

# Zur empirischen Erforschung weiblicher Erfahrungen von Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Vorschlag einer feministisch-kulturpsychologischen Herangehensweise zur Rekonstruktion einer so genannten Sexualstörung

**Julia Riegler & Aglaja Przyborski**

[Journal für Psychologie, Jg. 17 (2009), Ausgabe 1]

## Zusammenfassung

Frauen, die den Geschlechtsverkehr immer wieder schmerzhaft erleben, stehen in der Regel ratlosen ÄrztInnen gegenüber und müssen lange Behandlungskarrieren hinter sich bringen, bis sie – wenn überhaupt – qualifizierte Hilfe erhalten. Auch als Gegenstand wissenschaftlichen Interesses gibt dieses als "Sexualstörung" verstandene Phänomen nach wie vor Rätsel auf. In den einschlägigen medizinisch-psychologischen Diskursen wird hierfür meist reflexartig die mangelnde methodisch kontrollierte Erforschung dieser "weiblichen Sexualstörung" verantwortlich gemacht. Aus feministisch-kulturpsychologischer Perspektive gilt es jedoch auch die Verfasstheit des vorherrschenden wissenschaftlichen Blicks auf weibliche Erfahrungen wiederkehrender Schmerzen beim Geschlechtsverkehr zu problematisieren. Wie eine Rekonstruktion der gegenwärtigen Forschungsbemühungen, die explizit auf einen "multidimensionalen" Ansatz zielen, zeigt, reproduzieren diese erneut jene Dilemmata, aus denen sie sich erklärtermaßen lösen möchten. Darüber hinaus sind sie auch in Hinblick auf ihre androzentrische und ahistorisch-objektivistische Grundhaltung kritisch zu hinterfragen. Ausgehend von dieser methodologischen Kritik wird eine feministisch-kulturpsychologisch informierte, rekonstruktive Herangehensweise vorgeschlagen und anhand der Analyse einer Gruppendiskussion aus einem aktuellen Forschungsprojekt zum Thema exemplifiziert.

Schlagwörter: Dyspareunie, Sexualstörung, Feminismus, Kulturpsychologie, Qualitative Sozialforschung, Methoden, Methodologie

## Summary

### **Reconstructing female experiences of pain during sexual intercourse. A feminist cultural psychological approach to a so called sexual disorder**

Women who experience recurring pain during sexual intercourse usually face helpless medical practitioners and inappropriate medical care until they are finally – if ever – helped in an adequate way. Even scientific research dedicated to this alleged "sexual disorder" still faces a conundrum. Looking for an explanation, medical and psychological studies usually recite the lack of methodically controlled research on this "female sexual disorder" like a mantra. From a feminist cultural psychological point of view, however, it is also necessary to problematise the predominant scientific gaze on the female experience of pain during sexual intercourse. A critical analysis of current research, which explicitly aims at a "multidimensional" approach, shows that most studies reproduce the very dilemmas they want to overcome. Moreover, these studies have to be challenged in regard to their androcentric, ahistorical, and objectivistic bias. Starting from this methodological critique we propose a feminist cultural psychological, reconstructive approach and exemplify it with an analysis of a group discussion taken from a current research project.

Key words: Dyspareunia, sexual disorder, feminism, cultural psychology, qualitative social research, methods, methodology

# 1. Einleitung

Die stereotype Prophezeiung vom Schmerz beim "ersten Mal" und nicht selten auch deren Erfüllung lassen sich wohl als Teil weiblicher sexueller Vergesellschaftung in unserem Kulturkreis betrachten. Auf diese Weise gehören sie zu einer weitgehend unhinterfragten heterosexuellen Normalität in einem System der kulturellen Zweigeschlechtlichkeit (Stein-Hilbers 2000). Wie geht die Gesellschaft jedoch damit um, wenn Frauen den Koitus auch weiterhin, in einer bestimmten Phase ihres Lebens, oder gar ihr ganzes Leben lang, schmerzhaft empfinden, ohne dass eine vordergründige organische Erkrankung vorliegt? Welche medizinische Praxis und welche wissenschaftlichen bzw. alltäglichen Erklärungsmodelle und (Re-) Konstruktionen lassen sich in diesem Zusammenhang finden?

Ein Blick in die zurzeit tonangebenden internationalen Diagnose-Manuale offenbart rasch, dass derartiger Schmerz als deutliche Abweichung von der als gesund und normal geltenden weiblichen Sexualität verstanden wird: Die klinische Fachsprache bezeichnet ein wiederkehrendes Erleben von Schmerzen beim Geschlechtsverkehr als *Dyspareunie*. Unter diesem Namen wird es im "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" der American Psychiatric Association (2000) als *Sexualstörung* und in der "International Classification of Diseases" der World Health Organization (1994) als *sexuelle Funktionsstörung* klassifiziert. Als derartige "Störung" ist schmerzhaft erlebter Geschlechtsverkehr nach dem "ersten Mal" Gegenstand medizinischen und psychologisch-psychotherapeutischen Interesses.

Die Erfahrungszusammenhänge, die unter dem Begriff Dyspareunie subsumiert werden, zeichnen sich durch große Heterogenität aus: Dyspareunie bezeichnet Schmerzen, die eine junge Frau seit ihrem ersten Geschlechtsverkehr in all ihren Beziehungen beim Koitus erlebt, ebenso wie Schmerzen einer reiferen Frau, die mit einer Pilzinfektion begannen und nach dem Ausheilen der Infektion weiter bestehen. Unter die Bezeichnung können auch Schmerzen fallen, die eine erwachsene Frau zum ersten Mal in ihrem Leben erfährt, nachdem sie von der Affäre ihres Partners erfahren hat. Das Schmerzempfinden kann brennend, stechend, dumpf, ziehend oder konvulsiv sein. Es kann eher im Bereich des Scheideneingangs oder tief innen gefühlt werden. Die Schmerzen können zu verschiedenen Phasen des Koitus beginnen und danach unterschiedlich lange andauern. Sie können ein ganzes Leben lang oder aber nur in gewissen Situationen oder in einer bestimmten Lebensphase erfahren werden. Während manche Frauen infolge der Schmerzen Geschlechtsverkehr vermeiden, haben andere trotz der Schmerzen mehr oder weniger regelmäßig Geschlechtsverkehr. Zumeist werden die Schmerzen als massive Einschränkung der Sexualität sowie als nicht unerhebliche Belastung für eine Partnerschaft erlebt und bedeuten zudem eine Verminderung der generellen Lebensqualität.

Für viele Frauen, die als Ursache für die Schmerzen beim Sex zunächst eine organische Erkrankung vermuten und folglich ihre Gynäkologin oder ihren Gynäkologen zur/zum ersten AnsprechpartnerIn machen, bedeutet dies nicht selten die Konfrontation mit völliger Ratlosigkeit und Nichtwissen in dieser Berufsgruppe. Üblicherweise werden auch hier zunächst physiologische Ursachen angenommen. Wenn kein organisches Substrat gefunden wird oder sich kein entsprechender Behandlungserfolg einstellt, so wird meist auf eine psychische Verursachung geschlossen (Payne 2005a). Diese Dichotomie in somatogene und psychogene Dyspareunien sowie die Annahme linearer Verursachungsmodelle<sup>1</sup> greifen jedoch zu kurz: Das zeigt sich etwa darin, dass auch im Falle organischer Erkrankungen wie Infektionen, Herpes genitalis, Narben oder Östrogenmangel die Behandlung und Beseitigung derselben noch nicht die Aufhebung des Schmerzes bzw. oft noch nicht einmal eine Verminderung der Schmerzintensität bedeuten (Meana 1999). Ebenso lässt es eine Differenzierung von somatischer und psychischer Verursachung fraglich erscheinen, wenn bereits die Beseitigung der als Ursache betrachteten körperlichen Phänomene insbesondere Pilzinfektionen scheitert und etwa die Infektionen immer wieder kehren.

