al., 2015; Plus, 2021; Svedhem et al., 2013).

5.4 Datenerhebung

Die Forschungsdaten für die vorliegende Arbeit wurden durch Leitfadeninterviews und Expertinneninterviews erhoben. Die beiden Interview-Typen sind nach der SPSS-Methode aufbereitet, die hilft, dank wichtiger Leitfragen eine Reduktion einer Fülle von Fragen zu erreichen (SPSS = sammeln, prüfen, sortieren und subsumieren) (Vogt & Werner, 2014, pp. 5–39). Das Leitfadeninterview ist eine Mischung zwischen theoretischen Vorannahmen und halb-offenen Fragen, wobei die beiden Interviews, also Expertinnen und Leitinterview, aufeinander abgestimmt sind. Durch die Abstimmung der beiden Interviews und der Befragungsart ergeben sich drei Vorteile: Der offene Aspekt des Leitfadens gibt den Interviewten in den Gesprächen Raum für wichtige, eigene Darstellungen, die Struktur des Interview wird gesetzt, so dass man nicht stark vom Thema abweicht (Vogt & Werner, 2014) und die erhobenen Daten können miteinander verglichen werden.

Die beiden Interviews, Expertinnen- und Leitfadeninterview mit den betroffenen Frauen, basieren auf den Forschungsfragen und der Literaturrecherche. Vor dem Interview fand jeweils ein kurzes Vorgespräch statt (siehe Kapitel 5.7). Das Interview dauert 60 Minuten und ist in fünf Bereiche unterteilt:

- Kurzfragebogen zur Ermittlung der Sozialdaten und Einstiegsfragen (einfache Gestaltung, um den Betroffenen den Start zu erleichtern)

- 1. Frageblock rund um die Vaginismus Diagnose
- 2. Block Therapie- und Genesungsprozess
- 3. Sexuellen Zufriedenheit
- Abschluss

Um die Dauer und den Interviewfluss zu testen wurde ein Pre-Test durchgeführt (Vogt & Werner, 2014, p. 36). Die Ergebnisse aus dem Pre-Test sind nicht Bestandteil dieser Arbeit. Die Daten der Interviews, Aufnahmeort, Dauer, Sprache und Sozialdaten sind im Anhang zu finden.

Die Namen der Betroffenen sind geändert worden, bis auf Nora, die explizit den Wunsch äusserte, mit ihrem Namen in der Arbeit zu stehen. Um den Expertinnen und Betroffenen die Möglichkeit zu geben, so frei wie möglich zu sprechen, wurden die Interviews in der jeweiligen Muttersprache der Person geführt. Die Begriffe «sexuellen Zufriedenheit» und «Wirkfaktoren» wurde bewusst offengelassen, so dass freie Assoziationen und spontane Nennungen möglich waren. Die annoncierte Interviewdauer konnte bei den Expertinnen knapp eingehalten werden. Die Offenheit und kommunikationsfreudige Art der Betroffenen führte zu längeren Interviews (80-90 Minuten). Auf eine Erhöhung des Gesprächstempo oder Streichung von Interviewfragen wurde zugunsten der Qualität, der Vollständigkeit und aus Interesse bewusst verzichtet.

5.4.1 Expertinneninterview

Einschlusskriterium zur Rekrutierung der Expertinnen war, dass sie mit Vaginismus Betroffenen arbeiten und nach unterschiedlichen Behandlungsansätzen arbeiten. Die akquirierten Expertinnen verfügen über langjährige und reichhaltige Fachkompetenzen auf dem Arbeitsgebiet und sind in der Lage durch ihren Erfahrungsschatz komplexe Zusammenhänge und Phänomene zu analysieren und wiederzugeben. Beide Expertinnen wurden weiterempfohlen, Dr. Kaplan von einer Dozierenden am ISP (Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie), Frau Dideriksen von einer der Betroffenen. Während der Rekrutierungsphase kamen zwei weitere Gesprächspartnerinnen dazu, deren Interviews ebenfalls in den Ergebnissen miteinfließen und einen anderen Blickwinkel auf die Thematik geben. Die beiden Hauptinterviews mit Frau Dr. Kaplan und Frau Dideriksen wurden in ihren jeweiligen Praxen geführt, die Supervisionsstunde mit Frau Karoline Bischof fand über Zoom statt und das Gespräch mit Frau Lea Fürer wurde in den Büroräumlichkeiten von Santé24 durchgeführt. Drei der Interviews sind auf Schweizerdeutsch, das mit Frau Kaplan in Schriftdeutscher Sprache geführt worden.

5.4.2 Leitfadeninterview mit betroffenen Frauen

Die Feldphase für die Rekrutierung der betroffenen Frauen war zeitaufwändig. Vaginismus ist immer noch ein Tabu Thema, welches mit viel Scham behaftet ist (M.-A. Lahaie et al., 2010). Entsprechend besteht eine gewisse Vorsicht, sich in einem Interview zum Thema zu äussern. Eine Frau zog sich nach ihrer Zusage zurück. Um Interviewpartnerinnen zu finden, bedurfte es deshalb Geduld sowie mehr Zeit und Spitzengefühl, da der Zugang fragiler und entsprechend schwieriger war (Vogt & Werner, 2014, p. 36). Über Social Media konnte Nora nach einem ersten Treffen in Persona für das Interview gewonnen werden. Den Kontakt zu Ella (Name geändert) erfolgte über Dr. Kaplan. Einschlusskriterium für die Betroffenen war, dass sie sich selbst als genesen oder geheilt ansehen. Sie erzählten somit retrospektiv von ihren Erfahrungen und ihrer persönlichen Vaginismus Reise. Weitere Kriterien wurden nicht definiert.

Zusätzlich zu den beiden Interviews wurden zwei weitere Gespräche mit Betroffenen geführt, die Transkription des Gesprächs mit der dritten Betroffenen, Caro (Name geändert), findet man ebenfalls im Anhang und Aussagen fließen situativ mit ins Erkenntnis Kapitel ein. Das Gespräch mit der vierten Betroffenen konnte aufgrund des Einschlusskriteriums nicht berücksichtigt werden.

5.5 Transkription

Die Interviews wurden von der Autorin geführt und mit einem Audiogerät aufgenommen. Gleich danach wurden jeweils einige Notizen zum Interview allgemein und Auffälligkeiten als Postskript festgehalten (siehe Kapitel 6). In einem weiteren Schritt wurden die Audiodateien transkribiert. Die aufwändige und wertvolle lautsprachliche Transkription wurde als Transkriptionsmethode ausgewählt, um die Gespräche möglichst genau wiedergeben zu können. Sprachliche Besonderheiten und Ausdrücke, spezielle Satzbauteile aufgrund Fremdsprachen, sowie wichtige nonverbale Elemente wurden beibehalten. Die Interviews auf Schweizerdeutsch wurden beim Transkribieren ins Hochdeutsche übersetzt. Nur wenige Passagen, wo Ausdrücke wie 'ähm' keinen Wert hatten sowie einige der in den Erkenntnissen verwendeten Zitate wurden zugunsten des Leseflusses leicht geglättet (Vogt & Werner, 2014). Diese in den Erkenntnissen verwendeten Zitate sind mit einem Stern * (Beispiel: Ella, Z32*) ausgewiesen. Wurden Zitate von Ella (Name geändert) in den Erkenntnissen verwendet wurden diese vom Englischen ins Deutsche übersetzt. Alle Transkripte, wie auch die Gesprächsnotiz von Lea Fürer sind im Anhang zu finden.

5.6 Datenanalyse

Als Analyseinstrument wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewählt. Diese Methode erlaubt eine systematische, regelgeleitete Vorgehensweise bei der Erhebung der Daten. Diese Inhaltsanalyse hat zum Ziel, eine hohe Transparenz des Forschungsprozesses und die Forschungsarbeit für die Lesenden nachvollziehbar und verständlich zu machen und gibt einen klaren Leitfaden vor, der die Analyseauswertung vereinfacht (Mayring, 2015).

Das vollständige Datenmaterial von vier Interviews fließt in diese Arbeit ein, von den drei weiteren Gesprächen wurde ganz punktuell thematische Inhalte ausgewählt. Alle Inhalte sind transparent ausgewiesen. Für die inhaltliche Qualitätsanalyse, also für die Datenauswertung und Interpretation, wurde das Analyseprogramm MAXQDA eingesetzt (maxqda.de, 20.04.22). Zur Analyse wurden der Arbeitstitel und die formulierten Forschungsfragen zur Hand genommen und ergaben die folgenden Hauptkategorien:

- Vaginismus
- Vaginismus Reise (nach 2. Kodierung Durchgang entstanden)
- Behandlungsansätze bei Vaginismus
- Wirkfaktoren in der Behandlung von Vaginismus
- Genesung
- Sexuelle Zufriedenheit
- Erkenntnisse für die Sexualberatung (nach 1. Kodierung Durchgang entstanden)

Die Hauptkategorie 'Erkenntnisse für die Sexualberatung' wurde nach einem ersten Durchgang ergänzt. So entstand ein erster Kodierleitfaden-Gerüst. Für jede Hauptkategorie wurde nun ein erstes Ankerbeispiel und eine Kodierregeln definiert. Bei einer ersten Durchsicht der Interviews wurden Textstellen aus dem ersten Interview den jeweiligen Hauptkategorien zugeordnet und parallel entstanden Unterkategorien. Ein erster Entwurf der Unterkategorien sowie die neue Hauptkategorie 'Vaginismus Reise' ergaben sich deduktiv und organisch nach einer ersten Durchsicht des Datenmaterials. Der definitive Kodierleitfaden entstand darauf aufbauend und gleich umgekehrt, induktiv, durch die Festlegung der Kodierregeln und der Definition der jeweiligen Hauptkategorien. Kleinere Kodierregeln Anpassungen sowie die Ankerbeispiele konnten so gesetzt werden und fortlaufend mit besseren und genaueren Ausformulierungen ergänzt oder ausgewechselt werden, bis die definitiven Hauptkategorien und Unterkategorien standen. Dafür bedurfte es rund 30 % der systematischen Kodierarbeit, was ebenfalls dem in der Literatur vorgeschlagen Umfang entspricht (Mayring, 2015; Vogt & Werner, 2014).

Der Kodierleitfaden ist das zentrale Element der qualitativen Inhaltsanalyse und ermöglicht es erst, das dichte und anfänglich noch unstrukturierte Material in ein Categoriesystem einzuordnen, so dass daraus eine Interpretation der Daten vorgenommen werden kann (Mayring, 2015). Der Kodierleitfaden findet man im Anhang VII, Seite 109.

Im Analyse Teil wurden die Wirkfaktoren den fünf Wirkfaktoren aus der Psychologie nach Grawe nochmals unterteilt, um eventuelle Themenschwerpunkte ausfindig zu machen. Welche Ergebnisse ergeben sich, wenn die Aussagen der Expertinnen und der Betroffenen mit der Theorie verglichen werden? Die kodierten Textabschnitte wurden in die drei Kategorien negative Erfahrung, positive Erfahrung und allgemeine Wirkfaktoren eingeteilt. Wenn auch die Analyse klein gehalten ist, so konnte durch den Einsatz von MAXQDA rasch ein Vergleich gezogen werden.

5.7 Datenschutz und Forschungsethik

Gegeben durch die immer noch tabuisierte Thematik und die grosse Scham und Unsicherheiten, welche Betroffene empfinden und erleben können, ist es von noch grösserer Wichtigkeit, sich forschungsethische Überlegungen zu machen. Einerseits um die Forschungsteilnehmerinnen zu schützen und einen respektvollen und achtsamen Umgang mit den erhobenen Daten sicherzustellen. Andererseits, um ihnen mit genügend Takt zu begegnen, aber genauso die Beziehung zwischen den Interviewpartnerinnen und Forschender Person immer wieder zu reflektieren. Denn oberstes Ziel ist, dass die Teilnehmenden keinen Schaden durch die Forschung erfahren. Deshalb wurden den Teilnehmerinnen die Forschungsmethoden klar und transparent mitgeteilt. Mit der Aushändigung der Einverständniserklärung (siehe Anhang I und II, Seite 93+94) wurde vor dem Interview das Dokument besprochen und Raum für Rückfragen gegeben.

Vor den Interviews wurden mit den Teilnehmenden nochmals der genaue Arbeitstitel und der Rahmen der Arbeit besprochen, sie wurden zudem darüber informiert, dass sie jederzeit das Löschen der Daten verlangen dürfen oder sich von der Studie zurückziehen können. Die Teilnahme an der vorliegenden Forschungsarbeit ist freiwillig, unentgeltlich und hat weder wirtschaftliche noch soziale Folgen. Einzig das Interview mit Karoline Bischof fand im Rahmen einer Supervisionsstunde statt und wurde regulär entlohnt. Die Audiodaten werden nach Erlangen des Master Titels gelöscht. Die persönlichen Daten der Betroffenen wurden beim Transkribieren anonymisiert, so dass keinerlei Rückschlüsse auf die Frauen gemacht werden können. In der Arbeit werden lediglich Geschlecht, Alter, Nationalität und Beziehungsstatus festgehalten. Um den Lesefluss der Arbeit angenehmer zu gestalten, wurde allen Betroffenen Frauen ein Pseudonym zugewiesen.

6 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden nach derselben Abfolge wie das Kategorie System aufgeführt. Alle Zitate, welche aus den Interviews stammen sind mit dem jeweiligen Pseudonym oder den Namen der Expertin mit der Interviewzeilennummer versehen.

Postskript

In keinem der Gespräche wurde eine Verunsicherung bezüglich der Geschlechtsidentität der Frauen (damit ist die subjektive Zugehörigkeit zu einem Geschlecht und dessen Übereinstimmung gemeint) verspürt. Die Antworten der Betroffenen sind ausführlich und genau. Sie nehmen sich Zeit und sprechen in einem langsamen, wenn auch überaus motivierten und aufgestellten Tonfall. Im Austausch mit den Betroffenen fällt auf, dass sie selten das Wort Vaginismus aussprechen oder Fachbegriffe zum Geschlecht verwenden.

6.1 Vaginismus

6.1.1 Prävalenz

Die Prävalenz ist eng mit der Diagnostik verknüpft, denn ohne Diagnostik kann keine Prävalenz bestimmt werden. Durch die unklaren Diagnosen, wiederum gegeben durch Komorbiditäten, ist die Bestimmung von Prävalenzen herausfordernd. Die von den Expertinnen genannten Zahlen aus der klinischen Praxis widerspiegeln die Werte im Theorieteil und bestätigen ebenfalls die Vermutung, dass eine hohe Dunkelziffer bestehen könnte. Als Ella mit ihren Symptomen nicht mehr weiterwusste, suchte sie im Internet nach Antworten und erkannte ihre Symptome in einem Videobeitrag von einer Betroffenen sofort wieder. Da wusste sie endlich, dass sie nicht die einzige ist mit diesem Problem. « [...] ich bin nicht verrückt, wie all diese anderen Frauen. Das gab mir viel Mut, ihre Geschichten zu hören und zu sehen, dass man davon genesen kann.» meint Ella (Z 60). Kaplan wagt mit grosser Vorsicht, eine Annahme und schätzt die Prävalenz von Frauen im Alter von 20 bis 45 Jahren zwischen 8 bis 10 % ein und fügt an, die Dunkelziffer sei sehr schwer einzuschätzen. Sie geht davon aus, dass sich viele Frauen gar nie melden und sich jahrelang arrangieren oder erst zu einem späteren Zeitpunkt (Kinderwunsch, Partnerschaft, Schmerzen) die Beratung oder eine Praxis aufsuchen. «Also die Dunkelziffer ist sehr schwer zu schätzen. Ich staune immer wieder, dass Patientinnen, die mit einem Kinderwunsch kommen, häufig schon irgendwie seit zehn und mehr Jahren mit einem Partner zusammen sind und nichts bemängeln.» (Kaplan, Z 36, Z 58). Fürer stützt sich auf die HelloBetter Studie und schätzt eine Prävalenz von ca. 16 % (Z 8), Bischof in der Sexualberatung rund 15 % (Bischof, 2010). Alle Expertinnen schätzen die Dunkelziffer als hoch ein.

6.1.2 Komorbiditäten

Die Aussagen aller Betroffenen decken sich mit der in der Forschung beschriebenen typischen Charaktereigenschaft der Ängstlichkeit von Frauen mit Vaginismus. Auf Nachfrage nennen Nora, Ella und Caro spontan keine weiteren Komorbiditäten. Dafür berichten alle Expertinnen, dass in der klinischen Praxis Frauen mit Vaginismus meist nicht von sich aus selbst Komorbiditäten nennen und in einem ersten Moment dazu neigen, die Frage zu verneinen. Wieso dem so ist, wird nicht beantwortet. Deshalb haben sich alle Expertinnen angeeignet, mit viel Takt, aber direkt nach den jeweiligen Symptomen nachzufragen, da die Patientinnen diese nicht von selbst nennen würden. Die Expertinnen nennen Symptome wie psychische Störungen, Depressivität, körperliche Auffälligkeiten wie Blähungen, Reizdarm oder angespannte Därme als typisch. Die genannten Symptome decken sich mit den in der Literatur genannten. Kaplan und Dideriksen ergänzen die Libido Störung als typische begleitende Symptomatik: «Auf eine Sache die Angst und Schmerzen bereitet, hat man meist auch keine Lust. Das geht Hand in Hand.» (Kaplan, Z 98). Kaplan schliesst auf Nachfrage die Dyspareunie als Komorbidität aus und begründet es damit, dass ohne Penetration, per Definition, es keine Dyspareunie geben kann (Kaplan, Z 36).

6.1.3 Gründe für den Vaginismus

Es gibt keinen einfachen Grund, sondern es sind viele verschiedene Gründe, die zu Vaginismus führen (können). «Es gibt auch keinen bestimmten Auslöser und es werden wahrscheinlich ganz viele verschiedene kleine Puzzleteile gewesen sein.» (Nora, Z 199). Faktoren, die den Vaginismus begünstigen, sind Mythen über Sex, dass es das erste Mal blutet, es weh tut, es schmerzt, stark religiöse Settings oder Familien mit traditionellen Rollenbilder, in denen wenig über Sexualität gesprochen wird oder Sex als Tabu gilt. Nora, Ella und Caro berichten alle von wenig Aufklärung über Sexualität in der Familie:

Ich habe meiner Mama gesagt, ich blute und sie meinte 'ach, kein Problem, es schmerzt halt' und hat mir so Watte gegeben. Und kurz darauf gingen wir in die Ferien und ich wusste, da gibt es einen Pool. Also muss ich mich da organisieren. Meine Mama hat mich gar nicht so ganz eingeführt oder mir das genau erklärt mit dem Tampon und so habe ich mich selbst schlau gemacht (Nora, Z 18). Ich habe halt mit meinen Eltern nie über Intimitäten oder Sexualität gesprochen. [...] Ich weiss nicht. Ich glaube, sie fanden es nicht wichtig. So auch jetzt, mit meiner Mutter. Wir sprechen nicht oft über Intimität, aber sie gibt mir auch das Gefühl, dass Sex ihr nicht so wichtig ist. Und ich glaube, das ist auch das, was sie mir vermittelt und weitergegeben hat. (Nora, Z 111-117).

«Ich glaube, die Themen waren wirklich peripher über Sex, Sexualität oder die Geschlechtsorgane. Ich habe mir einfach selber Zeitschriften angeschaut.» (Caro, Z 172*). Ella wuchs in einer streng religiösen Gemeinschaft auf und berichtet «Auch mein Mann ist religiös und religiös aufgewachsen. Ich hatte meinen ersten Geschlechtsverkehr in der Hochzeitsnacht.» (Z 42). Alle drei erinnern sich an frühkindliche Traumatisierungen, die sie langfristig prägten:

Als ich acht war, wurde ich sexuell missbraucht. [...] ich denke, dass der Vaginismus und all diese Angst, die ich in Verbindung mit Sex habe und [der Gedanke], so Sachen in meine Vagina einzuführen [fand ich immer schlimm, diese Sachen haben mich geprägt] (Ella, Z 54*).

Schlechte Männerbilder prägen ebenfalls ihre Kindheit und Jugend. Caro berichtet, ein 'sehr negatives' Bild über Männer und Sexualität bekommen zu haben (Z 118) und Nora meint [die Tante sagte Sachen wie]: «[...] dieses hu* Arschloch, hat mich x-mal betrogen, dieser Schweinehund und was auch immer [...]. Da kamen Wörter und ich nehme es ihr echt nicht übel, aber wahrscheinlich hat mich das schon auch geprägt.» (Z 163). Nora und Caro waren als Jugendliche sehr vorsichtig und hatten Angst vor einem kompletten Kontrollverlust, zum Beispiel durch Alkohol, der zu einem Übergriff führen könnte. Caro erzählt: «Es geht ja auch ganz viel um das Thema Kontrolle.» (Z 140) und Nora erklärt ihre Angst: « [...] dass man mich zum Beispiel vergewaltigen könnte und ich diesen Schmerz aushalten müsste. Ich denke, rückblickend hat er [der Vaginismus] mich in meiner Jugend geschützt und gelehrt.» (Nora, Z 203).

Die Interviews geben viele Erzählungen preis, in denen es um Gefühle wie Ekel, Scham, Angst und Schmerzen sowie Werte, Normen, Mythen und Glaubenssätze geht, die sie dazu brachten, sich auch mit anderen wenig über Sexualität auszutauschen. In allen Interviews und Gesprächen kommt zum Ausdruck, dass die Betroffenen Frauen ein geringes Selbstwert hatten, stark unter den Folgen des Vaginismus litten und grosse Schamgefühle hatten: «Ich dachte mir, was ist nur falsch mit mir? Ich fühlte Scham.» (Ella, Z 26). Einerseits leiden sie, dass sie keinen 'normalen' Sex praktizieren, aber auch, wenn sie sich eine Familie wünschen, dass sie keine Kinder haben können. Dazu kommt die Angst, verlassen zu werden oder keinen Partner zu finden: « [...] wir versuchten es einfach weiter, aber nichts passierte und ich dachte mir, werde ich jemals Kinder haben? Werde ich jemals Geschlechtsverkehr mit meinem Ehemann haben?» (Ella, Z 30), «Da denkst du, bleibe ich nun mein ganzes Leben allein?» (Nora, Z 76). «Wenn ich das nicht löse, dann verlässt er mich» (Caro, Z 86).

Der Vaginismus belastet die Frauen in ihrer Sexualität und ihrem Alltag. Das Gefühl nicht normal zu sein führt, wie das Fürer ebenfalls bei ihren Klientinnen beobachtet, zu einer Selbstabwertung.

Und was hart ist und du niemals von deinen Freunden oder von (*Pause*) na ja, alle sprechen über Sex als wäre es das beste und lustigste überhaupt. Als würden es alle geniessen und es toll finden. Und dann, wenn es dir passiert, dann denkst du okay, was ist denn mit mir falsch? Ich schämte mich immer mit Freunden darüber zu sprechen, denn die würden es nie verstehen (Ella, Z 26).

Die Mythen wie 'Schmerzen beim Sex gehören halt dazu' bewegen die Frauen immer wieder dazu, Grenzüberschreitungen zu begehen und verstärken die Angst- und Schmerzgefühle. «Und ja, ich habe sie auch darüber informiert, dass ich Schmerzen beim Einführen des Spekulum habe. Aber ich dachte das sagt wahrscheinlich jede zweite, es ist total normal, dass es ein bisschen weh tut. Aber für mich hat es sich angefühlt, als würde es mich zerreißen, es zerreisst mir alles.» (Nora, Z 62) oder « [...] die Tampon-Geschichten und später, dass ich mit meinem Freund Sex hatte und es zugelassen habe, obwohl es mich zerrissen hat.» (Nora, Z 183). Dieses Phänomen, welches sich mit dem Angst-Vermeidungsmodell erklären lässt, beschreiben auch Studien und die Fachliteratur und die Verstärkung der Negativspirale und der Symptomatik bestätigen ebenfalls alle vier Expertinnen (Kaplan, Z 70, Dideriksen Z 32, Fürer, Z 45). Die Betroffenen fühlen sich defekt, fehlerhaft, minderwertig, nicht normal. In ihren Vorstellungen sind sie die einzigen auf der Welt mit diesem Problem, was ihre Angst und Scham zusätzlich nährt und sie noch mehr dazu verleitet, sich zurückzuziehen. Die gesellschaftlichen Ansichten, Vorstellungen und den Druck, den sich die Frauen teils selbst machen, hemmen sie stark (Kaplan, Z 118).

Ein Thema, das immer wieder auftaucht ist die Vorstellung der Frauen, dass der Penis des Partners riesig ist und ihre Vagina im Vergleich (zu) klein ist. «Das ist doch kein Penis. Das ist zu klein», oder sagen, «der Penis von meinem Freund ist doch grösser!» und beim Versuch der Penetration « [...] da war diese Wand, diese unsichtbare Wand und ich hatte genau das!» (Ella, Z 52) oder «Es ist einfach das Gefühl von hey, bei mir ist es geschlossen.» (Nora, Z 21). Alle drei waren überzeugt «es hat kein Loch» und wenn «ein Loch da ist» und «es geht etwas rein», dann ist es «sehr, sehr schmerzhaft». sowohl die drei Betroffenen wie die Expertinnen bestätigen dies. In diesem Zusammenhang ist auch das Ekel-Gefühl anzufügen. Alle drei betroffenen Frauen berichten, dass sie Angst und Ekel vor ihrem eigenen aber teils auch dem Geschlecht des Partners haben. Ella erzählt vom Polterabend ihrer älteren Schwester:

Ich war glaube ich 19 oder so. Ich erinnere mich, dass die [Freundinnen] ihr diese Sextoys gaben, die man in die Vagina macht und ich dachte nur WAS IST DAS? Und es löste so viel Angst in mir aus. Bereits der Gedanke daran, da etwas reinzumachen und ich dachte nur: wieso? Mir wurde nur von den Gedanken schon schlecht (Z 18).

Nora kennt dieses Ekel Gefühl ebenfalls gut: « [...] als ich zum Ersten Mal einer Person einfach erzählt habe, dass ich mich vor einem Penis und auch vor mir selbst total ekle, vor meiner Vulva, dass ich alles ekelig finde, einfach äh!» (Nora, Z 20). Dies beobachten auch die Expertinnen: «Sie empfinden Ekel, [...] es ist eine Riesenangst dahinter» (Kaplan, Z 148).

