

Hochschule Merseburg
Fachbereich Soziale Arbeit. Medien. Kultur.
Berufsbegleitender Masterstudiengang
Sexologie (M.A.)

Masterarbeit

Das genitale Selbstbild der Frau

Theoretisch - empirische Studie

Ann-Marlene Henning

Erstbetreuer: Prof. Dr. Stumpe
Zweitbetreuer: Prof. Dr. Bathke

Hamburg, 09. September 2019

Danksagung

Ich danke Herrn Professor Dr. Harald Stumpe, der es mit seinem zähen Durchhaltevermögen schaffte, unseren Masterstudiengang auf die Welt zu bringen, so dass meine Kommilitoninnen und ich nun, als erste Absolventinnen, den heiß ersehnten Abschluss des Pilotstudienganges erwerben können. Deine angenehm ruhige Art, Harald, hat mich oft bei Stress und Druck beruhigt, auch gab mir Dein immer bestehender Glaube an meinem Thema eine wertvolle innere Sicherheit. Danke auch sehr für die Empfehlung von Herrn Professor Gustav-Wilhelm Bathke als Zweitbetreuer und SPSS-Experte für meine statistischen Auswertungen.

Bei Herrn Professor Dr. Gustav-Wilhelm Bathke bedanke ich mich aus vollem Herzen für die Planung und Besprechung der vorliegenden Studie. Danke Dir Gustav für die wertvollen Anregungen und Tipps, die u.a. alles in der Auswertung neundimensional machten – drei Faktoren in drei Situationen. Puh! Auch die stetige Erreichbarkeit, wenn es neue Fragen zu beantworten gab, war für mich ein großes Plus. Danke.

Ebenso wichtig für mich, ist mein Lebensgefährte Louis, der mir alle Zeit der Welt gelassen hat und verstand, dass das entspannte Leben mit viel Freizeit während der Masterstudienzeit auf ein Minimum reduziert wurde. Hiermit das Versprechen, dass sich dies mit sofortiger Wirkung ändert!

Den IT-Leuten in der Hochschule Merseburg gebührt großer Dank, denn sie waren schnell unterstützend in Sachen SPSS und lösten zwei Male brandheiße technische ‚Situationen‘ elegant und ausgesprochen freundlich.

Den 1.303 Frauen, die mit ihrer Beantwortung des Fragebogens meine Studie unterstützt haben, bin ich unendlich dankbar, weil sie so viel (anonym) von sich preisgegeben haben. Und: Ja, der Bericht kommt! Geduld, bitte.

Ich wünsche viel Freude beim Lesen dieser Arbeit!



Ann-Marlene Henning
Hamburg, 9. september 2019

	3
1 Einleitung – thematische Einführung	5
1.1. Erkenntnisinteresse	5
1.2. Aus der Kulturgeschichte des weiblichen Genitals	6
2 Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung	9
2.1. Körperbilder und ihre Begrifflichkeiten	9
2.2. Das allgemeine Körperbild	10
2.3. Das genitale Selbstbild	10
2.3.1. Zusammenfassung der Recherche zum genitalen Selbstbild	11
2.4. Relevante theoretische Konzepte	12
2.4.1. Objektifizierung	12
2.4.2. Spectatoring und kognitive Ablenkung	13
2.4.3. Sexuelle Subjektivität (Subjektifizierung)	14
2.4.4. Interozeption	14
2.4.5. Sexocorporel	15
2.4.6. Feministische Ansätze	17
3 Befragung zum genitalen Selbstbild der Frau (GSI)	17
3.1. Entscheidungsbegründung für eine quantitative Befragung mit dem Kern der Polaritäten-Profile	17
3.2. Fragestellung und Hypothesen	19
3.3. Begriffsbestimmung	19
3.4. Der Fragebogen	20
3.5. Durchführung der Befragung	22
3.6. Population	22
3.7. Forschungsethik	23
4 Zentrale Befunde	24
4.1. Beschreibende und Bivariate Auswertung	24
4.1.1. Das genitale Selbstbild (GSI) / die Polaritäten-Profile	24
4.1.2. Objektive Faktoren: Alter, Bildung und berufliche Qualifikation	35
4.1.3. Sexuelle Entwicklung und Erfahrung	37
4.1.4. Sexualfunktion und Zufriedenheit	49
4.1.5. Sexprofil – bzw. sexuelle Identität	67
4.2. Multivariate Auswertung – Bäume (SPSS, CHAID)	75
4.3. Zusammenfassung: Auffälligkeiten und Trends	78
5 Prüfung der Hypothesen	80
6 Diskussion – Fazit	82
6.1. Datenexploration und Kritik	82
6.2. Diskussion	89
6.3. Ausblick in die Beratung und Aufklärung	90
7. Verzeichnisse	93
7.1. Quellenverzeichnis	93
7.2. Abbildungen und Tabellen	99

Abstract

Gegenstand dieser Masterarbeit ist das genitale Selbstbild (GSI – Engl. **Genital Self-Image**); wie eine Person in Bezug auf die eigenen Genitalien empfindet und fühlt. In der vorliegenden Arbeit beantworteten 1.303 Frauen (16-82 Jahre alt) anonym einen Onlinefragebogen zum Gefühl für ihre Vulva. Ihr genitales Selbstbild wurde dabei in drei spezifischen Situationen mit einem Polaritäten-Profil abgefragt: (1) Beim reinen Denken an die Vulva, (2) beim Gedanken an die Berührung der selbigen, und zuletzt (3) in Verbindung mit Sex mit anderen. Weiter wurden sexuelle Erfahrungen, die Sexualfunktion, das Maß an Spectatoring, Objektifizierung, Subjektifizierung und Interozeption erfasst und in Bezug zum GSI gesetzt.

Es fanden sich unter den Probandinnen fast ausschließlich positive genitale Selbstbilder. Durch eine qualitative Vorsortierung ließen sich jedoch drei qualitativ unterschiedliche Gruppen in Bezug auf das GSI definieren: (1) *sehr positives GSI*, (2) *positives GSI* und (3) *GSI mit Einschränkungen*. Es konnten signifikante Unterschiede in den Gruppen in Verbindung mit allen erwähnten Funktionen ermittelt werden. Je positiver das genitale Selbstbild beurteilt wurde, desto besser waren auch die Funktionen. Dementsprechend schlechter waren die Funktionen, wenn Einschränkungen in der Beurteilung des genitalen Selbstbildes größer ausfielen. Oder anders ausgedrückt: Eine bessere Sexualfunktion entspricht einem positiveren genitalen Selbstbild; mehr Einschränkungen in der Sexualfunktion gehen Hand in Hand mit weniger positiven genitalen Selbstbildern. Es kann von keiner bestimmten Kausalität ausgegangen werden. Besonders junge Frauen zeigten signifikant weniger positive genitale Selbstbilder als Frauen über 50 bis 82. Auch fand in den Gruppen mit den weniger Positiven genitalen Selbstbildern mehr kritische Beobachtung und Objektifizierung statt, kombiniert mit weniger Subjektifizierung und Interozeption. Bei Frauen mit sehr gutem GSI wurde der genau umgekehrte Verlauf signifikant deutlich.

Schlagwörter

GSI, genitales Selbstbild, Objektifizierung, Subjektifizierung, Interozeption, Spectatoring, kognitive Ablenkung, Sexualfunktion, sexuelle Selbstsicherheit, sexuelle Zufriedenheit.

1 Einleitung – thematische Einführung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem genitalen Selbstbild. R. Waltner postulierte erstmalig in 1986 eine *genitale Selbstidentität* für Männer und Frauen als Basiskomponente der allgemeinen Identität (Waltner, 1986). Im Jahr 2003 publizierten Berman et al. die erste Studie zum *genitalen Selbstbild* und etablierten den Begriff *Genital Self-Image* (GSI). Der Begriff bezieht sich sowohl auf die Vulva als auch auf die Vagina und referiert zur Art und Weise, *wie sich ein Individuum in Bezug auf ihre Genitalien fühlt und verhält* (Berman et al. 2003). In dieser Arbeit soll die englische Bezeichnung 'GSI' als Abkürzung für das genitale Selbstbild verwendet werden.

1.1. Erkenntnisinteresse

Die behauptete, häufige und allgegenwärtige Sexualisierung von Frauen in der westlichen Welt kann bei ihnen zu einem überhöhten Fokus auf den Körper und zum Anzweifeln der eigenen (auch genitalen) Erscheinung führen. In meiner Tätigkeit als Sexualtherapeutin erfahre ich täglich, wie viele negative Gefühle und Gedanken Frauen bezüglich ihrer Körper und besonders für ihr Genital hegen und wie häufig sie sich kaum als selbstbestimmte sexuelle Wesen wahrnehmen. Sie beschreiben, für den Partner Sex ‚mitzumachen‘, wobei auch ihre Partner dies in der Beratung als Nachteil bezeichnen. Wissen über die genitale Anatomie und zum physiologischen Geschehen fehlt, was zu partnerschaftlichen und sexuellen Problemen führt. Ohnehin erleben Frauen in vielen Fällen Schmerzhaftes oder rein Hygienisches in Verbindung mit ihrem Genital: Die Periode fließt durch die Vagina hinaus, Tampons (und Penisse) dringen hinein, manchmal befällt ein Scheidenpilz das Genital, Kinder erblicken durch sie (mit oft unerträglichen Wehen) das Licht der Welt. Es gibt etwaige Hürden für eine Frau, ihr Genital mit positiven Gefühlen zu verbinden. Mich interessiert schon sehr lange, wie sich genitale Selbstbilder darstellen, welche Faktoren dabei wichtig sind und welche Ansatzpunkte es eventuell geben könnte, Selbstbilder zu verändern.

In den letzten fünfzehn Jahren reihten sich Studien zum GSI aneinander, dessen Messinstrumente fortwährend weiterentwickelt wurden. Dennoch zeigte Prof. M. Temple-Smith auf dem *World Association for Sexual Health (WAS) Kongress* in Prag 2017 mit ihrer Studie, dass noch kein etabliertes und *zuverlässiges* Messinstrument für das GSI vorhanden ist (vgl. Temple-Smith, 2017, unveröffentlicht). Folgende, häufig benutzte Skalen werden dadurch also in Frage gestellt: *The Female Genital Image Scale, FGIS*, (Morrison et al. 2004), welche die

Zufriedenheit einer Frau mit der Farbe und der Attraktivität ihrer Vulva, mit der Textur und der Menge an Haaren auf dem Genital, mit der Straffheit der Vagina, der Attraktivität der Klitoris, der Form und Größe der äußeren und inneren Lippen, dem Geruch und dem Aussehen der Genitalien als Ganzes einschätzen lässt. Oder *The revised Genital Self Image Scale, GSIS-20* (Zielinski et al. 2012), welche genitales Vertrauen, Aussehen, Funktion und Wohlfühl auf das Genital bezogen, erfasst. *The Female Genital Self-Image Scale, FGSIS* (Herbernick et al., 2010; 2011) enthält vier Items, mit denen das GSI positiv korreliert: Vibrator-Benutzung, häufige Selbstbefriedigung, im letzten Jahr beim Gynäkologen gewesen zu sein und eine genitale Selbstuntersuchung innerhalb des letzten Monats gemacht zu haben. Auf Grund des Übersichtsartikels von Prof. M. Temple-Smith wurde für diese Masterarbeit entschieden, keine der erwähnten Skalen zu verwenden, sondern das GSI in einer ausgewählten Stichprobe mit einem eigens entwickelten Fragebogen zu untersuchen, dessen Kernstück ein am semantischen Differenzial von Osgood angelegtes (Osgood 1952) und operationalisiertes Profil ist. Damit soll differenziert beleuchtet werden, wie das intime Selbstbild (GSI) u. a. in Verbindung mit dem Alter, der Sexualfunktion, der sexuellen Zufriedenheit und der Gesundheit steht. Es soll vor allem deutlich gemacht werden, dass es dabei um *das äußere weibliche Genital* geht; um die *Vulva*. In vielen vorhandenen wissenschaftlichen Publikationen kommt es zu wenig sinnvollen Verwechslungen zwischen Vulva und Vagina, worauf u. a. auch Frau Bischof-Campbell in der Kritik ihrer Masterarbeit zur weiblichen Sexualität aufmerksam macht (Bischof-Campbell, 2012, S. 92). Abgefragt werden soll das GSI außerdem explizit in drei spezifischen Situationen (beim *Denken* an die Vulva, in Verbindung mit *Berührung* und nicht zuletzt in Bezug auf *Sex*. (Weitere Einzelheiten zu den Profilen und zur Methode finden sich unter Punkt 3.4) Als Abschluss dieser Arbeit sollen, auf dem Hintergrund der Ergebnisse, etwaige therapeutische Möglichkeiten diskutiert werden, die für Klientinnen und Patientinnen in Sexualberatungen positive Effekte haben könnten.

1.2. Aus der Kulturgeschichte des weiblichen Genitals

Der folgende Abschnitt dient, basierend auf ausgewählten Zitaten und aussagekräftigen Fakten, als (sehr) kurze Einführung in die Historie der Vulva und der Vagina. Er hat keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit, vielmehr soll er als Einführung in das Thema *genitales Selbstbild* gelten. (Anm. der Autorin: Auch hier bleibt in einigen Ausführungen und Darstellungen unklar, ob wirklich die Vagina gemeint ist und nicht etwa die Vulva.)

Das weibliche Genital ist in kultureller Hinsicht schambesetzt und noch stärker tabuisiert als das männliche (Krantz, 2000). Aus historischen und zeitgenössischen Darstellungen identifizierten Braun & Wilkinson (2000) sieben häufig auftretende negative Arten vaginaler Darstellungen: 1) Die Vagina wird im Vergleich mit dem Penis als *minderwertig* dargestellt – 2) an ihr ‚fehlt etwas‘, 3) Sie wird als etwas *passiv* Aufnehmendes, 4) als sexuell *inadäquat*, 5) als *verletzlich*, 6) als *missbraucht* oder als 7) *gefährlich* angesehen. In ihrem Buch „Vulva“ legt auch die Kulturwissenschaftlerin Dr. Mithu M. Sanyal umfassend dar, wie das weibliche Genital über Jahrhunderte falsch beschrieben, unbedeutend gemacht und letztendlich ignoriert wurde:

„Der Terminus Yoni¹ hat keine Entsprechung in den europäischen Sprachen, da das weibliche Genitale in diesem Begriff nicht nur sichtbar und wertgeschätzt, sondern selbstverständlich mit all den Attributen ausgestattet ist, die ihm im Abendland im Zuge seiner jahrhundertelangen Verdrängung abgesprochen wurden.“ [Sanyal, 2009, S. 81].