Dennoch wird die starre Fokussierung auf das vermeintlich erkrankte Organ, die Vagina, bzw. auf

die vermeintliche Krankheit als isoliertes, mit der Frau und ihrer biographischen und gesellschaftlichen Einbettung "unverbundenes Naturgeschehen" (Mitscherlich 1966, S.47), meist hartnäckig aufrechterhalten. Vor dem Hintergrund einer solcherart dualistischen und verdinglichenden Behandlung von Schmerzen beim Geschlechtsverkehr nehmen nicht selten langwierige schulmedizinische Behandlungskarrieren ihren Ausgang, die von der Anwendung hormonhaltiger Salben bis hin zu chirurgischen Eingriffen reichen und nicht notwendig an das Vorliegen eines physischen Befundes geknüpft sind.<sup>2</sup>

Angesichts der klinischen Praxis stellt sich nun die Frage, wie es sich mit der wissenschaftlichen Analyse dieser Problemstellung verhält, die im günstigen Fall ja die klinische Praxis anleitet oder zumindest beeinflusst. Dabei fällt insbesondere eine Gruppe kanadischer MedizinerInnen und PsychologInnen auf, die die Frage nach den Ursachen dieser Schmerzen seit mehr als einem Jahrzehnt empirisch untersucht.<sup>3</sup> In den daraus hervorgegangenen Publikationen wird wiederholt das Fehlen kontrollierter wissenschaftlicher Studien zur Dyspareunie betont. Meana und Binik (1994, S.264) bezeichnen sie etwa als "the most underinvestigated sexual dysfunction relative to its reported frequency of occurrence in women".

Eine kritische Auseinandersetzung mit den mittlerweile durchgeführten Studien legt jedoch nahe, dass es neben dem Mangel an Aufmerksamkeit für die weiblichen Erfahrungen von schmerzhaftem Geschlechtsverkehr auch die *Verfasstheit der Aufmerksamkeit* und der so gewonnen Erkenntnisse zu problematisieren gilt. Denn schon die "Gegenstände" wissenschaftlicher Betrachtung wie hier die "weibliche Sexualstörung Dyspareunie" sind als solche nicht einfach gegeben, sondern *konstituieren* sich immer erst im Rahmen bestimmter metatheoretischer und methodologischer Voraussetzungen. Mit diesen Voraussetzungen sind bestimmte Erkenntnisformen und mithin eine bestimmte Art von Ergebnissen verbunden.

Wie ist nun der Forschungsgegenstand beschaffen, der sich im vorherrschenden "Blick" von Psychologie und Medizin auf die weiblichen Erfahrungen wiederkehrender Schmerzen beim Geschlechtsverkehr konstituiert? Inwiefern ist diese spezifische *Gegenstandskonstitution* aus feministisch-kulturpsychologischer Perspektive problematisch? Wie konstituiert sich das Phänomen im Rahmen einer feministisch-kulturpsychologisch informierten alternativen Herangehensweise und welche *Erkenntnispotentiale* werden durch sie eröffnet? Um diese Fragen zu beantworten, werden wir zunächst die medizinische und psychologische Perspektive auf den Schmerz beim Sex und die damit verbundene Forschungspraxis rekonstruieren und kritisch auf das Verhältnis von metatheoretischer Grundbegrifflichkeit und Ergebnissen sowie auf ihre blinden Flecken und unmarkierten Voraussetzungen hin beleuchten. Im Anschluss skizzieren wir ein alternatives methodisch-methodologisches Instrumentarium und seine erkenntnislogischen Voraussetzungen zur Betrachtung des Phänomens und arbeiten es an einem Forschungsbeispiel deutlicher aus. Anhand dieses empirischen Beispiels beleuchten wir erste Erkenntnispotentiale dieser Herangehensweise.

## 2. Die psychologische und medizinische Perspektive auf den Schmerz beim Sex

In den Publikationen neuerer Untersuchungen zu "Ursachen" und Therapiemöglichkeiten von schmerzhaftem Geschlechtsverkehr sowie im Rahmen der Diskussion über seine Klassifikation wird immer wieder die Notwendigkeit betont, auf den vorherrschenden Dualismus von somatischer vs. psychischer Verursachung sowie auf simplifizierende Kausalitätskonstruktionen zugunsten eines biopsychosozialen Ansatzes und multidimensionaler bzw. multidisziplinärer Modelle zu verzichten (u.a. Meana 1999). Folgende Studie kann als typisch für dieses Forschungsprogramm gelten: Dabei untersuchten Meana et al. (1997a) das "biopsychosoziale Profil von Frauen mit Dyspareunie". 105 Frauen, die chronische Schmerzen beim Sex haben, und eine "schmerzfreie" Kontrollgruppe wurden ausgehend von den verschiedenen in der Fachliteratur vorgefundenen ätiologischen Annahmen entlang entsprechender Variablen miteinander verglichen. Dazu zählten organische

Erkrankungen, Missbrauchserfahrungen, die Einstellung zu Sexualität, psychische Symptome und die Partnerschaftsqualität.

Zur Messung der drei zuletzt genannten Variablen dienten standardisierte psychologische Tests<sup>4</sup>. Erhoben wurde zudem die "sexuelle Funktion": Hierzu beurteilten die Untersuchungsteilnehmerinnen ihr sexuelles Verlangen, ihre sexuelle Erregung und ihre sexuelle Aversion auf einer zehnteiligen Skala und machten Angaben zur Häufigkeit von Geschlechtsverkehr und Orgasmus. Der statistische Vergleich der beiden Gruppen zeigte, dass die Frauen mit Dyspareunie signifikant mehr Befunde physischer Pathologie aufwiesen, dass sie darüber hinaus mehr psychische Symptome ("Unsicherheit im Sozialkontakt", "Depressivität", "Phobische Angst" etc.), eine negativere Einstellung gegenüber Sexualität, eine stärkere Beeinträchtigung der "sexuellen Funktion" und eine niedrigere Partnerschaftsqualität angaben. Kein systematischer Unterschied zwischen der "Dyspareunie-Gruppe" und der schmerzfreien Kontrollgruppe zeigte sich dagegen in Hinblick auf Missbrauchserfahrungen. Es bestätigten sich zunächst also alle bisher vorgefundenen, oftmals konkurrierenden ätiologischen Hypothesen bis auf die Missbrauchshypothese.

Als die "Dyspareunie-Gruppe" auf Basis der physischen Befunde jedoch in vier Subgruppen<sup>5</sup> differenziert wurde, wurden folgende Unterschiede ersichtlich: Frauen ohne physischen gynäkologischen Befund wiesen verglichen mit der Kontrollgruppe mehr psychische Symptome und eine niedrigere Partnerschaftsqualität auf. Ihre "sexuelle Funktion" war jedoch nicht beeinträchtigt. Frauen mit der Diagnose "Vulvares Vestibulitis Syndrom"<sup>6</sup> unterschieden sich von der Kontrollgruppe zwar nicht hinsichtlich psychischer Symptome, wiesen jedoch eine signifikante Beeinträchtigung der "sexuellen Funktion" sowie eine signifikant negativere Einstellung gegenüber Sexualität auf. Die AutorInnen folgerten unter anderem, dass der Schmerz jener Frauen ohne physische Befunde zumindest teilweise auf psychische oder Partnerschaftskonflikte zurückzuführen sein dürfte, während der Schmerz der VVS-Gruppe keinem psychosexuellen Konflikt zugeschrieben werden kann. In dieser Interpretation der Ergebnisse drückt sich erneut jener *Dualismus* von psychischer vs. organischer Verursachung aus, den man doch eigentlich zu überwinden beabsichtigte. Dies ist nicht weiter verwunderlich, wurden doch die vier Subgruppen ausschließlich auf Grundlage organischer Befunde gebildet und sodann in Hinblick auf psychologische Dimensionen miteinander verglichen. Auf diese Weise ist der Dualismus schon in der Anlage der Untersuchung selbst, den gewählten Hypothesen, Variablen und Messinstrumenten angelegt.