6.2 Vaginismus Reise

Die Vaginismus Reise steht für den Prozess und alle Stadien, welche die Frauen im Laufe der Zeit mit dem Vaginismus erleben. Denn die Störung hat Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche. Die Reise wird in folgende Zeitabschnitte unterteilt: erste Anzeichen, vor der Diagnose, Diagnose und Anamnese, Motivation für eine Therapie, Behandlungsansätze und Genesung. Bis zur Vaginismus Diagnose vergehen einige Jahre und die Betroffenen betreiben teils Ärzte-Hopping bis sie zur Expertin gelangen, die sie abholen und ihnen helfen können. Bis dahin machen sie Abklärungen, gehen neuen Spuren und Hinweisen nach. Die Motivation ist zentral, um die Behandlung erfolgreich abzuschliessen: «Aber Motivation ist da, die sind motiviert!» (Bischof, Z 151), «Die sind so motiviert zu arbeiten.» (Kaplan, Z 28). Gleichzeitig ist die Behandlung eine Herausforderung, weil es ein langer Prozess ist und es manchmal Rückschläge gibt (Fürer, Z 26). «Also der Wille muss da sein und das ist eine der Herausforderungen.» fasst es Dideriksen zusammen (Z 31). Im Online-Programm wurde extra dafür nach dem vierten Block ein Motivationsgespräch integriert, um die Teilnehmerinnen zu motivieren und sie im Programm zu behalten (Fürer, Z 90).

6.2.1 Vaginismus Diagnose

Anamnese und Differentialdiagnose durch Expertinnen

Bei Vaginismus kommt die Erstdiagnose oftmals von den Betroffenen selbst, dies bestätigen alle Studienteilnehmerinnen. Für die offizielle medizinische Diagnosebestätigung ist eine gynäkologische Fachperson meist die erste Anlaufstelle. Im Gegensatz zu Fachrichtungen, welche im therapeutischen Bereich sind, dürfen Gynäkolog*innen und Fachärzt*inne medizinische Untersuchungen durchführen und können so andere Störungen

oder Krankheiten ausschliessen. Alle Gesprächsteilnehmerinnen sind sich einig, dass diese Vorgehensweise sinnvoll ist, vorausgesetzt die Gynäkolog*innen kennen die Funktionsstörung Vaginismus und können den Frauen mit viel Takt begegnen. Denn der Grossteil der Betroffenen hat Angst und vermeidet Konsultationen. Während der Beratung schätzen die Therapeutinnen Kaplan und Dideriksen die Vaginismus Stärke ein: « [...] sie hat also so einen starken Vaginismus. Sie hat mir da geschrien, als ob ich sie da geschnitten hätte. Also da darf der Penis auch aus Stahl sein, das geht nicht!» (Kaplan, Z 188). Kaplan bereitet Patientinnen grundsätzlich auf den Stuhl vor, wobei sie Frauen mit Vaginismus als besonders gestresst und nervös erlebt. Dideriksen bestätigt diese Aussage und macht beim Erstgespräch mit Betroffenen weder Untersuchungen noch berührt sie die Patientinnen. Wird im Erstgespräch klar, dass der Faktor Angst phobische, traumatische Grössen annimmt, so empfehlen Dideriksen und Bischof die Patientinnen an psychotherapeutisches oder Psychiatrie Fachpersonal zu überweisen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Behandlung aufgrund der immer gleichen Ängste stagniert, mitunter dann wichtige Erfolgserlebnisse ausblieben und die Motivation verloren geht.

Was den Grad und die Symptome des Vaginismus anbelangt, so zeigen die Interviews, wie jede Klientin individuell ist: «Das Erstaunliche bei mir war ja, dass die gynäkologische Unterstützung immer funktioniert hat. Also mit individuellem Spekulum und dem Ultraschall Stab, die eigentlich gross sind, es hat immer funktioniert. Ich hatte es irgendwie niemals mit einer negativen Verbindung verknüpft.» (Caro, Z 32). Bischof und Kaplan haben vor allem primär phobische Patientinnen mit Vaginismus. Dideriksen begegnet zwei Arten von Vaginismus Betroffenen in der Praxis und dass sie in erster Linie sekundäre, organische, Vaginismus Patientinnen in ihrer Praxis hat: «Die finde ich eigentlich viel einfacher als die Primären.» Die Schmerzen sind meist Menopause bedingt und die Frauen leiden an einer Östrogenatrophie. Da geht es ums Eincremen (Dideriksen, Z 74). Primär Frauen mit Vaginismus des Typs I, also den phobischen Vaginismus, sind jünger und diejenigen die zu ihr kommen, sind meist die schwerwiegenderen Fälle, bei denen ein starker Vaginismus vorliegt und den Beckenbodenreflex stark ist. Dideriksen beobachtet in ihrer Praxis, dass ein härterer Schweregrad eine längere Behandlungsdauer voraussagt (Dideriksen, Z 84).

Falschdiagnosen

Alle Expertinnen haben bereits von Patientinnen unschöne Erzählungen gehört. Kaplan erzählt:

Da kommen so merkwürdige Sachen wie (*überlegt*) Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. [...] immer wieder staune ich. [...] Wir sind eine Berufsgruppe. Trotzdem gibt es

viele die mit dem Thema sehr starke Berührungsängste haben oder sogar, ich getraue mich das fast nicht auszusprechen, Vaginismus nicht kennen (Kaplan, Z 30-34).

Dideriksen beobachtet ebenfalls diese Wissenslücke und Überforderung: «Es gibt viele Gynäkologen, die sich nicht mit Vaginismus auseinandergesetzt haben.» (Z 210). Sie vermutet, dass es daran liegen könnte, dass Ärzte zu wenig Zeit haben, um sich auf die Patientinnen einzulassen und sie gerne überweisen: «Wenn es um die Schmerzen geht, dann wird das rasch abgehandelt. Ah, hast du Schmerzen in der Vagina? Wo denn? [...] Sie schicken die Frauen zum Beispiel zu mir oder Dr. (Cornelia) Betschart die am USZ Vulva Sprechstunde hat.» (Z 210). Die Betroffenen haben etliche Sprüche gehört und geben trotzdem nicht auf, wechseln die Ärzte und Therapeuten, bis sie die richtige Diagnose bekommen. Dieser Prozess ist anstrengend, langwierig, kostspielig und prägt die Frauen und deren Selbstbild. Rückblickend stehen alle drei über der Situation und können ihre Wut und Enttäuschung formulieren. Es kam auch vor, dass Ärzte sichtlich 'registriert' haben, dass etwas nicht funktioniert oder Schwierigkeiten bestehen. Sie sprechen die Frauen jedoch nicht darauf an oder machen verletzend Aussagen gegenüber ihren Patientinnen: «Sie erwarten ein bisschen viel vom Sex» oder «trinken sie nächstes Mal ein Gläschen Wein, das entspannt.» (Nora, Z 271). Fürer meint:

Ich würde sagen, von diesen 30 Anmeldungen haben sich zwei bei dem Gynäkologen wohlgefühlt. Alle anderen haben erst nach mehrmaligem Wechsel jemanden gefunden, der sie abholt. [...] Viele gehen dann in die Vermeidung und sagen sie gehen, nur, wenn es wirklich sein muss, oder fragen sich muss mich vorher zudröhnen? (Fürer, Z 106).

Vaginismus Diagnose durch Betroffene

Die Vaginismus Reise beginnt bei Nora in der Pubertät. Nora erzählt, dass sie etwa 13 Jahre alt war und den Tampon nicht einführen konnte: «Ich habe gemerkt, etwas stimmt nicht. Das waren erste Anzeichen.» (Nora, Z 18). Bei Ella und Caro ist es, als sie ihr erstes Mal erleben. Es klappt nicht, und auch bei weiteren Versuchen ist die Penetration nicht möglich. Fürer bestätigt, dass im Online-Programm als Erstanzeichen «Tampon Einführen war nie richtig möglich» sehr oft durch Teilnehmerinnen genannt wird. Im Laufe der Erzählungen wird klar, dass es für die Betroffenen sehr wichtig war, die Diagnose zu bekommen: « [...] und jedes Mal, bei jeder neuen Frauenärztin, da haben die ein Wort oder Namen fallenlassen und es ergab dann irgendwie wie ein Puzzle.» (Nora, Z 68). Der Therapeut von Caro meinte: «Wir werden vielleicht niemals die Ursache herausfinden, aber wir werden es auf jeden Fall lösen. Also, einfach das war schon mal sehr hoffnungsvoll. Und endlich einen

Namen für dieses Thema oder Problem zu haben. Und dann sind dabei eben nochmal sechs Jahre vergangen.» (Caro, Z 32).

6.2.2 Motivation für eine Therapie

In der Forschung decken sich die drei genannten Hauptmotive für eine Therapie mit den Interviews: die Penetration, mit dem Wunsch, Kinder zu zeugen. Das Paar hat meist klare Vorstellungen, ob das auf natürlichem Weg oder durch künstliche Befruchtung ebenfalls sein darf. Die beiden anderen Motive sind der Beziehungserhalt sowie die Schmerzüberwindung. Dideriksen und Caro weisen darauf hin, dass hinter einem anfänglichen Wunsch sich oftmals ein anderes Bedürfnis versteckt: «Ich denke es ist wichtig, sich zu fragen, warum möchtest du es lösen? Für mich war es sicher auch meine Beziehung. Weil, ich glaube nicht, dass es für mich [...] also, etwas, dass man nicht kennt, kann man nicht vermissen.» (Caro, Z 86). Dideriksen erlebt das ebenfalls so, dass die Penetration ein grosser Wunsch der Patientinnen ist und beobachtet, dass die Betroffenen oftmals zu weinen beginnen, wenn sie ihre Ängste, die Beziehung zu verlieren ansprechen (Dideriksen, Z 86). Bei Nora war es der Wunsch nach einer Partnerschaft, der sie in die Beratung gehen liess: "Weil ich gedacht habe, wenn ich jetzt einen Mann kennenlerne und ich verspüre bereits Schmerzen beim o.b., dann werde ich nie fähig sein, eine Beziehung zu führen! [...] wenn ich nicht mal ein Mini-Tampon einführen kann, wie soll ich denn da JEMALS ein Penis einführen?" (Nora, Z 76- 78).

Kaplan und Dideriksen erkennen zwei Gruppen von Frauen mit Vaginismus in ihren Praxen. Diejenigen mit dem Kinderwunsch, sind gut informiert und hoch motiviert (Z 28). Die zweite Gruppe beschreibt Kaplan als die jüngeren Frauen. Diese kommen meistens, weil sie die Penetration lernen möchten und es bis anhin mit dem Geschlechtsverkehr in der Partnerschaft nicht funktioniert oder Angst vor einer Trennung haben (Kaplan, Z 26-28; Dideriksen, Z 32). Die Betroffenen formulieren sehr selten, sie hätten Dyspareunie oder Vaginismus. Viel eher erzählen sie, dass sie Schmerzen haben, keinen Tampon einführen können oder bei der gynäkologischen Kontrolle das Spekulum nicht eingeführt werden konnte (Z 38).

In den Studien werden die Ziele, die Schmerzen hinter sich lassen und ein Stück Alltag und Autonomie zurückzugewinnen selten erwähnt. In den Interviews wird das Ausmass der Störung im Alltag besser verständlich: «Mich in meinem Körper wohler fühlen, mich von den Schmerzen nicht mehr beherrschen lassen, nein sagen können.» (Füer, Z 50). Der Verzicht ist einerseits anstrengend: Baden während der Menstruation, Angst vor sexuell über-

tragbaren Krankheiten und trotz hypochondrischen Gedanken auf gynäkologische Untersuchungen verzichten müssen, das Vermeiden von Beziehungen, Verzicht auf Sexualität sind einige solche alltäglichen Sachen. Andererseits sind die emotionalen, zeitlichen und finanziellen Aufwände für die Therapien und die Übungen zu Hause, um das Gesicht vor anderen zu wahren, die «Wand» aufrecht erhalten gross. «Der Vaginismus kostet viel Kraft und diese Schmerzen und die Angst sind echte Spassverderber.», brachte es eine Betroffene im persönlichen Gespräch auf den Punkt.

6.2.3 Dauer der Vaginismus Reise

Zwischen den ersten Anzeichen, der Diagnose und dem erfolgreichen Abschluss der Behandlung können Jahre vergehen. «Die meisten Frauen, wenn sie sich anmelden, haben bereits eine Diagnose. Oder sie sind lange bereits davon betroffen und bereits bei der dritten Gynäkologin, welche ihnen erklärt, dass da ein medizinischer Umstand dahinter liegt.» meint Fürer (Z 101-102). Diese Aussage, wie auch die Erfahrung der Fachexpertinnen und die Geschichten der Betroffenen zeigen, dass die Wege sehr unterschiedlich verlaufen und verschieden lange dauern. Die Vaginismus Reise ist von vielen Faktoren und Menschen abhängig und die Behandlung ein Prozess, der vielmehr ein Marathon als ein Sprint bezeichnet werden kann. Die Behandlung verläuft meist nicht linear: «Weil da gab es einen Moment während den Terminen bei Doktor Kaplan, da kam ich wieder nicht weiter. Man muss wissen, es gibt immer wieder all diese Hochs und Tiefs.» (Ella, Z 91). Von der Diagnose zum erfolgreichen Behandlungsabschluss dauerte es bei Nora rund vier Jahre, bei Ella waren es ganz genau zwei Jahre und vier Monate und bei Caro sechs Jahre. Spezifische Studien zur Dauer von Vaginismus sind der Autorin bisher keine bekannt.

Tabelle 3

Übersicht Betroffene Vaginismus Reise von der Diagnose zur Genesung

Klientin	Jahrgang	Alter	Erste Anzeichen	Erste Anzeichen Jahr	Diagnose Jahr	Ende Behandlung	Dauer Diagnose-Behandlungsende
Nora	1987	35	Tampon	2001	2018	2022	4
Ella	1992	29	Erstes Mal	2018	2018	2020	2
Caro	1985	37	Tampon/ Erstes Mal	2008	2008	2014	6

Anmerkung. Ergebnisse aus den Interviews

6.3 Genannte Behandlungsansätze bei Vaginismus

«Also die Bandbreite an Behandlungsangeboten ist sehr gross und ich bin halt oft sehr skeptisch.» (Caro, Z 132). Zurecht ist Caro skeptisch. Ein Blick in das World Wide Web bestätigt, dass allerlei (Falsch-)Informationen im Web zu finden sind. Wie im vorherigen Kapitel gesehen, verlaufen die Wege nicht linear, alle drei Betroffene haben unterschiedliche Therapien, Behandlungen oder Tricks ausprobiert, bis sie zum passenden Behandlungsmix kamen. Nachfolgend werden die genannten Behandlungsansätze sowie therapeutischen Inhalte, welche von den Betroffenen und Expertinnen in den Interviews erwähnt wurden, aufgeführt.

6.3.1 Sexualtherapie und Paartherapie

Kaplan trennt ihre beiden Rollen örtlich sowie fachlich und ist einerseits als Sexualberaterin am USZ in der Sexualmedizin Sprechstunde, sowie in ihrer eigenen Praxis als Gynäkologin tätig. Sie bevorzugt den Ausdruck der Sexualberatung. Sie wie auch Bischof praktizieren beide nach dem Modell Sexocorporel. Kaplan betont: «Ich bin keine [Psycho-]Therapeutin». Ihre erste Weiterbildung in diesem Fach war eine systemische Ausbildung in der Sexualmedizin: «Das war mir zu psychologisierend, zu wenig Hands On.» (Kaplan, Z 218). Aus dem Modell Sexocorporel nimmt sie auch viel für sich, privat und für ihren Alltag, mit. Die körpertherapeutischen Übungen erachtet sie als wichtig und in der Arbeit mit Vaginismus Betroffenen sind sie unverzichtbar, da beides, Kopf und Körper, im Heilungsprozess angesprochen werden muss. Bischof wie Kaplan arbeiten beide entpathologisierend:

Ich sage immer 'also sie sind ganz gesund, die Muskeln funktionieren so super, sie sind top gesund und sie können sie so gut zusammenziehen. Sie werden diese Fähigkeit später oft und gut einsetzen können. Jetzt können sie noch nicht so entspannen'. Ich nehme das krankhafte weg und sage nicht oh ja, das ist schlimm (Kaplan, Z 148).

Nora und Caro waren beide in einer Sexualberatung. Für Nora war diese Erfahrung positiv, da sie den Vaginismus das erste Mal nicht erklären musste. Die Sexualtherapeutin von Nora ist ebenfalls Trauma Therapeutin und so floss, gemäss den Erklärungen von Nora, viel Körperarbeit mit ein.

Die Beratungseinheiten dauern bei Kaplan und Dideriksen rund 30 Minuten. Anfangs finden die Treffen wöchentlich statt, danach werden die Abstände vergrössert. Übungen zu Hause sind Bestandteil der Behandlung und sollten bestenfalls vier bis fünf Mal in der Woche,

während mindestens fünf Minuten, praktiziert werden (Kaplan, Z 85). Typisch beim Vaginismus sind die Hochs und Tiefs, welche die Betroffenen erleben. Es ist zentral die Motivation der Klientinnen aufrecht zu erhalten, denn Verbesserungen können nach langen Durststrecken plötzlich wieder auftreten: «Dann geht es irgendwann, plötzlich! Das kann nach zwei Monaten gehen, es kann nach acht Monaten sein. Irgendwie kommen wir so in einen Flow.» (Kaplan, Z 148). In den Therapiesettings von Bischof, Kaplan und Dideriksen werden die Partner in die Übungen integriert, jedoch erst wenn die Frauen im Dilatortraining fortgeschritten sind. Dideriksen meint: «Sie soll sich zuerst kennenlernen und wissen, was ihr gefällt. Erst dann kommt der Partner dazu.» (Z 182- 184). In starken Partnerschaften kann der Partner im Therapieprozess ein grosser Motivator sein, wie im Falle von Ella: «Ich erinnere mich, dass mein Mann auch dabei war. Ich glaube, er war derjenige, der mir zuerst geholfen hat, ihn [den Dilator] einzusetzen, weil ich es nicht konnte.» (Z 85).

Erwähnte therapeutische Inhalte: Hier werden das Modell von Sexocorporel, Elemente aus der Sensate Focus Therapie, Imaginationsreise oder EMDR [Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung] unter anderem genannt und aus den Erzählungen erkannt. Bei Noras Therapie flossen vermutlich ebenfalls Somatic Experiencing, psychodynamische und kognitive Verhaltenstherapeutische Inhalte mit ein.

6.3.2 Kognitive Verhaltenstherapie: Gruppentherapie

Die Gruppentherapie finden online oder in persona statt, sind kostengünstig und können neben den regulären Therapien eine gute Ergänzung bieten, um in einem geschützten Rahmen persönliche Erfahrungen unter Betroffenen auszutauschen.

Nora weiss von Gruppentreffen. Besucht, hat sie jedoch noch keine, da sie es sich zurzeit nicht vorstellen kann (Z 185). Ella, Caro und Bischof teilen ihre positiven Gedanken zur Gruppentherapie. Ella besuchte einen mehrtägigen Retreat für Frauen, die sexuelle Übergriffe erlebt haben. Das Verbalisieren des Erlebten und das Gefühl zu haben, mit ihrer Erfahrung nicht allein zu sein motivierte sie, sich professionelle Hilfe zu holen: «Ich traf diese Frauen und alle erzählten einander ihre Geschichte. Das war sehr heilsam. Ich dachte mir, okay, ich muss einen Arzt oder jemanden finden mit dem ich über den Vaginismus sprechen kann und der mir hilft.» (Ella, Z 85).

Ich denke, es müsste vielleicht eine Mischung sein zwischen Gruppen- und Einzeltherapie. [...] Ich denke auch, dass die Zurückhaltung gross ist, aber ich könnte mir vorstellen, dass es diesen Frauen guttut, die Erfahrung zu machen, dass sie nicht die Einzigen sind

und sie sich austauschen können. Sich in dem Sinne zu "entpathologisieren". Zu sehen, das sind normale Frauen, die dasselbe Problem haben, Frauen wie du und ich (Bischof, Z 183).

Caro berichtet aus ihrer Erfahrung: Dieser Austausch hilft sehr, sich erstens nicht abnormal zu fühlen und aber auch wieder Motivation zu bekommen. Man bekommt Tipps und Empfehlungen von den anderen und nimmt sich das mit, was für einen machbar ist. Und viele Betroffene gehen noch aus einem Gruppentreffen raus und sagen okay, jetzt habe ich die Motivation, was zu machen. Ich fühle mich inspiriert und möchte es gerne ausprobieren. Und es gibt andere, die machen jetzt Tage, Wochen, Monate lang nichts und es ist auch ok (Z 114).

6.3.3 Beckenbodenphysiotherapie

Wenig Menschen wissen, dass der Beruf Beckenbodenphysiotherapie existiert. Da Vaginismus eine Störung des Beckenboden ist macht es Sinn, dass sie für Vaginismus Betroffene, eine mögliche Therapieform darstellt. Die Arbeit mit unerfahrenen Beckenboden Spezialist*innen kann jedoch Retraumatisierungen hervorrufen, wenn die behandelnde Person zum Beispiel beim Untersuchen mit der Hand oder einem Ultraschall Stab versucht in die Vagina einzudringen, um den Beckenboden abzutasten.

Dideriksen hat in ihrer Praxis viele sekundär Vaginismus Betroffene. Diese Patientinnen sind meist in der Menopause und leiden durch den abfallenden Östrogenspiegel an vaginaler Atrophie. Bei dieser Patientinnen Gruppe geht es in erster Linie um Beckenboden Übungen sowie um intensives Eincremen des Geschlechts (Z 76).

Auf drei Sachen achtet sie bei der Arbeit mit Vaginismus Betroffenen ganz besonders. Sie bespricht eingangs die Therapiestunde mit den Patientinnen, fordert sie auf, jederzeit Stopp zu sagen und nimmt in der ersten Stunde keine Untersuchungen vor: «Der Vertrauensaufbau in den ersten Stunden ist sehr wichtig.» (Dideriksen, Z 98). Sie beobachtet die Körpersprache der Patientinnen, wie zum Beispiel auffällige nervöse Zeichen mit den Fingern oder Füßen. Ein Ziel, das früh initiiert wird, ist die Wahrnehmung und das Kennenlernen des Beckenbodens und Steißbeins, Sitzbeinhöckers und Perineum. Geübt werden alle möglichen Varianten den Beckenboden anzuspannen und wieder loszulassen und in diversen Positionen, sitzend, stehend, liegend, mit aufgestellten oder gestreckten Beinen. Ebenfalls erinnert Dideriksen die Frauen immer wieder daran, dass ihr Geschlecht ein Körperteil wie jedes andere auch ist (Dideriksen, Z 114).

Als Desensibilisierungsübung nennt Dideriksen das eigene Berühren der Vulva mit der Unterhose, falls die direkte Berührung noch nicht geht. Das Eincremen später, soll mit der eigenen Hand und so oft wie möglich praktiziert werden. Einige Male erwähnt Dideriksen wie wichtig der Wille und die Motivation der Patientin ist. Partner werden selten eingeladen, aber können beim Dilatorentaining, wenn von der Frau gewünscht, mit einbezogen werden. Die Stärkung der Autonomie der Frau ist Dideriksen wichtig. Wichtig sind ihr auch sexoedukative Inhalte wie das Erlernen eines Vokabulars für die Geschlechtsteile: «Ich erkläre ihr auch mal was Vaginismus überhaupt heisst und was Dyspareunie ist. [...] Das sind ja per se nicht die einfachsten Wörter und darum reden sie auch nicht darüber. Sie sagen einfach 'es tut mir weh'.» (Dideriksen, Z 42).

Auch in der Beckenbodenphysiotherapie gibt es körpertherapeutischen Übungen für zu Hause zum Üben. Dideriksen empfiehlt ihren Patientinnen mindestens einmal pro Tag, wenn es geht, fünf Minuten zu üben sowie sich einmal pro Woche eine halbe Stunde Zeit zu nehmen. Dieser Prozess kann dauern und beim Start des Dilatorentaining finden alle Wochen kurze Treffen statt. In dieser Phase ist es «extrem wichtig» dranzubleiben. Danach werden die Abstände der Treffen grösser (Dideriksen, Z 141, 142). Zur Hilfe steht auch ein Dilatorenplan, den sie gemeinsam besprechen und der den Frauen hilft, auf Kurs zu bleiben.

Erwähnte therapeutische Inhalte: Dideriksen nennt als typische Übungen aus ihrer Beckenbodenphysiotherapie Praxis Desensibilisierungsübungen, Atem- und Entspannungsübungen, Dilatorentaining, Spiegel und Zeichnungsübung sowie sexoedukative Inhalte und Körpertherapie.

6.3.4 Medizinisch chirurgische Behandlung

Medizinische Eingriffe

Von den drei Betroffenen hat keine Erfahrungen mit medizinischen Eingriffen und diese werden in der Fachliteratur grundsätzlich, wie das auch die Expertinnen mitteilen, nur in sehr spezifischen und seltenen Fällen, zum Beispiel im Falle einer Hymenektomie empfohlen. «Alles wird operiert und dann kommen sie hierher, mit Schmerzen beim Sex. Also ich finde es richtig, richtig doof. Ich sage aber immer, jede Vulva ist anders. Wie wir auch, wir sehen alle anders aus und das ist gut so. Alle sind schön.» (Dideriksen, Z 196). «Ich höre auch immer wieder von Kliniken die Vaginismus Betroffene behandeln, halte ich persönlich auch nicht viel davon.» (Fürer, Z 128). «Medizinische Eingriffe finde ich ganz schlimm!» (Bischof, Gesprächsnotiz Z 179).

Botuliumtoxin

Bis auf Ella, welche externe Hilfen ablehnt und «es selbst und bei vollem Bewusstsein schaffen» wollte (Ella, Z 147), sehen die Betroffenen und Expertinnen unterschiedliche Chancen oder Möglichkeiten für einen Botox Einsatz. Nora und Caro, zum Beispiel, um einen Wiedereinstieg beim Dilatortraining zu vereinfachen (Nora, Z 181).