Nach Aristoteles verfügte nur der Mann über genügend Energie, um vollständige Geschlechtsteile zu entwickeln (Vergl. Sanyal, 2009, S. 7). Moderne Theoretiker wie Jean Baudrillard (1980) und Roland Barthes (1964) erklären laut Sanyal:

„[...] wenn sich Frauen öffentlich entkleiden, wie etwa beim Striptease, könnten sie dabei nicht ihr Geschlecht, sondern einzig und allein ihren Mangel enthüllen, sprich das Fehlen eines Phallus. Die Vulva wird als Loch, Leerstelle oder Nichts beschrieben.“ (Sanyal, 2009, S. 8)

„[...] der eklatante Widerspruch [...], dass das weibliche Geschlecht einerseits gar nicht da sein oder doch zumindest unbedeutend und unsichtbar sein soll, während es gleichzeitig als »Schwarzes Loch und klaffender Abgrund« erscheint [...] »als Tor zur Hölle, Quelle allen Zwists und Ärgers auf dieser Welt und möglicher Untergang des Mannes.«“ (Sanyal, 2009, S. 8. Originalquelle: Blackledge, 2004, S. 6).

Auch die vielfach in der Literatur auftretende *Vagina Dentata* ist zu erwähnen, die eine Gefahr für den Penis darstellt. da sie droht, ihn mit grässlichen Zähnen abzubeißen. Ende des 16. Jahrhunderts reduzierte der renommierte Anatom und Chirurg Realdo Colombo in seiner 1599 erschienenen Abhandlung *De Re*

¹ Anmerkung der Verfasserin dieser Masterarbeit: Der Begriff *Yoni* stammt aus dem Sanskrit und ist die Bezeichnung für das gesamte weibliche Genital; Vulva und Vagina.

Anatomica die Beschreibung des weiblichen Genitals auf die Vagina, was bis heute gängig ist: U. a. besteht das international bekannte Objekt „The Great Wall of Vagina“ von dem britischen Künstler Jamie McCartney aus dem Jahr 2011 aus einer neun Meter langen Aufreihung von *Vulven*. Ähnliches findet sich auch in mehreren Textstellen in „Die Vagina-Monologe“, welche die Vulva betreffen, beispielsweise: „Er brachte mich dazu, meine Vagina zu rasieren.“ (Enslar, 2000, S. 19) oder „[...] entdeckte sie ihre Vagina. Sie sagte, sie hätte über Stunden gebraucht, [...], aber als sie schließlich ihre Klitoris gefunden habe, sagte sie, hätte sie geweint.“ (Enslar, 2000, s. 30) (Anmerkung der Autorin dieser Masterarbeit: Die Vagina hat keine Haare und die Klitoris gehört zur Vulva).

Es gibt aber auch kulturgeschichtliche Hinweise auf Bewunderung und Vergötterung des weiblichen Genitals. Frau Dr. Sanyal beschreibt in ihrem Buch beispielsweise auf Mysterienkulte, die hauptsächlich von Frauen praktiziert wurden und die sich rund um die Enthüllung des weiblichen Genitals entwickelten: Bei den alten Griechen oder in Ägypten hatten Frauen und ihr Genital einen zentralen Platz im öffentlichen Leben und das Enthüllen des Geschlechtes wurde in verschiedenen Momenten zelebriert (vgl. Sanyal, 2009, S. 28 und 31). Sogar Göttinnen hoben ihre Kleider hoch und zeigten ihr Genital, um die Welt zu retten, so unter anderem die sumerische Göttin Bau oder die japanische Ame no Uzume, (vgl. Sanyal, 2009, S. 32-33). In vielen Teilen der Welt und „noch in den europäischen Fabeln des 18. Jahrhunderts finden sich Frauen, die ihr Geschlecht dem Teufel präsentieren und Luzifer damit besiegen“ (Sanyal, 2009, S. 35).

Heute werden die Vagina und die Vulva in den westlichen Medien vorherrschend als ekelhaft angesehen; Produkte zur Bekämpfung von Geruch, Ausfluss und Infektionen sind weit verbreitet (Fudge & Byers. 2010). Mediale Konstrukte zur Vagina, die riecht, eklig und unsauber ist, lassen Frauen im Glauben aufwachsen, ihre Genitalien seien schamvoll und peinlich (Braun & Wilkinson, 2000; Calogero & Thompson 2010). Durch die flächendeckende Verbreitung dieser Botschaften in Medien und Popkultur internalisieren Frauen bestimmte negative Konstrukte (Berman & Windecker, 2008), wobei die Vorstellung vom genitalen Geruch, laut Berman & Windecker, die größte Bedeutung für das GSI hat (Berman & Windecker. 2008). Die große Variabilität der Morphologie von Vulven lässt die reale und ‘normale’ Vulva ohnehin nur schwer bestimmen. Besonders enge Definitionen des Begriffs ‘normal’, wie sie in heutigen sozio-kulturellen Repräsentationen vorherrschend sind, lässt allemal die Kategorie des ‘anormalen’ größer werden. Das erklärt die zunehmende Nachfrage nach genital-kosmetischer Chirurgie (Lloyd et al.,

2000; DGÄPC, 2014). Eine prägnante Rolle beim Kreieren des künstlichen Bildes und Standards für die ideelle Form der Genitalien nimmt, laut Clerico und anderen, die Verbreitung der allgemeinen Nacktheit in den Medien ein (Clerico et al., 2017). Viele mediale Darstellungen von Vulven in Frauenzeitschriften, Erotikmagazinen, Pornofilmen und im Internet zeigen digital manipulierte Bilder oder operativ korrigierte Genitale (Schick et al., 2009; Weil-Davis, 2002). Wenn keine realistischen Vergleiche vorhanden sind, bekommen Frauen das Gefühl, ihre Genitalien seien 'abnormal' (Lloyd et al., 2000). Heranwachsende entwickeln immer früher ein sexuelles Bewusstsein und junge Mädchen scheinen durch kulturelle Einflüsse hochgradig anfällig für Sorgen über das genitale Selbstbild zu sein (Green, 2005). Auch der Trend zur Intimhaarentfernung kann das Bewusstsein für 'genitale Unvollkommenheiten' erhöhen (Michala et al., 2011).

2 Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

Die Thematik des GSI ist relativ neu und darüber hinaus ist die wissenschaftliche Fachliteratur zu seinem Konstrukt überwiegend in englischer Sprache verfasst. Viele Artikel behandeln den Körper im Allgemeinen, wobei immer mehr Studien in Verbindung mit Labien-Korrekturen oder bezogen auf sexuelle Dysfunktionen durchgeführt werden, die spezifisch das genitale Selbstbild untersuchen.

2.1. Körperbilder und ihre Begrifflichkeiten

Das Verstehen, Kennen und Benennen der (sexuellen) Anatomie spielt eine Rolle bei der Entwicklung körperlicher und somit auch genitaler Selbstidentität (Waltner, 1986), denn es beeinflusst Wege und Möglichkeiten, wie ein Individuum die eigene Sexualität verstehen und empfinden kann. Besonders für das weibliche Genital fehlen positive und korrekte Bezeichnungen. Die erwähnte Verwechslung innerer oder äußerer Genitalien finden sich sogar in Forschungsarbeiten. Häufig wird nach dem '*Aussehen der Vagina*' gefragt, welches nur mit Spekulum zu beurteilen wäre. In einer deutschen Onlinebefragung von Nappi et al. (2000) wurden 9441 Frauen aus 13 Ländern zu ihrer Vagina befragt. Dabei zeigte sich, dass nahezu die Hälfte (47%) der Frauen an ihrer Größe zweifeln, 61% Bedenken wegen ihres Aussehens haben und einem Drittel ist als Kind vermittelt worden, dass es schmutzig, unsauber oder böse sei, die Vagina (Anm.: eher Vulva) zu berühren. Fast jede zweite Frau (47%) sieht zudem ihr Genital als das Körperteil an, über das sie am wenigsten von allen Körperteilen weiß, und 75% sind der Meinung, dass gesellschaftliche Tabus für diese Unwissenheit verantwortlich seien (Nappi et al. 2000).

2.2. Das allgemeine Körperbild

Das allgemeine Körperbild wird mit gesundheitlichen Aspekten und generellem Wohlbefinden in Verbindung gebracht (Cash & Pruzinsky, 2000) und wurde als *generelle und anhaltende positive oder negative Gefühl zum eigenen Körper* beschrieben (Anderson & LeGrand, 1991). Dieses facettenreiche Konstrukt befanden Forscher als *bewertend* (die Einschätzung des Körpers durch den Einzelnen), *affektiv* (Gefühle eines Individuums den Körper betreffend) und *verhaltensbezogen* (bspw. vermeiden Personen mit schlechtem Körperbild eher bestimmte Aktivitäten oder Verhaltensweisen), (Banfield & McCabe, 2000). Sorgen über das Körperbild und entsprechendes Verhalten treten eher in Situationen auf, in denen der Körper bloßgestellt oder im Fokus einer Aktivität ist, so z.B. bei sexuellen Handlungen (Wiederman et al., 1990). Generell reichen Körperbilder also weit in die Sexualität hinein. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen wurden negative Körperbilder mit einer Fülle physischer, psychologischer und relationaler Ergebnisse assoziiert. Negativere Werte bei körperbildbezogenen Konstrukten wie z. B. Körperscham, Bewertung der eigenen Attraktivität, bestimmte Gewichtsvorstellungen etc. wurden mit einer erhöhten sexuellen Risikobereitschaft in Verbindung gebracht. Dazu gehört unter anderem ungeschützter Geschlechtsverkehr, was beispielsweise dazu führen kann, eine Sexkrankheit zu bekommen oder unerwünscht schwanger zu werden (Akers et al., 2000; Zielinski, 2009). Zudem, ist die sexuelle Selbstachtung und das sexuelle Selbstwert häufig negativ beeinflusst, sowie auch das Verlangen und der sexuelle Respons; das Risiko für sexuelle Dysfunktionen ist dabei erhöht. (Calogero & Thompson, 2009). Es besteht also ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und zahlreichen Aspekten von Gesundheit und Sexualität.

2.3. Das genitale Selbstbild

Auch das GSI als Teilaspekt des generellen Körperbildes und Selbstkonzeptes korreliert positiv mit der Sexualfunktion (Akers et al., 2000; Koch et al., 2005) und mit sexueller Zufriedenheit (Fahs, 2014). Frauen mit gutem Gefühl zu ihren Genitalien initiieren öfter Sex, erreichen mehr Orgasmen, sind erregter (Wiederman & Hurst, 2010) und neuen sexuellen Aktivitäten gegenüber offener. Demnach erleben sie mehr sexuelle Begegnungen und sind in sexueller Hinsicht generell zufriedener. Sexuelle Zufriedenheit korreliert ebenfalls positiv mit allgemeiner Gesundheit, Wohlbefinden sowie Lebensqualität und wirkt sich positiv auf Beziehungen und deren Stabilität aus (Sprecher, 2002; Stephenson & Meston, 2010). Frauen mit negativem GSI beschreiben häufig einen niedrigeren sexuellen

Respons und vermindertes sexuelles Verlangen (Berman et al., 2003; Calogero & Thompson, 2009; Zielinski, 2009; Herbenick et al., 2010 und 2011). Zudem tendieren sie eher zu sexuellen Dysfunktionen (Nobre & Pinto-Gouveia, 2000) und dazu, weniger sexuelle Begegnungen zu erleben (Faith & Share, 1990). Frauen nennen generell mehr negative Gefühle in Bezug auf ihr Genital als Männer und verwenden dabei eine überwältigend starke emotionale Sprache, die häufig Beschreibungen von Angst, Übertreibungen und Kontrollbedürfnis zeigen (Fahs, 2014).

Studien zur sexuellen Attraktivität von Frauen zeigen, dass eine Reihe von Körperteilen eine prägnante Rolle spielen, und zwar sowohl bei der eigenen Einschätzung der Attraktivität als auch bei der Einschätzung einer Person durch andere (Amos & McCabe, 2015a). Dabei stehen vor allem die äußeren weiblichen Genitalien (d.h. die Vulva) im Fokus, also diejenigen Körperteile, die in den Medien stark erotisiert sind. Frauen lernen, sich als eine Sammlung von Körperteilen zu betrachten, die von anderen benutzt werden (Fredrickson & Roberts, 1997). Negative Wahrnehmungen von Genitalien beziehen sich speziell auf Verlegenheit in Bezug auf Größe, Aussehen und Geruch (Berman & Windecker, 2008) und bringen die Angst mit sich, diese Körperteile während der sexuellen Aktivität freizulegen, was wiederum die Sexualfunktion beeinflusst (Wiederman et al., 1990). In einer Studie zu Beckenbodenstörungen zeigte sich das GSI als die Variable mit dem größten Einfluss auf die Sexualfunktion. Als das genitale Selbstbild bei der statistischen Auswertung hinzugefügt wurde, waren alle anderen Variablen wie das Alter, die Art der Störung (Inkontinenz vs. Prolaps), tatsächliche Symptome oder der Beziehungsstatus nicht mehr signifikant. (Handelzalts et al., 2017). Weiter stehen auch Gebärmutterprolaps, Vaginismus und Dyspareunie in Zusammenhang mit einem negativem GSI (Pazmany et al., 2013). Die Zusammenhänge zwischen genitaler Selbstwahrnehmung und sexueller Funktion sind grundsätzlich grösser als diejenigen zwischen dem allgemeinen Körperbild und der sexuellen Funktion (Woertman & van den Brink, 2012). Somit ist auch der GSI eng mit der Gesundheit verknüpft, wodurch er eine hohe gesellschaftliche Relevanz innehat.