Deutlich wird auch eine *ahistorische Grundhaltung* und eine grundlegende Tendenz zur *Vergegenständlichung*: Die untersuchten Phänomene werden stets als scheinbar natürliche, kontinuierliche "Dinge" (die "Dyspareunie", die "sexuelle Funktion", die "Depressivität" etc.) angenommen, die man nur noch zu messen braucht, um so zu universellen Gesetzesaussagen zu gelangen. "Tatsächlich sind diese Dinge" von denen eine erhebliche normative Kraft ausgeht jedoch "nur Korrelate bestimmter Praktiken" (Slunecko 2002, S.121) in einem spezifischen gesellschaftlichen und historischen Kontext. Auch jene Untersuchungen, die eine komplexere Problemanalyse anstreben, bleiben in ihrer formalen Vorgehensweise solange vermeintliche "Dinge" gemessen werden mithin den Vorgaben des westlichen neuzeitlichen Wissenschaftsverständnisses, "alles in seine kleinsten Einheiten [zu] zerlegen und kontextunabhängig [zu] analysieren" (ebd., S.199), verhaftet.

Insofern die solcherart verdinglichten Erkenntnisgegenstände hierbei in Einzelindividuen verortet werden, bewegen sich empirische Studien durchgehend innerhalb des so genannten *Ein-Personen-Paradigmas* (Slunecko 2002). Dabei wird das vergegenständlichte Symptom als Ausdruck von Defiziten behandelt, die vorwiegend auf dem Konto der Einzelnen, ihrer Psyche oder ihrem Körper, verbucht werden: Sie "hat" die "Störung", die "Krankheit". So zeigen sich etwa die AutorInnen über die unbeeinträchtigte "sexuelle Funktion" der Frauen ohne physischen Befund (im Vergleich zu den Frauen mit VVS) verblüfft und fragen "Why would women who report pain with intercourse have intercourse as frequently as women without pain?" (S.588), um diese grundlegende Frage mit der Vermutung "Perhaps the answer lies in their compromised relationships

and psychologic maladjustment." (ebd.) sogleich wieder ad acta zu legen.

Von Seiten der Frauengesundheitsbewegung und -forschung ist diese Strategie der Problemlokalisierung an der einzelnen Frau unter dem Begriff der *Pathologisierung* als wesentliches Merkmal androzentrischer, insbesondere biomedizinischer und psychologischer Diskurse herausgearbeitet worden. Implizite gesellschaftliche Normen werden als universell gültig ausgegeben und davon abweichende Lebenswirklichkeiten als Defizit bewertet, während die gesellschaftliche Normalität stets unhinterfragt bleibt (z.B. Freytag 1994; Helfferich 1994a; Kickbusch 1981; Kuhlmann & Babitsch 1997).

Einer Wissenschaft aber, die die Gegenstände ihrer Erkenntnis *zum einen* in Einzelindividuen (die im besten Falle einer Gesellschaft als potentiell Einflussfaktor gegenübergestellt werden) und *zum anderen* "auf der Seite des Gemachten und nicht des Machens" (Slunecko 2002, S.122) verortet und darüber hinaus die Standortgebundenheit ihrer Konstruktionen ausblendet, ist die Gefahr immanent, bestehende Konstruktionen von Wirklichkeit lediglich affirmativ zu konstatieren und zu reproduzieren (Slunecko 2002, S.122; Bourdieu 1997a, S.153; 1997b, S.221; Mannheim 1952, S.227; 1980). In diesem Sinne reiht sich eine wissenschaftliche Herangehensweise, welche die Schmerzerfahrungen von Frauen beim Geschlechtsverkehr als individuelles körperliches oder psychisches Defizit betrachtet, nahtlos in eine Tradition androzentrischer Wissenschaft, die Männlichkeit bzw. eine spezifisch normierte Weiblichkeit als unmarkierte Norm setzt und Frauen mit davon abweichenden Erfahrungen pathologisiert. Sie schließt darüber hinaus die Möglichkeit aus, Phänomene in ihren komplexen Sinnzusammenhängen abseits eines durch a priori formulierte Hypothesen oder durch Common Sense-Konstruktionen begrenzten Denkraumes verstehbar werden zu lassen.

Diese einleitende Analyse der Verfasstheit der Aufmerksamkeit für die "Dyspareunie" dient unserem Argument, dass sich die Unklarheit über Bedingungsbeziehungen und Therapiemöglichkeiten dieses Phänomens nicht durch ein schlichtes *Mehr* an Aufmerksamkeit beseitigen lässt. Stattdessen bedarf es empirischer Herangehensweisen, die aus einer *anders verfassten* Aufmerksamkeit hervorgehen und die die häufig geäußerten Absichten etwa zur Überwindung des Dualismus von körperlicher und seelischer Verursachung<sup>7</sup> auf methodologisch fundierte Weise umzusetzen vermögen und die zudem den Androzentrismus und Objektivismus vorherrschender wissenschaftlicher Konstruktionen überwinden.

### **3. Eine feministisch-kulturpsychologische Perspektive und ihre methodisch-methodologischen Implikationen**

Frauen bleiben in der nunmehr skizzierten Perspektive als Symptomträgerinnen immer auch Problemträgerinnen und zwar in der Regel als einzelne Individuen, deren Defizite behoben werden sollen. Unterbelichtet bleiben interaktive und kollektive Zusammenhänge, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerz- und Leidenszuständen beteiligt sind, sowie das handlungspraktische, implizite Wissen der Frauen. Gerade diese Wissensbestände könnten allerdings nicht nur defizitäre Strukturen sondern auch Ressourcen, Möglichkeiten und Veränderungspotentiale aufzeigen. Jene Handlungspraxis und damit das im wahrsten Sinne des Wortes verkörperte Erfahrungswissen der Frauen (sowie zunächst einmal deren Relevanz) bleibt jedoch so lange unsichtbar, wie die Sexualstörung<sup>8</sup> "Dyspareunie" im Sinne einer vermeintlichen, noch besser zu verstehenden gegenständlichen Wirklichkeit den Blick darauf verstellt. Insofern ist mit dem Anliegen einer feministisch-kulturpsychologisch informierten Methodologie zur Erforschung von Erfahrungen chronischer Schmerzen beim Geschlechtsverkehr ein grundlegender Perspektivenwechsel gefordert, den wir nun entlang einiger zentraler Grundbegriffe und anhand eines Forschungsbeispiels verdeutlichen werden.

Einer handlungstheoretischen Tradition folgend ist Sexualität als *soziale Handlungspraxis* zu verstehen. Unter anderem mit Bourdieu (1982, 1987) und Mannheim (1980) kann man sie wie alle gesellschaftlich vorgefundenen Praxisformen als Ausdruck eines je spezifischen *Habitus* begreifen, der im Lauf einer Biographie in bestimmten kulturellen und sozialen Zusammenhängen erworben wird. Als vielschichtiges Ensemble inkorporierter Schemata strukturiert der Habitus jedwedes Wahrnehmen, Denken, Bewerten, Sprechen, Fühlen und Handeln. Mit jenen Schemata wird ein Wissen jenseits des den Individuen bewusst zugänglichen, begrifflich explizierbaren Wissens (Meinungen, Bewertungen, Einstellungen) bezeichnet, wie es in der Regel in psychologischen Studien anhand von Fragebögen und anderen Befragungsformen erhoben wird. Sie sind vielmehr als präreflexives und *atheoretisches Wissen* zu verstehen, das sich in dem spezifischen Wie einer Handlungspraxis äußert (Bohnsack 2003).