Für mich ist es mit meiner Vaginismus Reise schwer vorstellbar, dass halt durch einen solchen Eingriff, wirklich alles gelöst ist. Ob es nicht eine [reine] Symptombehandlung ist und keine Ursachenbehandlung? Ich löse sozusagen die Verkrampfung aus dem Beckenboden heraus. Und trotzdem, genau das habe ich von einer Betroffenen gehört und bei ihr hat es gut funktioniert (Caro, Z 128*).

Bedenken formulieren Expertinnen und Betroffene in Bezug auf die Nachhaltigkeit der Therapie: « [...] es ist eine symptomatische Behandlung. [...] wenn das ganze vegetative im Kopf abläuft, dann bringt Botox auch nichts.» (Dideriksen, Z 190). Bischof bringt einen anderen Aspekt ins Gespräch: «Botox ist anscheinend wirkungsvoll und die haben ganz gute Zahlen. Aber da hast du auch wieder das Problem, dass die phobischen Frauen einfach nicht hingehen wollen.» (Bischof, Z 177).

Im persönlichen Gespräch berichtet eine Vaginismus Betroffene, von ihrer Botox Erfahrung. Rückblickend empfiehlt sie eine Botox Behandlung nur in Kombination mit anderen gängigen Therapieformen. Sie erklärt, dass nach dem Eingriff, ein Dilator eingeführt wird und dieser Anblick beim Aufwachen aus der Vollnarkose, ohne psychologische Begleitung eine Retraumatisierung auslösen kann. Sie selbst konnte nach dem Eingriff im Juni 2021 den vierten Dilator [vorletzte Grösse im Dilator Set] sofort einführen und es kaum glauben, dass es funktioniert. Seither ist sie im Dilatortraining stagniert und macht wenig Fortschritte da sie, gemäss ihrer Aussage, die Übungen nicht konsistent macht (Persönliche Kommunikation, 15.08.22).

6.3.5 Weitere: Online-Programme und Coach

Weitere Therapieformen, welche in den Interviews erwähnt, jedoch im Theorieteil (siehe Kapitel 4) nicht besprochen wurden, werden an dieser Stelle kurz erläutert und erklärt.

Im persönlichen Gespräch erzählt Furer über ihre Erfahrungen als Coach in einem Online-Programm. Sie begleitet Teilnehmerinnen durch das Programm. Die Coaches sind Perso-

nen zugewiesen, was für Vaginismus Betroffenen wichtig ist und oft im ersten Beratungsgespräch gewünscht wird (Fürer, Z 71). Die Erfolgsquoten des Programms sind hoch: «Es ist ein Prozess und wenn es mit der Person stimmt und genug Empathie im Raum steht, dann hat es genauso viel Chancen wie eine andere Psychotherapie.» (Z 85). Das Programm von Santé 24 dauert 9 Lektionen à 60-90 Minuten, empfohlen wird das Absolvieren einer Lektion alle 2-3 Wochen. Maximal ein Jahr bleibt das Programm den Teilnehmerinnen zugänglich. Als Stärken des Programms zählt Fürer die Anonymität und Niederschwelligkeit des Programms auf. Das Tempo des Absolvierens des Programms sowie die Intensität der Betreuung oder Interaktion mit den Coaches können die Teilnehmerinnen selbst wählen (Z 185). Santé 24 ist eine medizinische Beratung von der SWICA Holding und eine der grössten Kranken- und Unfallsversicherung der Schweiz. Es stehen viele finanzielle Ressourcen zur Verfügung, was die professionelle Betreuung durch Psycholog*innen ermöglicht und eine grosse Stärke dieses Programms darstellt. Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, wie neutral und verlässlich die publizierten Daten sind und ob die Studie finanziell unabhängig ist (Plus, 2021).

Das Online-Programm-Prinzip hat Ähnlichkeiten mit der Betreuung durch einen Life Coach. Nora erwähnt eine Coach namens Laura Seiler [lauraseiler.com, 15.05.22], welche sie sehr motiviert und inspiriert hat (Z 187). Ella hat die Arbeit mit einem Selbsthilfebuch sehr geholfen: «[Das Buch] sagte ganz klar, dass es gut gehen wird.» Die grösste Motivation war für sie, dass die ganze Arbeit auf natürlichem Weg und mit dem eigenen Körper machbar ist (Ella, Z 60).

Erwähnte therapeutische Inhalte: Psychoedukative Ansätze, Entspannungsübungen (BB, PMR, Muskelentspannung), Einführungsübungen mit Finger oder / und Dilatoren, Partnerübungen aus dem Sensate Focus Programm, Ressourcenstärkung mit Kraftgeberübungen, stereotypische Rollenbilder, unterstützend wirken Listen mit Ideen, welche ausgewählt werden können und Erzählungen von Betroffenen wie sie durch den Behandlungsprozess navigierten. Empfohlen werden jeden Tag 5-10 Minuten Übung, einmal in der Woche 60-90 Minuten.

Zusammenfassung der Behandlungsansätze

Die Expertinnen und Betroffenen nennen eine Vielzahl von Therapieinhalten und Übungsbeispiele im Laufe der Interviews. Aus den Antworten können jedoch keine eindeutigen Behandlungsansätze abgeleitet werden. In keinen Interviews wurde, zum Beispiel, die kognitive Verhaltenstherapie erwähnt.

6.4 Wirkfaktoren in der Behandlung von Vaginismus

Nora und Ella verwenden in zwei Fälle eine auffallend starke und identische Wortwahl in Bezug auf die **therapeutische Beziehung** zu ihren Therapeutinnen. Beide benutzen im Interview exakt dieselbe Wortwahl: «sie ist ein Engel.» (Nora, Z 161; Ella, Z 87) und drücken ein vollständiges, «100-prozentiges» Vertrauen in ihre Therapeutinnen aus (Nora, Z 177; Ella Z 89). Nora:

Da habe ich verstanden, chills. Du machst diese Beckenbodenphysiotherapie und dann bist du genesen. Sie hat mir das so krass vermittelt. [...], dass ich zu 100 % willkommen bei ihr bin und sie sich 100 % sicher ist, dass sie mir helfen kann. [...], dass ich bei ihr einfach gut aufgehoben bin. (Nora, Z 177).

Ella beschreibt es ebenfalls mit dem Ausdruck 100 Prozent: « [...] ihre positive Einstellung, ihr Glaube und Hoffnung in mich. Sie wusste zu 100 %, dass ich es kann!» (Z 89). Beide drücken mit dem Symbolbild des Engels, der Bote zwischen Gott und dem Menschen, ihre überaus grosse Dankbarkeit aus und andererseits mit dem «100 %», ein vollständiges Vertrauen in ihre jeweilige Therapeutin. Diese Aussagen widerspiegeln die starke Therapieallianz zwischen den beiden Patientinnen und ihren Therapeutinnen.

In weniger erfolgreichen Behandlungen fehlen die starke Therapieallianz und therapeutische Beziehung komplett. Alle drei Betroffenen beschreiben unprofessionelle und enttäuschende Begegnungen, wie sie sich nicht aufgehoben fühlen aufgrund verunsichernder und verletzender Aussagen und berichten von Falschdiagnosen. Aus diesen Erzählungen könnte folgende These formuliert werden: Herrscht kein Vertrauen, kann keine therapeutische Beziehung entstehen, die Allianz ist inexistent, es fehlt an Motivation, der Arbeitsprozess kann nicht in Gang gesetzt werden und entsprechend kann keine **Problembewältigung** stattfinden.

Nennungen in der Kategorie der **Problemaktualisierung** reflektieren die Arbeit, welche die Frauen in Bezug auf ihre Selbstsicherheit und Einstellung wie Werte und Normen oder Glaubenssätze, gemacht haben. Die Aussagen reflektieren den Weg, den die Frauen gemacht haben und wie ihre Gedanken sich mit der Zeit verändern. Bei Nora fallen Aussagen wie: «jetzt muss es raus!», «ich bin normal» «Mein Geschlecht ist ein Teil von mir.», «ich brauche Hilfe». Bei Ella sind die Aussagen ähnlich: «Ich muss mich nicht schämen! Es ist ein Teil von mir und ich schaff das!». Caro macht weniger solche Aussagen, aber alle drei

zeigen ein besseres Selbstvertrauen und widerspiegeln einen Prozess, der in Gang gekommen ist. Die drei berichten von einem starken Drang, über den Vaginismus zu sprechen und raus aus der Anonymität zu treten. Nora und Caro zeigen sich mit ihrem Namen auf Social Media, wo sie von ihrem Leben mit dem Vaginismus berichten. Ella ist stolz über ihren Weg, will für andere Frauen ein Vorbild sein und spricht offen über Vaginismus.

Das Vertrauen, dass die Therapeutinnen ihren Klientinnen schenken, wirkt motivierend und unterstützt die Selbstwirksamkeiten der Frauen. Mit dem Gewinn an Selbstsicherheit wächst ebenfalls das Vertrauen in die eigenen Ressourcen.

Bei der **Ressourcenaktivierung** geht es darum, sich seiner Stärken bewusst zu werden und sich die Möglichkeit zu geben, wenn nötig Unterstützung zu holen. Als Beispiel: Ella und Nora erleben einen Moment der Verunsicherung, Ella durch eine Falschdiagnose und Nora merkt, dass sie ohne Körpertherapie nicht weiterkommt. Beide fassen den Mut und geben sich die Chance, sich zusätzliche externe Hilfe zu holen. Ella findet ein Ratgeberbuch und sucht Hilfe bei der Beratung vom USZ, Nora geht in die Beckenbodenphysiotherapie. «Da ging ich zur Frauenärztin und ich meinte, ich brauche Hilfe und es sollte physische Hilfe sein [...] es müsste auf körperlicher Ebene sein. [...] ich dachte, wieso muss ich ihr erklären, wo ich hinmöchte?» (Z 129). Beide schaffen es, aus eigenen Ressourcen, sich Hilfe zu holen und in ihrem Behandlungsprozess weiterzukommen.

Um genügend Kraft aufzubringen, die Vaginismus Symptome hinter sich zu lassen, ist die **Motivationsklärung** ein wichtiger Faktor. Diese hilft, ein Ziel vor Augen zu haben und daran zu arbeiten, den Sinn hinter der vielen Arbeit, den Hochs und Tiefs in der Vaginismus Reise zu überstehen und nicht aufzugeben. Bei allen Betroffenen ist der Wille die Vaginismus Symptome hinter sich zu lassen gross. Wenn auch alle drei penetrativen vaginalen Geschlechtsverkehr erleben möchten, so ist die Motivation diese zu überwinden unterschiedlich. Nora hat den Wunsch wie «normale» Frauen, penetrativen, vaginalen Geschlechtsverkehr zu haben und so eine langfristige Liebesbeziehung zu erleben. Ella ist verheiratet und möchte ebenfalls normalen Sex erleben, ihrem Ehemann sich schenken können und eine Familie gründen. Sie hat einen starken religiösen Glauben und glaubt ebenfalls an den menschlichen Körper als Schöpfung Gottes. Sie lehnt jegliche externe Hilfe in Form von Medikamenten oder medizinischer Hilfe ab:

Ich bin kein Fan von Medikamenten oder externen Sachen, die man im Körper einführt. [...] ich wusste ich kann es selbst schaffen und, dass es mich noch viel stärker machen wird. Dass ich noch stolzer sein würde, da ich alles mir selbst zu verdanken habe und erreicht habe (Z 155*). [...] Ich bin echt stolz auf mich und auf das, was ich getan habe.

Ich brauchte Hilfe und dank meinem Ehemann, dank Dr. Kaplan und dank diesem Buch habe ich es geschafft. [...] Ich echt stolz [...] mein Körper ist dafür gemacht. (Z 189*).

Ihr religiöser Glaube und den an sich selbst, geben Ella die Kraft, sich ihren Ängsten zu stellen und innert zwei Jahren und vier Monaten mit wenig externer Hilfe, den Vaginismus hinter sich zu lassen.

Beim Reflektieren der Wirkfaktoren wird klar, dass es kein nacheinander ist oder diese aufeinander bauen, sondern dass es viel mehr ein Prozess ist und die Wirkfaktoren positiv aufeinander wirken und ineinanderfließen. Ein wichtiger Anstoss ist sicherlich die therapeutische Beziehung, welche den Betroffenen Hoffnung und Kraft schenkt, an sich zu glauben und sie motiviert, weiterzumachen, auch wenn sie manchmal selbst nicht mehr an einen Erfolg glauben. Die Therapeutinnen geben Patientinnen Raum, Zeit und Vertrauen, um die Behandlung erfolgreich abzuschliessen. Nora beschreibt diesen Prozess als «Mindsets verändern» und wo sie Glaubenssätze auflösen und Gedanken neu programmieren kann (Nora, Z 187).

In einem kleinen explorativen Experiment wurden die kodierten Segmente der Expertinnen und Betroffenen aus der Unterkategorie der Wirkfaktoren den fünf Wirkfaktoren nach Grawe zugeteilt. Die Ergebnisse sind aufgrund des sehr kleinen Datensatzes nicht repräsentativ und trotzdem erscheinen sie logisch. Die Auswertung der Expertinnen zeigt eine Investition in die Wirkfaktoren 'Störungsbehandlung' und in die 'therapeutische Beziehung'. Die Aussagen der Betroffenen, sie würden sich stark begleitet, unterstützt, motiviert fühlen und viel Mut Zusprechung bekommen, sind kongruent mit den Aussagen der Therapeutinnen. Dideriksen holt ihre Patientinnen ab und begleitet sie (Z 30). Sie schenkt ihren Patientinnen Vertrauen (Z 58) und signalisiert, dass sie da ist, hört genau zu (Z 59), bleibt in Kontakt. Bei Kaplan klingt es nahezu gleich. Sie sagt es ist wichtig neugierig zu bleiben, Interesse zu zeigen (Z 18) Auf die Frage, was ihre Stärke ist, antwortet sie: «Ich habe viel Geduld und bin nie böse. Ich bleibe verständnisvoll und geduldig, dass signalisiere ich den Frauen. Und ich lasse sie nicht los und bleibe in Kontakt.» (Z 129*). «Sie kommen dann nach einem halben Jahr, früher oder später und ich bin immer da für sie.» (Z 224*).

Werden die vorliegenden Ergebnisse mit der Theorie verglichen (siehe Kapitel 4.10), so sind alle fünf Qualitäten der therapeutischen Beziehung komplett abgedeckt.

6.5 Genesung

Eine Grundsatzfrage steht gleich eingangs dieser Arbeit: Kann man von Vaginismus genesen? Das Wort Genesung impliziert, dass eine Krankheit oder Störung vorherrscht, da man sonst, per se, nicht davon genesen kann. Bischof spricht in ihrem klinischen Alltag im Zusammenhang mit Vaginismus weder von einer Krankheit noch von einer Störung. Sie entpathologisiert die Störung und spricht von einem Lösungsversuch der «in diesem Sinne auch nicht heilbar ist. [...] ich würde gerne wegkommen von dem Pathologisieren. [...]. Für mich ist der Vaginismus eine Ressource.» (Bischof, Z 34- 38). Dideriksen stellt den Begriff der Genesung ebenfalls in Frage und ist unsicher, ob die Symptome ohne Übung nicht zurückkommen könnten. Ihrer Meinung nach lernen die Patientinnen was sie selbst tun können, um keine Schmerzen mehr zu haben und mit dem Vaginismus zu leben (Z 62).

Kaplan vertritt eine andere Meinung und bejaht die Frage. Wenn eine Penetration möglich ist, dann ist ihrer Meinung nach auch die Genesung möglich. Ihre Patientinnen erreichen im Normalfall eine hundertprozentige Genesung (Z 124) und erleben keine Rückfälle (Z 204). Aufgrund ihrer Beobachtungen in der Praxis, schliesst sie jedoch nicht aus, dass die Frauen bei der Penetration weiterhin Schmerzen empfinden, und beschreibt eine Patientin: « [...] sie hat per Kaiserschnitt geboren, aber sie schreit jedes Mal so fest auf dem Gynäkologenstuhl. Sie weint nahezu und sagt 'nein, der Untersuch muss jetzt sein, aber warten Sie bitte noch ein bisschen'.» (Z 204*). Furer kennt aus dem Online-Programm ein ähnliches Bild. Keine der Frauen aus dem Programm hat niemals mehr Schmerzen: «Aber von zehn Mal sind neun Mal okay und beim zehnten Mal merke ich, dass es sich nicht so toll anfühlt und getraue mich abzurechnen.» beschreibt Furer die Rückmeldungen ihrer Teilnehmerinnen (Furer, Z 72). In Bezug auf die Zielerreichung gelten im Rahmen des Online-Programms automatisch alle Teilnehmerinnen als genesen, welche das Programm abgeschlossen haben.

Wie erleben die Betroffenen diesen Prozess, den Vaginismus hinter sich zu lassen? Ella und Nora sprechen davon, dass sie genesen sind und den Vaginismus überwunden haben, Caro, dass sie den Vaginismus gelöst hat (Ella, Z 119- 121, Nora, Z 161, Caro, Z 90). Als Zeitpunkt der Genesung beschreiben alle Betroffenen den Tag, an dem der penetrative Geschlechtsverkehr zum ersten Mal möglich war (Nora, Z 135; Caro, Z 90). Den Geschlechtsverkehr selbst beschreiben sie anfänglich als holprig. Anfänglich haben auch alle Angst, dass das Ausbleiben der Symptome temporär ist und die Störung zurückkehren könnte. Ella und Caro sind seit zwei und acht Jahren symptomfrei und beschreiben, anfänglich ein ähnliches Gefühl wie Nora gehabt zu haben:

Genesen, ja, doch ABER [...] Und ein aber braucht es unbedingt. In meinem Fall zumindest. Denn ich glaube, ich werde nie ganz genesen sein. Wenn ich jetzt damit aufhöre Übungen zu machen, Atemtechnik, Dilatorentaining, habe ich das Gefühl [...] Ich denke, dass ich wieder Abstand von mir, meinen Genitalien und diesen positiven Gedanken bekommen würde. Und die Angst würde wiederkommen (Nora, Z 38). Ich darf von meinem Körper nicht erwarten, dass er nach 20 Jahren plötzlich von heute auf und morgen einfach alles versteht. deshalb glaube ich wirklich nicht, dass ich einfach jetzt aufhören kann und alles ist gut (Nora, Z 195).

Alle Betroffenen beschreiben, etwas überwunden zu haben, als hätten sie eine Hürde genommen, etwas überstanden, als sei eine Tür aufgegangen, die davor geschossen war. Nora beschreibt ein neues Lebensgefühl, ein Erblühen: «Ich getraue mich jetzt so zu sein, wie ich bin und mich zu zeigen. Ich bin endlich ich und vorher war es einfach meine Fassade.» (Nora, Z 302, 205). Alle drei Betroffenen berichten, dass sich plötzlich etwas veränderte, als sie sich professionelle Hilfe holten und ihr Schweigen brachen und mit einer nahen Person ihre Störung ansprachen: «Ich weiss nicht, ich schreibe immer, dass mit Freund*innen sprechen [sei so wichtig]. Das ist ein wichtiges Puzzleteil. Ja, das war für mich immer so beklemmend. Die vielen Jahre und dieses eigene Gefängnis, was ich mir geschaffen hatte.» (Caro, Z 152). Nora beantwortet die Frage was sie einer jungen Betroffenen gerne mitgeben würde: «Sprich! Das bringt den Stein ins Rollen.» (Z 269) und Ella hat diese Erfahrung mit dem Schweigen brechen ebenfalls in guter Erinnerung: «Nachdem ich meiner Mutter meine Geschichte erzählt hatte, lernte sie eine andere Frau kennen, der das Gleiche passiert war. Ich finde es grossartig, über diese Dinge zu sprechen, damit andere Menschen davon wissen, weil es ein Tabu ist.» (Z 185).

6.6 Sexualität

6.6.1 Aus Sicht der Expertinnen

Die Expertinnen sind sich einig, dass eine grosse Dunkelziffer sich wahrscheinlich nie in der Praxis meldet und die Paare sich in der Sexualität arrangieren. Die Paare, welche Kaplan begleitet, sind oft in langjährigen Beziehungen von 10 Jahren und sie vermutet, dass sie regen Körperkontakt pflegen (Kaplan, Z 58). Zu Beginn der Beziehung passt alles gut, die Hormone wirken unterstützend, die Bedeutung am penetrativen Geschlechtsverkehr nimmt mit der Zeit ab und das Paar findet alternativen. Sie arrangieren sich und sind zufrieden, es fehlt an nichts. Bis ein Kinderwunsch aufkommt. Dass die Paare nach erfolgreicher Behandlung mit der Situation zufrieden sind, erklärt Kaplan sich damit, dass die Patientin schwanger werden konnte und das Paar ein Kind hat, was auch das Ziel der Therapie war

(Z 202). «Nach der Geburt des Kindes nimmt die Praxis der vaginalen Penetration wieder ab und man arrangiert sich allenfalls wieder.» (Kaplan, Z 108). Ihre Vermutung, dass die Praxis der Penetration nach der Schwangerschaft nachlässt, folgt aus ihrer Beobachtung aus der klinischen Praxis, da ein Teil der Patientinnen nach der Geburt oder zwischen Geburten, bei gynäkologischen Untersuchungen, teils sehr ängstlich reagieren, schreien oder viel Zeit benötigen bis sie sich regulieren können, um eine Untersuchung mit dem kleinsten Spekulum hinter sich zu bringen (Kaplan, Z 112). Dass diese Paare Geschlechtsverkehr haben, beweisen die natürlichen Schwangerschaften (Kaplan, Z 114).

Bischof ist es wichtig, dass sie nach einem ganzheitlichen Konzept therapiert, damit die Betroffenen verstehen, dass der Vaginismus eine Schutzfunktion darstellt und wie dieser funktioniert, damit die Klientinnen die Symptome aktiv lösen können. Ihrer Meinung nach schützen die gewonnenen Kompetenzen die Frauen vor Rückfällen (Bischof, Z 107). Fürer vermutet dafür, dass die Frauen oftmals Rückfälle erleiden (Z 25). Zur Sexualität über die Patientinnen mit Vaginismus im Praxisalltag von Dideriksen erfährt man wenig. Tendenziell haben sie wenig Erfahrung mit Sexualität und praktizieren keine Selbstbefriedigung (Dideriksen, Z 130). Ziel der Frauen ist der penetrative Sex. Haben Betroffene die Behandlung erfolgreich abgeschlossen, kommen sie nicht mehr. Auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt. Die Expertinnen vermuten, dass die Patientinnen einfach froh sind, wenn die Penetration klappt (Dideriksen, Z 158).

6.6.2 Aus Sicht der Betroffenen

Nora berichtet von verständnisvollen Partnern und macht ein Beispiel, dass ihr Ex-Freund nachfragt, wie es ihr nach Untersuchungen geht. Grosses Interesse am Schmerz der Partnerin während dem Geschlechtsverkehr zeigt er gemäss ihrer Schilderung jedoch nicht. «Ich fühlte mich, als würde ich mich vergewaltigen lassen. Vielleicht merkte er was, aber seine Bedürfnisse waren ihm wohl wichtiger in diesem Moment.» (Z 97). Ihr Selbstwertgefühl ist so gering, dass sie denkt sie müsse dankbar sein, dass jemand mit ihr zusammen ist. Sie richtet sich stark nach ihrem Partner, unterordnet sich schon fast. Rückblickend stellt sie fest, dass sie ein sehr grosses Bedürfnis nach Bestätigung hatte und viel mit sich machen liess: «Für die Liebe muss ich mega kämpfen und muss mega hinhalten.» (Z 155). Wenn der Geschlechtsverkehr so schmerzhaft war, wie konnte der Partner das nicht bemerken? Nora führt das auf ihr sehr niedriges Selbstbewusstsein zurück. Da die beim Geschlechtsverkehr empfundenen Schmerzen dermassen gross waren, verzichtete sie lange Jahr darauf und beendet jeden Dating Versuch frühzeitig. Bis sie 2018 entscheidet, nicht ihr ganzes Leben auf Beziehungen verzichten zu wollen (Nora, Z 78). Mit der voranschrei-

tenden Therapie wächst ihr Selbstvertrauen und positive Erlebnisse motivieren sie weiterzumachen. Die Mythen und verzerrten Vorstellungen brauchen Zeit, um zu verblassen und neu programmiert zu werden. Im Austausch mit anderen, erfährt sie nach und nach, dass es unterschiedliche Arten von Sexualität und Geschlechtsverkehr gibt (Nora, Z 159).

Ella praktizierte vor ihrer Ehe nie Selbstbefriedigung. Aus religiösen Gründen bleibt die Sexualität Teil der Ehe, so dass sie jungfräulich in die Ehe trat (Ella, Z 103). Auch wenn sie sich den Vaginismus niemals gewünscht hätte, die Hürden, die sie mit ihrem Ehemann zusammen geschafft haben, haben ihre Beziehung und Ehe langfristig gestärkt und sie nähergebracht: «Ich habe nie das Gefühl, dass die Ehe schwer ist, sondern eher, wow, das ist so toll. [...] der Vaginismus, der hat uns zusammengebracht und er hat mir gezeigt, was für ein Mann er ist.» (Z 34, 123). Das Paar, und ganz besonders der Ehemann, hat sich geduldig gezeigt. Sie hat gelernt, ihre Grenzen mitzuteilen und wenn Angstgefühle aufkommen, teilt sie diese mit (Z 141). Sie berichtet von einem unterstützenden Ehemann, der immer für sie da ist, ihr zur Seite steht und geduldig ist (Ella Z 26). Der Wunsch, auf natürlichem Weg eine Familie zu gründen und penetrativen Geschlechtsverkehr zu praktizieren, blieb. Sie stelle sich oft die Frage, was mit ihr falsch ist und fühlte dabei grosse Scham, dass sie nicht funktioniert wie alle anderen. Heute praktiziert sie penetrativen Geschlechtsverkehr und obwohl sie zuerst Angst hatte von der Zeit nach der Schwangerschaft, meint sie heute, dass es noch besser ist wie die Zeit davor. Was sie beim penetrativen Geschlechtsverkehr besonders genießt, ist das Gefühl von tiefer Verbundenheit mit ihrem Partner. «Früher hätte ich nein gesagt, aber jetzt, ja, ich genieße es wirklich. Und es fühlt sich einfach so toll an. Man hat das Gefühl, Eins zu sein.» (Z 129).