2.3.1. Zusammenfassung der Recherche zum genitalen Selbstbild

Das genitale Selbstbild steht im Zusammenhang mit vielen Funktionen von Sexualität und Gesundheit. Unabhängig von Geschlecht oder sexueller Orientierung haben Personen mit *positivem* oder *neutralem* GSI laut Studien ein besseres sexuelles Selbstwertgefühl und fühlen sich sexuell attraktiver als Personen mit *negativem* GSI. Viele Frauen haben nicht zuletzt ein negatives GSI (Zielinski, 2009;

Herbenick et al., 2011), aufgrund der bereits erwähnten Internalisierung medialer Ideale. Diese stellen den Frauenkörper in hohem Grad als Objekt für andere dar, was auf den Männerkörper viel weniger zutrifft (Cash et al., 2000; Fudge & Byers, 2010; Green, 2005). Bemerkenswert ist, dass es als positiv betrachtet wird, *kaum* oder *keine* gefühlte Verbindung zum Genital zu haben. Letzteres steht (eventuell) im Widerspruch zur grundsätzlichen Annahme des Sexocorporel-Konzeptes, das die Wichtigkeit eines 'bewohnten'² Genitals betont. Einzig ein *negatives* Gefühl zum Genital scheint einen *negativen* Einfluss zu haben (Zielinski et al., 2009; Pazmany, 2013). Einige Forscher betonen daher, wie wichtig es bei klinischen Diagnosen im sexuellen Bereich sein kann, ein Augenmerk auf Gefühle, Einstellungen und Gedanken zum Genital zu haben.³

2.4. Relevante theoretische Konzepte

Einige theoretische Konzepte liefern bei Betrachtungen von Körperbildern wichtige Informationen: Die *Objektifizierung* (Frederickson & Roberts, 1997), das *Spectatoring* (Masters & Johnson, 1960/1970), die *Kognitive Ablenkung* (Dove, N., & Wiederman, M. W. 2000), die *sexuelle Subjektivität (Subjektifizierung)* (Horne & Zimmer-Gembeck, 2006) und die *Interozeption* (Herbert & Pollatos, 2008) fokussieren alle auf *das (negative oder positive) beobachtet und/oder bewertet werden von anderen* oder *von sich selbst*. Des Weiteren soll der *Approach Sexocorporel⁴*, der das Genital grundlegend als Mittelpunkt der sexuellen Selbstsicherheit und der Erregung annimmt, hinzugezogen werden. Sowohl die sexuelle Selbstsicherheit als auch die Erregungsfunktion werden stark von Kognitionen beeinflusst (Chatton et al., 2005). *Feministische Theorien* liefern darüber hinaus eine Erklärungsmöglichkeit für die durch viele Studien bestätigte, besondere Betroffenheit der (heterosexuellen) Frauen von dem gesellschaftlich und medial ausgelösten Optimierungsdruck: Die Frau hat als Objekt für den Mann zu dienen (Liss et al., (2001). Es folgt eine Übersicht zum Kerninhalt der genannten Konzepte.

2.4.1. Objektifizierung

Das ständige Beobachten und Vergleichen des Körpers westlicher Frauen, das sich vor allem auf seine Größe, Form und sexuelle Attraktivität bezieht, ist längst beim Genital angelangt: Unerreichbare Ideale werden durch die Standardisierung

² Positive Besetzung des Geschlechts; erotisiert und mit Lust verbunden (Bischof, 2013, S. 5-8).

³ Die Frage der Kausalität zwischen GSI und diversen Funktionen wird später diskutiert.

⁴ Approach Sexocorporel: ein Modell sexueller Gesundheit (Vergl. Gehrig, 2013, SS. 1-15).

weiblicher Schönheit in vielerlei Medien kommuniziert, und zwar von der Unterhaltungsbranche bis zur Werbung. Aber auch gewisse soziale Traditionen versuchen, die Frauen auf ihr Aussehen zu reduzieren. Wenn Frauen jegliche Identität inklusive persönlicher Eigenschaften abgesprochen werden und sie als Folge davon als „Körper, die für den Gebrauch und den Genuss anderer zu Verfügung stehen“, behandelt werden, dann wird von *sexueller Objektifizierung* gesprochen (Vergl. Frederickson`s & Robert`s, 1997). Die Objektifizierungstheorie besagt, dass Frauen beginnen, ihren Körper als getrenntes Objekt zu bewerten, und dass sie diesen nicht mehr als Teil eines Ganzen und als ihrer menschlichen Identität zugehörig betrachten. Frauen beobachten sich ohnehin mehr als Männer und entwickeln, der Theorie zufolge, förmlich eine erhöhte (und internalisierte) Wachsamkeit für die Meinung anderer hinsichtlich ihres Körpers. Der *sexuelle Selbstwert* und die selbsteingeschätzte *sexuelle Attraktivität* sind davon beeinflusst (Schick et al., 2010a), was die *sexuelle Selbstsicherheit*, also wie sicher und gut sich jemand als sexuelles Wesen fühlt, einschränkt. Frauen, die auf diese Art und Weise verunsichert sind und sich kritisch betrachten, haben es schwerer, sich bei sexuellen Handlungen fallenzulassen. Dementsprechend richtet sich ihr Fokus dabei auf die aus der Unsicherheit resultierenden Sorgen und Ängste und nicht auf den sexuellen Genuss (Meana & Nunnink, 2006). Große Unzufriedenheit mit der genitalen Erscheinung ist generell mit mehr negativer *Selbstbeobachtung* während der körperlichen Intimität mit Partnern verbunden (Schick et al., 2010). Die Folge der negativen Beobachtung wird als *kognitive Ablenkung* beschrieben.

2.4.2. *Spectatoring und kognitive Ablenkung*

Spectatoring ist *das Beobachten, Verfolgen und Bewerten des Selbst während sexueller Aktivität* (Seal & Meston, 2007) und wurde erstmals von Masters & Johnson (1960) als Prozess beschrieben, bei welchem sich jemand, wie aus einer dritten Perspektive, bei sexuellen Aktivitäten kritisch selbst beobachtet und den Fokus deshalb nicht auf sexuelle Empfindungen und/oder auf den Partner richten kann. Masters und Johnson legten nahe, dass durch den ‚Fokus nach außen‘, Leistungsangst gefördert und die Sexualefunktion gestört würde, und zwar durch dabei bewertend zum Tragen kommende kognitive Einflüsse wie Ideologien, Glaubenssysteme, Idealisierung, Werturteile und Wissen. Ebendiese Faktoren gelten in dem Konzept *Approach Sexocorporel* (2008) insgesamt als Kognitionen und machen in konzeptioneller Hinsicht einen der vier theoretischen Bereiche des sexuellen Systems eines jeden Menschen aus (Chatton, D. et al., 2005). Das Modell von Barlow zur sexuellen Funktion bezeichnet diese kognitiven Störquellen als

kognitive Interferenz, die das Leisten und Performen in den Mittelpunkt stellt und nicht die sensorischen Aspekte der sexuellen Begegnung (Barlow, 1980). Snyder (1980) nennt den Prozess *self-monitoring*, und verbindet diesen mit einer Tendenz, sich in Bezug auf die Selbstdarstellung zu *regulieren*, mit der Absicht, sich anderen gegenüber zu präsentieren: Frauen, die sich selbst objektifizieren und deshalb auf die Wahrnehmung des Sexualpartners fokussiert sind, beobachten sich, um „Fehler“ im Äußeren zu kontrollieren und gegebenenfalls zu verringern. Dove & Wiederman (2000) stellten fest, dass Frauen, die beim Sex mit einem Partner größere kognitive Ablenkung erfuhren, weniger sexuell zufrieden waren, weniger Orgasmen und mehr Dysfunktionen erlebten und auch wenig Motivation zeigten, riskantes sexuelles Verhalten zu vermeiden.

In dieser Arbeit wird die Begrifflichkeit *Spectatoring* für das kritische Selbst-Beobachten verwendet und *kognitive Ablenkung* für die Auswirkung auf das Erleben.

2.4.3. Sexuelle Subjektivität (Subjektifizierung)

Unter sexueller Subjektivität (Subjektifizierung), versteht Tolman, (2005), dass eine Person eine Identität als sexuelles Wesen hat, sich zu sexuellem Genuss und zu sexueller Sicherheit berechtigt fühlt, sich sexuelle Bedürfnisse erlaubt und auch aktiv sexuelle Entscheidungen trifft. Schalet (2010) definiert das Konstrukt als die Fähigkeit, die eigene Sexualität zu *besitzen*, im eigenen Körper Genuss zu *verspüren* und das *Subjekt* des eigenen Begehrens zu sein. Horne & Zimmer-Gembeck (2006) nehmen an, dass eine Frau, die sich als sexuelles Subjekt annimmt, dann nicht Objekt des Begehrens anderer, sondern Subjekt ihres eigenen Begehrens ist. Sexuelle Subjektivität (Subjektifizierung) zu konstruieren, ist ein dauerhafter Prozess und schließt sowohl Psyche als auch Körper ein. Ein starkes Selbst zu entwickeln setze voraus, dass Körperempfindungen anerkannt und akzeptiert werden (Horne & Zimmer-Gembeck, 2006).

2.4.4. Interozeption

Der Prozess der Interozeption ist relativ neu in der Sexologie und bezeichnet die Eigenschaft eines Menschen, innere körperliche Empfindungen und Veränderungen zu registrieren (Vergl. Craig, 2003; Herbert & Pollatos, 2008). Interozeption kann daher als Fachausdruck der Forscher und Neuropsychologen für *Nachzuspüren* aufgefasst werden, das mit dem Denken und dem Kontakt zu allen Gefühlen interagiert (Bay-Hansen, 2017). Sowohl *Spectatoring* als auch Interozeption involvieren beide die Selbstbeobachtung, sie beeinflussen aber die Sexualfunktion

in entgegengesetzte Richtungen. Es ist davon auszugehen, dass *die Art* der selbstfokussierten Aufmerksamkeit für die Auswirkungen ausschlaggebend ist und nicht das bloße Zugegen sein oder das Fehlen der selbigen. Worauf sich der (beobachtende) sexuelle Fokus richtet und wie jemand den Inhalt bewertet, macht den Unterschied aus (Seal & Meston, 2007). Seal & Meston's Studie zeigte, wie das bewusste (neutrale oder positive) Körperbeobachten sogar bei Frauen mit sexuellen Dysfunktionen und relativ schlechtem körperlichen Selbstbild zu höherem sexuellen Respons führte. Ebendies war auch der Beweggrund für das Entwickeln und Einsetzen des Sensate Focus von Masters & Johnson (1994), bei sexuellen Dysfunktionen.

Die Grundlage vieler Konzepte wie Slow Sex, Tantra etc. ist Interozeption und wird häufig als Achtsamkeit bezeichnet, so auch bei Sitari-Rescio (2014) in „Sex & Achtsamkeit“. Achtsamkeit ist:

„[...] die „Wahrnehmung der körperlichen Empfindungen und entsprechend der inneren Gefühle und Gedanken, die sich im Zusammenhang mit sexueller Erregung entfalten. [...] Achtsamkeit ist die stille, liebevolle, wertfreie Wahrnehmung dessen, was gerade ist, und weniger dessen, was sein sollte. Gleichzeitig ist sie eine innere Haltung, die wir uns mit der Zeit und zunehmender Praxis zu eigen machen können und die uns diese besondere Art der Wahrnehmung ermöglicht.“ [Sitari 2014, S. 17-18].

J. Sparmann zeigt in „Körperorientierte Ansätze für die sexuelle Bildung junger Frauen“ (2018), wie körperliche Übungen das Hineinspüren (Interozeption) unterstützen, sodass wohlwollendes Beobachten und subjektives Empfinden bei sexuellen Aktivitäten in den Vordergrund treten können.

2.4.5. Sexocorporel

Die Grundaussagen des Sexocorporels zum Genital, zum Archetyp⁵ und zu sexueller Selbstsicherheit sind beim GSI relevant; diese drei Größen hängen als theoretisches Konstrukt zusammen (Bischof & Gehrig, 2008). Der Theorieansatz geht von einem genital ausgelösten Erregungsreflex im *äußeren Genital* aus. Diesen zu spüren und zu genießen hat entscheidende Bedeutung für die er- und gelebte Sexualität (Vergl. Bischof & Gehrig, 2008; Chatton, D. et al., 2005). Ist der Archetyp gut angelegt und angenommen, spürt eine Frau ihr *inneres Genital*; die

⁵ Sexuelle Archetypen: „Verhaltensmuster (bei der Frau die Rezeptivität und Mutterschaft, beim Mann die Intrusivität), die auf einem biologischen Programm beruhen, durch Lernschritte angeeignet und schließlich erotisiert werden.“ (Bischof, 2013, S. 12).

sogenannte Vaginalität⁶ ist erreicht. Der Gründer des Sexocorporels, J.-Y. Desjardins, publizierte mit Kollegen einen Übersichtsartikel zum Model der sexuellen Gesundheit, in dem es heißt:

„L’archétype sexuel féminin renvoie à la capacité d’érotiser sa réceptivité sexuelle (érotisation des creux). En étant réceptive sexuellement, la femme désirera la pénétration pour « remplir » son creux vaginal et, de la même façon que pour l’homme, elle en retirera beaucoup d’excitation et de plaisir sexuel.“ [Chatton, D. et al., 2005, S. 10].⁷

Der Fokus bleibt auf dem Genital; innen wie außen. Insgesamt beeinflussen die genannten Größen die *sexuelle Selbstsicherheit*, die im Kern daraus besteht, ein gutes sexuelles (auch genitales) Selbstbild (als Frau oder Mann) entwickelt zu haben, fähig zu sein, eigene Stärken zu erkennen und stolz auf die eigene Weiblichkeit, beziehungsweise Männlichkeit zu sein – ein gewisser positiver Narzissmus ist dafür nötig. Dazu kommt die Fähigkeit, sich vor anderen selbstbewusst in der Weiblichkeit beziehungsweise Männlichkeit zu zeigen und dabei Lust und Stolz zu spüren; gewissermaßen Exhibitionismus gleichkommend (Vergl. Bischof & Gehrig, 2008; Chatton et al.; 2005; Gehrig, 2013). Wie wichtig der Körper und das Genital bei sexueller Erregung insgesamt ist, wird im schon erwähnten Artikel von Desjardin unter der Überschrift: *Identifizierung von Körperbezugspunkten* betont:

„[...] mais ce qui différencie le désir sexuel des autres formes de désir, ce sont les points de repère à l’excitation sexuelle qui sont ressentis dans le corps. Par exemple, pour qu’une femme puisse ressentir du désir sexuel, elle doit repérer dans son bas-ventre ou dans ses organes génitaux externes des signaux d’excitation sexuelle. C’est à partir de ces signaux corporels qu’elle pourra ressentir un désir de contacts sexuels et/ou de pénétration.

⁶ Vaginalität: Das Entdecken und Aneignen der Vagina als Raum weiblicher Erotik und das lustvolle Erleben der Begegnung mit der Erotik des/der anderen und dessen/deren eindringendem Penis, Finger etc. (Vergl. Gehrig, 2013, S. 12).