In Anlehnung an feministische Analysen aus dem Schnittfeld von Gesundheits- und Jugendforschung (Kolip 1999; Helfferich 1994b) lassen sich individuelle und kollektive geschlechts-, milieu- und entwicklungstypische Körperpraktiken also jene Handlungspraxen, die die Leiblichkeit betreffen als *somatische Kultur* bezeichnen. Sie schließt nicht nur das praktische Verhältnis zum eigenen, sondern immer auch zum anderen Körper ein, also die körperliche Begegnung zwischen Menschen, und somit auch Sexualität (Helfferich 1994b).

Die unterschiedlichen Existenzbedingungen, die Bourdieu und Mannheim folgend, je spezifische Habitus und Praxisformen erzeugen, sind in Anschluss an Mannheims Wissenssoziologie (1964) unter dem Begriff des *Erfahrungsraumes*<sup>9</sup> zu fassen. Erfahrungsräume werden als Orte eines gemeinsamen Erlebens gedacht, das die Grundlage für die Herausbildung kollektiver Wissensbestände und (Handlungs-) Orientierungen sowie habitueller Übereinstimmungen bietet. Das Konzept des konjunktiven Erfahrungsraumes fasst also eine von der konkreten Gruppe gelöste *Kollektivität* grundlagentheoretisch. Hierbei ist man immer TeilhaberIn vieler unterschiedlicher Erfahrungsräume wie etwa geschlechts-, bildungsmilieu- und generationstypischer Erfahrungsräume, die jeweils durch spezifische kollektive präreflexive, atheoretische Wissensbestände und Orientierungen charakterisierbar sind, und die sich in bestimmter Weise überlagern können (u.a. Bohnsack 1989; Günthner 1996, S.257; Przyborski 2004, S.29f.; Bourdieu 2005, S.40).

Mit diesem grundbegrifflichen Instrumentarium lässt sich das Anliegen einer feministisch-kulturwissenschaftlichen Rekonstruktion der Erfahrungen von Schmerzen beim Geschlechtsverkehr folgendermaßen präzisieren: Gegenstand der empirischen Rekonstruktion sind spezifische somatische Praxiskulturen, in deren Zusammenhang wiederholt schmerzhaft erlebter Geschlechtsverkehr steht. Dies erfordert die begriffliche Explikation jener in den Körper eingeschriebenen impliziten Handlungsorientierungen, welche den außen sichtbaren, instrumentellen, expressiv eingesetzten Körper ebenso prägen wie den Körper in seiner Spürbarkeit und seiner affektiv-leiblichen Dimension.

Ausgehend von Bourdieus (1997a, 167) Vorstellung vom Körper als "Gedächtnisstütze" der sozialen Welt, oder in der Mannheimschen Terminologie eines spezifischen Erfahrungsraumes, ist *zweitens* zu klären, innerhalb welcher existentiellen Erfahrungszusammenhänge die Genese jener somatischen Kultur(en) zu verorten ist.

Mit der Fokussierung jener biographisch und gesellschaftlich strukturierten Erfahrungsräume, welche sich in die Subjekte, deren Körper, Handeln, Sprechen, Fühlen einschreiben und abseits ihrer Bewusstseinsfähigkeit bzw. intentionalen Planbarkeit durch sie hindurch sprechen, soll sich erschließen, welche individuellen und kollektiven Probleme ihrer (sexuellen) Vergesellschaftung Frauen durch den Schmerz sinnhaft verarbeiten.

Wie aber lässt sich das nunmehr dargelegte Vorhaben auf eine methodische Grundlage stellen, die den geforderten Perspektivenwechsel vom verdinglichenden *Was* zum prozessorientierten *Wie*, sowie die Fokussierung der Ebene der handlungspraktischen Herstellung von Realität,

forschungspraktisch einzulösen vermag?

Wie wir in der bisherigen Darstellung gezeigt haben, eröffnen die Mannheimsche Wissenssoziologie sowie Teile der Bourdieuschen Habitustheorie einen methodologischen Zugang zur handlungspraktischen Herstellung von Realität. Das in diesen beiden Traditionen interessierende atheoretische Wissen ist jedoch derart an die Handlungspraxis und Selbstverständlichkeiten der handelnden Subjekte gebunden, dass sie von diesen kaum kommunikativ expliziert werden können. Es erschließt sich uns nur über die direkte Beobachtung der Handlungspraxis oder aber durch Erzählungen<sup>10</sup> und Beschreibungen dieser Handlungspraxis. In Übereinstimmung mit der rekonstruktiven Sozialforschung (u.a. Bohnsack 2003; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008) ist darunter die spontane Darstellung eines Ereigniszusammenhangs zu verstehen, also die detaillierte Darstellung handlungspraktischer Vollzüge, in der sich deutlich die Prozessstruktur des Handelns dokumentiert. Erst aber, wenn man jene sprachlichen Äußerungen, wie man sie etwa in Interviews oder Gruppendiskussionen erhält, nicht nur auf der Ebene des immanenten Sinngehaltes (dessen, was gesagt wird) nachzeichnet, sondern wenn man sie als Dokumente zugrunde liegender präreflexiver Muster versteht, lässt sich rekonstruieren, *wie* das, was wir als soziale Wirklichkeit vorfinden, in der Praxis hergestellt wird.

Zwei Verfahren zur Erhebung derartiger Stegreiferzählungen haben sich mittlerweile stark etabliert: das narrative Interview (u.a. Schütze 1983; Rosenthal 2005, S.125ff; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008; S.92ff) und die Gruppendiskussion (u.a. Bohnsack 2003; Bohnsack, Przyborski & Schäffer 2006). Sie werden in besonderer Weise jenem in der rekonstruktiven Sozialforschung zentralen Prinzip der Offenheit gerecht, welches besagt, "daß die theoretische Strukturierung des Forschungsgegenstandes zurückgestellt wird, bis sich die Strukturierung des Forschungsgegenstandes durch die Forschungssubjekte herausgebildet hat" (Hoffmann-Riem 1980, S.22).

Ein rekonstruktives Interpretationsverfahren, in dessen Analyseschritten die methodologische Leitdifferenz von immanentem (was) und dokumentarischem (wie) Sinngehalt eine systematische Umsetzung findet<sup>11</sup>, ist die dokumentarische Methode der Textinterpretation nach Bohnsack (zuerst 1989, 2003), die von ihm in Anschluss an Mannheims Wissenssoziologie (1964, 1980) entwickelt wurde. Sie wird mittlerweile in mannigfaltigen Gegenstandsbereichen und Disziplinen angewandt, so auch in der Geschlechterforschung (z.B. Breitenbach 2000; Meuser 1998) und in der Medizin (z.B. Klambeck 2006).