Caro hat Selbstbefriedigung, Oralverkehr und Orgasmen immer schon gemocht, wenn sie auch früher das Gefühl hatte, sie habe keinen richtigen Sex. Die Zeit nach der erfolgreichen Behandlung erlebt sie als einen Prozess.

Es hat sich auf jeden Fall verändert, seit ich das erste Mal penetrativen Sex hatte. Also ich bin auf jeden Fall weg von der technischen Komponente. Deswegen kann ich es jetzt als etwas lustvolles Erleben. Etwas, was Spass bereitet. Aber für mich, würde ich immer noch sagen (*lacht*) [...]. Um jetzt offen zu sprechen, ist für mich immer noch Oralsex, zum Beispiel, etwas das mir mehr gefällt. (Caro, Z 188).

Heute getraut sie sich, sich immer besser mitzuteilen. Wenn ihr etwas unangenehm ist, fällt sie manchmal in ihre Muster zurück und ertappt sich beim Gedanken: «Ach, ich krieg das

schnell durch» (Z 182- 184). Um von der technischen Komponente wegzukommen, hat es ihr geholfen zu verstehen, dass Sexualität weitaus mehr ist wie ein «Rein-Raus» und eben, auch Selbstbefriedigung, Oralsex oder ein langes Vorspiel Formen davon sein können (Z 204). Sie hat Slow Sex für sich entdeckt und erlaubt sich, den Austausch zu genießen, ohne ein schlechtes Gewissen zu haben, sie müsste gerade etwas anderes tun oder leisten. Sexualität spielt in ihrem Leben heute eine wichtige Rolle, in der die Penetration eine Form davon ist (Z 180 + 192).

6.7 Sexuelle Zufriedenheit

6.7.1 Aus Sicht der Expertinnen

Ob die sexuelle Zufriedenheit sich verbessert, stellt Kaplan in Frage und sieht aus ihrer Perspektive keine besondere Verbesserung:

Die Frauen sind zufrieden, dass es mit der Schwangerschaft geklappt hat, dass sie mehr machen können in der Partnerschaft, dass der Partner vielleicht nicht so frustriert ist. Aber ob das den Frauen auch etwas für ihre eigene Weiblichkeit bringt? Ob das eine Bedeutung hat, dieses Penetrative? Da bin ich mir nicht ganz sicher. [...]ich finde, es hat nicht viel neue Qualität in die Sexualität der Partnerschaft gebracht. (Kaplan, Z 200*).

Dideriksen kann sich gut vorstellen, dass nach erfolgreicher Behandlung und möglicher Penetration, die Betroffenen eine bessere Wahrnehmung ihres Geschlechts haben (Z 220). Vielleicht sogar eine bessere wie andere, nicht betroffene Frauen, da sie sich intensiver und ausgiebiger mit sich selbst auseinandergesetzt haben (Z 214). Auf die Frage was der Frauen mit Vaginismus mehr sexuelle Zufriedenheit bringt, antwortet Bischof:

Das Bewohnen der Vagina. [...] und dass sie ein Stück weit erotisiert wird (Z 195). Es kommt darauf an, was vorher war. [...] Einfach nur schon das Gefühl, dass sie das jetzt kann, das ist immer gut. Und ob sie den Geschlechtsverkehr sehr viel lustvoller erlebt [...] Also oft hören die Therapien auf, bevor sie an dem Punkt sind, wo sie vaginale Orgasmen oder weiss der Himmel was haben. Da kommen sie gar nicht mehr (Z 197).

Fürer drückt eine ähnliche Ansicht aus. Sie geht davon aus, dass der penetrative, vaginale Geschlechtsverkehr «eher funktional bleibt». Dadurch, dass die Penetration aber endlich möglich ist, kann sie sich vorstellen, dass sich die sexuelle Zufriedenheit von Betroffenen verbessern kann (Fürer, Z 120).

6.7.2 Aus Sicht der Betroffenen

Die Betroffenen erleben ihre Sexualität unterschiedlich und sind alle aber der Meinung, dass ihre sexuelle Zufriedenheit, im Vergleich vor der Behandlung, sich verbessert hat.

Seit ihrer Genesung nimmt Nora wahr, wie ihre Sexualität sich verändert: «Krass, mein Gott, das sind Welten!» (Z 211). Die emotionale Verbindung zum Partner ist Nora wichtiger als der genitale Aspekt der Beziehung (Z 277). Im Gegensatz zu früher, entdeckt sie heute Aspekte an der Sexualität, welche sie genießt. Sie getraut sich immer mehr mitzuteilen, was ihr gefällt oder sich zu zeigen, zum Beispiel vor einem Mann in der Unterwäsche, wofür sie sich früher viel zu fest geschämt hätte. Der Geschlechtsverkehr bleibt bisher nebensächlich (Z 215), Orgasmen sind ihr sogar 'überhaupt nicht wichtig' (Z 237). Diese beschreibt sie als unangenehm und schmerzhaft, ähnlich wie ein Krampf in den Waden oder der Vagina, die sich wie eine Röhre anfühlt (Z 243).

Für Ella und ihren Ehemann ist der vaginale, penetrative Geschlechtsverkehr wichtig und sie haben nach erfolgreicher Behandlung einige Monate weitergeübt, bis die Penetration nicht mehr schmerzte. Ihre Sexualität ist besser geworden, wie sie erklärt, da sie es «zusammen machen» und es sich «wie eine Union und so viel besser» anfühlt (Z 137). Ihre sexuelle Zufriedenheit ist seit der Genesung eindeutig grösser geworden. Sie konnten ihren Familien- und Kinderwunsch erfüllen, zelebrieren Nähe, geniessen die gewonnene Intimität und ihre Beziehung ist stärker geworden. Ella erlebt Orgasmen seit Beginn ihrer Ehe und diese sind ihr wichtig. Die Nähe zu ihrem Partner und verspürte sexuelle Erregung sind jedoch elementar (Z 181- 183).

Durch die Therapie hat Caro unter anderem verstanden, dass sie bereits mit dem Vaginismus Sex hatte, nur keinen penetrativen. Sie ist überzeugt, dass sexuelle Zufriedenheit für jede Person eine andere Bedeutung hat. Für Caro ist es wichtig, sich im eigenen Körper wohlfühlen, sich zeigen und fallen lassen zu können. Die Kommunikation spielt in der Partnerschaft dabei eine wichtige Rolle. Sie muss möglichst offen sein, damit beide ihre Bedürfnisse mitteilen können und ein respektvoller Austausch stattfinden kann (Z 180).

6.8 Partner

Kaplan wie auch Dideriksen meinen, es sei schwierig zu beurteilen, ob die Partner der Betroffenen Ähnlichkeiten haben, da sie diese selten sehen. Kaplan vermutet aber, dass es ein «Match» geben muss (Z 60). Die Partner, die sie in der Praxis erlebt hat, beschreibt sie als 'sehr lieb und sehr soft' (Z 64). Alle drei Expertinnen vermuten, dass die Partner in langjährigen Beziehungen nicht besonders fordernd sind und ihre Partnerinnen weder brüskieren noch Schmerzen zufügen möchten und stark auf diese Rücksicht nehmen. Ob die

Partner sich damit abfinden oder sie das nicht stört, dass sie keinen penetrativen Geschlechtsverkehr haben, bleibt unklar. Ziel des Beratungsbesuch ist jedoch klar nie, sexuell was Neues erleben zu wollen, sondern sie kommen mit einem konkreten Wunsch in die Beratung (Kaplan, Z 126). Wie Ella und Caro im Interview erklären, kann die fehlende Penetration auch Schamgefühle bei den Partnern auslösen: «Er hat sich immer geschämt, mit anderen Freunden darüber zu sprechen, weil sie es nicht verstehen würden.» (Ella, Z 26). «Also, eine Sache fällt mir ein, von meinem Partner, der gemeint hat, ich solle es für mich behalten. [...] was ist, wenn negative Reaktionen kommen?» (Caro, Z 154). Vereinzelt Studien vermuten, dass Ehemänner von Frauen mit Vaginismus mit der Zeit Erektile Dysfunktionen entwickeln. Auf eine solche Entwicklung könnte die folgende Aussage von Caro hindeuten in der sie beschreibt, wie ihr Partner die Erektion verliert:

Das heisst die Erregung bei meinem Partner war ja auch nicht immer da (*lacht verlegen*), denn er wollte mir ja auch nicht weh tun. Da war sicher auch Angst dabei. Und dadurch war der Penis dann teilweise schon ein bisschen weicher und oben und nicht immer ganz steif (Caro, Z 52*).

Die These, Partner von Frauen mit Vaginismus könnten mit der Zeit erektile Dysfunktionen entwickeln, konnten die Expertinnen weder bestätigen noch widerlegen.

6.9 Erkenntnisse für die Sexualberatung

Wie die Forschung zeigt, liegt ein Grossteil des Behandlungserfolges in den Händen der Klientinnen. Es ist deshalb zentral, dass sie merken, dass sie selbst die Lösung zu ihrer Logik haben und sie die Antworten und Fähigkeiten haben, ihre Gedanken und ihren Beckenboden aktiv zu steuern. Die Herausforderung dieser Störungsbehandlung ist, dass Psyche und Körper angesprochen werden müssen. Caro:

Ich sage immer, mein Vaginismus ist eben psychisch entstanden, hat sich aber physisch manifestiert. [...] es verfestigt sich halt so sehr im Körper und der und die Beckenbodenmuskulatur vergisst nicht. Deswegen war es für mich so wichtig, in dieser Behandlung auf psychischer Ebene und auf physischer Basis zu arbeiten. Dieses Begreifen, ich kann etwas einführen. Es ist keine Gefahr. Das ist nicht schmerzhaft. Ich kann den Beckenbodenmuskel auch steuern. Genau deswegen ist diese Kombination für mich so wichtig gewesen (Caro, Z 176*).

Die Expertinnen haben in der Therapie ein Ziel, dass darin besteht, den Frauen begreifbar zu machen, dass der Vaginismus nicht nur eine Störung ist, sondern in ihrem System einen Sinn bezweckt. Mehrmals wird das entpathologisieren erwähnt. Bischof drückt diesen Wunsch am radikalsten aus, indem sie den Vaginismus als Ressource betrachtet. Der Beckenboden hat eine grosse Fähigkeit, mit enormer Kraft, was im Kopf als Gefahr erkannt wird, automatisch und erfolgreich abzusperren. Auch wenn die Frauen sich die Penetration beim Geschlechtsverkehr wünschen, so spricht in ihrer Logik, in ihrem System und vor der Behandlung, wenig dafür.

Der Behandlungsprozess wird von den Fachexpertinnen, wie auch von den Betroffenen als Reise mit Hochs und Tiefs beschrieben. Nicht jeder Tag ist gleich und der Alltag bringt Herausforderungen mit sich. Es ist deshalb wichtig, dass die therapeutische Allianz stark ist und die Klientinnen ihren Therapeut*innen vertrauen, dass es klappt und sie die Penetration erlernen können. Es braucht dafür Erfolgserlebnisse, um die Motivation hochzuhalten, denn die Negativ-Spirale durchzubrechen ist ein Prozess, der nicht innert ein paar Tagen geschieht und Reflexionsarbeit und Übung braucht.

In dieser Arbeit erwähnte Inhalte sind zum Beispiel sexoedukative Inhalte über die Funktionsweise und Anatomie der Geschlechtsteile, Reflexionsarbeit über eigene Glaubenssätze und Erkenntnisse darüber, was den Vaginismus begünstigt hat, Desensibilisierungsarbeit mit der Hand zum Geschlecht, um das eigene Geschlecht zu begreifen sowie die Arbeit mit den Dilatoren. Da die Symptome von Frau zu Frau stark variieren, ist es wichtig, ganz genau hinzuhören, um an ihre individuellen Fähigkeiten anknüpfen zu können. Ziel der Behandlung ist die Möglichkeit, penetrativen Geschlechtsverkehr zu erleben. Es ist dabei wichtig im Hinterkopf zu behalten, dass die Belastungen, die der Vaginismus im Alltag mit sich bringt, nicht automatisch bedeutet, dass die Frauen mit ihrer Sexualität unzufrieden sind. Viel mehr belastet sie, dass sie keine Penetration erleben können, was ihr Selbstvertrauen mindern kann und ihnen zusätzlich ein Gefühl geben kann, nicht vollständig Frau zu sein.

6.10 Zusammenfassung

Die Expertinnen erleben Frauen mit Vaginismus generell als hoch motivierte Patientinnen und das ist bereits einer der wichtigsten Punkte, um ihrer Meinung nach, eine erfolgreiche Behandlung zu erzielen. Der Wille, eine Verbesserung zu erreichen sowie eine klare Zielbestimmung sind grosse Antriebe die, gekoppelt an den vielen Erfahrungen, welche die Expertinnen auf diesem Fachgebiet haben, zu den erwünschten Resultaten führen können (Kaplan, Z 80).

Starke Gefühle von Verzweiflung und Ungeduld können während der Therapie aufkommen: «Ich war wirklich sehr verzweifelt und auch während der Therapie dachte ich mir öfters, ich

will nicht mehr. [...] das bringt nichts. [...] ich weiss nicht was ich tun soll, oder macht mein Leben noch einen Sinn?» (Caro, Z 219). Lässt die Motivation nach und üben die Patientinnen nicht, ist das ein Zeichen einer Vermeidungsstrategie. Dahinter steckt eine Angst (Kaplan, Z 130). Die Ungeduld und Unsicherheit der Klientinnen können sich auf die Expert*innen übertragen. Da gilt es, sich von deren Unsicherheiten und Verzweiflung nicht anstecken zu lassen (Kaplan, Z 128). Die Expertinnen sprechen den Klientinnen Mut zu, geben ihnen Raum und zeigen sich geduldig: «Hören Sie, ich bin da. Ich warte auf Sie.» (Kaplan, Z 112). In den Augen der Expertinnen ist die Kraft des Beckenbodens eine Stärke, welche die Frauen lernen können, zu lesen und zu ihrem Vorteil einsetzen können. Ein wichtiger Lernschritt im Behandlungsprozess besteht darin, mit der eigenen Hand und den Fingern, das eigene Geschlecht zu erkunden und wortwörtlich zu 'be-greifen'. Das aktive Ansteuern der Beckenboden Muskulatur ist ein weiterer Lernschritt den Dideriksen bereits in der ersten Stunde initiiert. Ella bezeichnet diesen Schritt in der Behandlung als Meilenstein. In dieser Übung lernt die Person, über einen Monat lang, nur die Beckenbodenmuskulatur kontrolliert an- und zu entspannen. Wenn im Dilatorentaining Angst- oder Schmerzgefühle aufkommen, kann so die Beckenbodenmuskulatur aktiv wieder entspannt werden: « [...] ich glaube, das hat mir wirklich geholfen, den Vaginismus zu überwinden. Denn danach ging der Dilator Nummer vier.» (Ella, Z 105).

Auf der kognitiven Ebene sind sexoedukative Inhalte wichtig, damit die Frauen eine Vorstellung ihres Geschlechts bekommen. Die Reflexion der eigenen Werte und Normen, Mythen und Ängste ist eine ebenso unerlässliche Arbeit. Durch das Kennenlernen des eigenen Körpers und Geschlechts lernen die Frauen, dass sie diesen steuern und ihre Gedanken neu programmieren können. Selbstbestimmend den Beckenboden ansteuern zu können, anstatt ihm ausgeliefert zu sein, wirkt auf viele Betroffene sehr motivierend und heilend.

Wie mehrmals erwähnt ist die Behandlung des Vaginismus weniger ein Sprint als ein langer Marathon. Der Prozess ist nicht linear und es gibt oft Rückschläge aber daran zu bleiben lohnt sich: « [...] wenn wir darauf aufbauen, dann geht es irgendwann plötzlich. Das kann zwei oder acht Monate gehen und irgendwie kommen wir so in einen Flow.» (Kaplan, Z 148*). Eine starke Therapieallianz zwischen Therapeutin und Patientin hilft, die Frauen abzuholen, sie am Ball zu behalten und ihnen Mut zuzusprechen. Regelmässige Termine und eine Routine können in diesem Prozess hilfreich sein. Im Austausch ist es wichtig, neugierig zu bleiben und aufmerksam zuhören.

Der super Sex ist meist oder nie ein Beratungsziel der Patientinnen. Wenn die Penetration funktioniert, sind sie meist schon zufrieden und schliessen die Therapie ab. Der penetrative Geschlechtsverkehr bleibt deshalb in den meisten Fällen funktional und die Paare wissen sich dann zu arrangieren. Diskussion

7 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die drei über- sowie die untergeordneten Leitfragen anhand der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit den Erkenntnissen der Literaturrecherche verknüpft und diskutiert.

7.1 A) Wer diagnostiziert Vaginismus und wie ist der Werdegang der Betroffenen?

Um den Genesungsprozess von Vaginismus Betroffenen zu verstehen, braucht es ein Verständnis für die Störung, die Begleitsymptome und einen Einblick in den Alltag, den sie führen. Was für Auswirkung hat die Störung auf ihr Leben, wo gibt es Herausforderungen, wie und wo finden Betroffene Hilfestellungen für ihr Problem? In diesem Kapitel werden ebenfalls die beiden untergeordneten Leitfragen zum heutigen Forschungsstand (1) und zum Leben mit Vaginismus (2) beantwortet.

Vaginismus ist eine sexuelle Funktionsstörung der Frau, welche bei 5- 17 % der Patientinnen in klinischen Settings vorkommt und im diagnostischen und statistischen Manual für psychische Störungen, kurz DSM-V, zusammen mit Dyspareunie als Genito-Pelvine Schmerzen-Penetrationsstörung aufgeführt ist. Unterschieden wird hauptsächlich zwischen primärem und sekundärem Vaginismus, wobei beim primären die Störung immer schon besteht und beim sekundären die Symptome erst später aufkommen. Die Unterscheidung beider Störungsbilder ist nicht ganz einfach. Während bei der Dyspareunie Schmerzen in der Vulva bestehen, ist Vaginismus ein Ausdruck von phobischer Vermeidung und Penetrationsabwehr. Die eigentliche Angst vor einer möglichen Penetration verursacht einen reflexartigen Zusammenzug des Beckenbodens, der eine partielle oder gänzliche Penetration mit einem Objekt wie Tampon, Spekulum oder Körperteil wie Finger oder Penis unmöglich macht. Dabei führt die Angst vor einer Penetration zu chronischen Schmerzen.

Wie die vorliegende Arbeit zeigt, dass Vaginismus nicht eine sexuelle Funktionsstörung, die nur die Sexualität betrifft, sondern Betroffene auch in ihrem Alltag belastet. Gemäss einer Studie ist das Risiko, an einer Depression zu leiden, bei Patientinnen mit einer sexuellen Störung, im Vergleich zu Patientinnen ohne sexuelle Störung, um 30– 210 % erhöht (Atlantis und Sullivan 2012). Typische Begleitsymptome von Vaginismus Betroffenen sind Reizdarme, Angstphobien, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Ekel vor Genitalien, Scham und limitierte Glaubenssätze. Die Frauen leiden unter verminderter Selbstakzeptanz und sind im Alltag eingeschränkt. Sie verzichten auf alltägliche Tätigkeiten wie Wassersport während der Menstruation, vermeiden gynäkologische Untersuchungen aus Angst vor

Schmerzen, oder halten sich von nahen Beziehungen fern und verzichten teilweise auf Sexualität. Die Therapien und täglichen Übungen sind zeitintensiv, teuer und werden bisher von den Krankenkassen nicht übernommen.

Meistens sind erste Anzeichen ab der Pubertät, beim Einsetzen der Menarche, erkennbar. Zu diesem Zeitpunkt ist vielen Betroffenen aber noch nicht bewusst, dass das typische 'den Tampon nicht einführen können' und die in diesem Zusammenhang starke Angst- und Schmerzempfindung sowie oftmals auch Ekel vor dem Geschlecht, eine Ausprägung einer sexuellen Störung sind. Die Vermutung, dass sexuelle Übergriffe ein Prädiktor für Vaginismus sind, wurde mehrmals untersucht und verneint. Auch die Annahme, dass Frauen mit Vaginismus auf Sexualität verzichten, wurde widerlegt. In Studien, wurde auch berichtet, dass Vaginismus für einige Paare eine Chance darstellt und die Beziehung stärken kann. Das Paar lernt über Sexpraktiken zu sprechen, sie sind in der Gestaltung ihrer Sexualität kreativ, ihr ist Repertoire grösser und in langjährigen Beziehungen herrscht grosses Vertrauen (Beier & Loewit, 2011; Bergeron et al., 2015). Die Ergebnisse der Interviews und von Studien sind kongruent und bestätigen, dass Frauen mit Vaginismus genauso einen Orgasmus erleben können, wie Frauen ohne Vaginismus. Sie haben allenfalls sogar eine diversere Sexualität und verzichten nur auf den penetrativen, vaginalen Geschlechtsverkehr. In anderen Fällen praktizieren die Frauen penetrativen Geschlechtsverkehr unter sehr starken, fast unaushaltbaren Schmerzen, wie im Falle von Nora und Caro, was langfristig zu einer Vermeidung von Sexualität führen kann und die Angst- und Schmerzsymptome verstärkt (Goldstein et al., 2009; Hartmann, 2018).

Lange Zeit waren in der Forschung Prädiktoren oder Gründe für den Vaginismus kein Thema. Das hat sich den letzten Jahren geändert und es findet ein Umdenken statt. Von dem bisher eher symptom-orientierten Ansatz wird nach und nach ein ganzheitlicher Ansatz und Verständnis verfolgt. Es geht vom somatischen zum eher psychologischen Aspekt. Dieser Ansatz macht Sinn, damit die Patientinnen ein Verständnis für ihre Störung bekommen. Dazu wurden auch Studien publiziert, in denen Prädiktoren für den Vaginismus erhoben wurden. Kulturelle Faktoren, namentlich streng religiöse Gemeinschaften oder patriarchalische Gesellschaftsstrukturen, wo die Rechte der Frau denen der Männer untergeordnet werden, deuten auf eine erhöhte Prävalenz hin. Gemeinsam haben diese Frauen, dass im familiären Kreis wenig über Sexualität gesprochen wird, oftmals klassische Rollenbilder vorherrschen und keine Sexuaufklärung geschieht. Dieser Mangel an Kommunikation zieht sich weiter: Durch die Angst und Scham, nicht normal zu sein und nicht zu funktionieren, bleiben die Frauen mit ihren Problemen alleine und ziehen sich aus Gesprächen über Sexualität zurück. Da die Störungsstärke und Störungsbilder in der Literatur aber ebenfalls von Frau zu Frau sehr individuell sind, erschwert sich die Diagnose. Das Unwissen über Vaginismus bei vielen Fachpersonen aus dem Gesundheitssystem führt dazu,

dass die Betroffenen Falschdiagnosen bekommen oder Retraumatisierungen erleben, welche ihre Angst- und Schmerz-Symptome verstärken und ihre Skepsis gegenüber dem Fachpersonal nährt. Auch in diesem Punkt decken sich Interview- und Studienergebnisse. Die erhobenen Daten aus den Interviews zeigen, dass die Frauen im Laufe der Zeit oftmals bereits selbst eine Erstdiagnose gestellt haben, bis sie aktiv Hilfe suchen. Der Grund Hilfe zu suchen, ist meist mit einem bestimmten Ziel verbunden: dem Erlernen der Penetration. In die Sexualberatung von Kaplan kommen meist Paare mit dem Wunsch, eine Familie zu gründen und auf natürlichem Weg schwanger zu werden. Eine andere Gruppe, von eher jüngeren Betroffenen Frauen, wünschen sich die Penetration in ihrer Sexualität zu erleben, damit sie Beziehungen eingehen können oder ihre Partner nicht verlieren. Bevor eine Behandlung begonnen wird, wird den Frauen empfohlen, die Diagnose bei einem Gynäkologen oder einer Gynäkologin bestätigen zu lassen. Diese haben die Möglichkeit Untersuchungen zu machen und können so, selten vorkommende Hymen Anomalien ausschliessen (Bischof, 2010; Kurban et al., 2021b).

Abschliessend kann festgehalten werden, dass obwohl Vaginismus gut behandelbar ist und eine hohe Prävalenz in der Bevölkerung vorherrscht, fehlen Grosstudien und die Störung ist noch viel zu wenig bekannt. Auch fehlt Wissen beim Fachpersonal und darunter leiden ebenfalls, die Diagnosequalität und Behandlungen. Die Störung sollte in den Ausbildungsplänen besser integriert werden und Schulungen sind nötig, um das Störungsbild früh zu erkennen und zu diagnostizieren. Letzteres ist wichtig, damit die Betroffenen nicht über Jahre Retraumatisierungen erleben, die Störung chronisch wird und die Behandlung schliesslich länger dauert. Denn eine längere Behandlungsdauer bedeutet immer auch, dass die Betroffenen über längere Zeit motiviert werden müssen und dadurch die Gefahr besteht, dass die Behandlung vor erfolgreichem Abschluss, aufgrund mangelnden Mittel, Erfolgserlebnissen oder Motivation, abgebrochen wird.

7.2 B) Welche Wirkfaktoren und Behandlungsansätze kennen Fachpersonen und Betroffene?

Die untergeordneten Fragen 3 -7, Fragen nach den Behandlungsansätzen und Wirkfaktoren sowie der Genesung, werden in diesem Abschnitt auch beantwortet (siehe Seite 4)..