⁷ Eigene Übersetzung ins Deutsche: „Der weibliche sexuelle Archetyp bezieht sich auf die Fähigkeit, die sexuelle Empfänglichkeit zu erotisieren (Erotisierung von Hohlräumen). Wenn die Frau sexuell empfänglich ist, wird sie das Verlangen nach Penetration haben, um ihre Vaginalhöhle zu "füllen", und auf die gleiche Weise wie der Mann, wird sie hohe Erregung und sexuelles Vergnügen spüren können.“

L'identification de ces points de repère au corps est donc une composante essentielle du désir sexuel."⁸ [Chatton, D et al., 2005, S. 11].

Jegliche positive oder negative Emotionen sind mit physischen (und beobachtbaren) Veränderungen am Körper verbunden. Umgekehrt spiegelt sich eine bestimmte angespannte oder entspannte Körperhaltung automatisch auf emotionaler und kognitiver Ebene wieder (Vergl. Chatton, D et al., 2005; Gehrig/Bischof, 2008; Reich, 1952). Mit dieser Grundannahme des Approach Sexcorporels, dass Körper und Gehirn eine funktionelle Einheit bilden, wird deutlich, dass wenn eine Person das eigene Genital nicht mag (oder kennt), es schwieriger werden könnte Sexualität zu genießen, die ebendiese genitale Anatomie miteinbezieht oder bloßlegt.

2.4.6. *Feministische Ansätze*

Calogeros Studie, die den Effekt der Objektifizierung auf das Selbstbewusstsein von Frauen untersuchte, belegte, wie Frauen, wenn sie von Männern angeschaut werden, Sorge bekamen und Körperscham spürten. Dies passierte nicht, wenn sie von Frauen betrachtet wurden (Calogero, 2009). Auch andere Studien legen nahe, dass Frauen, die traditionelle Geschlechterrollen in Frage stellen und/oder eine feministische Identität aufweisen, offener für Empfindungen und die Anatomie ihres eigenen Körpers sind, als Frauen, die keine feministische Identität für sich annehmen. Liss et al., (2001) erklären den geschilderten Zusammenhang mit dem Anspruch, den feministische Frauen hätten, ihren Körper kennen und genießen zu *wollen*, weshalb sie weniger für den Partner Sex haben oder „nur mitmachen“.

3 Befragung zum genitalen Selbstbild der Frau (GSI)

3.1. Entscheidungsbegründung für eine quantitative Befragung mit dem Kern der Polaritäten-Profile

Während meiner langjährigen Zeit als Sexual- und Paartherapeutin mit eigener Praxis, stellte ich immer wieder fest, wie Frauen negativ über ihr Genital denken. Nach wichtigen, weiblichen Geschlechtsmerkmalen gefragt, lauteten die Antworten

⁸ Eigene Übersetzung ins Deutsche: „[...] was das sexuelle Verlangen von anderen Formen des Verlangens unterscheidet, sind die gefühlten Bezugspunkte zur sexuellen Erregung im Körper. Damit eine Frau bspw. ein sexuelles Verlangen verspüren kann, muss sie eine sexuelle Erregung im Unterbauch oder in den äußeren Genitalien feststellen. Aufgrund dieser körperlichen Signale kann sie den Wunsch nach sexueller Berührung und/oder Penetration verspüren. Das Erkennen dieser Landmarken im Körper ist daher ein wesentlicher Bestandteil des sexuellen Verlangens.“

meist: „*mein Busen*“, „*meine Gebärmutter*“, „*meine kurvige Figur*“ oder „*meine langen Haare*“. Es schien manchmal geradezu unmöglich die Aufmerksamkeit der Frauen weiter nach unten zu bringen, also zum Genital. Auch fiel mir auf, dass diese Frauen, die ihren Körper im unteren Bereich ignorierten oder sogar mit Ekel verbanden, gleichzeitig als diejenigen auffielen, die bei sich keine Orgasmen auslösen konnten, wenig sexuelle Lust verspürten oder gar Schmerzen beim Sex erlebten. Die Frage kam auf, wie es sich wohl diesbezüglich bei Frauen verhält, die *nicht* Klientinnen in sexualtherapeutischen Praxen sind. Dazu kam, dass viele heterosexuelle Frauen in der Beratung von einem ‘medialen Druck’ sprachen, sich ganzkörperlich zu optimieren, ‘perfekt für den Mann’, auch im ‘unten’ - im Genital. Meine Fragen reihten sich immer mehr um das weibliche genitale Selbstbild im Kontext gesellschaftlicher und kulturell eingefärbter und (wohlmöglich) vorherrschender ähnlicher Bilder *vieler* Frauen.

Die meisten bereits bekannten Studien zum GSI betreffen sehr kleine Stichproben und basieren, laut der schon erwähnten Übersichtsstudie von Temple-Smith et al., auf unzuverlässige Messinstrumente. Meine gute Vernetzung und Bekanntheit in den sozialen Medien, bestärkten mich darin, dass es für mich möglich sein würde, kurzfristig viele Frauen zu erreichen, um eine aussagekräftige quantitative Studie durchzuführen. Dazu musste ein Fragebogen entwickelt werden, um keine der etablierten Messinstrumente nutzen zu müssen.

Das Kernstück dieses Fragebogens, wurde ein Polaritäten-Profil, welches das GSI in *drei spezifischen*, und den Probandinnen *genau erläuterten*, Sichtweisen einschätzen lässt. Eines der Schwächen bekannter Messinstrumente - wie auch beim semantischen Differenzial von Osgood, das als Grundlage meines Profils diente - besteht darin, dass es häufig unklar bleibt, woran die Probandinnen denken. Ein diffuses Gefühl wird abgefragt. Diesem Problem wollte ich mit den *drei abgefragten Sichtweisen* zuvorkommen und für eine höhere Genauigkeit und Zuverlässigkeit in den Antworten sorgen. Die weiteren Variablen im Fragebogen - zusätzlich zu den Profilen - generierten sich durch meine langjährige Erfahrung als Sexualtherapeutin und in Zusammenarbeit mit dem erfahrenen Sozialforscher, meinem Zweitbetreuer Herr Prof. Bathke. Vom Selbigen erhielt ich auch, in einem ständigen Kommunikationsprozess und in Absprache mit meinem Erstbetreuer, Prof. Stumpe, methodische, daten- und auswertungstechnische Unterstützung.

Die endgültige Entscheidung für eine quantitative Arbeit, gaben die vielen im Theorieteil erwähnten Studien, die den Aussagen meiner Klientinnen unterstützten, dass Frauen heutzutage einem Medieneinfluss unterliegen, der negative Auswirkungen auf ihre Sexualität hat. Ich möchte diese Zusammenhänge besser verstehen, um daraus einen Mehrwert für die therapeutische Arbeit entwickeln zu

können. Daher, wird auch eine Reihe von sexologisch relevanten Variablen in Bezug zu den Profilen (zum GSI) gesetzt.

3.2. Fragestellung und Hypothesen

In Verbindung mit den *Polaritäten-Profilen* sind zwei Annahmen zu prüfen:

- 1) Die angelegten Polaritäten-Profile zeigen ähnliche Dimensionen (Faktoren) auf wie im Semantischen Differenzial von Osgood: Valenz, Aktivierung und Potenz.
- 2) Es gibt Unterschiede bei der Beurteilung des GSI – je nachdem, ob eine Probandin *direkt* an das Genital denkt, an die *Berührung* des Genitals oder an selbiges in Verbindung mit *sexuellen Handlungen mit anderen*.

Weitere Hypothesen, die untersucht werden sollen:

- 3) Es gibt einen Zusammenhang zwischen Alter und dem Urteil zum GSI.
- 4) Sexuelle Zufriedenheit und GSI sind miteinander positiv verbunden.
- 5) Es existieren Verknüpfungen zwischen der Sexualfunktion (Orgasmus, SB, sexuelles Selbstbewusstsein m.m.) und dem GSI.
- 6) Es gibt Zusammenhänge zwischen dem GSI und die kognitive Ablenkung einer Frau beim Sex.
- 7) Ob eine Frau sich selbst als Objekt oder Subjekt bei sexuellen Aktivitäten empfindet (Objektifizierung/Subjektifizierung), steht im Zusammenhang mit dem GSI.
- 8) Das GSI steht im Zusammenhang damit, wie sehr eine Frau im Stande ist, ihren Körper beim Sex genussvoll wahrzunehmen (Interozeption).

3.3. Begriffsbestimmung

Die *Vulva* wurde im Fragebogen als Untersuchungsgegenstand definiert und mit einer Zeichnung versehen, um jegliche Verwechslung mit der Vagina auszuschließen. Weibliche Geschlechtsorgane können in *äußere*, *innere* und *Akzessorische Drüsen* eingeteilt werden. Die vorliegende Arbeit versteht unter der Vulva, also der Ansammlung der äußeren weiblichen Genitalien, Bezug nehmend auf die allgemeine Definition weiblicher Anatomie Folgendes: Venushügel, Klitorisvorhaut, Klitorisperle, innere Geschlechtsslippen (Labia Minora), äußere Geschlechtsslippen (Labia Majora) und Vaginaleingang. Die Vulva verläuft vom Venushügel bis zum Perineum. Die Labia Majora schließen mit einer spaltartigen

Öffnung, auch Rima Vulvae genannt, die Labia Minora; dies ist der Scheidenvorhof, an der sich der Harnröhreneingang befindet, bei dem es sich um einen weiteren Teil der Vulva handelt. Der Scheidenvorhof stellt die Verbindung zu den inneren Genitalien dar (Anhang A.).

3.4. Der Fragebogen

Die Studienteilnehmerinnen beantworteten einen Fragebogen mit 26 Hauptfragen, die zum Teil weitere Unterfragen enthalten (Anhang A). Die drei *semantische Profile* mit den drei Bezügen *Denken*, *Berühren* und *Sex* (F6-8) sind das Kernstück der Untersuchung. Die vorgegebenen Polaritäten-Profile zum GSI enthalten 24 gegensätzliche Wortpaare, wobei 17 aus dem klassischen Semantischen Differenzial übernommen wurden, 8 klassische Wortpaare wurden nicht berücksichtigt. Dafür wurden 7 neue eingebaut, die m. E. eine bessere empirische, beziehungsweise auch theoretische Relevanz für die Begrifflichkeit „Vulva“ haben (vgl. Anhang C, Abb. 7).

Die in der Literatur vorliegenden Beispiele zum Semantischen Differenzial bzw. zum Polaritäten-Profil geben in der Regel einen völlig 'freien' Zugang zum 'Begriff', der über die vorgegebenen Wortpaare zu beurteilen ist. Damit verbunden ist aber, wie schon erwähnt, dass Probanden sehr unterschiedliche Assoziationen haben können, die dann statistisch verarbeitet werden. Bei der Interpretation steht der Forscher (oder die Forscherin) vor dem gravierenden Problem der Ungenauigkeit, da die „Denkrichtung“ der Probanden nicht bekannt ist. Wir entschieden uns angesichts dieser Probleme den Probandinnen eindeutige und damit vergleichbare unterschiedliche Bezugspunkte vorzugeben. So sollten die 24 Begriffspaare aus drei Perspektiven beurteilt werden: Und zwar aus der Sicht, dass sie an ihre Vulva *denken* (F6), sie sich auf das *Berühren* der Vulva beziehen (F7) und, die Vulva anhand der Polaritäten aus dem Blick *sexueller Aktivitäten (Sex) mit anderen* eingeschätzt werden (F8). Die Probandinnen sollten auf einer fünfstufigen bipolaren Skala einschätzen, wie sehr sie, anhand der Begrifflichkeiten in den vorgegebenen Wortpaaren, ihre 'Vulva' mit der jeweils vorgegebenen Situation/Denkrichtung bewerten (für die Anleitung dazu; Anhang A, Fragebogen, S. 4).

Diese Methode des Polaritäten-Profils geht auf den US-amerikanischen Psychologen Osgood zurück. Er untersuchte mit dem Semantischen Differenzial affektive Wortbedeutungen zu individuellen Vorstellungen von Begrifflichkeiten und/oder Sachverhalten (Osgood 1952). Mit zwanzig prototypischen Begriffen, die in allen damals bekannten Sprachen auftraten (darunter Mond, Sonne, Vater und Mutter), postulierte Osgood eine *Sozio-emotionale Grundausrüstung* des Menschen

in der Beurteilung von Begrifflichkeiten (Osgood 1952), womit sich Emotionen und Gefühle abbilden lassen würden. M. Lewin (1986) schrieb dazu:

“Diese Skala besteht aus einer Liste von Paaren von polaren Eigenschaftswörtern, bei denen je zwei gegensätzliche Eigenschaften eine Dimension bilden; z. B. folgende: wertvoll – wertlos, sauber – schmutzig, geschmackvoll – geschmackslos, schnell – langsam [...] etc. Indem man nun die Befragten beliebige Gegenstände oder Themenbereiche auf diesen Dimensionen einstufen lässt, kann ihre Bedeutung für die Zielpersonen gemessen werden. [...] Osgood et al. führten Faktorenanalysen durch, um zusammengehörige Adjektive zu finden. Das Resultat war, dass die meisten Konzepte (also Gegenstände, Personen, Themenbereiche usw.) mit Hilfe dreier grundlegender Faktoren beschrieben werden können: nämlich mit der Evaluations- (gut – böse), der Aktivitäts- (aktiv – passiv) und der Potenz- (stark – schwach) Dimension.“ (Lewin, 1986, S 171-172).

So weist etwa ‚Angst‘ etwa eine negative Evaluation, erregte Aktivität und schwache Potenz ‚Zufriedenheit‘ positiv, ruhig und mächtig ist (Vergl. Osgood 1976; Blanke 1973). Die *Evaluationsdimension* beschreibt also, ob ein Begriff, (hier: Vulva), ein gutes, angenehmes, oder ein schlechtes, unangenehmes Gefühl auslöst, die *Aktivierungsdimension*, den Grad an Aktivität, der mit dem Begriff verbunden wird (Ist etwas dynamisch, laut und erregt, oder ruhig, leise und passiv?) und die *Potenzdimension*; die Macht oder Stärke des Begriffes (Fühlt sich etwas groß, mächtig und dominant an, oder klein, schwach und beherrschbar?) (Vergl. Döring 2016, S. 276-277).

Neben den drei Polaritäten-Profilen wurden Fragen platziert, die sich aus den Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung ableiten. Zur differenzierten Betrachtung der Polaritäten-Profile sollen diese sowohl als unabhängige als auch als abhängige Variable in Beziehung gesetzt werden. Im Zentrum steht die Prüfung von Zusammenhängen zu den Urteilen zum GSI (aus den Polaritäten-Profilen), deren Prüfungsergebnis über χ^2 erfolgt. Die Prüfungsergebnisse zu den Zusammenhängen bleiben identisch, jeweils unabhängig davon, welche Variable als unabhängige oder abhängige gesetzt wird.