## **4. "Unser Hirn kann's halt einfach besser" Kollektive, handlungspraktische Wissensbestände einer Dyade von Frauen, die Geschlechtsverkehr schmerzhaft erlebt**

Wir kommen zu unserem Forschungsbeispiel, einer Gruppendiskussion, die Riegler im Rahmen ihres laufenden Dissertationsprojektes<sup>12</sup> geführt hat. Auf die einzelnen Schritte des Verfahrens können wir an dieser Stelle nicht eingehen. Sie sind anderenorts detailliert beschrieben.<sup>13</sup> Das Gruppendiskussionsverfahren dient der Identifizierung kollektiver, handlungsleitender Wissens- und Bedeutungsstrukturen, die in einer spezifischen Überlagerung von Erfahrungsräumen gegeben sind. Es zeigte sich, dass sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, insofern die Diskussionsleitung die Möglichkeit dazu schafft, auf Zentren des gemeinsamen Erlebens einschwingen. Auf dieser Ebene wie die folgenden Transkriptausschnitte deutlich machen wird eine "konjunktive Verständigung" möglich, das heißt ein unmittelbares, "intuitives" Verstehen, das keiner wechselseitigen Erklärung bedarf (und das zumeist auch gar nicht auf den Begriff gebracht werden kann). In der Explikation dieses impliziten Wissens besteht die von den Forschenden zu erbringende Interpretationsleistung.

Bei der 26-jährigen Anna und der 28-jährigen Birgit handelt es sich um eine Realgruppe. Beide Frauen sind seit etwa zehn Jahren miteinander befreundet, haben einen Hochschulabschluss, leben in einer Partnerschaft, sind unverheiratet und haben keine Kinder. Gemeinsam ist ihnen darüber hinaus, dass sie Geschlechtsverkehr von Beginn an schmerzhaft erlebten.

Zu Beginn des Gesprächs tauschen sich die beiden jungen Frauen sehr ausführlich (mehr als 45 Minuten) über ihre jahrelangen Patiententinnenkarrieren aus. Der Ton dieser Unterhaltung ist amüsiert bis sarkastisch distanziert. Die einzelnen Maßnahmen und Behandlungsmethoden erscheinen unbeholfen und lächerlich, wie etwa in Annas Schilderung des ihr verordneten Biofeedbacks, das ein Element aus einer Reihe verschiedener klassischer und alternativer medizinischer Eingriffe darstellt, die letztlich zu keinem Behandlungsfortschritt führten<sup>14</sup>:

- A: Da führen sie (.) also da führst du dir so eine (.) sie hat gesagt die Sonde, die is so groß wie der kleine Finger, das war dann so ein Wascher, ja? So ein Riesending  
 B: [@(2)@  
 A: Das hat man sich dann (.) ja (.) nach einer halben Stunde hat man das dann endlich reingebracht,  
 B: Wahnsinn. (.) Urschlimm.  
 A: Und (.) @dann wurde noch verlangt von einem, dass man sich jetzt entspannt@; @(2)@  
 B: [@(3)@

Oft erscheinen die Bezugnahmen von VertreterInnen des Gesundheitssystems auf den Leidenszustand der Frauen gar böseartig. Es wird ihnen dann entsprechend mit Konkurrenz und Opposition gegenübergetreten, wie sich unter anderem in der Äußerung von Birgit im Zusammenhang mit einer detaillierten Beschreibung der ersten Begegnung mit einer Ärztin und Psychotherapeutin zeigt:

- B: Und dann kommst rein als junger Mensch, und sie schaut dich an, grinst dich an, und du siehst in ihrem Gesicht steht, **na mit dir Pupperl bin ich in zehn Minuten fertig. Haha; und hab ich dich geheilt.** Und ich hab ma dacht (.) das glaubst aber nur. Ja? @(1)@  
 A: [@(1)@

Der Import von Birgits Gedanken "das glaubst aber nur" erweckt den Eindruck, als ginge es hier um zwei einander widersprechende Interessen, als wolle sie gar nicht "geheilt" werden, zumindest nicht auf jene Weise, die Birgit mit der Formulierung "so ein Lehrbuchkapitel nachm nächsten quasi einfach nur aufgeschlagen" umschreibt: ein streng an der Lehrmeinung orientiertes, von der Spezifität von Birgits Geschichte unberührtes Vorgehen. Besonders deutlich wird die Auflehnung gegen eine vorschnelle Kategorisierung ihres Leidens in der abschließenden Bemerkung:

- B: und die glaubt echt sie setzt sich hin und doktort (.) lustig und einfach nach Lehrbuch runter, und damit is die Sache geritzt, Hakerl drunter, sternderl tschüss ; baba. Ja? Tut ma leid. @(1)@ Also sicher nicht.

Gemeinsam ist den bisher zitierten Äußerungen, dass sowohl Maßnahmen, die mit Apparaturen verbunden sind als auch Maßnahmen ohne gegenständliches Korrelat, wie das Gespräch, als Instrumente von Behandlung, von letztlich inadäquaten *Eingriffen* wahrgenommen werden. Das heißt, es dokumentiert sich in den langen und ausführlichen Erzählungen und Beschreibungen nicht nur ein langes und langwieriges erfolgloses Bemühen, sondern auch ein ganz spezifisches Erleben medizinischer ebenso wie psychotherapeutischer Behandlung: Mit gegenständlichen oder

symbolischen Instrumenten werden Eingriffe vorgenommen. Dort, wo Autonomie gefördert wird, machen die Frauen mit und sind auch schnell erfolgreich, wie beim Biofeedback. Das kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Behandlungen durch RepräsentantInnen des Gesundheitssystems letztlich als Angriffe auf die Möglichkeit zu selbstbestimmtem, unabhängigem Handeln wahrgenommen werden, gegen die die jungen Frauen geradezu reflexartig opponieren: Der Ärztin werden Gedanken zugeschrieben, die vor allem auf ihren Machtanspruch und ihre Überzeugung, nur sie habe die Potenz zum Heilen, abheben: "Mit jemandem fertig sein" heißt auch "gewinnen". Es wird hier also die Gesinnung, mit der geheilt wird, die auch und vor allem im *Wie* der Maßnahmen des Gesundheitssystems liegt, fokussiert. Dem entgegengestellt wird die eigene Potenz: Birgit lässt die Ärztin nicht gewinnen und sie zieht sich auch nicht zurück, vielmehr ruft die Figur, wie sie hier formuliert ist, dazu auf, das Gegenteil zu beweisen. Dazu muss sie sich natürlich auf den *Ein-griff* einlassen.

Auch die Interviewerin wird gleich zu Beginn der Diskussion darauf hingewiesen, dass sie es nicht mit "komplett hilflosen Leuten" zu tun hat, die "das erste Mal darüber reden". Ihre Instrumente, das "Psychologielehrbuch", werden ihr auch nicht helfen. Auch hier wird also gleich eine Grenze gegenüber Bevormundung gezogen. Besserungen so sich welche eingestellt haben sind immer selbst herbeigeführte:

B: Du brauchst nicht immer an Psychologen dazu um (.) ehrlich mit dir selber zu sein. Ja? Also so, ja? Des hat mich so (.) so gärgert, (.) und am Schluss hab ich meine eigene Lösung gefunden, die total aus der Luft gegriffen is, vielleicht, aber (.) die mir in dem Moment passabel geschienen is, (1) und dann is besser gängen.

Es gibt also eine konstante Hinwendung der jungen Frauen zu professionellen HelferInnen, denen als solchen aber die Möglichkeit, etwas zu bewirken, Einfluss zu nehmen, abgesprochen wird. Vielmehr werden ihre Bemühungen konterkariert. In dieser scheinbar paradoxen Figur drückt sich die generelle Problematik eines Gesundheitssystems aus, in das Bevormundung und Autonomieeinschränkungen, sowie ein männliches Herrschaftssystem eingeschrieben sind: PatientInnen können letztlich nur profitieren, indem sie *Er-leidende* bleiben und sich gerade nicht aktiv, selbstverantwortlich befreien. Gerade indem sich die jungen Frauen *nicht* Heilen "lassen", indem sie sich *nicht* als Patientinnen, als Er-leidende "hingeben", artikulieren sie die Paradoxie helfender Berufe und halten eine gewisse Unantastbarkeit aufrecht.