Die Fachliteratur, Studien wie auch die Fachexpertinnen dieser Arbeit sind sich einig, dass Vaginismus erfolgreich behandelt werden kann (Bischof, 2010; Hartmann, 2018; Pacik, 2014). Gegeben durch das Störungsbild, sehr vereinfacht ausgedrückt, eine ausgeprägte Penetrationsangst, welche sich auf körperlicher Ebene bemerkbar macht und den Zugang zur Vagina versperrt, empfiehlt es sich bei der Behandlung einen ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen, der inter- oder sogar multidisziplinär ist. Denn die Störung muss auf körperlicher

und psychischer Ebene adressiert werden. Auch da sind sich die Wissenschaft, Fachliteratur und Fachexpertinnen fast einig. Fast, denn ein Teil der Studien fokussiert sich immer noch auf die Behebung der Symptome, während neuere Studiendesigns beides, Kopf und Körper, ansprechen. Studien, die Antworten auf einen interdisziplinären Behandlungsansatz geben und gleichzeitig die Fragen nach den Wirkfaktoren beantworten, sind der Autorin bisher nicht bekannt. Die Wissenschaft gibt Antworten zu einzelnen Behandlungsansätzen und ob diese erfolgreich sind oder nicht. Sie geben jedoch keine Antwort darauf, welche Wirkfaktoren bei welchen Behandlungsansätzen in der Praxis greifen. Werden, wie in dieser Arbeit, die Stimmen der Fachexpertinnen und Betroffenen in den Mittelpunkt gerückt, können Wirkfaktoren abgeleitet werden, die Antworten lassen jedoch nur selten Aufschluss zu Behandlungsansätzen zu. In weiteren Studien wäre es interessant, wenn die Fragestellungen so formuliert würden, dass auch Rückschlüsse auf den Erfolg von Behandlungsansätzen und Wirkfaktoren gezogen werden könnten.

Für die Behandlung von Vaginismus gibt es unterschiedliche Behandlungsansätze. Es gibt jedoch bisher keine festgelegten Behandlungsabläufe, welche allgemein gültig wären. Das hat den Vorteil, dass jede Fachperson ihren eigenen Methodenmix eklektisch entwickeln kann und auf die Betroffenen ganz individuell eingehen kann. Dies ergibt wiederum einen Nachteil aus Forschungssicht, denn so ist es kaum möglich, Vergleiche zu ziehen. Die kognitive Verhaltenstherapie wird in der Literatur als Behandlungsansatz in der Behandlung von Frauen mit Vaginismus erwähnt (siehe Kapitel 4.6), da sie die Arbeit von Körper und Psyche erlaubt. Untersucht man die Antworten, so fällt auf, dass dieser Ansatz in keinem der Interviews erwähnt wird. Es werden therapeutische Inhalte aus der kognitiven Verhaltenstherapie erwähnt, diese lassen sich jedoch nicht ausschliesslich auf diesen Behandlungsansatz zurückführen oder zuweisen. Die Patientinnen und Expertinnen erläutern in den Interviews Übungen, Beispiele und können einige therapeutische Wirkfaktoren benennen. Sie benennen aber keinerlei Behandlungsansätze. Wieso dem so ist, kann die Autorin nur vermuten. Vielleicht kennen die drei Betroffenen die eigentlichen Behandlungsansätze nur peripher oder es liegt daran, dass die Behandlungen ein Mix aus verschiedenen Behandlungsansätzen sind, welche ineinander verlaufen. Dies kann dazu führen, dass diese in den Interviews nicht benannt wurden. Diese Ergebnisse können ebenfalls an eine zu breit gefasste Fragestellung liegen. Es kann sein, dass diese nicht genügend eng gestellt wurden. Fakt ist, dass die Behandlungsansätze selbst wenig ausschlaggebend sind für den Erfolg einer Therapie. Wie in Kapitel 4.10 gesehen zeigen Untersuchungen, dass lediglich 8 % der therapeutischen Faktoren dem Therapiemodell und der Technik anzurechnen sind. Das Ausbleiben von Antworten in Bezug auf Behandlungsansätze könnte deshalb auch so interpretiert werden, dass sie die Theorie reflektieren.

Aus der Forschung und aus den Interviewantworten können unter anderem folgende Behandlungsansätze als erfolgreich eingeschätzt werden, wobei diese Aufzählung keinen Anspruch auf Vollständigkeit hat: Verhaltenstherapie, Sexualberatung und im interdisziplinären Kontext sind an dieser Stelle auch Beckenbodenphysiotherapien, Traumatherapien, Psychotherapien, Botulinum Injektionen, Medikation mit verschreibungspflichtige Cremes und Gruppentherapien zu erwähnen.

Die Antworten aus den Interviews zeigen, dass die drei betroffenen Frauen alle sehr unterschiedliche Hintergründe haben und verschiedene Erfahrungen gemacht haben. Werden ihre Aussagen und die der Fachexpertinnen auf Wirkfaktoren untersucht, so sind diese mit der Fachliteratur kongruent. Die folgenden sechs Wirkfaktoren werden von beiden Seiten genannt und hier nochmals aufgezählt mit Beispielen von therapeutischen Interventionen:

- **Wirkfaktoren Therapeutin und Klientin:** Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung, therapeutische Beziehung, Problem Bewältigung.
- **Interpersonale Wirkfaktoren Therapeutin zu Klientin:**
 - **Verbessertes Wissen:** Sexoedukation, Selbstreflexion, Gründe für den Vaginismus
 - **Werkzeugkoffer:** Beckenbodenübungen, Imaginationsreisen, Entspannungs- und Desensibilisierungsübungen, Dilatorentaining
 - **Verbesserung der Stimmung und Wohlbefinden:** Schmerz- und Angstreduktion
 - **Validierung und Unterstützung:** Geduld, Motivation, Verständnis und Empathie
 - **Gefühl von Empowerment:** Ressourcenaktivierung, Selbstwirksamkeit, Selbsterfahrung, Erreichen von Teilzielen und Erfolgserlebnisse, entgegengebrachtes Vertrauen
 - **Erreichen des Ziels, verbesserte sexuelle Zufriedenheit:** Behandlungsabschluss, erfolgreiche Penetration

Wie in Kapitel 4.10 gesehen, unterscheiden sich die Wirkfaktoren je nach Theorie voneinander. Der Therapieallianz, also der Beziehung zwischen Therapeut*in und Klientin, wird jedoch in allen Konzepten eine grosse Bedeutung zugewiesen. So heisst es bei Drimalla (2021), dass die stärksten Effekte von der Therapeutenpersönlichkeit hervorgehen, während Grawe die therapeutische Beziehung stärker gewichtet. Vergleicht man die Theorie mit den Interviewantworten, so könnte in zukünftigen Studien die folgende These überprüft werden: Herrscht grosses Vertrauen zwischen der therapierenden Person und der Betroffenen, stärkt das die therapeutische Beziehung und Allianz. Die Motivation ist im Vergleich zu einer «schlechteren» Allianz höher, der Arbeitsprozess setzt sich schneller in Gang und entsprechend kann die Problembewältigung begonnen und die Therapiedauer gekürzt werden.

Zusammenfassend lässt sich die Forschungsfrage folgendermassen beantworten:

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass jede Frau einen ganz individuellen Weg geht und unterschiedliche Ziele verfolgt. Jede Geschichte ist einzigartig. Der Grad ihrer Motivation, die Störung zu überwinden, sowie die Therapieallianz mit zwischen Therapeut*in und Patientin sind zentrale Faktoren, damit eine Behandlung erfolgreich abgeschlossen werden kann. Die starke Allianz zwischen Therapeut*in und Betroffene ist eine der wichtigsten Voraussetzung, um weitere Wirkfaktoren zu aktivieren. Dabei wirken die Wirkfaktoren weniger zirkulär aufeinander, sondern eher miteinander. Für die erfolgreiche Behandlung von Vaginismus ist ein ganzheitlicher Ansatz dem symptomatischen zu bevorzugen, damit beide, Körper und Psyche angesprochen werden können.

7.3 C) Wie schätzen Fachexpertinnen und Betroffene die sexuelle Zufriedenheit von Frauen mit Vaginismus ein?

Mit der folgenden Diskussion werden ebenfalls die untergeordneten Fragen 8 und 9, Definition sexuelle Zufriedenheit und sexuelle Zufriedenheit vor und nach erfolgreicher Behandlung, beantwortet. Ein Blick in die Forschung zeigt, dass Studien von einem Zustand vor und nach einer Therapie oder einem erfolgreichen Behandlungsabschluss berichten. Das Wort Genesung als solches kommt vor, wenn auch selten. Als erfolgreicher Therapieausgang oder als genesen werden Teilnehmende definiert, bei denen eine Penetration möglich ist oder wenn das Paar penetrativen, vaginalen Geschlechtsverkehr haben kann. Ob weiterhin Schmerzen oder Penetrationsängste bestehen und wie die Teilnehmenden ihre sexuelle Zufriedenheit einschätzen, wird nicht beantwortet. Der erfolgreiche Behandlungsabschluss wird mit der Funktionalität, der Penetration gleichgesetzt. Auch die vorliegenden Resultate dieser Arbeit bestätigen, dass bei den drei Betroffenen die mögliche Penetration als Hauptziel der Therapie war.

Sexuelle Zufriedenheit ist ein weit gefasster, mehrdimensionaler Begriff. Im Theorieteil, Kapitel 3, wurde die sexuelle Zufriedenheit nach Levine zitiert: «Sexuelle Zufriedenheit ist ein überdauerndes Gefühl, dass aus partnerschaftlicher Sexualität, der Fähigkeit, sein eigenes Sexualeben mit nicht sexuellen Aspekten der Beziehung zu integrieren und aus persönlichen Erwartungen an das Sexualeben wächst.» (Büsing et al., 2001). Sexuelle Zufriedenheit ist ein Konstrukt aus vielen Variablen wie zum Beispiel sexuelles Verlangen, physische Möglichkeiten Sex zu praktizieren, das Gefühl vor, während und nach dem Geschlechtsverkehr oder sexuelle Selbstsicherheit. Studien zur sexuellen Zufriedenheit im Allgemeinen existieren, explizite Studien, welche die sexuelle Zufriedenheit von Frauen mit Vaginismus untersuchen, sind der Autorin bisher nicht bekannt.

Die Ergebnisse für die vorliegende Arbeit untersuchten Studien zeigen, dass die sexuelle Aktivität, Erregung- und Orgasmusfähigkeit von Frauen mit Vaginismus im Vergleich zu Frauen mit Dyspareunie oder anderen Beckenboden Störungen, bessere Werte erzielen

und mit denen von Frauen ohne sexuelle Störungen vergleichbar sind (Briken & Berner, 2013; Hoy et al., 2019; Sprecher, 2002). Die Interviewauswertungen dieser Arbeit bestätigen diese Studienergebnisse. Die Frauen sind genauso wie Frauen ohne Vaginismus Orgasmus und erregungsfähig und haben Möglichkeiten gefunden, ihre Sexualität ohne Penetration auszuleben.

Die Wissenschaft konnte aufzeigen, dass Sexualstörungen Paare in ihrer Beziehung belasten können. Alle drei Betroffenen wie auch die Expertinnen bestätigen diese Aussage, indem sie klar sagen, dass Vaginismus grosse Unsicherheiten zum Beispiel in Bezug auf die Bindungsfähigkeit auslösen kann. Studien aus Indien und dem Iran bestätigen ebenfalls, dass der Vaginismus in Kulturen, in denen die unkonsumierte Ehe zur Scheidung führen kann, eine grosse Belastung für Paare darstellen kann (siehe Kapitel 4.1). Die Ergebnisse dieser vorliegenden Arbeit zeigen, dass Frauen in Partnerschaften, in denen der Vaginismus der Partnerin nicht angenommen wird, stark unter Druck stehen und viele Betroffene eher Depressionen oder Komorbiditäten entwickeln. Deren sexuelle Zufriedenheit ist entsprechend weniger gut. Die Interviews konnten ebenfalls die Ergebnisse aus einer anderen Studie bestätigen, in der gezeigt werden konnte, dass langjährige Paare, die sich mit dem Vaginismus abgefunden und arrangiert haben, eine lebendige Sexualität pflegen. Die Frauen sind genauso erregung- und orgasmusfähig und der Vaginismus stellt sich in diesem Kontext auch als eine Chance dar für ein Paar, die Sexualität auf eine andere Weise wie penetrativ zu erleben. Diese Ergebnisse können auch bei den drei Betroffenen dieser Arbeit und ganz besonders im Falle von Ella beobachtet werden.

Wenn die sexuelle Zufriedenheit der Betroffenen vor und nach einer erfolgreichen Behandlung miteinander verglichen werden, so gibt es eindeutig eine Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit durch die Erreichung der Penetration, welche alle interviewten Personen, Fachexpertinnen und Klientinnen, ausdrücken und bestätigen. Die Penetration stellt eine neue, mögliche Sexualpraktik dar. Schon nur die Tatsache, dass sie das langersehnte Ziel erreicht haben, Stolz auf sich verspüren, dass sie es geschafft und die Kontrolle über ihren Körper zurückgewonnen haben, stellt einen klaren Gewinn dar und eine Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit. Die Möglichkeit der Penetration stärkt ihre Selbstsicherheit sowie weitere Aspekte ihrer Leben im positiven Sinne. Die in den Interviews beschriebenen Glücksgefühle sowie die Erleichterung, von der die Betroffenen erzählen, als die Penetration zum ersten Mal möglich ist, reflektieren diese starke Verbesserung ihrer sexuellen Zufriedenheit. Sie sprechen von einem neuen Lebensabschnitt. In ihren Augen haben sie nun das, was bisher alle ausser sie hatten: normalen Sex. Sie sehen sich als genesen.

Die Fachexpertinnen sehen diese Verbesserung ebenfalls. Sie stellen jedoch in Frage, inwiefern die Penetration die sexuelle Zufriedenheit, im qualitativen Sinne, verbessert hat.

Eine qualitative Verbesserung wäre, wenn die Erotisierung der Vagina und der Penetration angeeignet worden wäre. So bleibt die Penetration in den meisten Fällen rein funktional. An dieser Stelle ergänzen aber auch die Expertinnen, dass die Erotisierung der Vagina kein Ziel ist, dass die Betroffenen formulieren oder verfolgen und merken ebenfalls an, dass dieses Ziel selten, auch bei anderen Patientinnen in der Sexualberatung, verfolgt wird. Ist das Ziel der Penetration erreicht, sind die Frauen zufrieden. Bei keiner der Fachexpertinnen kamen Frauen, die eine Behandlung erfolgreich abgeschlossen hatten, wieder aufgrund eines Rückfalls oder mit dem Wunsch, besseren Sex zu haben. Sehr wohl beobachten Kaplan und auch Fürer, dass ein Grossteil der Frauen nach der Behandlung weiterhin Schmerzen und leichte Angstphobien verspüren. Der Unterschied vor und nach der Behandlung ist aber klar: Sie wissen nun, wie sie damit umgehen und ihren Beckenboden steuern können.

7.4 Limitationen

Auch wenn diese Arbeit über Vaginismus wichtige Daten liefert und Aspekte aus Grossstudien und der Fachliteratur bestätigt, ist eine Verallgemeinerung oder Bestätigung von Thesen nicht möglich. Die Stichprobe mit vier Expertinnen und drei Betroffene ist stark limitiert und die Ergebnisse sind nicht repräsentativ. Die Stichprobe ist dafür zu heterogen. So sind beispielsweise Alter, Bildungsniveau und Herkunftsländer in einem ähnlichen kulturellen Kontext. Aus der vorliegenden Arbeit ergeben sich zwei Herausforderungen, welche die Limitierung dieser Arbeit aufzeigen.

Erstens sollte die Vaginismus Behandlung auf somatischer und kognitiver Ebene angesprochen werden. Diesen Spagat schaffen wenige Studien und oftmals wird nur ein Behandlungsansatz und einer dieser Aspekte beleuchtet. Dazu kommt, dass Grossstudien mit Kontrollgruppe fehlen und so einen Vergleich der Studien erschweren. Zweitens ist die Definition der sexuellen Zufriedenheit sehr breit gefasst und es existiert bis heute keine allgemeingültige Definition dafür. Ausführliche Studien fehlen weitgehend.

Die vorliegende Arbeit hat aber ebenfalls mehrere Stärken. Durch persönliche Befragung wurden die individuellen Erfahrungen der Betroffenen erhoben. Die Arbeit gibt dadurch einen wertvollen Einblick in den Alltag, den Behandlungsprozess und die Sexualität der Betroffenen, vor, während und nach der Behandlung. Es konnten praxisnahe Erfahrungen aus zwei unterschiedlichen Behandlungsansätzen, die Sicht der Expertinnen sowie die Erfahrungen der Betroffenen gesammelt werden. Durch die Breite des gewählten Themas konnten somit verschiedene Aspekte beleuchtet werden, durch den vorgegebenen Umfang fehlt jedoch die Möglichkeit, tiefer in die Thematik einzutauchen. Die gewonnenen Ergebnisse wer-

fen weitere Fragen auf, die in zukünftigen Arbeiten und Studien beantwortet werden können. Diese Limitationen sollen in erster Linie ein Ansporn sein, sich intensiver mit der Thematik Vaginismus und den damit verbundenen Sexualtherapien auseinanderzusetzen.

7.5 Ausblick – Implikationen für die Forschung

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass in den letzten zwanzig Jahren wenig Grossstudien in Bezug auf ganzheitliche Therapieformen bei Vaginismus publiziert wurden. Durch die ineinanderfließenden Krankheitsbilder ist es schwierig, Vaginismus zu diagnostizieren und saubere Kontrollgruppen zu definieren. Die neue Klassifikation von Vaginismus als Genito-Pelvine Schmerzen-Penetrationsstörung im DSM-5 soll unter anderem dazu verhelfen, das Störungsbild genauer zu definieren und somit eine klarere Abgrenzung zu erreichen. Die neue Namensgebung beinhaltet die wichtigsten Erkennungsmerkmale der Störung und sie erscheint passend. Sie ist ebenfalls lang, sperrig und umständlich. Ob diese neue Klassifikation helfen wird, Studien besser miteinander zu vergleichen, wird sich zeigen. Denn die Schwierigkeit, die verschiedenen Vaginismus Typen voneinander zu unterscheiden, ist durch die neue Klassifikation nicht behoben und die Diagnostik und Auswahl der Stichproben bleiben ein schwieriges Unterfangen. Zukünftige Studien werden Auskunft geben, welche Therapieformen und Behandlungsansätze langfristig am effektivsten sind.

7.6 Ausblick – Implikationen für zukünftige Praxis

Vaginismus betrifft und beeinflusst neben der Sexualität weit mehr Aspekte vom Leben einer Betroffenen und die Bezeichnung 'sexuelle Funktionsstörung' greift zu kurz. Dass unter Sexualität immer noch hauptsächlich die vaginale Penetration verstanden wird, beeinflusst und prägt das Selbstbild der Frauen. Langsam findet aber auch ein Umdenken statt und es gibt Vorschläge, dass auch die aufnehmende Rolle im Geschlechtsverkehr aktiver dargestellt wird. Wörter wie 'vagina envelopping penis' als Gegenstück zu 'penis in vagina' oder 'Circlusion' im Sinne von umschliessen oder überstülpen werden dazu vorgeschlagen. Da die meisten Betroffenen eine aktive Sexualität haben, könnte dieser Aspekt interessant sein, damit die Frauen einen Perspektivenwechsel erleben können. In Zukunft wird es wichtig sein, die Behandlungen interdisziplinär zu gestalten, damit Körper und Psyche angesprochen werden und nicht nur die Funktionalität sichergestellt wird. Nur so kann ein Verständnis für den Vaginismus als Schutzreaktion und Ressource entwickelt und erfolgreich behandelt werden. Ohne diesen zusätzlichen Schritt, bleibt die Penetration eine rein gewonnene zusätzliche Funktionalität.

7.7 Reflexion in Bezug auf die Sexualberatung von Frauen mit Vaginismus

Die folgenden Punkte fassen die für die Autorin wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit für die Sexualberatung zusammen. Diese Übersicht beantwortet ebenfalls die letzte Leitfrage (Nummer 10, siehe Kapitel 1.3): Welche Erkenntnisse können aus den Befragungen für eine erfolgreiche Behandlung gewonnen werden?

- Vaginismus ist behandelbar. Die Vaginismus Behandlung braucht Zeit, damit sich die Muster, die seit Jahren bestehen, verändern können. Der Alltag mit Vaginismus ist körperlich, mental, emotional anstrengend und die Therapie auch finanziell belastend.
- Vaginismus ist weit verbreitet (5- 17 %) und eine der drei meistvorkommenden sexuellen Störungen der Frau. Die Störung ist bisher wenig erforscht, im Gesundheitswesen und in der Bevölkerung wenig bekannt. Bis zur Diagnose können Jahre vergehen.
- Gefühle wie Scham, Angst, Schmerzen und Unsicherheiten können sich über die Jahre verstärken, phobische Ausmaße annehmen und den Vaginismus verstärken.
- Vaginismus kann in der Therapie als Ressource betrachtet werden.
- Übt eine Klientin nicht, ist dies ein Zeichen einer Vermeidungsstrategie. Dahinter steckt meistens Angst. Diese muss adressiert werden.
- Frauen, welche in einer langjährigen Partnerschaft sind und verständnisvolle Partner*innen haben, finden meist kreative Wege, um eine lebendige Sexualität zu führen. Sie pflegen einen guten Austausch und leiden weniger unter dem Vaginismus. Verständnisvolle Partner*innen können in die Behandlung mitintegriert werden, was eine zusätzliche Motivation für die Patientin darstellen kann.
- Betroffene sind im Vergleich zu Frauen ohne sexuelle Funktionsstörungen genauso orgasmus- und erregungsfähig und pflegen eine aktive Sexualität. Ihre sexuelle Zufriedenheit ist, im Vergleich mit anderen sexuellen Störungen, sogar höher.
- Frauen mit Vaginismus, die in die Beratung kommen, sind motiviert an ihrem Problem zu arbeiten. Es ist wichtig zu klären, welches Bedürfnis hinter ihrem Ziel steht.
- Betroffene brauchen jemanden, der sie begleitet, an sie glaubt, sie motiviert und ihnen glaubhaft macht, dass sie die Behandlung erfolgreich abschließen können.
- Da Vaginismus ein Zusammenspiel von Körper und Psyche ist, empfiehlt es sich, von einer reinen Symptombehandlung abzusehen, beides anzusprechen und die Dualität der Störung auf psychischer und körperlicher Ebene anzusprechen.
- Wird eine Behandlung erfolgreich abgeschlossen (mögliche Penetration), kann man davon ausgehen, dass die Frauen keinen Rückfall erleben. Es wird angenommen, dass die Penetration funktional bleibt und gezielt praktiziert, wird, zum Beispiel dem Partner zuliebe, um Nähe zu verspüren oder Kinder zu zeugen.

Schlusswort

«Behält doch eure Missionarsstellung. Ich bin dann mal drüben und erfinde 10'000 andere Arten, wie ich zum Orgasmus komme.» Lara Parker

Das Verfassen dieser Masterarbeit hat mir viele neue Erfahrungen ermöglicht. Ich bin sehr dankbar, dass ich mich so intensiv und über mehrere Monate mit einem Thema auseinandersetzen durfte, welches mich so interessiert. Für dieses Bewusstsein sowie für das Privileg, eine schmerz- und angstfreie Sexualität erleben zu dürfen, verspüre ich eine grosse Dankbarkeit.

Die Literatur beschreibt die qualitative Forschung als einen Prozess, den ich ganz klar erlebt habe. Einerseits war da der Prozess der Datensammlung, der Vorbereitung und Durchführung der Interviews sowie der Auswertung. MAXQDA hat sich bei der Fülle der Daten als sehr hilfreich erwiesen und geholfen, eine Struktur reinzubringen und Themenschwerpunkte ersichtlich zu machen. Jeder Durchgang brachte neue Aspekte und Details zum Vorschein, die Thematik faszinierte mich mehr und mehr. Dieser Arbeitsprozess wie auch die ganze Masterarbeit war lehrreich, interessant und auf den unterschiedlichsten Ebenen, eine neue Selbsterfahrung.

An diesem Punkt angelangt, fühle ich mich heute dankbar für die vielen neuen Erfahrungen, Begegnungen und all das Wissen, dass ich angesammelt habe. Ich bin stolz, dass ich so weit gekommen bin, denn auch meine Reise durch diese Arbeit war ein Prozess mit einigen Höhen und Tiefen. An dieser Stelle möchte ich es nicht unterlassen, ein grosses Dankeschön an meine Familie und Freund*innen auszusprechen, die mich unterstützt, motiviert und an mich geglaubt haben. Ein besonderes Dankeschön geht an Andrea, Lea und Fux. Mit grosser Neugier und Vorfreude schreite ich einen Schritt weiter in Richtung berufliche Selbständigkeit und freue mich ganz besonders auf die Arbeit mit Vaginismus Betroffenen in meiner sexologischen Praxis, um mein Wissen teilen zu dürfen. Es gibt viel zu tun, aber ich bin zuversichtlich, dass die Themen Vaginismus und Sexualität in Zukunft weniger schambehaftet sein werden und mehr darüber gesprochen wird, denn es gibt Hilfestellungen. Sex ist gesund und Sexualität sollte niemals ein Privileg sein.

Zürich, August 2022

Literaturverzeichnis

- Amherd, C. (2011). *Wenn die Liebe schmerzt: ein Selbsthilfebuch für Frauen, die unter Schmerzen beim Sex leiden*. Books on Demand GmbH.
- Badiane, M. N. (n.d.). *Je gueris du Vaginisme*. <https://jeguerisduvaginisme.com/>
- Beier, K., Bosinski, H., Loewit, K., & Ahlers, C. (2005). *Sexualmedizin : Grundlagen und Praxis*. Elsevier, Urban & Fischer.
- Beier, K. M., & Loewit, K. (2004). Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Therapiekonzept der Sexualmedizin. In *Sexuologie* (Issue 10).
- Beier, K. M., & Loewit, K. K. (2011). *Praxisleitfaden Sexualmedizin - Von der Theorie zur Therapie*.
- Bergeron, S., Corsini-Munt, S., Aerts, L., Rancourt, K., & Rosen, N. O. (2015). Female Sexual Pain Disorders: a Review of the Literature on Etiology and Treatment. *Current Sexual Health Reports*, 7(3), 159–169. <https://doi.org/10.1007/s11930-015-0053-y>
- Bergeron, S., Morin, M., & Lord, M.-J. (2010). Integrating pelvic floor rehabilitation and cognitive-behavioural therapy for sexual pain: what have we learned and where do we go from here? *Sexual and Relationship Therapy*, 25(3), 289–298. <https://doi.org/10.1080/14681994.2010.486398>
- Binik, Y. M. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 278–291. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9560-0>
- 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>
- Binik, Y. M., Reissing, E., Pukall, C., Flory, N., Payne, K. A., & Khalifé, S. (2002). The female sexual pain disorders: Genital pain or sexual dysfunction? *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 425–429. <https://doi.org/10.1023/A:1019892125163>
- Bischof-Campbell, A. (2012). Das sexuelle Erleben von Frauen als Spiegel ihres sexuellen Verhaltens. *Masterarbeit*. http://www.ziss.ch/studie/masterarbeit_bischof-campbell_kl.pdf
- Bischof, K. (2010). Vaginismus und Dyspareunie der Frau. In *Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis*.

- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy (2nd Ed.)*, January, 83–111. <https://doi.org/10.1037/12075-003>
- Briken, P. (Hrsg. ., & Berner, M. (2013). *Praxisbuch sexuelle Störungen : sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen*. Thieme.
- Brown, C. (2013). *Recommendations for best-practice interdisciplinary management of women with vaginismus* (Issue April). School of Physical and Occupational Therapy.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinproduktion Deutschland. (2021). Deutsches Bundesministerium Für Gesundheit. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>
- Büsing, S., Hoppe, C., & Liedtke, R. (2001). Sexuelle zufriedenheit von frauen - Entwicklung und ergebnisse eines fragebogens. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51(2), 68–75. <https://doi.org/10.1055/s-2001-10757>
- Çankaya, S., & Aslantaş, B. N. (2022a). Determination of Dyadic Adjustment, Marriage and Sexual Satisfaction as Risk Factors for Women with Lifelong Vaginismus: A Case Control Study. *Clinical Nursing Research*, 31(5), 848–857. <https://doi.org/10.1177/10547738211046136>
- Çankaya, S., & Aslantaş, B. N. (2022b). Determination of Sexual Attitude, Sexual Self-Consciousness, and Sociocultural Status in Women With and Without Lifelong Vaginismus: A Case-Control Study. *Clinical Nursing Research*. <https://doi.org/10.1177/10547738221103334>
- Cartagena-Ramos, D., Fuentealba-Torres, M., Rebutini, F., Leite, A. C. A. B., Alvarenga, W. D. A., Arcêncio, R. A., Dantas, R. A. S., & Nascimento, L. C. (2018). Systematic review of the psychometric properties of instruments to measure sexual desire. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0570-2>
- Chaffai, I., Desjardins, L., Gourier, J., Le Coguic, E., Galzin, M., Berger, J., Pedrazzoli Président Michèle Bonal, J., Benoist, P., Pedrazzoli, Y., Roux-Deslandes Roland Nicolas, C., Tremblay, M., Bischof, K., & Le Coguic, E. (2013). Santé Sexuelle. La revue de l'institution Sexocorporel Internation Jean-Yves Desjardins. *Santé Sexuelle*, 11. www.sexocorporel.com
- Christensen, B. S., Grønbæk, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M.

- (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 40(1), 121–132.
<https://doi.org/10.1007/s10508-010-9599-y>
- Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia. *JAMA*, 311(15), 1547.
<https://doi.org/10.1001/jama.2014.3266>
- Clement, U. (2016). *Systemische Sexualtherapie* (Klett-Cotta (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>
- Dekker, A., Matthiesen, S., Cerwenka, S., & Briken, P. (2020). Gesundheit, sexuelle Aktivität und sexuelle Zufriedenheit. *Deutsches Arzteblatt International*, 117(39), 645–652. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0645>
- Deliktas Demirci, A., & Kabukcuoglu, K. (2020). “Being a Woman” in the Shadow of Vaginismus: The Implications of Vaginismus for Women. *Current Psychiatry Research and Reviews*, 15(4), 231–236.
<https://doi.org/10.2174/2666082215666190917153811>
- Drimalla, E. (2021). *Sexuelle Funktionsstörungen: Leitfaden für die Psychotherapie und ärztliche Praxis* [Book].
https://books.google.com/books?hl=de&lr=&id=IrsLEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=wirksamkeit+tiefenpsychologische+psychotherapie&ots=o4gkuyhK1M&sig=fWB1oftAUqj43IvISU0k_IPzKss
- Ferreira, J. R., & Souza, R. P. (2012). Botulinum Toxin for Vaginismus Treatment. *Pharmacology*, 89(5–6), 256–259. <https://doi.org/10.1159/000337383>
- Frauchiger, M. (1997). *Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren*.
<https://www.psychotherapeut-bern.ch/wirkfaktoren.htm>
- Gehring, D., & Chan, A. W. C. (2001). Group therapy—a useful treatment modality for women diagnosed with primary and secondary vaginismus. *Journal of Sex Education and Therapy*, 26(1), 59–67. <https://doi.org/10.1080/01614576.2001.11074383>
- Ghaderi, F., Bastani, P., Hajebrahimi, S., Jafarabadi, M. A., & Berghmans, B. (2019). Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *International Urogynecology Journal*, 30(11), 1849–1855.
<https://doi.org/10.1007/s00192-019-04019-3>
- Goldstein, A. T., Pukall, C. F., & Goldstein, I. (2009). Female Sexual Pain Disorders. In A. T. Goldstein, C. F. Pukall, & I. Goldstein (Eds.), *Female Sexual Pain Disorders*.

Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781444308136>

Goldstein, A. T., Pukall, C. F., Goldstein, I., Krapf, J. M., Goldstein, S. W., & Goldstein, G. (2020). Female Sexual Pain Disorders. In A. T. Goldstein, C. F. Pukall, I. Goldstein, J. M. Krapf, S. W. Goldstein, & G. Goldstein (Eds.), *Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management, Second Edition*. Wiley.

<https://doi.org/10.1002/9781119482598>

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie* (Hogrefe Ve) [Book]. Hogrefe Verlag, Göttingen.

Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie Im Wandel - Von Der Konfession Zur Profession. *Psychiatrische Praxis*, 21(6), 238–242.

Greif, S., Schmidt, F., & Thamm, A. (2012). Warum und wodurch Coaching wirkt.

Organisationsberatung, Supervision, Coaching, 19(4), 375–390.

<https://doi.org/10.1007/s11613-012-0299-4>

Grune, K. (2020). *Mind the gap. The truth about desire and how to futureproof your sex life*. Headline Publishing Group.

Haarig, F. (2019). Diagnostik und Klassifikation. In *Demenz und Depression* (pp. 46–53).

Vincentz Network. <https://doi.org/10.1515/9783748602477-011>

Hamm, A. O., & Richter, J. (2020). Spezifische Phobien. In *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (pp. 1141–1157). Springer Berlin Heidelberg.

https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_50

Haning, R. V., O'Keefe, S. L., Randall, E. J., Kommor, M. J., Baker, E., & Wilson, R. (2007). Intimacy, Orgasm Likelihood, and Conflict Predict Sexual Satisfaction in Heterosexual Male and Female Respondents. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33(2), 93–113. <https://doi.org/10.1080/00926230601098449>

Hartmann, U. (2018). Sexualtherapie. In U. Hartmann (Ed.), *Sexualtherapie*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54415-0>

Hauch, M. (2006). *Paartherapie bei sexuellen Störungen : das Hamburger Modell : Konzept und Technik* (M. Hauch (Ed.)) [Book]. Thieme.

Hauch, M. (2020). *Paartherapie bei sexuellen Störungen : das Hamburger Modell : Konzept und Technik* (M. Hauch (Ed.); 3. Auflage) [Book]. Thieme.

Hensel, D. J., von Hippel, C. D., Lapage, C. C., & Perkins, R. H. (2021). Women's techniques for making vaginal penetration more pleasurable: Results from a nationally representative study of adult women in the United States. *PLOS ONE*,

- 16(4), e0249242. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249242>
- Historie der Dokumentation. (2005). In *Dokumentations- und Ordnungslehre* (pp. 357–366). Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/3-540-27518-5_38
- Hoy, M., Strauß, B., & Brenk-Franz, K. (2019). Psychosexual predictors of sexual function and satisfaction among women: Online survey of a random sample in young and middle adulthood. *Psychotherapeut*, 64(2), 99–105. <https://doi.org/10.1007/s00278-019-0338-0>
- Hoyer, J., & Velten, J. (2017). Sexuelle Funktionsstörungen: Wandel der Sichtweisen und Klassifikationskriterien. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(9), 979–986. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2597-7>
- Jindal, U. N., & Jindal, S. (2010). Use by gynecologists of a modified sensate focus technique to treat vaginismus causing infertility. *Fertility and Sterility*, 94(6), 2393–2395. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.03.071>
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. (Brunner/Ma). Brunner/Mazel.
- Kayir, A., & Aslantaş Ertekin, B. (2012). Vaginismus – ein geteiltes Geheimnis. *Zeitschrift Für Psychodrama Und Soziometrie*, 11(1), 51–69. <https://doi.org/10.1007/s11620-011-0139-0>
- Kiremitli, S., & Kiremitli, T. (2021). Examination of Treatment Duration, Treatment Success and Obstetric Results According to the Vaginismus Grades. *Sexual Medicine*, 9(5), 100407. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100407>
- Klein, V., Laan, E., Brunner, F., & Briken, P. (2022). Sexual Pleasure Matters (Especially for Women) — Data from the German Sexuality and Health Survey (GeSiD). *Sexuality Research and Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/S13178-022-00694-Y>
- Küppers, V. (2019). Was bei Patientinnen mit Vulvo- oder Vestibulodynie zu beachten ist. *Gynäkologie + Geburtshilfe*, 24(1), 24–28. <https://doi.org/10.1007/s15013-019-1644-x>
- Kurban, D., Eserdag, S., Yakut, E., & Mishra, P. C. (2021a). The treatment analysis of the patients suffering from vaginismus and the correlation with the psychological issues. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 10(4), 1328. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20211107>
- Kurban, D., Eserdag, S., Yakut, E., & Mishra, P. C. (2021b). The treatment analysis of the patients suffering from vaginismus and the correlation with the psychological issues. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*,

- 10(4), 1328. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20211107>
- 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>
- 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>
- Lambert, M. J. (2010). "Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome." In *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy (2nd ed.)*. (pp. 239–266). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-008>
- Lamont, G., Hochschulbibliotheken, S., Nationallizenz, S., Materials, S. W. I., Konsortium, C., Hauptbibliothek, U. Z. H., Rechnungseingang, Z., Cons, S. W. I. J., & Hochschulbibliotheken, S. (2021). *Table 1 Classification of vaginismus. 3000590661, 2–3.*
- 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)
- Lee, J. T., Hu, Y. L., Meston, C. M., Lin, H. H., & Tseng, H.-M. (2019). The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W): Adaptation and Validation of a Traditional Chinese Version in Taiwan. *Journal of Sex & Marital Therapy, 45*(3), 179–189. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1494649>
- Levine, S. B. (1992). *Clinical life: a clinicians guide*.
- Lipshultz, L. I., Pastuszak, A. W., Goldstein, A. T., Giralddi, A., & Perelman, M. A. (2016). Management of Sexual Dysfunction in Men and Women. In L. I. Lipshultz, A. W. Pastuszak, A. T. Goldstein, A. Giralddi, & M. A. Perelman (Eds.), *Management of Sexual Dysfunction in Men and Women: An Interdisciplinary Approach*. Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3100-2>
- Marhenke, T. (2020). *Sexuelle Störungen*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-32169-7>
- Mark, K. P., Herbenick, D., Fortenberry, J. D., Sanders, S., & Reece, M. (2014). A Psychometric Comparison of Three Scales and a Single-Item Measure to Assess

- Sexual Satisfaction. *The Journal of Sex Research*, 51(2), 159–169.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2013.816261>
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy (1. Aufl.)*. (B. Little (Ed.); Little, Br). Little, Brown.
- Masters, W. H. (1966). *Human sexual response* (V. E. Johnson (Ed.); 5th print.) [Book]. J. and A. Churchill.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.) [Unknown]. Beltz.
- McEvoy, M., McElvaney, R., & Glover, R. (2021). Understanding vaginismus: a biopsychosocial perspective. *Sexual and Relationship Therapy*, 1–22.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2021.2007233>
- Melnik, T., Hawton, K., & McGuire, H. (2012). Interventions for vaginismus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001760.pub2>
- Meston, C. M., & Bradford, A. (2007). Sexual dysfunctions in women. In *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol. 3, pp. 233–256). Annu Rev Clin Psychol.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091507>
- Meston, C. M., Freihart, B. K., Handy, A. B., Kilimnik, C. D., & Rosen, R. C. (2020). Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? *The Journal of Sexual Medicine*, 17(1), 17–25.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.007>
- Meston, C., & Trapnell, P. (2005). ORIGINAL RESEARCH—OUTCOMES ASSESSMENT: Development and Validation of a Five-Factor Sexual Satisfaction and Distress Scale for Women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *The Journal of Sexual Medicine*, 2(1), 66–81. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20107.x>
- Mitchell, K. R., Mercer, C. H., Ploubidis, G. B., Jones, K. G., Datta, J., Field, N., Copas, A. J., Tanton, C., Erens, B., Sonnenberg, P., Clifton, S., Macdowall, W., Phelps, A., Johnson, A. M., & Wellings, K. (2013). Sexual function in Britain: Findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382(9907), 1817–1829. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62366-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62366-1)
- Muammar, T., McWalter, P., Alkhenizan, A., Shoukri, M., Gabr, A., & AIDanah Bin Muammar, A. (2015). Management of vaginal penetration phobia in Arab women: A retrospective study. *Annals of Saudi Medicine*, 35(2), 120–126.

<https://doi.org/10.5144/0256-4947.2015.120>

Neijenhuijs, K. I., Hooghiemstra, N., Holtmaat, K., Aaronson, N. K., Groenvold, M., Holzner, B., Terwee, C. B., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2019). The Female Sexual Function Index (FSFI)—A Systematic Review of Measurement Properties. *The Journal of Sexual Medicine*, *16*(5), 640–660.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.001>

netdoktor.at ICD-10- Internationale statistische Klassifikation. (2021). Netdoktor.At.
<https://www.netdoktor.at/krankheit/icd-10-internationale-statistische-klassifikation-der-krankheiten-und-verwandter-gesundheitsprobleme-299379>

Nora. (2022). *the vag stories*. Spotify.

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., Babb, C. R., Polio, A., Nelson, C. E., Goekeler, C. E., & Holmes, L. N. (2019). Case Series: Redefining Severe Grade 5 Vaginismus. *Sexual Medicine*, *7*(4), 489–497. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.07.006>

Parvin, T. (2016). *Development of an Inventory of Sexual Satisfaction* [University of Dhaka]. <http://repository.library.du.ac.bd:8080/handle/123456789/531>

Peterson, Z. D., & Muehlenhard, C. L. (2007). What Is Sex and Why Does It Matter? A Motivational Approach to Exploring Individuals' Definitions of Sex. *Journal of Sex Research*, *44*(3), 256–268. <https://doi.org/10.1080/00224490701443932>

Plus, H. V. (2021). *Studienbericht "HelloBetter Vaginismus Plus."* <https://helloworldbetter.de/wp-content/uploads/2021/10/Studienbericht-Vaginismus-Plus.pdf>

Ramanathan, V., Gautham, K., & Ramasubramaniam, U. M. (2022). Common Pitfalls in the Management of Vaginismus in Couples With Subfertility in India. *Journal of Psychosexual Health*, *4*(2), 133–137. <https://doi.org/10.1177/26318318221089600>

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.0000007458.32852.c8>

Richter, D. (2014). *Diagnostische Verfahren in der Sexualwissenschaft* (E. Brähler & B. Strauß (Eds.); 1. Aufl.) [Unknown]. Hogrefe Verlag Göttingen.

- Rosen, R. C. (2000). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Current Psychiatry Reports*, 2(3), 189–195. <https://doi.org/10.1007/s11920-996-0006-2>
- Rosen, R. C., & Bachmann, G. A. (2008). Sexual Well-Being, Happiness, and Satisfaction, in Women: The Case for a New Conceptual Paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 291–297. <https://doi.org/10.1080/00926230802096234>
- Santos-Iglesias, P. (2022). Test and Measurement in Sexology Research: A Critical Approach. *The Journal of Sexual Medicine*, 5–7. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.05.001>
- Schultz, W. W., Basson, R., Binik, Y., Eschenbach, D., Wesselmann, U., & Van Lankveld, J. (2005). Women's sexual pain and its management. *Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 301–316. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20347.x>
- Sigusch, V. (2006). *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Georg Thieme Verlag.
- Simons, J. S., & Carey, M. P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 30(2), 177–219. <https://doi.org/10.1023/A:1002729318254>
- Spector, I. P., & Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior*, 19(4), 389–408. <https://doi.org/10.1007/BF01541933>
- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *The Journal of Sex Research*, 39(3), 190–196. <https://doi.org/10.1080/00224490209552141>
- Svedhem, C., Eckert, G., & Wijma, B. (2013). Living with genito-pelvic pain/penetration disorder in a heterosexual relationship: An interpretative phenomenological analysis of interviews with eight women. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(4), 336–349. <https://doi.org/10.1080/14681994.2013.844785>
- Tessa Crowley, Daniel Richardson, D. G. (2006). Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. *International Journal of STD & AIDS*, 17(1), 14–18. <https://doi.org/10.1258/095646206775220586>
- Traeen, B. (2008). When sex becomes a duty. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(1), 61–84. <https://doi.org/10.1080/14681990701724758>
- Velayati, A., Jahanian Sadatmahalleh, S., Ziaei, S., & Kazemnejad, A. (2019). Can Botox Offer Help Women With Vaginismus? A Systematic Review and Meta-Analysis.

International Journal of Sexual Health, 31(3), 233–243.

<https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1616029>

- Velayati, A., Jahanian Sadatmahalleh, S., Ziaei, S., & Kazemnejad, A. (2022). Psychological Predictors of Sexual Quality of Life Among Iranian Women With Vaginismus: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Sexual Health*, 34(1), 81–89. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1954576>
- Velten, J. (2018). Sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen. In *Sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02837-000>
- Vogt, S., & Werner, M. (2014). *Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse*. https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjwN_epuPJAhVL1xoKHQkZDmMQFggeMAA&url=http://docplayer.org/3324186-Forschen-mit-leitfadeninterviews-und-qualitativer-inhaltsanalyse.html&usg=AFQjCNF31caJbhcPu
- Ward, E., & Ogden, J. (2010). Commentary on experiencing vaginismus: sufferers' beliefs about causes and effects. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(4), 429–433. <https://doi.org/10.1080/14681994.2010.511644>
- Watts, G., & Nettle, D. (2010). The Role of Anxiety in Vaginismus: A Case-Control Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 143–148. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01365.x>
- Weinberger, J. M., Houman, J., Caron, A. T., & Anger, J. (2019). Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review of Outcomes Across Various Treatment Modalities. *Sexual Medicine Reviews*, 7(2), 223–250. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.004>
- World Health Organization. (2019). *WHO ICD-10 on Vaginismus*. WHO. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F52.5>
- World Health Organization. (2021). *WHO ICD-11 on Schmerzen an der Vulva, ...* <http://id.who.int/icd/entity/799568625>
- Wörz, R. (2019). Differenzierte Schmerztherapie mit Antidepressiva. *Schmerzmedizin*, 35(4), 18–21. <https://doi.org/10.1007/s00940-019-1113-6>
- Yaraghi, M., Ghazizadeh, S., Mohammadi, F., Ashtiani, E. M., Bakhtiyari, M., Mareshi, S. M., Sarfjoo, F. S., & Eftekhar, 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. *International Urogynecology Journal*, 30(11), 1821–1828. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3836-7>

Yeh, H.-C., Lorenz, F. O., Wickrama, K. A. S., Conger, R. D., & Elder, G. H. (2006). Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 339–343. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.339>

Zarski, A. C., Berking, M., Fackiner, C., Rosenau, C., & Ebert, D. D. (2017). Internet-Based Guided Self-Help for Vaginal Penetration Difficulties: Results of a Randomized Controlled Pilot Trial. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 238–254. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.232>

Zgueb, Y., Ouali, U., Achour, R., Jomli, R., & Nacef, F. (2019). Cultural aspects of vaginismus therapy: A case series of Arab-Muslim patients. *Cognitive Behaviour Therapist*, 12. <https://doi.org/10.1017/S1754470X18000119>

Zulfikaroglu, E. (2020). Patient's characteristics and outcome of therapy in vaginismus: a single-center report of nine-year experience. *Sexual and Relationship Therapy*, 0(0), 1–13. <https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1722991>

Anhang

- Anhang I: Einverständniserklärung Interview Betroffene
 - Anhang II: Einverständniserklärung Interview Expertinnen
 - Anhang III: Leitfaden Experteninterview
 - Anhang IV: Leitfaden für Interviews mit betroffenen Frauen
 - Anhang V: Details zu den Interviews
 - Anhang VI: Exzerpte aus den Interviews
 - Anhang VII: Kodierleitfaden
 - Anhang VIII: Pacik-Lamont Skala
 - Anhang IX: Beckenbodenmuskulatur Querschnitt
 - Anhang X: USB Stick mit den vollständigen Interviewtranskripten
- Selbständigkeitserklärung

Anhang I: Einverständniserklärung Interview Betroffene (DE und ENG)

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Masterarbeit

Vaginismus und Behandlungsansätze

Wirkfaktoren zur Genesung eines Vaginismus sowie der Zustand sexueller Zufriedenheit vor und nach einer Behandlung, aufgezeigt anhand zwei unterschiedlicher Behandlungsansätze sowie qualitativer Befragungen von Fachleuten und betroffener Frauen nach erfolgreicher Behandlung

- Ich wurde von der unterzeichnende Interviewleiterin mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf der Studie sowie über die zu erwartenden Wirkungen, über möglich Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.
- Während dem Gespräch wird auf die Nennung von Vor- und Nachnamen verzichtet.
- Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden.
- Ich hatte genügend Zeit, um die Entscheidung zu treffen, an der Studie teilzunehmen.
- Ich weiss, dass meine persönlichen Daten nur in anonymisierter und pseudonymisierter Form gespeichert werden. Bis zum 30.05.2022 kann das Löschen der Daten per E-Mail an sarah@sarah-graf.ch verlangt werden.
- Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir deswegen Nachteile entstehen.
- Im Interesse meiner Gesundheit kann mich die Interviewende Person jederzeit von der Studie ausschliessen.

Zürich, den _____

Vor- und Nachname

(in Druckbuchstaben)

Unterschrift

Name Interviewerin

(in Druckbuchstaben)

Unterschrift

Declaration of consent

For participation in an interview as part of the master thesis

Vaginismus and treatment approaches

Factors influencing the recovery from vaginismus and the state of sexual satisfaction before and after treatment, shown based on two different treatment approaches as well as qualitative interviews with professionals and affected women after successful treatment

- I was informed verbally and in writing by the undersigned interview leader about the aims, the procedure of the study as well as the expected effects, possible advantages and disadvantages and as possible risks.
- During the interview, first and last names will not be mentioned.
- My questions in relation with participation in this study were answered satisfactorily.
- I have had sufficient time to make the decision to participate in the study.
- I know that my personal data will only be stored in anonymized and pseudonymized form. Until 30.05.2022, the deletion of the data can be requested by sending an e-mail to sarah@sarah-graf.ch.
- I am participating in this study voluntarily. I can withdraw my consent to participate at any time and without giving reasons, without incurring any disadvantages as a result.
- In the interest of my health, the interviewer may exclude me from the study at any time.

Zurich, _____

First and last name

Signature

Name interviewer

Signature

Anhang III: Leitfaden Experteninterview

Qualitative Forschung

Vaginismus und Behandlungsansätze

Wirkfaktoren zur Genesung eines Vaginismus sowie der Zustand sexueller Zufriedenheit vor und nach einer Behandlung, aufgezeigt anhand zwei unterschiedlicher Behandlungsansätze sowie qualitativer Befragungen von Fachleuten und betroffener Frauen nach erfolgreicher Behandlung

ABLAUF

Vor dem Interview

Herzlich willkommen heissen, für Zeit und Einsicht in die Geschichte bedanken. Kurz eigene Person vorstellen - Sarah Graf, 40, angehende Sexologin und Studentin am ISP Uster. Thema im Rahmen meines Studiums kennengelernt und grosses Interesse am Thema entwickelt durch die Vielschichtigkeit und Störungsprofil.

Ziel und Inhalt der Forschungsarbeit

Ich: meine Motivation zur Masterarbeit. Frauen mit Vaginismus 4-5 Sätze vorformulieren. Neue Sicht auf die Thematik bekommen, indem die Wirkfaktoren in der Therapie welche, aus Sicht der EX Betroffenen, geholfen haben, den Vaginismus zu überwinden. Und da mich die Sexualität ganz besonders interessiert, stellt sich auch die Frage, wie die sexuelle Zufriedenheit vor und nach Überwindung des Vaginismus ist.

Danken für die Zeit!

Struktur und Ablauf erklären

Statistische Fragen zu Beginn, Zeitumfang 60 Minuten, Einwilligung Aufnahmegerät und Notizen, Anonymitätsfrage klären, alles klar? Aufnahme beginnen.

Struktur des Interviews indem in der Hälfte des Interviews kurze Info und / oder auch sichtbar machen mit Flipchart.

Einverständniserklärung erklären und Rechte der Befragten erläutern

Anonyme Behandlung der Daten: «Diese Audiodaten dieses Interviews werden aufgezeichnet, verschriftlich, anonymisiert und aggregiert. Die Ergebnisse werden im Rahmen der Forschungsarbeit an der Universität HS Merseburg / ISP Uster aufbereitet. Vorn allen anderen Endgeräten werden die Aufzeichnungen nach Fertigstellung der Studie gelöscht. Niemand ausserhalb des Raumes wird Rückschlüsse zu ihrer Person machen können.».

Einverständnis einholen: «Ich möchte unser Gespräch aufzeichnen und hoffe das das ok ist. Sind Sie damit einverstanden, dass ich unser Gespräch zu Auswertungszwecken aufzeichne? Ich kann Ihnen hierbei versichern, dass die Anonymität gewahrt bleibt und daher keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind.»