Viele Variablen, vor allem objektive, wie Alter, Bildung, Beruf, 1., Zeitpunkt der Menarche, Kommunikation mit den Eltern zu Sexualität und Liebe, feministische Einstellung und Geschlechterrollenverständnis, sexuelle Anziehung, Zufriedenheit mit der allgemeinen Gesundheit, Therapieerfahrung und OP-Erfahrung können

sinnvoll nur als unabhängige Variablen gesetzt werden, im Sinne davon wie sie mit dem GSI zusammenhängen bzw. es differenzieren. Daneben wurden ausgewählte Variablen in Abhängigkeit vom Urteil zum GSI betrachtet, wie auch in anderen Studien (u. a. Lordelo et al. 2017), z.B. Anzahl Sexualpartner, Häufigkeit des Sex, Fähigkeit zum und Häufigkeit des Orgasmus, Häufigkeit der Selbstbefriedigung, Zufriedenheit mit dem Aussehen und Geruch der Genitalien, fester Partner oder nicht, sexuelles Selbstbewusstsein, sexuelle Zufriedenheit, Schmerzen beim Sex, Subjektivierung, Objektivierung, Spectatoring, Interozeption und Interesse an Informationen. Diese Auswertungsrichtung wurde bewusst gesetzt, wohl wissend, dass es bidirektionale Wechselwirkungen gibt.

Insgesamt werden die Fragen und ihre Antwortmodelle (etwa Verdichtungen, Zusammenfassungen, Recodierungen, Typenbildungen, Faktorenanalysen etc.), auf der Basis beschreibender, bivariater bzw. mehrdimensionaler Statistik, bei der Ergebnisdarstellung unter Punkt 4., konkret beschrieben.

3.5. Durchführung der Befragung

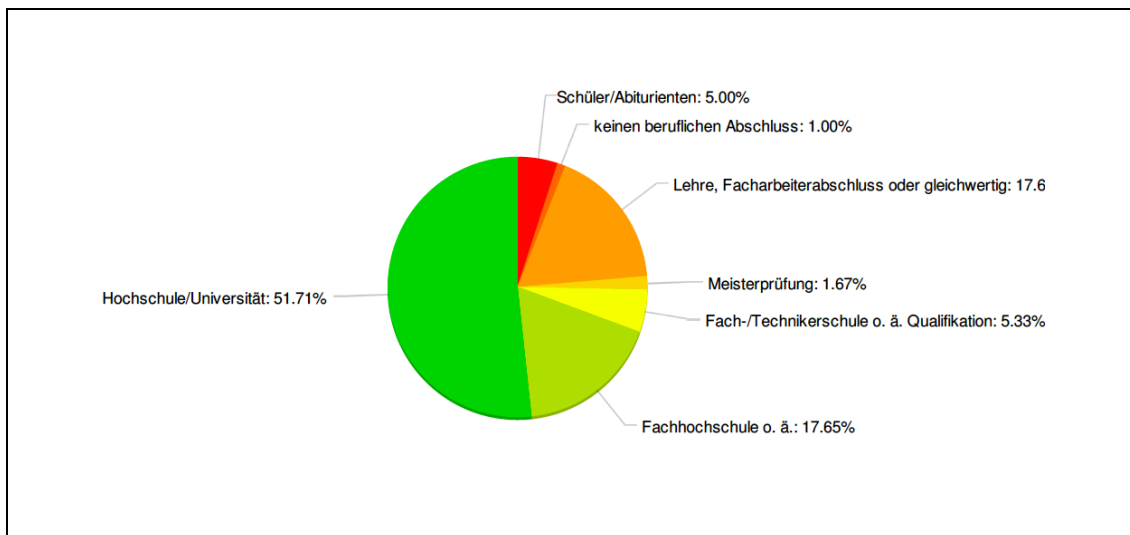
Der Link zum Fragebogen mit der Aufforderung, anonym an einer Masterarbeitsstudie teilzunehmen, wurde einmalig auf meinem offiziellen Facebook-Profil („Person des öffentlichen Lebens“) mit 9.486 Followern und auf meinem privaten Profil („Ann-Marlene Henning“) mit 5.025 Followern gepostet. Zusätzlich wurde mein üblicher Newsletter, versehen mit Informationen zur Studie, an ca. 1.700 eingetragene Abonnenten versendet. Auch verschickte eine Kollegin, M. Komorek, die Kongresse zu sexuellen Themen organisiert, den Link an ihre ca. 3.500 Abonnenten. Zuletzt stand der Link drei Wochen lang online auf den Sites von der ISG e.V. Universitätsklinikum Freiburg (Informationszentrum für Sexualität und Gesundheit e.V.). Die Studie wurde nach sechs Wochen Laufzeit beendet. Als Dankeschön für die Teilnahme wurde angeboten, am Gewinnspiel von fünf erotischen Kartenspielen *DOCH! DOCH! DOCH! – (d)ein erotisches Kartenspiel*, mitzumachen.

3.6. Population

Es nahmen insgesamt 1.303 Frauen an der Studie zum genitalen Selbstbild der Frau teil. Davon beantworteten 779 den Fragebogen komplett. Das durchschnittliche Alter (F2) der Teilnehmerinnen betrug ca. 40 Jahre (M = 40,34, SD = 12,15), wobei die jüngste Teilnehmerin 16 und die älteste 82 Jahre alt war. 78% der Frauen identifizierten sich (F20c) als heterosexuell (kaum oder nicht lesbisch) und 22% als lesbisch (stark oder sehr stark). 71% der Probandinnen

waren in einer festen Beziehung (F16), 29% gaben an, Single zu sein. Die berufliche Qualifikation der Probandinnen verteilt sich wie folgt (vergl. Abb. 1):

Abb. 1 (Anhang C): Frage 3 - Berufliche Qualifikation



Ein markantes Kennzeichen der Population ist die hohe berufliche Qualifikation: $\frac{3}{4}$ der Probandinnen haben einen Hoch- oder Fachschulabschluss. Nur 1 % hat keinen beruflichen Abschluss. 5% sind Schüler und haben daher noch keinen Beruf. In Verbindung mit den, in meiner Studie vorgefundenen, hauptsächlich positiven genitalen Selbstbildern (siehe Punkt 4.1.1.), ist die Vermutung, dass ein hoher beruflicher Abschluss, beziehungsweise der Bildungshintergrund, ein relevantes Merkmal für Interesse an Sexualität und damit an der Befragung zum GSI ist.

3.7. Forschungsethik

Die Vorgehensweise bei der Studie entspricht der WMA Deklaration von Helsinki zu Ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung an Menschen: Die Teilnehmerinnen wurden über den bereitgestellten Link auf Facebook, durch diverse Newsletter oder auf der Plattform des ISG e.V. aufgefordert, an der *freiwilligen* Umfrage teilzunehmen. Da ein einzelner Link für alle Kanäle verwendet wurde, ist nicht sichtbar, welche Person aufgrund welcher Quelle teilgenommen hat. Interessierte Frauen wurden im Anschreiben unter dem Link darüber informiert, dass es sich um eine *kurze, anonyme Online-Befragung* zum Thema *genitales Selbstbild der Frau* handelt. Frauen, die den Link öffneten, wurden zur Online-Seite www.umfrageonline.com geleitet, wo sie die *Bedingungen für die Teilnahme lasen und akzeptierten*, und danach die Befragung ausfüllten. Teilnehmen konnten alle

Frauen, die mindestens 16 Jahre alt sind und einen Internetzugang besitzen. Es wurden *keinerlei persönliche Informationen* wie Name, E-Mail-Adresse, GPS-Ort etc. von *Umfrage-Online.com* oder von mir *erfasst und/oder gespeichert*. Wenn die Frauen die Studie vollständig absolviert hatten, wurde ein *Dank ausgesprochen* und die Teilnahme geschlossen. An dieser Stelle wurde an das Gewinnspiel erinnert, das am Anfang des Fragebogens angeboten worden war. An diesem konnte durch das Versenden einer gesonderten E-Mail an eine Mailadresse, zu der nur ich Zugang habe, teilgenommen werden. Ebenso wurde verfahren, wenn die Teilnehmerin wünschte, die Studienergebnisse zu erhalten. Meine Ergebnisse wurden, nach Einreichung der Masterarbeit, an die Gruppe von Probandinnen an ihre E-Mail als Blindkopien geschickt. Entsprechend wurde die Mitteilung darüber, wer die Spiele gewonnen hat, einzeln an die fünf Gewinnerinnen geschickt. Alle Mailadressen wurden danach zeitgleich gelöscht. Es bestand oder besteht also zu keinem Zeitpunkt die Möglichkeit, E-Mails oder E-Mail-Adressen der Probandinnen mit bestimmten Antworten in der Studie in Zusammenhang zu bringen.

4 Zentrale Befunde

Zunächst soll die Analyse der Polaritäten-Profile beschreibend dargestellt werden und dann deren Verdichtung anhand von Faktorenanalysen. Die übrigen Variablen des Fragebogens werden (in den Abschnitten 4.2.2 bis 4.1.5) in Beziehung zu den Profilen gesetzt. Um den Rahmen dieser Masterarbeit nicht zu sprengen, werden die offenen Fragen des Fragebogens nicht ausgewertet (vgl. Fragen 5, 18, 19a, 23a, 25 und 26).

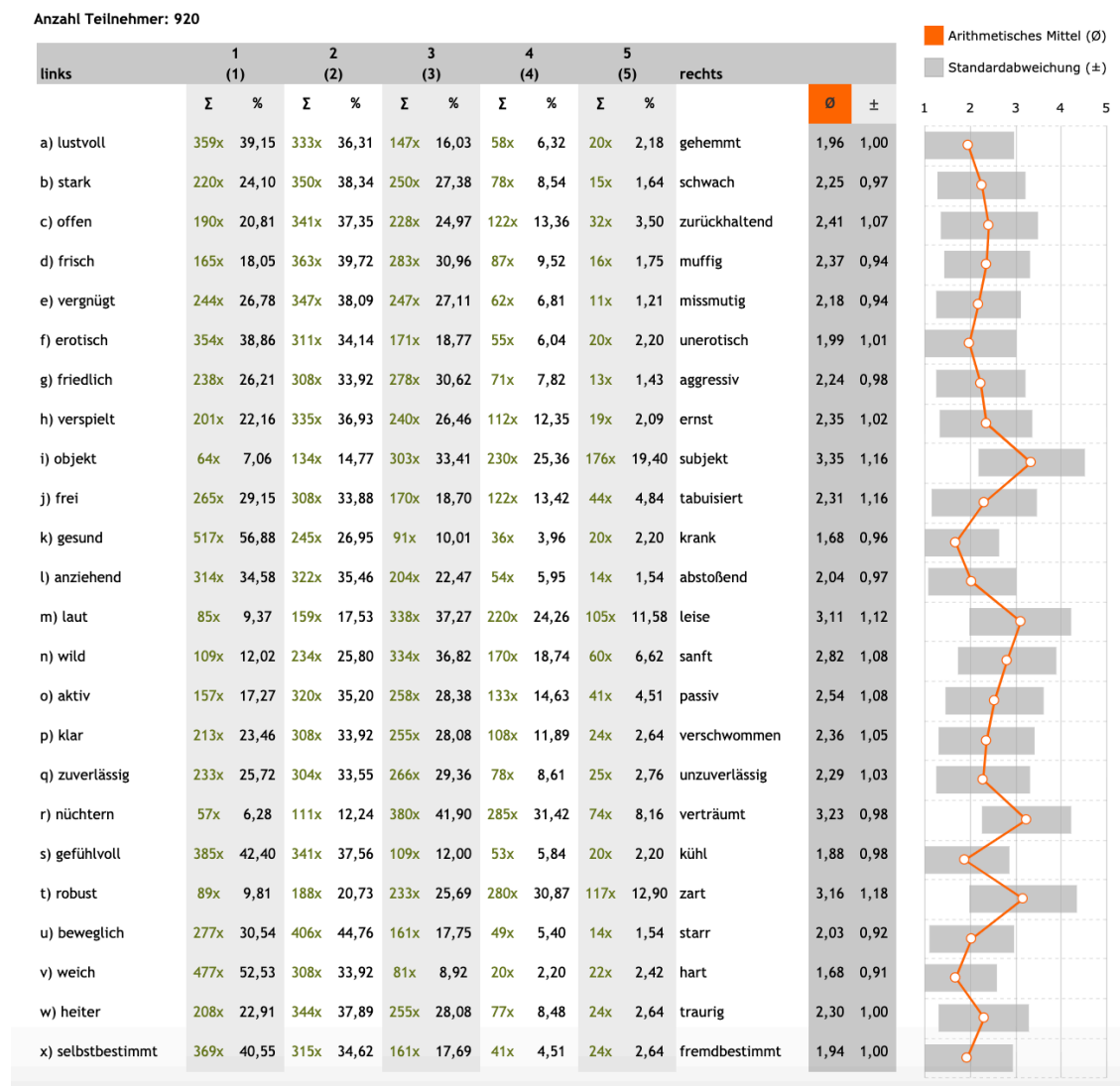
4.1. Beschreibende und Bivariate Auswertung

4.1.1. Das genitale Selbstbild (GSI) / die Polaritäten-Profile

Das GSI, das Kernstück dieser Studie, wurde durch Polaritäten-Profile für drei Sichtweisen, in den Fragen 6 bis 8 erfasst (vgl. Abb. 2-4). Die positiveren Begrifflichkeiten links im Polaritäten-Profil, stehen den weniger positiven rechts gegenüber. Für die erste Sichtweise *Denken* haben folgende drei Wortpaare die niedrigsten (und damit positivsten) Mittelwerte: *weich – hart, gesund – krank* und *gefühlvoll – kühl*. Die höchsten, und damit weniger positiven, Mittelwerte, finden sich bei: *offen – zurückhaltend, frisch – muffig* und *klar – verschwommen*. Die Spannbreite der Mittelwerte reicht von 1,68 bis 3,35 und die Streuung von 0,91 bis 1,16. Es folgt eine Beschreibung der Ergebnisse (vgl. Abb. 2).