Eine weitere deutliche Fokussierung weist der Diskurs in einer Passage auf, die sich in Folge einer Nachfrage der Interviewerin ergibt. Er zeichnet sich durch hohe interaktive Dichte und den Ausdruck starker emotionaler Beteiligung aus.<sup>15</sup> In ihrer Nachfrage greift die Interviewerin das Thema Erwartungen beim Sex auf. Mit der Aufforderung: "...ob ihr des erzählen könnt. Was es zum Beispiel (.) wär was ihr euch da erwartet. Oder vorstellt. (1) Und was es dann nicht is sozusagen", formuliert die Interviewerin letztlich in einem intentionalen Handlungsmodell: Phantasien, Wünsche, Erwartungen sollen realisiert werden und eben nicht enttäuscht. Zunächst grenzen sich die beiden Frauen in einer gegenüber der Interviewerin sehr kooperativen Form von dieser intentionalen Orientierung ab, um schließlich ihre Erfahrungen mit ihren Orientierungsrahmen zu entfalten:

B: Ich weiß nicht ob man das erklären kann. (.) Weil de facto is es nichts anderes als das  
 Y: [mhm  
 B: was ma (.) was man eh tut, (1) rein vom Erklären her. Vom Praktischen her; ja?  
 Y: [mhm [mhm  
 B: Sozusagen.  
 A: Es fühlt sich halt nur anders an. @(. )@  
 B: [Es fühlt sich anders an, (.) es fühlt sich @um Häuser besser an@; @(1)@  
 A: [@(.)@ @Stimmt ja@ @(. )@

Es ist fraglich, ob sich ihre Erfahrungen überhaupt sprachlich einholen lassen, ob man "das erklären" kann. Dennoch versuchen sie es. Dabei wird deutlich, dass es nicht um enttäuschte Erwartungen oder unverwirklichte Phantasien geht. Denn "praktisch", also von den konkreten Inhalten her, spielt sich in der Realität dasselbe ab wie in der Phantasie. Das reale Geschehen ist (in diesem Sinne) identisch mit der phantasierten Praxis. Es kann von daher gar nicht enttäuschend sein, schlechter sein, hinter einer absoluten Vorstellung herhinken wie es die Interviewerin aufgeworfen hat. Trotzdem wird unmissverständlich deutlich, dass ein und derselbe Vorgang, in der Phantasie erlebt, von den beiden Frauen als besser beschrieben wird.

Wo liegt aber nun der Unterschied, wenn er nicht darin zu suchen ist, dass die Phantasien der Frauen nicht erfüllt werden, etwa weil niemand so empathisch sein kann, wie man selbst mit sich eine landläufige Erfahrung gegen die sich die Frauen abgrenzen ("Nein, er hat eh genau meine Vorstellung (.) er hat das umgesetzt was ich (.) mir vorgestellt hab ...", "Es ist nicht so, dass man sich hinsetzt und sagt ich stells ma so schön vor, aber wenn er das jetzt macht wird's sicher daneben gehen ...")? Die Antwort wollen wir mit einem erneuten Blick auf den Diskurs der beiden jungen Frauen geben:

- B: das liegt nicht (1) am Partner, sondern vielleicht am am zu starken  
 A: [Na ich glaub das liegt an  
 einem selbst  
 B: am zu starken Vorstellungsvermögen oder so. (2) Ich weiß (.) oder  
nein ich weiß es nicht. (1) Aber das is ja auch so wie wenn ma  
 zum Beispiel  
 A: [Ich kann auch ich kann auch dadurch feucht werden. (.) Das  
 funktioniert.  
 B: Ja eben. (.) Eh. (.) Klar. (.) Und wenn dann die Realität einsetzt,  
 Y: [°mhm° |  
 A: [°@(.)@°  
 B: kanns sein dass sofort vorbei is damit.  
 A: @(1)@ (.) @(1)@  
 B: [°Das funktioniert auch@

Dass Phantasie und Realität unterschiedlich erlebt werden, "liegt nicht am Partner". Als Teil der Realität bleibt er aus der Phantasie ausgeschlossen. Er wird als solcher nicht aufgenommen in die Welt der Vorstellungen, wie umgekehrt die Vorstellungen nicht oder kaum mit der Realität verschmelzen. Vorstellung und Realität sind und bleiben ganz deutlich voneinander getrennte Sphären. Sie können einander nicht aufladen oder ineinander überführt werden. Die einzige Form der Berührung ist eine wechselseitige (Zer-) Störung. Im eben zitierten Gesprächsausschnitt stört die Realität die Vorstellung. Eine erregende Vorstellung wird durch das Eingreifen einer konkreten Person gestört. Dies ist, wie sich im weiteren Verlauf zeigt, auch umgekehrt möglich. So kann der "Sommerschlussverkauf"<sup>16</sup> oder auch ein "Kieselstein, den eine [ich] beim Heimgehen am Boden weitergekickt" hat, eine reale sexuelle Interaktion vollkommen in den Hintergrund treten lassen. Interessant ist bei dieser Umkehrung die Banalität. Kieselsteine und Schnäppchen stehen dem Sexualpartner entgegen.

Es erscheint von daher auch fruchtbarer, die andere Spur zu verfolgen, die des "starken Vorstellungsvermögens" oder wie es die beiden Frauen auch formulieren: "Unser Hirn kann's halt einfach besser." Durch die Unberührbarkeit der Sphäre der Vorstellungen von der Sphäre realer Interaktion entsteht zumindest innerhalb der ersten Autarkie. Durch eine wechselseitige Berührbarkeit würde sie verloren gehen.

Ebenso wie der Schmerz verhindert, dass Lust in Abhängigkeit von anderen erlebt wird, verhindert dies auch die Trennung der Sphäre der Phantasie von jener der Realität. Und dies ist wiederum homolog zum Umgang bzw. der Resistenz der beiden Frauen gegenüber medizinischen Eingriffen. Dieser positive Horizont, das Aufrechterhalten ihrer Autarkie, wird konterkariert mit bzw. steht in

einer *Übergegensätzlichkeit* zu einer Sehnsucht nach einer Erlösung bzw. Befreiung von Schmerz und Unberührbarkeit. Es drückt sich hierin ein grundlegendes *Dilemma* aus: eine Sehnsucht, von einer Übermacht geheilt und erlöst zu werden, zugleich aber das Festhalten an Autarkie, die auch nach außen bewiesen werden will, eine totale Freiheit von Bedürfnissen, die *einen anderen* zu deren Befriedigung brauchen.

Mit Loos und Schäffer (2001, S.70) lässt sich hierbei von einem "Orientierungsdilemma", einem (oder gar dem) zentralen ungelösten "Problem" der Gruppe, sprechen.<sup>17</sup> Es ist vor allem vor dem Hintergrund feministischer Betrachtungen zum Spannungsfeld weiblicher Handlungsfähigkeit bzw. Autonomie und Liebesehnsucht bzw. Sexualität interessant: Verschiedentlich wurde auf das Konfliktpotential hingewiesen, das in den widersprüchlichen gesellschaftlichen Anforderungen an Weiblichkeit und weibliche Sexualität entlang der entgegengesetzten Idealtypen von männlicher Aktivität und Autonomie bzw. weiblicher Passivität und Abhängigkeit angelegt sei. Im Rahmen der gegenwärtigen Struktur der Geschlechterverhältnisse berge das Streben nach "Weiblichkeit" und Handlungsfähigkeit ein Dilemma, einen unversöhnlichen Konflikt, der letztlich zur Spaltung von Autonomie und Sexualität führe (z.B. Düring 1993; Benjamin 1990).