Frage bei den Expertinnen: Vollständiger Name und Berufsbezeichnung aufnehmen. Da Fachexpertinnen werden dieses mit vollem Namen in der Arbeit erwähnt.

Antwort Interviewte Person. Einverständniserklärung unterschreiben.

Kurze Rückfragen: «Haben Sie vor Beginn des Interviews noch offene Fragen? In diesem Fall können Sie diese gerne jetzt stellen.»

Teilnehmenden danken, dass sie sich Zeit genommen haben und nehmen.

Forschungsfrage: Welche Wirkfaktoren tragen zur Heilung von Vaginismus bei und wie schätzen sie ihre sexuelle Zufriedenheit heute ein?

Leitfragen:

- A) Wie beurteilen Fachleute zweier unterschiedlicher Behandlungsansätze die Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung?
- B) Welche Wirkfaktoren kennen Fachpersonen?
- C) Wie schätzen Sie die sexuelle Zufriedenheit von Frauen mit Vaginismus ein?

Block zur Person und Organisation zu Beginn

1. Vollständiger Vor- und Nachname:
2. Aktuelle Tätigkeit / Beruf:
3. Wie lange arbeiten Sie bereits auf dieser Branche in Jahren:
4. Anzahl Arbeitserfahrung in ihrer aktuellen Position:

EXPERTINNEN INTERVIEWS

Leitfrage	Inhalt / Bereich / Thema	Fragen	Steuerung / Zweitfrage / Hinweise
A	Vaginismus Diagnose	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diese Masterarbeit hat zum Ziel die Wirkfaktoren die zur Heilung geführt haben sowie die sexuelle Zufriedenheit von Ex-Vaginismus Patientinnen zu erheben. Sie sind seit ___ Jahren als ___ tätig und arbeiten erfolgreich mit vaginistischen Frauen zusammen. Sie sind im Therapieren von Vaginismus sehr erfolgreich. Wie kamen Sie dazu, mit Frauen mit Vaginismus zu arbeiten? 2. Können Sie mir Ihre Meinung hierzu abgeben: Ab dem Moment wo Frauen merken, eine Penetration ist nicht möglich, wie lange dauert es ihrer Erfahrung nach, bis es zu einer Diagnose „es handelt sich um Vaginismus“ kommt? 3. Vaginismus gilt in der Fachliteratur als „gut heilbar“ und kommt (je nach Quellen mit zwischen 1-5%) doch relativ häufig vor. Wie stehen Sie zu diesen beiden Aussagen? 4. Wie hoch schätzen Sie die Prävalenz von Patientinnen mit Vaginismus in ihrer Praxis ein? 	<p>1B. Wer diagnostiziert den Vaginismus? 1C. Falls die Frauen mit der Diagnose kommen, Wie beschreiben sie zu Beginn der Therapie ihr Anliegen?</p> <p>2B. Wie lange dauert es, bis die Frauen erfahren und wissen, dass es Möglichkeiten zur Heilung gibt? 2C. Wieso ist es immer noch so wenig bekannt, dass es heilbar ist?</p> <p>4B. Welche Symptome sind typisch für Frauen mit Vaginismus?</p>

		<p>5. Wie viele dieser Frauen leiden ihrer Erfahrung nach unter Komorbiditäten?</p> <p>6. Mit welchem Bedürfnis / Erwartungen betreten diese Frauen Ihre Praxis?</p> <p>7. Im ICD–10 wurden Vaginismus mit Dyspareunie noch zusammen aufgeführt. Diese beiden Begriffe sind nun voneinander getrennt worden. Im ICD-11 wird Vaginismus als sexuelle Schmerzstörung aufgeführt. Im DSM-5 wiederum ist Vaginismus unter Genital-Beckenschmerzen/Penetrationsstörung (GPPPD) kategorisiert. In Bezug zu diesen Veränderungen, inwiefern sehen Sie Vor- und Nachteile bei der Behandlung von Vaginismus in der Praxis?</p> <p>8. Welche Definition trifft ihrer Meinung nach am besten auf die Störung Vaginismus zu?</p> <p>9. Welche Fragen während der Anamnese erscheinen Ihnen bei der Arbeit mit vag. Frauen besonders wichtig zu stellen?</p>	<p>4C. Was sind das für Komorbiditäten?</p> <p>7B. Welche typischen Besonderheiten von vaginistischen Frauen finden sie auffallend?</p> <p>8B. Welche besonderen Themen sprechen Sie in der Arbeit mit vag. Frauen „immer“ an?</p> <p>8C. Welche spezifischen Themen gibt es, welche sie mit vag. Frauen nicht ansprechen?</p> <p>8D. Oder erst nach einige Therapiestunden? Welche und wieso?</p>
A	Kein PIV aber orgasmusfähig	<p>10. Können Sie für mich folgende Sätze ergänzen...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frauen mit Vaginismus leiden oftmals darunter, dass Sie.... - Das Frauenbild von vaginistischen Frauen ist ... <p>11. Sex hat man heute immer oft nur, wenn man „penetrativen“ Sex hat. Inwiefern würden Sie sagen, dass sich diese Frauen in ihrer geschl. Identität als Frau in Frage stellen, weil der penetrative Sex nicht funktioniert?</p> <p>12. Welche Auswirkungen haben die Vorstellungen, welche Sie gerade aufzählten auf die Sexualität der Frauen?</p>	
B	Therapie und Heilungsprozess	<p>13. Wie hoch schätzen Sie die Genesungsrate bei Vaginismus ein?</p> <p>14. Die meisten beschriebenen Studien handeln von heterosexuellen Frauen. In einigen Studien berichten Betroffene, dass sie mit einigen Sexualpartnern Vaginismus hatten und mit anderen nicht. Wie erklären Sie sich dieses Phänomen?</p> <p>15. Einmal den Vaginismus diagnostiziert, wie gehen Sie mit diesen Frauen vor?</p> <p>16. Welchen Herausforderungen begegnen Sie als _____ im Genesungsprozess von Vaginismus?</p>	<p>13B. Was bedeutet genesen zu sein?</p> <p>13C. Für sie?</p> <p>13D. Für die Patientinnen?</p> <p>14B. Einmal Vaginismus und einmal nein. Inwiefern deckt sich das mit ihren klinischen Studien?</p>

		<p>17. Welche Themen sprechen Sie typischerweise in der Therapie mit vaginistischen Frauen an?</p> <p>18. Was sind in ihren Augen nötige Meilensteine, die erreicht werden müssen, damit die Patientinnen den Vaginismus überwinden können?</p> <p>19. Welche oder welcher Behandlungsansatz steht bei Ihnen bei der Arbeit mit vag. Frauen im Fokus?</p> <p>20. Welche Therapieformen empfehlen Sie vaginistischen Frauen im Genesungsprozess ergänzend?</p> <p>21. Wie schätzen Sie die Chancen einer Heilung von Vaginismus bei den folgenden Behandlungsformen... (1 gar nicht -10 sehr gut)</p> <p>a. Sexualtherapie b. Traumatherapie c. Hypnotherapie d. Beckenbodenphysiotherapie e. Botox Behandlung f. Medizinische Eingriffe g. Psychotherapie Gruppentherapie</p> <p>22. Sind Ihnen Online-Programmen für Frauen mit Vaginismus bekannt?</p> <p>23. Was macht Sie beim Therapieren so erfolgreich?</p>	<p>15B. Wie viel Zeit benötigt es, um den Vaginismus zu besiegen?</p> <p>15B. Was sind die grössten Hürden für diese Frauen?</p> <p>17B. Gibt es Themen, welche Sie mit den Frauen mit Vaginismus generell immer ansprechen?</p> <p>17C. Tabu Themen? Worauf muss man bei der Arbeit mit vag. Frauen besonders achten?</p> <p>17D. Heikle Situationen?</p> <p>17E. Sind Partner*innen Teil des Therapiesettings?</p> <p>22B. Welche Vor- und Nachteile von Onlineprogrammen sehen Sie?</p>
C	Sexuelle Zufriedenheit	<p>24. Welche Faktoren beeinflussen aus Ihrer Sicht die weibliche sexuelle Zufriedenheit?</p> <p>25. Was bringt den vag. Frauen Ihrer Meinung nach mehr sexuelle Zufriedenheit?</p> <p>26. Wie viele Frauen wünschen sich Ihrer Erfahrung nach, penetrativen Sex haben zu können?</p> <p>27. Sexuelle Zufriedenheit hängt von unterschiedlichen Faktoren ab (nach FSFI sexuelle Lust, und Interesse, sexuelle Erregung während Intimität, sexuelle Selbstsicherheit, se-</p>	<p>21B. Inwiefern unterscheidet sich die sexuelle Zufriedenheit von (nicht-) vaginistischen Frauen?</p> <p>27B. Können Sie einige Beispiele aufzählen? Interessante Übungen?</p> <p>25B. Inwiefern die von vaginistischen Frauen?</p>

		<p>xuelle Zufriedenheit, Orgasmus, Beziehung, Sexualität, und Schmerzen). Inwiefern sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Erreichen von penetrativen Sex und einer erhöhen sexuellen Zufriedenheit?</p> <p>28. Inwiefern unterscheidet sich die sexuelle Zufriedenheit der Frauen vor und nach der Heilung?</p> <p>29. Welchen Stellenwert nimmt das Thema „sexuelle Zufriedenheit“ im Genesungsprozess der sexuellen Zufriedenheit bei vag. Frauen ein?</p> <p>30. Wie arbeiten Sie im Therapiesetting an der sexuellen Zufriedenheit der Frauen?</p> <p>31. Wir kommen zur vorletzten Frage: Anhand welcher Skala oder anhand welches Fragebogens würden Sie die sexuelle Zufriedenheit Ihrer Patientinnen erheben?</p> <p>32. Letzte Frage: Wir sind jetzt am Ende unseres Interviews angelangt. Haben wir noch etwas vergessen? Möchten Sie noch etwas loswerden oder ergänzen? Gibt es etwas, was ihnen auf dem Herzen liegt?</p> <p>Teilnehmenden danken, dass sie sich Zeit genommen haben und nehmen.</p>	<p>23B. Wie gut ist dieses Ziel erreichbar? (Prozentzahl?)</p> <p>27B. Anhand welchen Fragen oder welchem Fragebogen? Wieso ja / nein?</p> <p>28B. Falls ja, inwiefern?</p> <p>28C. Inwiefern können Sie einen Fragebogen für die Erhebung der sexuellen Zufriedenheit besonders empfehlen?</p>
--	--	--	---

Anhang IV: Leitfaden für Interviews mit betroffenen Frauen

Qualitative Forschung

Vaginismus und Behandlungsansätze- BETROFFENE

Forschungsfrage: Welche Wirkfaktoren tragen zur Heilung von Vaginismus bei und wie schätzen sie ihre sexuelle Zufriedenheit heute ein?

Leitfragen:

- A) Wie beurteilen Fachleute zweier unterschiedlicher Behandlungsansätze die Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung?
- B) Welche Wirkfaktoren nennen die Betroffenen?
- C) Wie schätzen sie die sexuelle Zufriedenheit von Frauen mit Vaginismus ein?

Block zur Person und Organisation zu Beginn

1. Name:
2. Alter / Jahrgang:
3. Aktueller Beruf:
4. Status:
5. Aktueller Beziehungsstatus:

PATIENTINNEN / BETROFFENE INTERVIEWS

Leitfrage	Inhalt / Bereich/ Thema	Fragen	Steuerung / Zweitfrage / Hinweise
A	Vaginismus Diagnose	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diese Masterarbeit hat zum Ziel die Wirkfaktoren die zur Heilung geführt haben sowie die sexuelle Zufriedenheit von Ex-Vaginismus Patient*innen zu erheben. Sie haben vor ____ Jahren den Vaginismus besiegt. Erstmal vielen herzlichen Dank für Ihre Zeit mit mir Ihre Erlebnisse zu schildern. Sitzen Sie bequem und wie fühlen Sie sich jetzt gerade? 2. Erzählen Sie mir ein wenig, wenn der Vaginismus uns seine Reise erzählen würde, was würde das für eine Geschichte sein. Wo beginnt Ihre Reise? 3. Wenn das in Ordnung ist, würde ich gerne später nochmals darauf zurückkommen, wie Sie sich während und nun nach der Reise fühlten. Viele Menschen berichten, dass die 	<p>1B. Wie fühlte sich der Vaginismus an? 1C. Wie ging es denn weiter? 1D. Wer diagnostizierte den Vaginismus? 1E. (Auf Flipchart malen Timeline) 1F. Litten Sie unter andere Schmerzen im Geschlecht?</p> <p>1H. Haben Sie heute noch teils Schmerzen beim GV? SB?</p>

		<p>Diagnose und zu wissen, was man hat entlastend wirken kann. Wie war es für Sie, zu wissen, dass Sie Vaginismus haben?</p> <p>4. Nun stand die Diagnose im Raum. Wenn Sie zurückreisen, können Sie sich daran erinnern, was ging ihnen durch den Kopf?</p> <p>5. Was würden sie sagen, wie stark waren ihre Symptome?</p> <p>6. Können Sie mir den Moment schildern, als Sie dachten, „so, jetzt muss ich was tun!“.</p> <p>7. Wo und von wem hörten Sie denn zum ersten Mal, dass Vaginismus heilbar ist?</p> <p>8. Inwiefern teilen Sie Ihre Geschichte mit jemanden?</p> <p>9. Wenn Sie zurückschauen, wie erklären Sie sich, dass sie Vaginismus hatten?</p> <p>10. Was sind, ganz überspitzt und total provokativ formuliert, Vorteile von einem Vaginismus?</p> <p>11. Kennen Sie weitere Betroffene Frauen, die Vaginismus haben oder hatten?</p> <p>12. Vaginismus heisst nicht, den Sex nicht geniessen zu können. Wenn Sie zurück- schauen, wie war Ihr Sexualisierungsprozess. Wie lernten Sie, was Sex ist?</p> <p>13. Inwiefern ist der Orgasmus wichtig in der Sexualität?</p> <p>14. Gibt es Unterschiede zwischen vor und nach dem Vaginismus?</p> <p>15. Rückblickend finden Sie als zukünftige Sexualberaterin muss ich unbedingt noch etwas zur Diagnose oder zur Vaginismus Reise wissen. Was wäre das?</p>	<p>2B. Was war Ihre Motivation den Vaginismus zu überwinden?</p> <p>2C. Wie würden Sie sagen, haben Sie den Vaginismus hinter sich gelassen und welches Verb passt da für Sie am besten?</p> <p>2D. Wo oder wie haben Sie sich informiert?</p> <p>2E. Wer hat ihnen geholfen?</p> <p>3B. Wie ging es weiter?</p> <p>3B. Was, würden Sie sagen, ist der grösste Unterschied zwischen den beiden Sexualitäten?</p> <p>3C. Gab Ihnen jemand (wer?) Anlaufstellen an? Welche Anlaufstellen waren das? (Kontakte, BB, OP, App,...?)</p> <p>4B. Falls Ihnen nichts in den Sinn kommt. Was könnte dazumal Ihnen durch den Kopf gegangen sein? Was kommt als nächstes, wie gehe ich jetzt vor? Wem sage ich es? Mit wem Teile ich die Diagnose?</p> <p>5B. Hatten auch andere Schmerzen?</p> <p>7B. Glaubten Sie daran? Wieso ja und nein?</p> <p>8B. Gibt es Unterschiede zwischen vor und nach dem Vaginismus?</p> <p>13B. Gibt es Unterschiede in der Selbstbefriedigung und in der Paarsexualität?</p>
--	--	---	--

B	Therapie und Heilungsprozess	<p>16. Mich würde interessieren, von welchen Therapieformen Sie dazumal gehört hatten? Zuerst selbst nennen lassen und dann ausfolgender Auswahl...</p> <ol style="list-style-type: none"> Sexualtherapie Traumatherapie Hypnotherapie Beckenbodenphysiotherapie Botox Behandlung Medizinische Eingriffe Psychotherapie Gruppentherapie <p>17. Was waren die Motivationen für die Entscheidung für IHRE Therapieformen?</p> <p>18. Mögen Sie mir Ihren Genesungsprozess beschreiben?</p> <p>19. Was würden Sie sagen, hat Ihnen am meisten geholfen in der Therapie?</p> <p>20. Was, denken Sie, konnte Ihre Therapeutin besonders gut und hat Ihnen geholfen, den Vaginismus hinter sich zu lassen?</p> <p>21. Santé24 führt 7 begleitete Online-Selbsthilfe-Trainings durch, seit neustem auch einen «zur Behandlung von Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, bei Vaginismus, bei Genito-Pelvine Schmerz-Penetrationsstörungen (=GPPP) oder bei Dyspareunie.</p> <p>22. Inwiefern hat sich Ihre Sexualität verändert?</p> <p>23. Was hat sich in Ihrer Paarsexualität verändert als sie Fortschritte in der Therapie machten?</p> <p>24. Haben Sie manchmal Angst, dass der Vaginismus wieder kommen könnte?</p>	<p>19B. wie lange dauerte alles in allem?</p> <p>19C. Hatten Sie Rückfälle?</p> <p>19D. Was waren Meilensteine?</p> <p>19E. Gab es so Aha-Erlebnisse</p> <p>19F. Schlüsselmomente?</p> <p>20B. Können Sie diese Sätze ergänzen? _ Eine Übung die Sie geprägt hat... _ Ein Input (gesprochenes) die Sie geprägt hat? _ Der schlimmste Moment? _ Der schönste?</p> <p>21B. Hätte es sowas gegeben, wieso hätten Sie dieses Angebot ausprobiert oder nicht?</p>
C	Sexuelle Zufriedenheit	<p>25. Ich würde Ihnen nun gerne noch ein paar Fragen zu Ihrer sexuellen Zufriedenheit stellen. Falls Ihnen bei der einen Frage nicht wohl ist, bitte ich Sie mir das mitzuteilen, dann belassen wir diese. OK?</p> <p>26. Durch die Erweiterung der sexuellen Fähigkeiten, wie sie das erlebt haben, können sich sexuelle Fantasien verändern. Können Sie mir aus Ihrer Sicht hierzu was sagen?</p>	<p>30B. Können Sie mir ein Beispiel geben?</p> <p>28B. Ihrem Partner?</p> <p>28C. Und der Orgasmus?</p>

		<p>27. Wenn Sie die Bezeichnung sexuelle Zufriedenheit hören, was verstehen Sie darunter?</p> <p>28. Wenn Sie bewerten müssten, auf einer Skala von 1-10, wie war Ihre sexuelle Zufriedenheit vor und nach dem Vaginismus?</p> <p>29. Inwiefern hemmt und hemmt Sie die Vaginismus Diagnose in ihrem Sexualleben?</p> <p>30. Inwiefern hemmt und hemmte Sie die Vaginismus Diagnose in ihrem Alltag?</p> <p>31. Bemerkten Sie in der Gesellschaft in den letzten Jahren Veränderungen im Umgang mit dem Thema Vaginismus?</p> <p>32. Inwiefern ist Ihnen heute der penetrative Anteil in der Sexualität wichtig?</p> <p>33. Was bedeutete für die Frau mit Vaginismus der Sex? Was bedeutet er Ihnen heute?</p> <p>34. Wären Sie bereit, mir einen in den Studien oft verwendeten Fragebogen zu sexueller Zufriedenheit 1x als Sie mit dem Vaginismus / 1x als Sie ohne Vaginismus auszufüllen?</p>	<p>29B. Inwiefern können Sie sexuelle Bedürfnisse und Wünsche besser kommunizieren?</p> <p>34B. Inwiefern würden Sie sagen, dass Sie dachten, dass man ohne Vaginismus besseren Sex hat?</p> <p>34C. Hat sich ihr Eigenbild als sexuelle Frau seit der Genesung verändert?</p>
		<p>35. Wir kommen zu den letzten drei Fragen. Diese können Sie ganz spontan und ohne gross nachzudenken beantworten. Was hätten Sie gerne früher oder ganz früh bereits gewusst im Zusammenhang mit Vaginismus?</p> <p>36. Welchen Tipp würden sie sich als jüngere Person geben?</p> <p>37. Letzte Frage: Wir sind jetzt am Ende unseres Interviews angelangt. Haben wir noch etwas vergessen? Möchten Sie noch etwas loswerden oder ergänzen? Gibt es etwas, was ihnen auf dem Herzen liegt?</p> <p>Vielen Dank, war sehr spannend und danke, dass sie mir Einblick in Ihre ganz persönliche Geschichte gewährt haben.</p>	<p>37B. Was wünschen Sie den heutigen jungen Frauen, die die Diagnose bekommen haben?</p> <p>37C. Was würden Sie Ihnen empfehlen?</p>

Anhang V: Details zu den Interviews

Tabelle 5

Übersicht Interviews Fachexpertinnen

Kürzel	Name	Termin Datum, Zeit	Ort	Berufliche Tätigkeit	Website	Dauer und Sprache
Kaplan	Dr. med. Zuzana Kaplan Labat	Do. 12.05.22 8:30– 9:30 Uhr	Praxis Dr. med. Kaplan, Rämistr. 38 8001 Zürich	Fachärztin FMH Gynäkologie und Geburtshilfe und Konsiliarärztin für Sexualmedizin, Psychosomatik an der Universität Zürich Reproduktions-Endokrinologie	https://www.praxis-kaplan.ch/	effektiv 70 Min. DE
Dideriksen	Birgit Dideriksen	Mo. 09.05.22 14- 15 Uhr	Praxis Physiotherapie & Gesundheits-praxis am Stadelhofen Gottfried-Keller-Strasse 7, 8001 Zürich	Physiotherapeutin BSc, i.A.MSc Pelvic Physiotherapy	https://www.am-stadelhofen.ch/birgit-dideriksen	effektiv 78 Min. CH-DE
Bischof	Dr. med. Karoline Bischof	Mo. 02.05.22 11- 12 Uhr	Zoom, WePractice, Olgastr. 10 8001 Zürich	FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, Klinische Sexologin ISI, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP, Ph.D. Sexologie IASH	https://www.ziss.ch/team/karoline-bischof/	effektiv 60 Min. CH-DE
Fürer	Lea Fürer	Mo. 09.05.22 9– 10:30 Uhr	Swica Hauptsitz, Gesundheits-organisation Santé24 Palmstrasse 26B, Winterthur	Angehende Psychologin, Teamleiterin und Coach	https://www.swica.ch/de/private/gesundheit/medizin/selbsthilfetrainings	effektiv 84 Min. CH-DE Gesprächsnotiz

Tabelle 6

Übersicht Interviews Betroffene

Kürzel/ Pseudonym	Alter und Beziehungsstatus	Termin Datum, Zeit	Ort	Berufliche Tätigkeit	Nationalität	Dauer und Sprache
Nora	35 Jahre single	Fr. 13.05.22 13:15 Uhr	WePractice Olgastr. 10 8001 Zürich	Fotografin	CH	effektiv 90+ Min. CH-DE
Ella	29 Jahre verheiratet, 1 Sohn	Mo. 16.05.22 13 Uhr	Zoom WePractice Olgastr. 10 8001 Zürich	Kindergartenlehrerin und Hausfrau	CAN / CH	effektiv 60 Min. ENG
Caro	37 Jahre in Beziehung	So. 15.05.22 10 Uhr	Zoom WePractice Olgastr. 10 8001 Zürich	Ernährungswissenschaftlerin, Beckenboden-Physiotherapeutin und Yogalehrerin	AUT	effektiv 83 Min. DE

Anhang VI: Exzerpte aus den Interviews

(I = Interviewerin, E = Expertin, B = Betroffene)

Expertinneninterview mit K. Bischof, Ausschnitt zur Kodierung Genesung

106	I	Ja. Ich denke, das hat auch mit deinem Ansatz zu tun, mit dem du arbeitest. Wenn man ganzheitlich arbeitet und die Betroffenen verstehen, wie sie funktionieren und den Grund und Mechanismus dahinter sehen, dann passiert ein solcher "Rückfall" wohl weniger?
107	E	Ich denke auch, dass durch die gewonnenen Kompetenzen und wenn jemand verstanden hat, dass der Vaginismus als Schutz funktioniert dann passiert sowas weniger. Was ich natürlich, aber häufig habe, ist Dyspareunie. Also, dass sie dann Schmerzen haben und eine Penetration unmöglich ist. Und nicht aus Schmerzgründen, sondern einfach, weil so ein Spasmus da ist. Oder der sekundäre Vaginismus ist so ein Beispiel. Es ging mal und später geht es nicht mehr. Da sind aber immer noch viel mehr Sachen, die mit drin spielen. Es ist dann nicht mehr eine "reine" Form von Vaginismus.
108	I	Also zum Vaginismus Typ 2 gibt es wenig Information und Studien.
109	E	Ja und die beiden Typen werden auch selten oder nicht unterschieden. Das macht echt Probleme bei der Behandlung und aber auch die Aussagekraft der Studien leidet darunter.
110	I	Ich komme ganz kurz noch auf eine andere Frage zurück. Wieviel Zeit braucht es, bis eine vaginistischen Frau penetrativen Sex haben kann?
111	E	(überlegt) Also beim Typ 1, also bei den phobischen (Pause). Ist unterschiedlich, aber ich würde sagen 10-15 Sitzungen und bei den anderen (Pause) also die Typ 2 Frau ist sicher zwei Jahre bei mir gewesen.

Expertinneninterview mit Z. Kaplan, Ausschnitt zur Kodierung Partner*innen

60	I	Es gibt ja es gibt in der Literatur auch die Annahme, dass sich vaginistische Frauen teils hypophallische Männer aussuchen. Würden Sie das bestätigen?
61	E	Ich sehe die Männer selten, aber ich habe mir da auch schon Gedanken gemacht, weil, äh. Ja, irgendwie (Pause) Ich würde das bejahen. Das muss irgendwie so wie ein Match sein.
62	I	Sie erleben ebenfalls, dass vaginistischen Frauen zwar keinen penetrativen Sex, aber eine sehr erfüllte Sexualität erleben und orgasmusfähig sind?
63	E	Ja, also reger Körperkontakt ist nicht selten. Die haben sich einfach arrangiert. Und ja, ich habe mich auch immer wieder gefragt, was für ein Typ von Partner diese Männer sind. Da kann ich mir das auch so ein bisschen vorstellen, dass das einfach passt.
64	I	Ja, genau.
65	E	Zum Beispiel bei der Dame, die mit ihnen sprechen wird. Ich kenne den Partner, weil ich eben die Schwangerschaft betreut habe.
66	I	Ah, der ist dann da gewesen.
67	E	Und ich habe ihn x-mal gesehen. Ein gutaussehender, sehr netter, ruhiger Mann. Ja, also sicherlich nicht einer, der sagt, wie es dann weitergeht. Sehr lieb (Pause) Also fast zu soft.
68	I	Das würde diese Aussagen unterstützen. Wie lange dauert es, bis diese Frauen merken, es gibt die Möglichkeit einer Genesung?
69	E	Eben. Also bis zu zehn Jahre, dass sie eine Sexualität ohne penetrativen Sex leben und dann sich melden.