Das genitale Selbstbild der Frau (GSI) - Masterarbeit

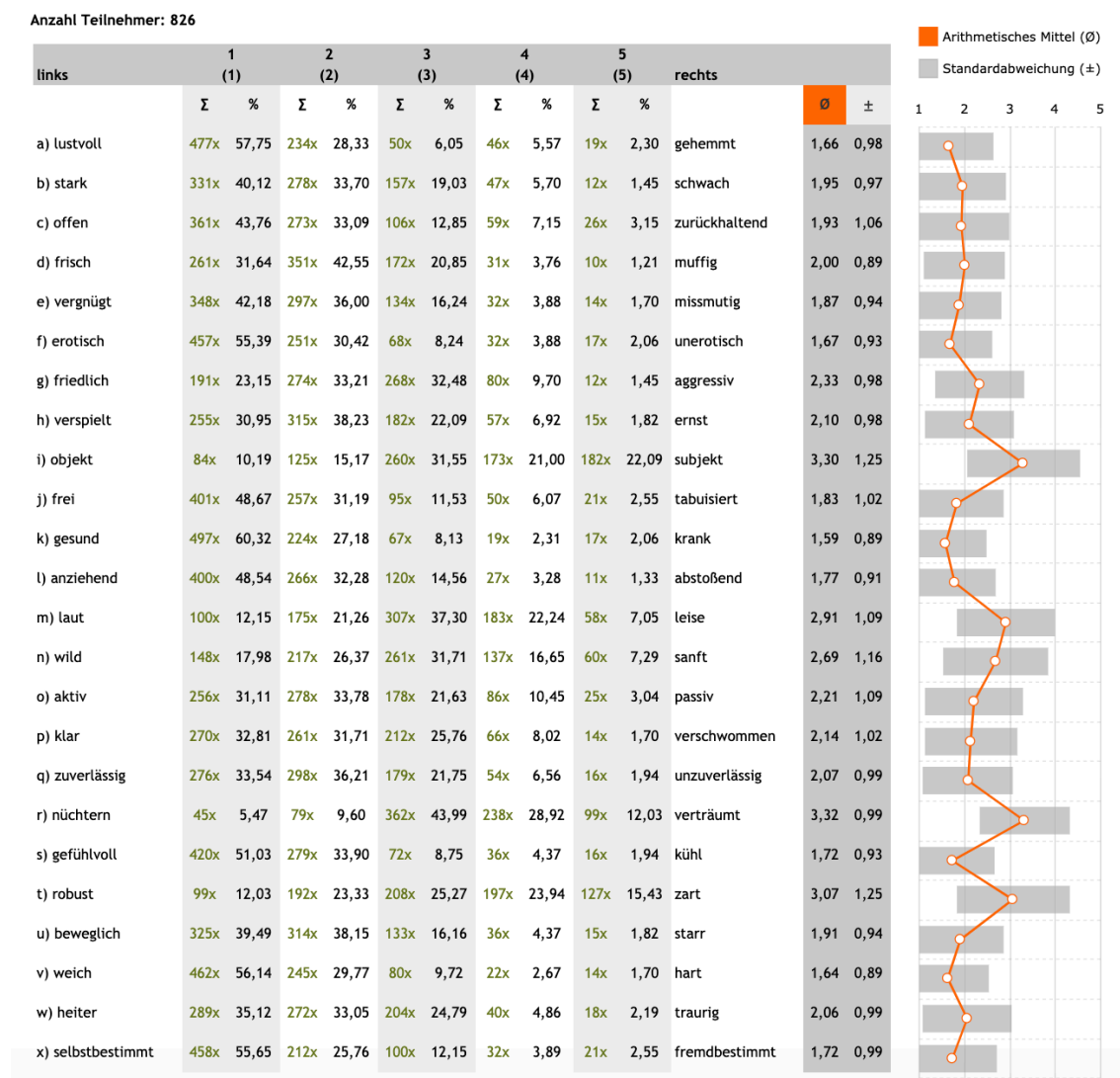
Abb. 2 (Anhang C): F6: Wie verbinden Sie Ihre Vulva mit den folgenden gegensätzlichen Eigenschaftspaaren, wenn Sie an sie denken?



Generell sind die Antworten der Probandinnen *linksverschoben*, also in Richtung positiver Begrifflichkeiten wie *heiter*, *vergnügt*, *erotisch* etc. und nicht zum jeweilig anderen Pol *traurig*, *missmutig* und *unerotisch* usw.⁹ Die Stichprobe für die Sichtweise *Denken* stellt demnach, eine ausgesprochen sexpositive Population dar. Für *Berührung* und *Sex* sind die Ergebnisse ähnlich, wie in den Abbildungen 3 und 4 ersichtlich:

⁹ Die Wortpaare, die nach rechts 'ausreißen' (*Objekt - Subjekt*, *laut - leise*, *wild - sanft*, *nüchtern - verträumt*, *robust - zart*), gehören nicht zum Faktor 1, der das eigentliche GSI erfasst, sondern laden auf die Faktoren 2 und 3, welche bei der Faktorenanalyse im nächsten Abschnitt besprochen werden.

Abb. 3 (Anhang C): F7: Wie verbinden Sie Ihre Vulva mit den folgenden gegensätzlichen Eigenschaftspaaren, wenn Sie sie berühren?

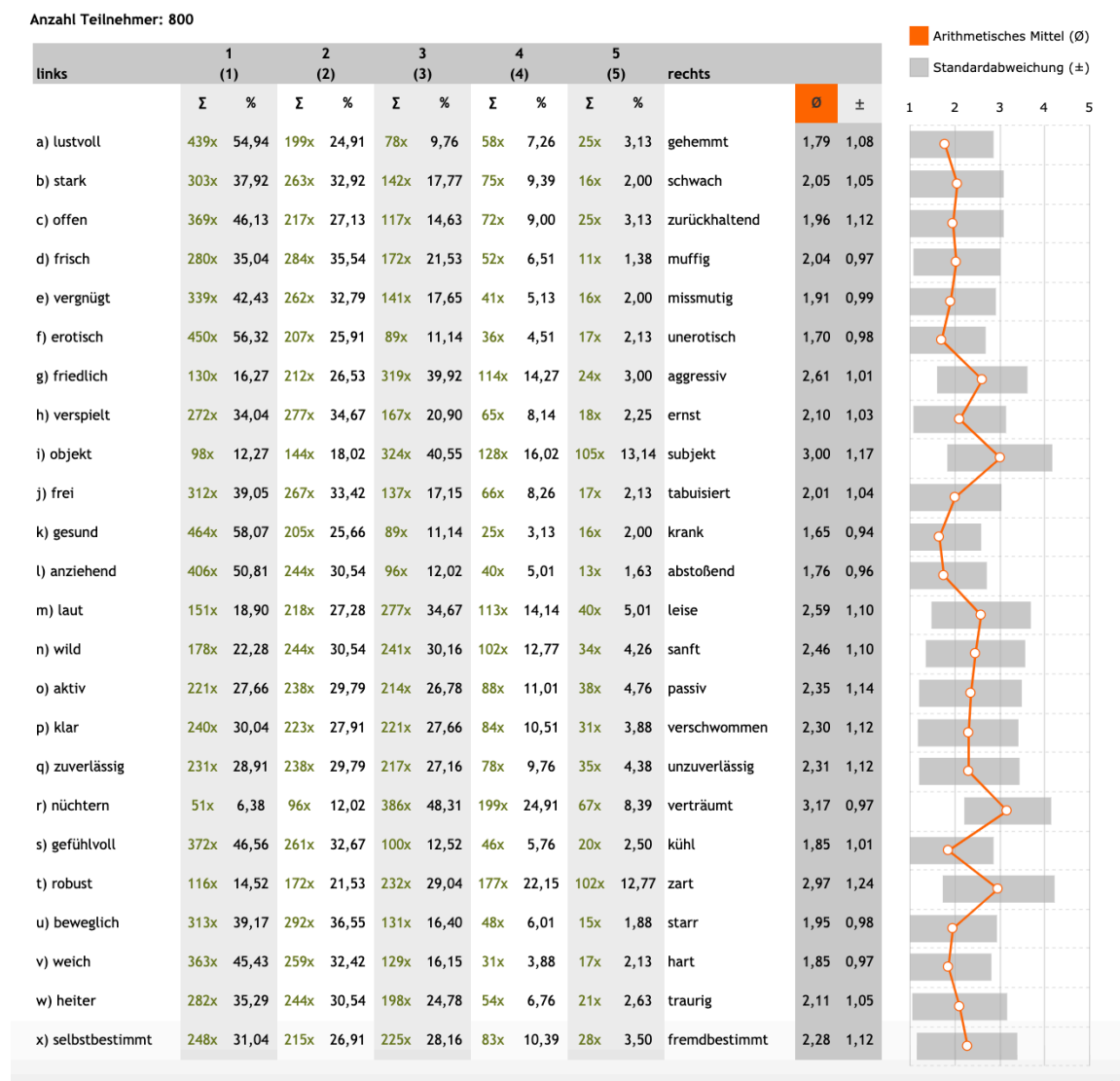


Die Spannweite der Mittelwerte, für die Sichtweise *Berührung*, reicht von 1,64 bis 2,07 und die Streuung von 0,89 bis 1,25. Folgende drei Wortpaare haben die niedrigsten (und damit positivsten) Mittelwerte: *gesund – krank*, *weich – hart* und *lustvoll – gehemmt*. Die drei höchsten und damit am wenig positiven Mittelwerte, sind *klar – verschwommen*, *verspielt – ernst* und *zuverlässig – unzuverlässig*. Die Ähnlichkeit mit der Sichtweise *Denken* ist deutlich, wobei die Urteile zum GSI, bei *Berührung* noch positiver ausfallen, (vgl. Abb. 8, S. 32, zu den drei Sichtweisen.)

Die Spannweite der Mittelwerte, für die Sichtweise *Sex*, reicht von 1,65 bis 2,31 und die Streuung von 0,94 bis 1,17. Folgende drei Wortpaare haben die niedrigsten (und damit positivsten) Mittelwerte: *gesund – krank*, *anziehend – abstoßend* und *lustvoll – gehemmt*. Die höchsten und damit die am wenig positiven Mittelwerte finden sich

bei: *zuverlässig – unzuverlässig, klar – verschwommen* und *selbstbestimmt – fremdbestimmt*. Auch hier finden sich also ähnliche Werte, wie in den beiden anderen Sichtweisen:

Abb. 4 (Anhang C): F8: Wie verbinden Sie Ihre Vulva mit den folgenden gegensätzlichen Eigenschaftspaaren, bei sexuellen Aktivitäten mit einem Partner bzw. mit einer Partnerin?



Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das genitale Selbstbild in allen drei Sichtweisen insgesamt sehr positiv ist. Das erklärt sich wohl dadurch, dass Frauen, die einer Sexologen in den sozialen Medien folgen und gerne an einer Umfrage zum weiblichen genitalen Selbstbild teilnehmen, tendenziell sexpositiv eingestellt sind.

Das Ergebnis steht in Kontrast zu anderen Studien, in welchen vor allem negative genitale Selbstbilder vorkommen.

Faktorenanalysen – Verdichtung der Daten der Polaritäten-Profile

Zur Datenverdichtung wurde über die drei Polaritäten-Profile explorative Faktoranalysen (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) durchgeführt. Bei allen Polaritäten-Profilen zeichneten sich über die Faktorenladungen, drei Faktoren bzw. Dimensionen ab, die für *Denken* 48 %, für *Berühren* 56 % und für *Sex* 58 % der Varianz aufklären.

Abb. 5 (Anhang C): *Varianz der Faktoren 1, 2 und 3 GSI Denken, Berühren, Sex*

Anteil der erklärten Varianz				
	Denken	Berühren	Sex	
Faktor 1	30,4 (64%)	38,1 (69%)	40,4 (69%)	
Faktor 2	9,7 (20%)	11,2 (20%)	11,4 (20%)	
Faktor 3	7,7 (16%)	6,2 (11%)	6,3 (11%)	
Kumulierte Varianz	47,8 (100,00%)	55,5 (100,00%)	58,1 (100,00%)	

Unterschiede und theoretische Verortung der zusammengefassten Faktoren

Im zweiten Schritt, wurden Faktorennamen bestimmt. Den drei Faktoren liegen unterschiedlichen Dimensionen zu Grunde:

Der Faktor 1 besteht aus 17 Begrifflichkeiten, die widerspiegeln, ob beim Gedanken an die Vulva, ein eher gutes oder unangenehmes Gefühl ausgelöst wird, bspw. *heiter, vergnügt, gesund, klar, beweglich* oder *gefühlvoll*, vs. *traurig, misstrauisch, krank, verschwommen, starr* oder *kühl*. Der Faktor wurde als *Wertung* betitelt.

Faktor 2 hat drei Wortpaare, die in den beiden höchst ladenden Faktoren in Richtung *Aktivität* oder eine Art von *Bewegung* gehen (*wild, laut* vs. *sanft, leise*). Das dritte Wortpaar, *robust* vs. *zart*, kann auch als unterschiedlich energievoll verstanden werden. Es wurde entschieden, die 'Energien', im Faktor im Sinne von sympathischem und parasympathischem Einfluss zu verstehen, sodass hier

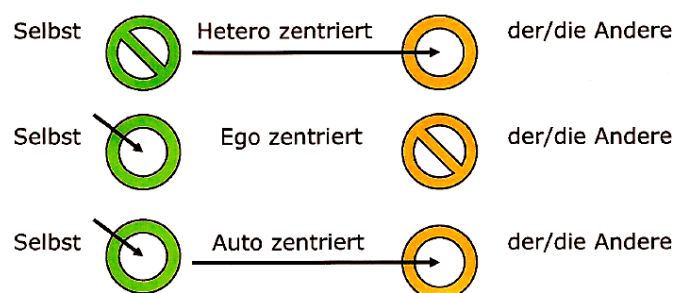
eventuell sogar von *sexueller Erregung* gesprochen werden kann (*Wie erregt oder entspannt ist jemand beim Gedanken an die Vulva?*). Der Faktor bekam den Namen *Erregung*.

Der Faktor 3 besteht aus den zwei Wortpaaren *Objekt – Subjekt* und *nüchtern – verträumt*. Aus theoretischen Überlegungen heraus, hängen diese Wortpaare enger zusammen als auf dem ersten Blick. Wenn eine Frau sich als Objekt fühlt, achtet sie tendenziell eher darauf, was andere wollen. Sie ist am Beobachten (*nüchtern*) und lässt mit sich machen (*Objekt*). Empfindet jemand dagegen als *Subjekt*, kann sie sich (durch eigene, innere Sicherheit) wohlmöglich besser einlassen oder fallen lassen (*verträumt*), auch beim Sex mit anderen. Es geht also, in diesem Faktor, um so etwas wie *Standing* oder *Vertrauen in sich*. Im schon erwähnten Konzept des Sexocorporel wird von *Autozentrierung* bzw. *Heterozentrierung* gesprochen, als einem grundlegenden Funktionsmodus¹⁰ dafür, ob jemand eher *sich* oder *andere* im Fokus ihres Tun hat (Bischof & Gehrig, 2008). Autozentrierung wurde als Faktorennamen festgelegt. Eine Abbildung aus dem *Lehrheft 2*, zum Sexocorporel, macht den Zusammenhang deutlich (Bischof & Gehrig, 2008, S. 27).