Betrachtet man Vergesellschaftung mit Bourdieu (z.B. 2001, S.177ff.) als Prozess der Einverleibung der Strukturen der sozialen Welt, insbesondere der "Verleiblichung der Konstruktion sozialer Unterschiede zwischen den Geschlechtern" (ebd. 1997c, S.93), so lässt sich der Schmerz als Kristallisation der sozialen Welt dieser Frauen verstehen. Der Schmerz wird in dieser Perspektive ein Symptom und ein Symbol eines Kampfes, der Herrschaftsverhältnisse zugleich ausdrückt und zu überwinden sucht.

Uns geht es an dieser Stelle aber weniger um die Spezifik des beispielhaft herangezogenen Falles, als vielmehr darum zu zeigen, wohin Analysen führen können, die aus der in der Gegenstandskonstitution der weiblichen Erfahrung von schmerzhaftem Geschlechtsverkehr durch Medizin und Psychologie vorherrschenden Verdinglichung, Ein-Personen-Betrachtung und Pathologisierung aussteigen und konsequent den Blick auf kollektive und interaktive Strukturen und Praktiken richten.

## 5. Fazit

Die anfangs skizzierte Kritik am ahistorisch-objektivistischen, individualistischen und in alldem stets androzentrischen Forschungsparadigma von Medizin und Psychologie bei der Erforschung weiblicher Erfahrungen von Schmerzen beim Sex lässt sich über nahezu alle Leidenszustände erzählen, denen man heute zumindest eine "psychische Mitbedingung" einräumt und die vorwiegend oder ausschließlich Frauen betreffen. Das Argument der "ganzheitlichen Herangehensweise" hat mittlerweile seinen Eingang in den Common Sense gefunden und wird in einem Ausmaß bemüht, das bisweilen übersehen lässt, wie wenig es sich nach wie vor in der medizinischen und wissenschaftlichen Praxis niederschlägt. Tatsächlich würde eine derartige Betrachtung eine ganz andere Medizin erfordern, die in Konflikt mit der vorherrschenden treten würde (Lalouschek 2002, 2005). Zwar kann man nunmehr mit einigem Geschick vereinzelt *Behandlungsangebote* auf tun, die der viel geforderten Ganzheitlichkeit Rechnung tragen. Die *Forschungsbemühungen*, die das Phänomen nicht schon vor der empirischen Datenerfassung aufgrund ihrer Forschungslogik in isolierte Einheiten zergliedern, sind in den erwähnten Bereichen jedoch immer noch rar.

Das Missverständnis, mit einer traditionell quantitativen Forschungslogik den Dualismus von Körper und Psyche oder eindimensionale Modelle zu überwinden zu suchen, besteht nicht zuletzt darin, dass diese Forschungslogik einer abendländischen Wissenschaftstradition Rechnung trägt, in der dieser Dualismus ebenso wie die Tendenz zur Vergegenständlichung tief verwurzelt ist. Die Bemühungen um einen "biopsychosozialen Ansatz" oder "multidimensionale Modelle" verbleiben in ihrer Grundhaltung, in der Art ihrer Gegenstandskonstitution und in ihren formalen Herangehensweisen doch stets im Rahmen des herrschenden Forschungsparadigmas. Man erhofft

sich also einen Ausstieg aus einem bestimmten Denken, ohne die Grammatik, die diesem Denken zugrunde liegt, zu verändern. Letzteres würde – um mit Bourdieu (1997b, S.221) zu sprechen – voraussetzen, "die Erkenntniswerkzeuge zum Erkenntnisgegenstand zu machen und die mit den Erkenntniswerkzeugen gegebenen Grenzen der Erkenntnis zu erkennen".

Der Dualismus und die Eindimensionalität in der Dichotomie von körperlicher und psychischer Verursachung werden in den zitierten medizinisch-psychologischen Studien aber immerhin als Problem erkannt, wenn auch nicht überwunden. Viele andere von uns problematisierte Aspekte der Gegenstandskonstitution und Forschungspraxis im Rahmen der Erforschung der "Dyspareunie" wie die Verdinglichung von "gegenstandslosen" Phänomenen, das Ein-Personen-Paradigma oder der Androzentrismus – werden jedoch bislang kaum je einmal kritisch hinterfragt.

Solange man daher bei der empirischen Erforschung von "Dyspareunie" – sollte sich dieser Begriff schließlich noch als tragfähig erweisen – nicht *auch* Studien durchführt, die systematisch die *Standortge-* und *Seinsverbundenheit* wissenschaftlicher Praxis und Erkenntnis (Mannheim 1952, 1980; Bourdieu 1997a, 1997b, 2001) mitdenken, und die darüber hinaus den Individualismus, Objektivismus und Androzentrismus der vorherrschenden Konstitution von Schmerzen beim Sex als Gegenstand psychologischer und medizinischer Forschung zu überwinden wissen, werden als Ergebnis der Forschung immer defizitäre, einzelne Frauen stehen.

## Literatur

APA – American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR (4th edition, Text Revision), Washington, DC.

Benjamin, Jessica (1996): Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Frankfurt/Main: Fischer.

Binik, Yitzchak, Marta Meana, Karen Berkley & Samir Khalifé (1999): Dyspareunia: Is the Pain Sexual or is the Sex Painful? Annual Review of Sex Research, 10, 210-236.

Binik, Yitzchak, Elke Reissing, Caroline Pukall, Nicole Flory, Kimberley Payne & Samir Khalifé (2002): The Female Sexual Pain Disorders: Genital Pain or Sexual Dysfunction? Archives of Sexual Behavior, 31, 425-429.

Binik, Yitzchak (2005): Should Dyspareunia Be Retained as a Sexual Dysfunction in DSM-V? A Painful Classification Decision. Archives of Sexual Behavior, 34, 11-21.

Bohnsack, Ralf (1989): Generation, Milieu und Geschlecht. Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Jugendlichen. Opladen: Leske + Budrich.

Bohnsack, Ralf (2003): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in die Methodologie und Praxis qualitativer Sozialforschung (5. Aufl.). Opladen: Leske + Budrich.

Bohnsack, Ralf, Aglaja Przyborski & Burkhard Schäffer (Hg.) (2006): Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis. Opladen: Budrich.

Bourdieu, Pierre (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Bourdieu, Pierre (1987): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Bourdieu, Pierre (1997a): Die männliche Herrschaft. In Irene Dölling & Beate Krais (Hg.), Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktionen in der sozialen Praxis (S. 153-217). Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Bourdieu, Pierre (1997b): Eine sanfte Gewalt. Pierre Bourdieu im Gespräch mit Irene Dölling und Margareta Steinrücke. In Irene Dölling & Beate Kraus (Hg.), Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktionen in der sozialen Praxis (S. 218-230). Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (1997c): Männliche Herrschaft revisited. *Feministische Studien*, 15, 88-99.
- Bourdieu, Pierre (2001): Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (2005): Die männliche Herrschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Breitenbach, Eva (2000): Mädchenfreundschaften in der Adoleszenz. Eine fallrekonstruktive Untersuchung von Gleichaltrigengruppen. Opladen: Leske + Budrich.
- Düring, Sonja (1993): Zwischen Aufbruch und Verharren, Autonomie und Liebessehnsucht. Eine Untersuchung zum Verlauf der Adoleszenz von Frauen und ihre Konflikte mit der kulturellen Form der Zweigeschlechtlichkeit. Dissertation Universität Hamburg.
- Freytag, Gabriele (1994): Was ist Feministische Therapie? *Zeitschrift für Frauenforschung*, 12, 74-83.
- Günthner, Susanne (1996): Sprache und Geschlecht. Ist Kommunikation zwischen Frauen und Männern interkulturelle Kommunikation? In Ludger Hoffmann (Hg.), Sprachwissenschaft: Ein Reader (S. 235-259). Berlin: de Gruyter.
- Harlow, Bernard, Lauren Wise & Elizabeth Stewart (2001): Prevalence and Predictors of Chronic Lower Genital Tract Discomfort. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 185, 545-550.
- Helferich, Cornelia (1994a): Quo vadis, Frauengesundheitsforschung? Warum es nicht so weitergeht und wie es weitergehen könnte. *Zeitschrift für Frauenforschung*, 12, 7-19.
- Helferich, Cornelia (1994b): Jugend, Körper und Geschlecht. Die Suche nach sexueller Identität. Opladen: Leske + Budrich.
- Hoffmann-Riem, Christa (1980): Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. Der Datengewinn. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32, 339-372.
- Klambeck, Amelie (2006): "Das hysterische Theater unter der Lupe". Klinische Zeichen psychogener Gangstörungen. Wege der dokumentarischen Rekonstruktion von als theatral wahrgenommenen Körperbewegungen. Eine videoanalytische Untersuchung. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doctor medicinae. Fakultät Charité der Humboldt-Universität Berlin.
- Kickbusch, Ilona (1981): Die Frauengesundheitsbewegung Ein Forschungsgegenstand? In Ulrike Schneider (Hg.), Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung (S. 193-203). Frankfurt/Main: Campus.
- Kolip, Petra (1999): Riskierte Körper: Geschlechtsspezifische somatische Kulturen im Jugendalter. In Bettina Dausien (Hg.), Erkenntnisprojekt Geschlecht. Feministische Perspektiven verwandeln Wissenschaft (S. 291-303). Opladen: Leske + Budrich.
- Kuhlmann, Ellen & Birgit Babitsch (1997): Körperdiskurse, Körperkonzepte. Wechselnde Blicke zwischen feministischen Theorien und Frauengesundheitsforschung. *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien*, 18, 27-46.