Expertinneninterview mit Z. Kaplan, Ausschnitt zur Kodierung Diagnose

74	E	Ah, der primäre und sekundäre! Ich habe meistens Primäre. Sekundäre, die darf man aber auch häufig nie vergessen. Solche Symptome kommen häufig in der Postmenopause. Unsere Schleimhäute werden dünner, dann kommt häufig auch der Sekundäre dazu. Und das kann man heute wunderbar mit denen arbeiten. Die finde ich eigentlich viel einfacher als die Primären.
75	I	Was machst du denn bei den Sekundären?
76	E	Das hat wirklich viel mit der Wahrnehmung von der Muskulatur zu tun aber auch eincremen bis zum Geht-nicht-mehr. Ich sage, wie man auch ein Gesicht eincremt. Man wird trocken, wenn man in die Menopause kommt. Es ist einfach hormonell bedingt. Man kann nichts dafür, es gehört zum Leben dazu, dass man älter wird. Und das gehört bei der Vulva auch dazu. Das ist jetzt einfach (<i>Pause</i>) es ist eine Schleimhaut. Frauen sagen: „Ja, meine Augen sind auch trocken. Das ist auch eine Schleimhaut!“ Vulvas brauchen so viel Creme und die Vagina eher Östrogen. Und das ist dann auch etwas: da schicke ich sie dann wieder zurück zur Gynäkologin, wenn sie es nicht schon bekommen haben. Bei diesen Patientinnen ist es mir wichtig, dass sie ein bisschen lokales Östrogen bekommen, plus natürlich Beckenbodenübungen.
77	I	Empfehlst du etwas spezielles cremen mässig und beim Östrogen?
78	E	Es muss einfach fettig sein.

Expertin Gespräch mit L. Fürer, Ausschnitt zur Kodierung Sexuelle Zufriedenheit

20	Sexuelle Zufriedenheit wird eruiert und erhoben.	Selbstsicherheit nimmt stark zu, Erfolgserlebnisse werden verbucht.
21		Zum Beispiel bei der Rückmeldung zum Zeichnen: Ich habe Gefallen an den Falten und meinen Vulva Lippen gefunden.
22	Herausforderungen der Teilnehmerinnen	Scham welche die Frauen Anfangs erleben. Legt sich dank des persönlichen Kontakts aber sehr bald ab. Wenn Frauen sich total ekeln von Dilatoren und kein solches Training sich vorstellen können.
23		Dass die Frauen so streng zu sich selbst sind. Neben dem Alltag sich um den Vaginismus zu kümmern.
24		Hemmschwelle überwinden
25		Dass sie nicht aufgeben, obwohl von Fachpersonen schlecht betreut werden (keine Hilfe, schlechte Tipps, noch mehr Scham)
26		Das schlechte Selbstbild dieser Frauen, dieses zu stärken, sowie die Motivation beizubehalten sind grosse Herausforderungen. Da langer Prozess und die Frauen schon daran sind, Rückschläge. Genesungsprozess ist nicht linear. Keine unrealistischen Hoffnungen machen.
27		«Ja, ich glaube, dass es oft zu Rückfällen kommt. Man darf nicht vergessen, dass ganz viele Faktoren mitreinspielen und dass es um eine Entspannung geht.» (14:10) Es kann sein, dass je nach Partner, sich diese Sachen auch verändern. Bei Frauen die von Vaginismus betroffen halt umso mehr.

Gespräch mit Nora, Ausschnitt zur Kodierung Genesung

- 129 K Ja, ich weiss es verrückt. In einem Monat ist einfach ganz viel passiert. Meine Trauma Therapeutin hat sogar noch über die Feiertage, noch am 18. Dezember, da war sie noch in Singapur, sogar Sessions mit mir gemacht. Sie hatte Angst, dass ich über die Feiertage zusammenklappe und hat mich begleitet. Und im Januar da ging ich zur Frauenärztin und ich meinte ich brauche Hilfe und ich meinte es sollte physische Hilfe sein, denn ich sei schon bereits in der Traumatherapie und ich es müsste auf körperlicher Ebene sein und ob sie mir da was angeben könne. Sie fragte nach, ob denn in eine Beckenbodenphysiotherapie gehen möchte oder was ich mir dann denn vorgestellt hätte. Und ich dachte, wieso muss ich ihr erklären, wo ich hinmöchte? Ja, keine Ahnung, ja dann gerne halt Beckenboden! Dann hat sie mich zu Birgit verwiesen und weil sie das gemacht hat, bin ich heute nicht mehr so böse auf sie (lacht), weil sie mich zu einer tollen Person weitergebracht hat. Aber sie war echt ansonsten nicht besonders hilfreich und jetzt habe ich auch gerade gewechselt und jetzt war ich gerade bei Neuen. Anfangs Februar dann, 2.2. ging ich zum ersten Mal zu Birgit. Das habe ich ihr auch gesagt, es sei dringend und alles ging einfach Schlag auf Schlag. Birgit ist echt ein Engel. Ich denke für mich war sie der beste Mensch, der in mein Leben eingetroffen ist, was meinen Vaginismus betrifft. Ähm. Und auch dieses Vorgespräch. Ich weiss nicht, wie fest man bei fremden Menschen weinen kann. Ich dachte, zu diesem Zeitpunkt bin ich mit Allem durch. Aber nein, es kommt immer wieder. (Lacht). Und dann, ich würde sagen im Juni, habe ich mein Instagram Kanal eröffnet, weil ich angefangen habe zu spüren hey, ich bin normal und es gibt da draussen tausende Frauen, die das auch haben oder in irgendeiner Form beim Geschlechtsverkehr Schmerzen verspüren und ich muss sprechen. Ich habe das 20 Jahre in mich hineingefressen und jetzt muss es raus. Ich würde es war im Juni, Juli.

Gespräch mit Ella, Ausschnitt zur Kodierung Vaginismus Reise und Scham

- 25 I Gibt es andere Worte, die es zusammenfassen würden? War es vielleicht Scham oder Angst?
- 26 K Ja! Ich dachte mir, was ist mit mir los? Ich verspürte Scham. Und das schlimme ist, dass man nie etwas darüber hört, weder von seinen Freunden noch von anderen (Pause), weil alle über Sex reden, als wäre es das Schönste. Jeder genießt es und es ist toll. Und wenn einem dann sowas passiert, fragt man sich: Okay, was ist los mit mir? Ich habe mich immer geschämt, mit anderen Freunden darüber zu reden, weil ich dachte. Dass sie es nicht verstehen würden. Ich war wirklich dankbar, dass meine Schwester es verstanden hat, denn so fühlte ich mich nicht allein. Und mein Ehemann hat mich immer so super unterstützt (Pause) Am Anfang waren wir natürlich verängstigt. Wir dachten: Wird das immer so sein? Wir haben die ganze Zeit gewartet und dann (Pause) aber er hat mich so sehr unterstützt und das war ein grosser Teil meiner Heilung, denke ich. Weil ich wusste, dass ich, egal was passiert, keine Angst haben muss. Ich hatte daher keine Ängste. Ich wusste, dass er super geduldig ist und wenn ich mich unwohl fühlte, dann sagte er, dass es okay ist. Er war immer super, super unterstützend, auch als ich später Dilatoren und all diese Dinge übte, die wirklich schwer waren.
- 27 I Schön zu hören, dass er so eine grosse Unterstützung war! Und deine Schwester auch. Wenn ich es richtig verstanden habe, kam sie zu dir und sagte: "Hey, hör mal, ich muss dir etwas über Geschlechtsverkehr erzählen?"
- 28 K Ich weiss nicht, ob es direkt davor war. Ich glaube, es war am Tag danach, denn am Tag nach der Hochzeit habe ich es ihr gesagt, weisst du: "Hey, ich konnte es nicht tun." Sie meinte: "Oh, weisst du, das ist mir auch passiert". Aber sie hat es nicht sehr ernst gemeint. Sie sagte so etwas wie: "Weisst du, das wird schon wieder." Sie hat mir einmal gesagt (Pause), dass sie mir nicht sagen wollte, wie lange sie dafür gebraucht hat, weil sie dachte, ich könnte ängstlich werden und mir Sorgen machen: "Oh, meine Güte, das geht über Monate."

Gespräch mit Caro, Ausschnitt zur Kodierung Vaginismus Reise und Genesung

34 K [...] Und war das schon okay, wenn alles nicht geht, mache ich Hypnose oder ich weiss nicht was ich tun soll, oder macht mein Leben noch einen Sinn? Auch diese Frage habe ich mir gestellt, weil oft auch diese Angst in der Beziehung was ist. Wenn mein Partner mich verletzt, was ist, wenn er mich betrügt. Denn ich bin ja nicht vollkommen funktionsfähig. Und genau, ich habe mich sozusagen anhand meiner Sexualität gemessen, an meinem Wert (*Pause*) und genau ich konnte ganz normalen Sex haben nur nicht penetrativen Sex haben aber zu der damaligen Zeit war das noch (*Pause*) okay, dann habe ich keinen Sex. Denn nur penetrativen Sex ist Sex und hab mich da extrem wertlos gefühlt und (*Pause*) so ist das weiter hingegangen mit Frust und Schmerzen und ich habe mich dann, als ich 29 Jahre alt war, von meinem Partner getrennt, auch aus anderen Gründen also es war nicht nur Vaginismus. Genau (*Pause*), dann war die Angst da. Weil jetzt hatte ich immer mein geschütztes Zuhause, würde niemals wer darauf gekommen, dass ich ein Problem habe. Also ich habe das Ganze nicht nur kommuniziert, dass ich das hab, denn ich habe mich so extrem geschämt dafür. Und für mich war auch okay, jetzt wie erzähle ich das einer fremden Person? in der heutigen Zeit wartet man ja nicht mehr ewig, bis man mal Sex hat. Es ist ja nicht, man wartet ab einen Monat oder so, sondern es ist ja auch schon relativ früh, dass man dann miteinander Sex hat. Und ja, so kam es dann, dass ich jemanden kennengelernt habe, wo eigentlich relativ bald klar war, dass niemals eine Liebesbeziehung daraus wird, aber halt eben, dass man Sex miteinander haben kann. Und für mich war dann wirklich auch dieses okay, ähm vielleicht kann ich jetzt üben (*lacht*) bis zu meiner nächsten Beziehung. Und (*Pause*) ich hatte es ihn vorher nicht erzählt, weil ich mir dachte, ach, wenn es nicht geht, erzähle ich es mal nicht, weil sonst tut ich es gleich vorab negativ behaften. Und das war eigentlich eins der schlimmsten Male für mich, in meinem Leben, also ich hatte extreme Schmerzen. Und ich war wieder am Ende. Und ja. Ich wollte eigentlich nur heimfahren und mich nie wieder bei ihm melden. Ich habe dann mit einer Freundin geschrieben und sie hat gesagt schreibe ihm einfach eine SMS das du hast oder so. Dann dachte ich mir, ja stimmt eigentlich und er hat (*lacht*) es relativ locker genommen. Ich glaube, er konnte sich noch gar nicht vorstellen, was das bedeutet. Und dann war es eben für mich dieses okay, dann übe ich halt mit ihm, weil es ihm egal ist, wenn dieser Zug weg ist, wenn ich einfach gehen muss, weil ja. Und so waren es dann einfach noch ein paar Besuche und wo es nicht ganz angenehm war. Und dann als ich 29.5 [Jahre alt] war, war es wie so ein Schalter in meinem Kopf. Also mein Beckenboden und Dilatoren Training war schon recht weit fortgeschritten und Gesprächstherapie (*Pause*) Und ich hatte begonnen, dann schon seit Monaten mit Freundinnen zu sprechen.

38 K Und ja, dann war es wirklich wie ein Schalter in meinem Kopf. Ich hatte sehr lange davor immer Missionarsstellung ausprobiert, weil ich mir dachte, okay, da muss nur liegen (*lacht*), da muss ich nichts tun, aber man kann ja auch super anspannen. Und (*Pause*) genau, an diesem Tag hatte ich eben Girl on Top also das die Frau oben ist, hm, ausprobiert und es hat funktioniert. Und, genau, es war für mich noch nicht real. Es war für mich okay, einmal ist keinmal!

Anhang VII: Kodierleitfaden

Kategorie	Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Vaginismus	<ul style="list-style-type: none"> • Komorbiditäten • _Mythen, Glaubenssätze, Werte und Normen • _Ängste und Phobien • Werte und Normen • Prävalenz • Gründe für den Vaginismus • Typisch Vaginismus • Vaginismus Sprache 	Vaginismus ist eine sexuelle Störung der Frau, welche mit grossen Ängsten, Phobien, und Schmerzen im Geschlecht verbunden ist. Die Gründe, die zu Vaginismus führen sind oftmals nicht eindeutig und bleiben weitgehend unbekannt. Durch die phobischen Ängste vor Schmerzen schützt sich der Körper, indem der Beckenboden sich bei einem Versuch der vaginalen Penetration unwillkürlich und reflexartig zusammenzieht. Da die Störung psychosomatisch sollen bei der Vaginismus Behandlung beide, also Körper und Psyche adressiert werden.	Also die Dunkelziffer ist sehr schwer zu schätzen. Ich staune immer wieder, dass die Frauen, die kommen, vor allem mit Kinderwunsch, die sind häufig schon irgendwie seit zehn und mehr Jahren mit einem Partner zusammen und bemängeln nichts. (Kaplan, Z 58)	Alle Informationen und Aussagen, die die Befragten benutzen, um den Vaginismus zu erklären und zu beschreiben. Welche Begleitererscheinungen (Komorbiditäten) hat diese Störung und wie oft kommen solche Störungen in der Bevölkerung vor, was sind Gründe, die aufgezählt werden, die einen Vaginismus begünstigen. Typischen Sprach- und Wortgebrauch der benutzt wird.
Vaginismus Reise	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginismus Diagnose • _Anamnese und Differentialdiagnose • _Vaginismus Diagnose durch Betroffene • Falschdiagnosen • Motivation für eine Therapie • Dauer des Vaginismus 	Vaginismus ist eine Funktionsstörung der Frau, die auf unterschiedliche Lebensbereiche Auswirkungen hat. Die Vaginismus Reise steht für den Prozess und alle Stadien, die die Frauen im Laufe der Zeit mit dem Vaginismus erleben. Die Reise wird in folgende Zeitabschnitte unterteilt: vor der Diagnose, erste Anzeichen, Diagnose und Anamnese, Motivation für eine Therapie, Dauer	Na ja, es war eine Selbstdiagnose. Aus allen Puzzleteilen, die ich bekommen hatte, von all diesen professionellen Menschen, von den Gynäkologinnen, beim Unispital [...]. (Nora, Z 82)	Die Vaginismusreise ist ein Prozess, in dem zuerst die Betroffene bemerkt, dass sie vaginal Schwierigkeiten hat, etwas einführen. Bis sie zur Diagnose Vaginismus kommt, dauert es oftmals lange. Dieser Prozess wird mit dem Wort (Vaginismus) Reise wiedergeben. Diese Rubrik sammelt die wichtigsten Stationen im Prozess der Frauen. Wie es zur Vaginismus Diagnose kommt, worauf achten die Expertinnen bei der Anamnese und Differentialdiagnose, was motiviert Betroffene Hilfe zu suchen sowie Stolpersteine, die sie erleben und Aussagen von Ärzten. Weiter sammelt die eine Unterkategorie Informationen zur Dauer des Vaginismus.
Behandlungsansätze bei Vaginismus	<ul style="list-style-type: none"> • Genannte Behandlungsansätze • Übungen und Stärken einer Behandlungsform • Dauer der Therapie und der Therapieeinheit • Erfolgsrezept 	Verschiedene Konzepte können bei Vaginismus zur Anwendung kommen. Die Behandlung beginnt mit dem Aufsuchen einer Fachperson (Arzt, Ärztin, Psycholog*in, Physiotherapeut*in usw.) und endet mit dem Erreichen eines Zieles, dass entweder auf die Beseitigung der Störung (kausale Therapie), die Beseitigung der Symptome (symptomatische Therapie) abzielen oder die Störung positiv zu beeinflussen.	Unbedingt. Ich sage: Vaginismus ist nicht nur der Muskel. Vaginismus ist zwar eng mit dem Muskel verbunden. Häufig kommen halt noch andere Sachen dazu. Darum ist es extrem wichtig, dass nicht nur ich, sondern auch zum Beispiel Sexualtherapeut*innen, Psycholog*innen oder Arzt*innen zusammenarbeiten. Vaginismus geht nicht von alleine und muss auf verschiedene Ebenen angesprochen werden. (Dideriksen, Z 212)	Diese Rubrik sammelt Behandlungsformen bzw. Konzepte, welche aufgezählt werden und wenn vorhanden, wie dessen Wirkungsweise eingeschätzt wird. Eine Kategorie widmet sich allen aufgezählten Übungen, die im Therapieeinstellung gemacht werden und eine dritte sammelt die aus der Sicht der einzelnen Personen deren persönliches Erfolgsrezept und eine vierte Unterkategorie Hinweise zur Dauer der Therapie, also Termin Kadenz und zu der Dauer der einzelnen Sessions.
Wirkfaktoren der Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Starker Mindset und Selbstwirksamkeit • Dilatorentaining • Meilensteine im • Genesungsprozess 	Wirkfaktoren können unterschiedlichen Ebenen und Dimensionen des Therapieprozesses zugeordnet werden. In dieser Arbeit werden die Wirkfaktoren richten sich nach einem breiten Verständnis und umfassen allgemeine Wirkfaktoren. Damit sind sämtliche therapeutisch wirksame Variablen, ob an einem bestimmten Therapiemodell gebunden oder nicht Variablen des Therapieeinstellungs gemeint. Darunter können Aspekte der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Psychotherapie, Eigenschaften der Patientin, Handlungen, aber auch Kompetenzen und Haltungen der Therapeutin sowie verschiedene Facetten der Therapiebeziehung zwischen Patientin (als Beispiel Hoffnung auf Besserung) und Therapeutin (zum Beispiel Empathie) und auf der Beziehungsebene (Qualität der Zusammenarbeit, Arbeitsallianz) zwischen Patientin und Therapeutin zu den allgemeinen Wirkfaktoren gezählt werden.	Ja, nein, ich schaffe das, ich werde mir Hilfe suchen. Und dann habe ich angefangen, mehr zu recherchieren. Ich weiss nicht mehr, ob es vier oder drei Monate nach meiner Heirat war. Und was mir wirklich geholfen hat, mich zu erholen, war dieses Buch, das ich bei Amazon gefunden habe. (Ella, Z 60)	Es gibt verschiedene Wirkfaktoren welche zur Auflösung von Vaginismus führen. Diese Rubrik hält alle Punkte fest die konkret zur Überwindung des Vaginismus führen. Die Meilensteine, spezifische Punkte zum obligaten Dilatorentaining sowie Aussagen betreffend der Selbstwirksamkeit der betroffenen Frauen.
Genesung	<ul style="list-style-type: none"> • Kann man von Vaginismus genesen? 	Die Genesung ist das Ziel beim Aufsuchen einer Therapie / Beratung / Behandlung aufgrund des Vaginismus. Die Wortwahl impliziert, dass Vaginismus eine Störung oder eine Krankheit ist, und diese überwunden werden kann. Wie sehen das die Betroffenen Frauen und die Therapeutinnen?	Jedes Mal mache ich Fortschritte und ich habe auch die Fortschritte bei den Übungen gemerkt. Dann war für mich klar man kann genesen. (Nora, 161)	Was bedeutet für die Interviewten "Genesung" im Zusammenhang mit Vaginismus und kann man überhaupt bei Vaginismus genesen?
Sexuelle Zufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> • Partner*innen • Sexualität von betroffenen • Learnings aus dem Vaginismus • Selbstbild und nicht genügend, weil PIV = Sex 	Sexuelle Zufriedenheit kann verschieden definiert werden. In dieser Masterarbeit wird sie frei von den Befragten Personen interpretiert. Sexuelle Zufriedenheit ist demnach ihrem eigenen, situativen, ad hoc reflektierten Empfinden	Ich habe nicht penetrativen Sex vermisst. Ich bin ja selbst an die Dinge positiv gegenüberstanden und habe schon lange mich selbst befriedigt und konnte auch Orgasmen erleben. Das heisst, ich habe schon eine Art und Weise gehabt sex positiv wahrzunehmen. Und es war nicht so, dass ich unbedingt penetrativen Sex benötige. (Caro, Z 90)	Sexuelle Zufriedenheit wird unterschiedlich definiert und empfunden. Der Begriff ist sehr individuell und fasst in dieser Kategorie Aussagen von den Befragten welche in Bezug auf Partner*innen, deren Sexualität und das Selbstbild der Frauen zusammen und wie diese vor und nach dem Vaginismus eingeschätzt wird.
Erkenntnisse Für die Sexualberatung		Frauen, die Vaginismus haben, leider in mehreren Lebensbereichen und bilden mit 3-16% eine grosse Klientinnen Gruppe in der Sexualberatung. Welche Erkenntnisse aus dieser Arbeit erscheinen für die zukünftige Sexualberatung mit Klient*innen zentral?	Wieso kommt die Frau in die Beratung? Was ist ihr Ziel, ihre Motivation? Ohne Motivation und ein Wille macht diese Arbeit keinen Sinn. (Kaplan, Z 80)	Wichtige Erkenntnisse wichtiges für die Arbeit mit betroffenen Frauen und konkrete Inputs

Anhang VIII: Lamont-Pacik- Skala

Tabelle 4

Lamont-Pacik-Skala für die Einstufung nach Vaginismus Schweregrad

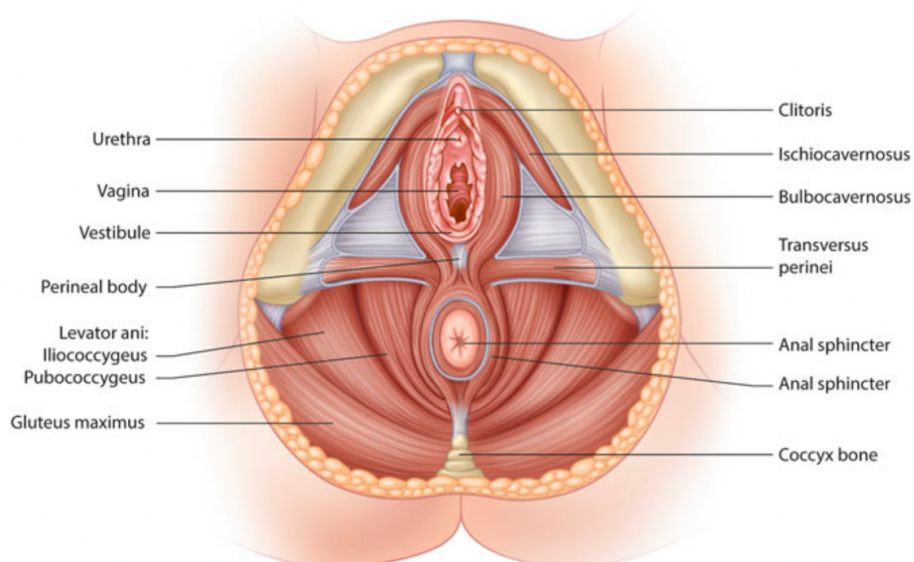
Grad	Beschreibung
Lamont Grad 1	Patientin kann den Beckenboden für die Untersuchung entspannen.
Lamont Grad 2	Patientin kann den Beckenboden für die Untersuchung nicht entspannen.
Lamont Grad 3	Das Becken und Gesäss der Patientin hebt sich vom Behandlungsstuhl. Patientin zieht sich früh zurück.
Lamont Grad 4	Generalisierter Rückzug: Gesäss und Beckenboden heben sich, verschliessen der Oberschenkel, Patientin zieht sich zurück.
Pacik Grad 5	Generalisierter Rückzug wie in Stufe 4 plus viszerale Reaktion, die sich in einer oder mehreren der folgenden Erscheinungen äussern kann: Herzklopfen, Hyperventilation, Schwitzen, starkes Zittern, unkontrollierbares Zittern, Schreien, Hysterie, der Wunsch vom Tisch zu springen, das Gefühl, bewusstlos zu werden, Übelkeit, Erbrechen und sogar der Wunsch, den Arzt anzugreifen.

Anmerkung. Vaginismus Klassifikation nach Pacik (2014, p. 1615)

Anhang IX: Beckenbodenmuskulatur Querschnitt

Abbildung 3

Anatomie des weiblichen Geschlechtsorgans und des Beckenbodens



Anmerkung. Abbildung aus Lipshultz et al. (2016, p. 191)

Anhang X: USB Stick mit den vollständigen Interviewtransskripten

Selbständigkeitserklärung

Vorname: Sarah

Name: Graf

Matrikelnummer: 25818

Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit

Vaginismus und Behandlungsansätze

Wirkfaktoren zur Genesung eines Vaginismus sowie der Zustand sexueller Zufriedenheit vor und nach einer Behandlung, aufgezeigt anhand zwei unterschiedlicher Behandlungsansätze sowie qualitativer Befragungen von Fachleuten und betroffener Frauen nach erfolgreicher Behandlung

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, alle Formulierungen, Ideen, Untersuchungen, Gedankengänge, Analysen und sonstigen schöpferischen Leistungen, Grafiken, Tabellen und Abbildungen, die benutzten Werken oder Quellen aus dem Internet eins zu eins oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben korrekt kenntlich gemacht. 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.

Zürich
Ort

22.08.2022
Datum

Sarah Graf
Vorname Name