Abb. 6 (Anhang C): Funktionsmodus Hetero- und Autozentriert

Der Funktionsmodus

- situiert eine Person in dem Modus, in dem sie in einer Beziehung funktioniert



Insgesamt decken sich die gefundenen Faktoren, besonders auf den Faktor 1 bezogen, mit den Annahmen und Befunden von Osgood (1952), dessen erster Faktor eine *Wertung* beschreibt. Der zweite Faktor (*Vegetative Aktivität* oder

¹⁰ Grundlegender Funktionsmodus, in dem eine Person entweder ihren Hauptfokus auf sich oder auf das Gegenüber legt (Vgl. Bischof & Gehrig 2008, S. 27).

Erregung) korrespondiert mit Osgood's Aktivierungsdimension. Auch, der Faktor 3 (*Autozentriertheit*), der bei Osgood als *Stärke* oder *Potenz* benannt wurde, (*Fühlt sich etwas klein, schwach und beherrschbar an* oder *groß, mächtig oder dominant?*), hat gewisse Entsprechungen zu den Befunden dieser Arbeit, denn nur wer eine gewisse Stärke in sich spürt und sich nicht dominieren lässt, kann sich um sich selbst kümmern und anderen gegenüber autozentriert agieren.

In Abb. 7, befinden sich zur besseren Übersicht alle Wortpaare aus den Profilen, in ihren jeweiligen Faktoren und Rangfolgen ihrer Faktorenladungen. (Genaue Faktorenladungen: Anhang D: *Denken*, ab S. 3, *Berühren*, S. 7 und *Sex*, S. 11.)

Abb. 7 Anhang C: Rangordnung der Wortpaare in den Profilen nach Faktorenladung

	<u>Position nach Faktorenladung</u>		
	<i>Denken</i>	<i>Berühren</i>	<i>Sex mit anderen</i>
Faktor 1 (klassische Paare)			
<u>Evaluation - Wertung</u>			
w: heiter – traurig	1	8	2
e: vergnügt – missmutig	2	4	1
k: gesund – krank	4	7	12
p: klar – verschwommen	7	17	15
u: beweglich – starr	11	12	8
s: gefühlvoll – kühl	12	3	4
b: stark – schwach	13	13	11
c: offen – zurückhaltend	15	15	7
h: verspielt – ernst	16	9	6
v: weich – hart	17	14	16
(hinzugekommene neue/Paare)			
x: selbstbestimmt – fremdbestimmt	3	10	17
f: erotisch – unerotisch	5	1	3
j: frei – tabuisiert	6	6	10
l: anziehend – abstoßend	8	2	9
a: lustvoll – gehemmt	9	5	5
q: zuverlässig – unzuverlässig	10	11	13
d: frisch – muffig	14	16	14
Faktor 2 (klassische Paare)			
<u>Vegetative Aktivität</u>			
n: wild – sanft	1	2	2
m: laut – leise	2	3	3
(o: aktiv – passiv)	3	1	1
(g: friedlich – aggressiv)	4	5	5
t: robust – zart	5	4	4
Faktor 3 (klassische Paare)			
<u>Vertrauen in sich – Standing - (Autozentriertheit)</u>			
r: nüchtern – verträumt	1	1	1
i: Objekt – Subjekt	2	2	2

Für den Faktor 1, der aus 17 Wortpaare besteht, laden die beiden klassischen Paare (nach Osgood) *heiter – traurig (w)* und *vergnügt – missmutig (e)* am höchsten, wenn eine Frau an ihr Genital denkt oder es in Verbindung mit Sex bringt. Fühlt sie ins *Berühren* ihres Genitals hinein, sind es die neu hinzugekommene Begriffspaare, die überwiegen: *erotisch – unerotisch (f)* und *anziehend – abstoßend (l)*. Besonders beim *Denken* und *Berühren*, sind fast alle neu hinzugekommenen Wortpaare unter den am höchst ladenden 10 Positionen, wogegen die klassischen Paare abfallen. Werden durchschnittliche Rangplätze für die klassischen bzw. die neuen Wortpaare gerechnet, kommt dabei 9,8 vs. 7,9, bei *Denken* heraus, für *Berühren* 10,2 vs. 7,3 und für *Sex* 8,2 vs. 10,1. Die neuen Paare scheinen also näher am Gegenstand zu sein, wenn es darum geht, wie Frauen über ihre Vulva *denken* und beim Hineinfühlen in die *Berührung* der selbige. Wenn dagegen sexuelle Gedanken ins Spiel kommen, differenzieren die klassischen Wortpaare besser.¹¹

Additive Summenscores der Polaritäten Werte.

In einem letzten Schritt zur Verdichtung der Daten zu den GSI-Profilen, wurde über die, im jeweiligen Faktor hoch und eindeutig ladenden Polaritäten, additive Summenscores gebildet. Im Faktor 1 betrifft das 17 Wortpaare. Theoretisch könnte also im Faktor 1 (bei allen Sichtweisen) die Spannweite der additiven Summenscore von 17x1 (17) bis 17x5 (85) reichen. Die Häufigkeitstabelle der Summenscores (Anhang D, S. 115) zeigt für Faktor 1 und die Sichtweise *Denken*, dass 49% der Probandinnen durchgehend mit dem Merkmalswert 2 (Summenscore 34 oder niedriger) oder darunter urteilen. Über 90% der Teilnehmerinnen entscheiden für den Merkmalswert 3 oder darunter (Summenscore 51 oder niedriger). Das positive genitale Selbstbild der Frauen wird wieder sichtbar.

Unter Beachtung der Faktorenanalyse, ergibt sich auch die untenstehende Abb. für die einzelnen Begriffspaare (vgl. Abb, Anhang C).

¹¹ Die Wortpaare *aktiv – passiv* und *friedlich – aggressiv* laden jeweils in zwei Faktoren hoch, differenzieren daher zu wenig und wurden aus der Auswertung rausgelassen.

Abb. 8 (Anhang C): Mittelwerte der Profilanworten, in der Rangordnung ihrer Faktoren-Ladungen, für drei Sichtweisen

	PROFILANTWORTEN	DENKEN F6 N = 906	BERÜHREN F7 N = 823	BEIM SEX F8 N = 799
Faktor 1 nach Ladung	Wertung/Evaluation gutes Gefühl – schlechtes Gefühl			
w	heiter – traurig	2,30*	2,06*	2,11*
e	vergnügt - missmutig	2,18	1,87	1,91
x	selbstbestimmt - fremdbestimmt	1,94	1,72	2,28
k	gesund - krank	1,68	1,59	1,65
f	erotisch - unerotisch	1,99	1,67	1,70
j	frei - tabuisiert	2,31	1,83	2,01
p	klar - verschwommen	2,36	2,14	2,30
l	anziehend - abstoßend	2,04	1,77	1,76
a	lustvoll - gehemmt	1,96	1,66	1,79
q	zuverlässig - unzuverlässig	2,29	2,07	2,31
u	beweglich - starr	2,03	1,91	1,95
s	gefühlvoll - kühl	1,88	1,72	1,85
b	stark - schwach	2,25	1,95	2,05
d	frisch - muffig	2,37	2,00	2,04
c	offen - zurückhaltend	2,41	1,93	1,96
h	verspielt - ernst	2,35	2,10	2,10
v	weich - hart	1,68	1,64	1,85
	Verdichteter Mittelwert	2,11	1,86	1,97
Faktor 2 nach Ladung	Aufregung/Erregung aufgeregt - unaufgeregt			
n	wild - sanft	2,82	2,69	2,46
m	laut - leise	3,11	2,91	2,59
t	robust - zart	3,16	3,07	2,97
o	aktiv – passiv**			
g	friedlich – aggressiv**			
	Verdichteter Mittelwert	3,03	2,89	2,67
Faktor 3 nach Ladung	Standing/Autozentriertheit gehalten – gelassen			
r	nüchtern - verträumt	3,23	3,32	3,17
i	Objekt - Subjekt	3,35	3,30	3,00
	Verdichteter Mittelwert	3,29	3,31	3,09

* Die grüne Farbe zeigt jeweils den niedrigsten, die rote Farbe den höchsten und das Blau den mittleren Wert.

** Die Wortpaare *aktiv – passiv* und *friedlich - aggressiv* luden jeweils in zwei Faktoren hoch, differenzieren daher zu wenig und wurden aus der Auswertung rausgelassen

Auswertung der Unterschiede in drei erfragten Sichtweisen

Es gibt signifikante Unterschiede in der Beurteilung des GSI in den drei Sichtweisen *Denken*, *Berühren* und *Sex*, die sowohl über die Mittelwerte der einzelnen vorgegebenen Wortpaare, als auch über die Gesamtprofile sichtbar werden.

Faktor 1 – das direkte Gefühl zum genital.

Je kleiner der Wert auf der fünfstufigen Skala von 1 bis 5, desto 'positiver' das Urteil zum GSI. Je höher der Wert, desto mehr Abstriche wurden in der Beurteilung von der linken positiven Eigenschaft gemacht, hin zur negativeren. Wie in der Abb. ersichtlich, befindet sich der geringste Mittelwert (mit grüner Farbe gekennzeichnet), also die jeweils stärkste 'Linksverschiebung', dominant in Bezug auf die Sichtweise *Berühren*. Weniger 'positive' Urteile befinden sich (mit roter Schrift gekennzeichnet), fast durchgehend bei der Sichtweise *Denken*. Über das jeweilige Gesamtprofil gesehen, zeigen die gemittelten Mittelwerte, dass Frauen, in der Sichtweise *Berühren* am häufigsten zu den Antwortpositionen 1 und 2 tendieren, also aus Sicht der vorgegebenen Eigenschaft besonders positiv urteilen. Am häufigsten machen die Frauen Einschränkungen von diesem positiven Pol, wenn sie den Blick auf das *Denken* richten. Der Sex liegt irgendwo dazwischen.

Faktor 2 – Vegetative Aktivität oder Erregung

Die Antworten in den Polaritäten tendieren zur Mitte, also zwischen *wild vs. sanft*, *laut vs. leise* bzw. *robust vs. zart*. Urteile mit 1 oder 2 können als 'aufgeregt' oder 'erregt' betitelt werden. Dagegen charakterisieren die Skalenwerte 3 bis 5 stärker eine 'entspannt' oder 'nicht erregte' Befindlichkeit. Es zeigt sich, dass die Frauen beim *Denken* an ihre Vulva *unaufgeregter* sind, als wenn sie ihre Vulva in Verbindung mit *Berührung* bzw. mit Sex bringen, hier steigt die *Aufregung* - oder die *Erregung*.

Faktor 3 – Autozentrierung (Standing)

Die im Faktor 3 hochladende Begriffspaare sind deutlich stärker auf der rechten Seite der Skala verankert, die theoretisch *Autozentrierung* widerspiegelt. Dagegen sind Frauen, die den Fokus eher auf die Skalenwerte 1 oder 2 legen, stärker auf den Partner fixiert, d. h. *heterozentriert*. Der Vergleich der mittleren Urteile für die drei Sichtweisen, lenkt in diesem Faktor darauf, dass beim Sex eine Verschiebung in Richtung 'Objekt' und 'nüchtern' erfolgt. Die Probandinnen beurteilen die Sichtweisen *Denken* oder *Berühren* eher als Subjekt, also autozentriert. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es den Frauen schwerer fallen könnte, in der Sichtweise Sex, also bei dem Gedanken an Sex mit einem anderen Menschen, ihre Autozentriertheit beizubehalten.

Weiteres Vorgehen. Da auf Grund der *Linkslastigkeit* 'gute' und 'schlechte' Selbstbilder nicht bipolar verglichen werden können, wurden für die gleich folgenden

bivariaten Analysen die Summenscore dreistufig, nicht formal anhand der Verteilung gedrittelt, sondern *qualitativ* zusammengefasst, d. h. es wurde unterschieden zwischen Frauen, die *sehr positive* Begrifflichkeiten mit ihrem Genital verbinden, Frauen, die *positiv* urteilen und Frauen, die im Vergleich zu den beiden ersten Gruppen *mehr Einschränkungen* machen. Mit dieser neuen 'Qualitätseinstufung' wurden alle weiteren Betrachtungen durchgeführt.

Nach der neuen *qualitativen* Häufigkeitsverteilungen befinden sich, bei der Sichtweise *Denken* weitaus weniger Frauen, mit dem *sehr positiven* GSI (20%), als bei den beiden anderen Sichtweisen, *Berühren* (39%) und *Sex* (35%), (vgl. Abb. 6).

Abb. 9 (Anhang C): Häufigkeiten Urteil GSI nach Qualität, Faktor 1, Denken, drei Situationen.

zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	17-26 sehr positiv	183	14,0	20,2	20,2
	27-43 positiv	529	40,6	58,4	78,6
	44-82 mit Einschränkungen	194	14,9	21,4	100,0
	Gesamt	906	69,5	100,0	
Fehlend	System	397	30,5		
Gesamt		1303	100,0		

zfg. Faktor 1 GSI Berühren nach Qualität

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	17-26 sehr positiv	324	24,9	39,4	39,4
	27-43 positiv	391	30,0	47,5	86,9
	44-85 mit Einschränkungen	108	8,3	13,1	100,0
	Gesamt	823	63,2	100,0	
Fehlend	System	480	36,8		
Gesamt		1303	100,0		

zfg. Faktor 1 GSI Sex nach Qualität

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	17-26 sehr positiv	283	21,7	35,4	35,4
	27-43 positiv	357	27,4	44,7	80,1
	44-85 mit Einschränkungen	159	12,2	19,9	100,0
	Gesamt	799	61,3	100,0	
Fehlend	System	504	38,7		
Gesamt		1303	100,0		

In den folgenden Abschnitten 4.1.2. bis 4.1.5. erfolgt die Auswertung des Fragebogens, dessen Variablen in Bezug zu den Profilen (F6-8) gesetzt werden. Die Ergebnisse werden in folgenden Gruppen zusammengefasst: (1) Die objektiven bzw. unabhängigen Variablen *Alter*, *Bildung* und *berufliche Qualifikation*, (2) *Sexuelle Entwicklung* und *Erfahrung*, welche maßgeblich erste sexuelle Skripte im Gehirn formen, (3) *Sexualfunktion und Zufriedenheit*; das Resultat gelernter sexueller und erotischer Fähigkeiten und (4) '*Sexprofil*'; die Einstellung zu Geschlechterthemen und zu der eigenen Rolle als sexuelles Wesen.