- Labov, William (1980): Der Niederschlag von Erfahrungen in der Syntax von Erzählungen. In William Labov & Norbert Dittmar (Hg.), *Sprache im sozialen Kontext. Eine Auswahl von Aufsätzen* (S. 287-328). Frankfurt/Main: Athenäum-Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Lalouschek, Johanna (2002): Nimmermüde immer müde? Zur kulturellen Symbolik und medialen Präsentation des Chronischen Erschöpfungssyndroms. In Gisela Brünner & Elisabeth Gülich (Hg.), *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen* (S. 209-234). Bielefeld: Aisthesis-Verlag.
- Lalouschek, Johanna (2005): Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation, und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Loos, Peter & Burkhard Schäffer (2001): *Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Mannheim, Karl (1952): *Ideologie und Utopie*. Frankfurt/Main: Schulte-Bulmke.
- Mannheim, Karl (1964): *Wissenssoziologie*. Neuwied: Luchterhand.
- Mannheim, Karl (1980): *Strukturen des Denkens*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Meana, Marta & Yitzchak Binik (1994): Painful Coitus: A Review of Female Dyspareunia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 264-272.
- Meana, Marta & Yitzchak Binik (1997a): Biopsychosocial Profile of Women with Dyspareunia. *Obstetrics and Gynecology*, 90, 583-589.
- Meana, Marta & Yitzchak Binik (1997b): Dyspareunia: Sexual Dysfunction or Pain Syndrome? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 561-569.
- Meana, Marta (1998): Affect and Marital Adjustment in Women's Rating of Dyspareunic Pain. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 381-385.
- Meana, Marta (1999): Psychosocial Correlates of Pain Attributions in Women with Dyspareunia. *Psychosomatics*, 40, 497-502.
- Meuser, Michael (1998): *Geschlecht und Männlichkeit. Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster*. Opladen: Leske + Budrich.
- Meuser, Michael (1999): Subjektive Perspektiven, habituelle Dispositionen und konjunktive Erfahrungen. Wissenssoziologie zwischen Schütz, Bourdieu und Mannheim. In Ronald Hitzler (Hg.), *Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur Theorie der Interpretation* (S. 121-146). Konstanz: UVK.
- Meuser, Michael (2001): Repräsentationen sozialer Strukturen im Wissen. Dokumentarische Methode und Habitusrekonstruktion. In Ralf Bohnsack, Iris Nentwig-Gesemann & Arnd-Michael Nohl (Hg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (S. 207-221). Opladen: Leske + Budrich.
- Mitscherlich, Alexander (1966): *Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Payne, Kimberley, Sophie Bergeron & Yitzchak Binik (2005a): Assessment, Treatment Strategies and Outcome Results: Perspective of Pain Specialist. In Irwin Goldstein, Cindy Meston, Susan

Davis & Abdulmaged Traish (Hg.), *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment* (pp. 473-481). New York: Taylor & Francis.

Payne, Kimberley, Yitzchak Binik, Rhonda Amsel & Samir Khalifé (2005b): *When Sex Hurts, Anxiety and Fear Orientation Towards Pain*. *European Journal of Pain*, 9, 427-436.

Peer Commentaries on Binik (2005): *Archives of Sexual Behavior*, 34, 23-61.

Przyborski, Aglaja (2004): *Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode*. Wiesbaden: VS.

Przyborski, Aglaja & Monika Wohlrab-Sahr (2008): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg.

Rosenthal, Gabriele (2005): *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung*. Weinheim: Juventa.

Slunecko, Thomas (2002): *Von der Konstruktion zur dynamischen Konstitution. Beobachtungen auf der eigenen Spur*. Wien: WUV.

Schütze, Fritz (1976): *Zur soziologischen und linguistischen Analyse von Erzählungen*. *Internationales Handbuch für Wissens- und Religionssoziologie*, 10, 7-41.

Schütze, Fritz (1983): *Biographieforschung und narratives Interview*. *Neue Praxis*, 13, 283-293.

Stein-Hilbers, Marlene, Stefanie Soine & Brigitta Wrede (2000): *Einleitung: Sexualität, Identität und Begehren im Kontext kultureller Zweigeschlechtlichkeit*. In Christiane Schmerl (Hg.), *Sexuelle Szenen. Inszenierungen von Geschlecht in modernen Gesellschaften* (S. 9-22). Opladen: Leske + Budrich.

WHO World Health Organization (1994): *ICD-10. International statistical classification of diseases and health related problems*.

---

Mag.a **Julia Riegler**

Universität Wien

Institut für Psychologische Grundlagenforschung

Liebiggasse 5

A-1010 Wien

 [julia.riegler@bitte-keinen-spam-univie.ac.at](mailto:julia.riegler@bitte-keinen-spam-univie.ac.at)

Psychologin; Stipendiatin der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (DOC-team) am Institut für Psychologische Grundlagenforschung, Universität Wien; Arbeitsschwerpunkte: Feministische Theorie, Körpertheorien, qualitative Sozialforschung

Univ.-Ass. Dr.in **Aglaja Przyborski**

Universität Wien

Institut für Publizistik und Kommunikationswissenschaft

Lammgasse 8/8

A-1080 Wien

 [aglaja.przyborski@bitte-keinen-spam-univie.ac.at](mailto:aglaja.przyborski@bitte-keinen-spam-univie.ac.at)

Psychologin, Psychotherapeutin: Universitätsassistentin am Institut für Publizistik- und

Kommunikationswissenschaft der Universität Wien; Arbeitsschwerpunkte: Weiterentwicklung qualitativer resp. rekonstruktiver Methoden der Sozialforschung, Gesprächs- und Interaktionsforschung, Medientheorie und Medienforschung

## Kommentare

einen Kommentar schreiben

Name

Email

Homepage

Kommentar

Bitte geben Sie hier das Wort ein, das im Bild angezeigt wird. Dies dient der Spamvermeidung  
Wenn Sie das Wort nicht lesen können, [bitte hier klicken](#).

Emailbenachrichtigung bei neuen Kommentaren