In der Auswertung fehlen bei einigen Tabellen von *www.umfrageonline.de*, der letzte Teil der Ausgangsfrage. Es wurde dennoch entschieden, die Abbildungen zu benutzen, weil sie gute Übersichten liefern; die fehlenden Fragen werden im Begleittext ausgeschrieben.

4.1.2. Objektive Faktoren: *Alter, Bildung und berufliche Qualifikation*

Alter

Das Alter wurde direkt abgefragt, mit der Variable (F2): *Wie alt sind sie?* Das durchschnittliche Alter der Teilnehmerinnen beträgt 40 Jahre (M = 40,34, SD = 12,15), wobei die jüngste Teilnehmerin 16 und die älteste 82 Jahre alt sind (vgl. Anhang D, S. 34-35). Jeweils 2% der Frauen, sind unter 20 Jahren bzw. über 65 Jahren alt. Anhand der Altersangaben der Probandinnen wurde verdichtet. Im Zentrum steht eine Zusammenfassung in vier Altersstufen, 16-29 Jahre alt (N = 260 Frauen), 30-39 Jahre alt (N = 338 Frauen), 40-49 Jahre alt (N = 278 Frauen) und 50-82 Jahre alt (N = 308 Frauen). In Abhängigkeit von dieser Struktur wurden die Faktoren des GSI über Kreuztabellen auf Differenzierungen geprüft, (vgl. Tabelle 002 auf S. 36).

Festgehalten werden kann, für den Faktor 1 (*Wertung*): Je *älter* die Frauen, desto *positiver* ihr Urteil zum Genital. Unter den *jüngsten* Frauen (16–29) finden sich die *meisten* Personen mit dem am *wenig positivsten* GSI. So haben z. B. 11% der 16–29-Jährigen, 17% der 30–39-Jährigen, 21% der 40–49-Jährigen und 32% der 50–82-jährigen ein *sehr positives* GSI. Die Unterschiede, in Abhängigkeit vom Alter, sind in den Sichtweisen *Denken* und *Sex*, signifikant, nicht jedoch bei *Berühren* (Anhang E, Tabellen 002, 052 und 028). Die jüngste Gruppe unterscheidet sich signifikant von allen anderen Gruppen. Die Feinanalyse der Altersgruppen untereinander deckt auf, dass sich die 30–39-Jährigen Frauen nicht durchgängig von derjenigen der 40–49-Jährigen unterscheiden (Anhang E, Tabelle 008).

Tabelle 002 (Anhang E): GSI in Abhängigkeit vom Alter, Faktor 1, Denken

zGSI_F2_4stuf Zfg. Alter vierstufig geviertelt * zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI
Denken nach Qualität

Kreuztabelle

			zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI			Gesamt	
			Denken nach Qualität				
			1 17-26 sehr positiv	2 27-43 positiv	3 44-82 mit Einschränkungen		
zGSI_F2_4stuf Zfg. Alter vierstufig geviertelt	1 16 thru 29	Anzahl	21	125	54	200	
		% innerhalb von zGSI_F2_4stuf Zfg. Alter vierstufig geviertelt	10,5%	62,5%	27,0%	100,0%	
	2 30 thru 39	Anzahl	44	176	46	266	
		% innerhalb von zGSI_F2_4stuf Zfg. Alter vierstufig geviertelt	16,5%	66,2%	17,3%	100,0%	
	3 40 thru 49	Anzahl	45	122	43	210	
		% innerhalb von zGSI_F2_4stuf Zfg. Alter vierstufig geviertelt	21,4%	58,1%	20,5%	100,0%	
	4 50 thru 82	Anzahl	73	106	51	230	
		% innerhalb von zGSI_F2_4stuf Zfg. Alter vierstufig geviertelt	31,7%	46,1%	22,2%	100,0%	
	Gesamt		Anzahl	183	529	194	906
			% innerhalb von zGSI_F2_4stuf Zfg. Alter vierstufig geviertelt	20,2%	58,4%	21,4%	100,0%

Chi-Quadrat nach Pearson	40,869 ^a	6	,000
--------------------------	---------------------	---	------

Auch Faktor 2 (*Erregung*) zeigt eine Differenzierung durch das Alter: Die *jüngeren* Frauen tendieren *weniger* zur Aufgeregtheit, bzw. zum erregt sein (15%), als die *älteren* (23%). Dieses Ergebnis ist für das *Denken* an die Vulva signifikant (Anhang E, Tabelle 076), aber nicht eindeutig zu interpretieren. Denn, wenn Faktor 3 *Aufregung* misst, würde es bedeuten, dass die jüngeren Frauen, beim Denken an ihre Vulva entspannter sind, als die älteren. Dagegen, sprechen aber die Befunde zum Alter und GSI an sich. Würde dagegen *Erregung* erfasst, sind die älteren Frauen erregter, als die jüngeren. Das passt wiederum zu den Befunden, da Das genitale Selbstbild der Frau (GSI) - Masterarbeit

sexuelle Erregung sich erst richtig entfaltet, wenn eine gewisse Entspanntheit da ist, z. B. ein gutes Gefühl zum eigenen Genital., was ja die älteren eher haben. Der Faktor 3 (*Autozentriertheit*) ist in keiner der drei Sichtweisen signifikant, in Verbindung mit Alter.

Berufliche Qualifikation und Bildung

Mit einem Dropdownmenü konnten die Probandinnen ihre berufliche Qualifikation anwählen. (F3: *Was ist Ihre höchste berufliche Qualifikation?*) Die höchste Klassenstufe wurde dagegen direkt eingetragen. (F4: *Mit welcher höchsten Klassenstufe haben, beziehungsweise werden Sie die Schule verlassen?*). In der Grundregel gibt es keinen Zusammenhang zwischen beruflicher Qualifikation oder Bildung und dem GSI, allerdings deuten sich im Faktor 3 an, dass Frauen mit (1) höherer Bildung oder (2) beruflicher Qualifikation *autozentrierter* sind (vgl. Faktor 3, Anhang E, Tabelle 159 und 184). Es deutet sich an: (1) Die Bildung beeinflusst, wie autozentriert Frauen über ihre Vulva *denken*, so verbinden höher gebildete Frauen ihre Vulva signifikant seltener mit dem Begriff *Objekt* (13%), als Frauen mit weniger Bildung (21%). (2) Ähnlich sieht es für den höheren beruflichen Abschluss aus, dieser steht im signifikanten Zusammenhang dazu, wie Frauen in Verbindung mit *Berührung* an ihre Vulva denken: 35% der höher ausgebildeten Frauen urteilen dabei in Richtung *Subjekt* und *nüchtern* (Autozentrierung), gleiches trifft auf nur 18% der Frauen mit niedriger beruflicher Qualifikation zu.

4.1.3. Sexuelle Entwicklung und Erfahrung

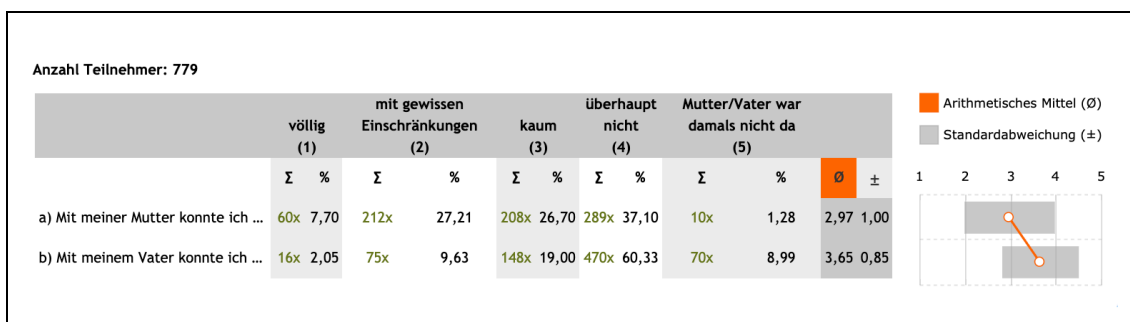
In diesem Abschnitt werden die folgenden Variablen aus dem Fragebogen ausgewertet: Kommunikation mit Mutter und Vater (F17), Zeitpunkt der Menarche (F9) und des ersten Geschlechtsverkehrs (F10), Anzahl der bisherigen Sexualpartner oder Partnerinnen (F11), sexuelle Begegnungen in den letzten sechs Wochen (F12), und sexuelle Anziehung oder Präferenz (F20c), Weiter wurde erfasst, ob eine feste Partnerschaft (F16), Therapieerfahrung (F19) oder Interesse an sexuelle Themen (F22j) besteht und ob bisher Operationen oder Schmerzen im Zusammenhang mit dem Genital durchlebt werden mussten (F23).

Herkunftsbedingungen

Davon ausgehend, dass sich in früher Kindheit und Jugend, Körperbilder und ihre Repräsentanzen im Gehirn anlegen und festigen, währenddessen auch erste sexuelle Skripte entstehen, wurde die Kommunikation mit den Eltern über Liebe und

Sexualität als Variable hinzugenommen. Die zu bewertenden Aussagen wurden getrennt für beide Elternteile gemacht: (F17a: *Mit meiner Mutter konnte ich über alles sprechen, was Liebe und Sexualität betraf*, und: F17b: *Mit meinem Vater konnte ich über alles sprechen, was Liebe und Sexualität betraf*). Die Antworten wurden mit 'völlig', 'mit gewissen Einschränkungen', 'kaum', 'überhaupt nicht' und 'Mutter/Vater war damals nicht da' angegeben.

Abb. 10 (Anhang C): Frage 17, Kommunikationsverhalten mit den Eltern über Liebe und Sexualität



Kommunikation mit der Mutter: Nur wenige Frauen (etwa 8%) konnten ohne Einschränkungen mit ihrer Mutter über Liebe und Sexualität sprechen, ein Großteil der Teilnehmerinnen 'kaum' (27%) oder 'überhaupt nicht' (37%). *Mit dem Vater* sprechen, konnten 2% der Teilnehmerinnen ohne Einschränkungen, 19% 'kaum' und 60% 'überhaupt nicht' (vgl. Abb. 7).

Als nächstes wurde eine Typenbildung über beide Variablen (F17a, Mutter, und F17b, Vater) gemacht, welche die neue Prüfvariable darstellt: (1) Weitgehend mit beiden Eltern sprechen können, (2) Eher nur mit der Mutter, (3) Eher nur mit dem Vater und (4) Mit beiden Elternteilen eher nicht. Die Verteilung des Typs sieht wie folgt aus: Etwa jede zehnte Frau (10%) konnte weitgehend mit beiden Elternteilen über Liebe und Sexualität sprechen, jede vierte Frau (26%) nur mit der Mutter und sehr wenige (3%) nur mit dem Vater. Der Großteil der Probandinnen, konnte *weder mit dem Vater noch mit der Mutter* sprechen (61%) (Vgl. Anhang D, S. 103).

Der These zur *Familiarisierung der Jugendsexualität* zufolge, entwickelte sich von etwa den 1970er- zu den 1990-Jahren eine freundliche und verständnisvolle Elterngeneration, in Bezug auf die Begleitung der sexuellen Entwicklung Heranwachsender.¹² Demnach ließ sich - im Vergleich zu noch früheren Zeiten - entspannter über sexuelle Themen und Liebe sprechen. Spätere Studien

¹² Quelle: Weller und Bathke, (2017), S. 314.

bestätigen, wie diese Tendenz wieder rückgängig ist, entsprechend den Befunden in meiner Studie.¹³ Es scheint, dass die Peers und das Internet, die Aufgabe der Aufklärung übernimmt (vgl. u. a. Weller & Bathke, 2017).

Über eine Kreuztabelle wurde die Differenzierung der Kommunikations-Typen auf die zusammengefassten Faktoren des GSI geprüft. Es gibt Zusammenhänge zwischen der Kommunikation mit den Eltern über Liebe und Sexualität in Kindheit und Jugend und dem Urteil zum GSI. (Tabelle 019, Anhang E.)

Tabelle 019 (Anhang E): GSI in Abhängigkeit davon, ob sprechen über Sex und Liebe mit den Eltern möglich war (Kommunikationstyp), Faktor 1, Denken

TYP_F17_Kom_M_V Typ mit Eltern über L&S sprechen * zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI
Denken nach Qualität

			Kreuztabelle			Gesamt
			zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität			
			1 17-26 sehr positiv	2 27-43 positiv	3 44-82 mit Einschränkungen	
TYP_F17_Kom_M_V Typ mit Eltern über L&S sprechen	1 ja, weitgehend beide	Anzahl	25	41	6	72
		% innerhalb von TYP_F17_Kom_M_V Typ mit Eltern über L&S sprechen	34,7%	56,9%	8,3%	100,0%
	2 ja weitgehend Mutter Vater kaum	Anzahl	33	121	28	182
		% innerhalb von TYP_F17_Kom_M_V Typ mit Eltern über L&S sprechen	18,1%	66,5%	15,4%	100,0%
	3 ja weitgehend Vater Mutter kaum	Anzahl	7	8	4	19
		% innerhalb von TYP_F17_Kom_M_V Typ mit Eltern über L&S sprechen	36,8%	42,1%	21,1%	100,0%
	4 beide kaum/überhaupt nicht	Anzahl	82	243	106	431
		% innerhalb von TYP_F17_Kom_M_V Typ mit Eltern über L&S sprechen	19,0%	56,4%	24,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	147	413	144	704
		% innerhalb von TYP_F17_Kom_M_V Typ mit Eltern über L&S sprechen	20,9%	58,7%	20,5%	100,0%

Chi-Quadrat nach Pearson	24,570 ^a	6	,000
--------------------------	---------------------	---	------

¹³ Sowohl einige BZgA-Studien aus den Jahren 2001 und 2010, als auch die PARTNER-Studien belegen diesen Rückgang.

Folgende Zusammenhänge lassen sich beschreiben: Frauen, die mit ihren Eltern über Liebe und Sexualität sprechen konnten, haben besonders häufig ein ausgesprochen positives genitales Selbstbild (35%), welches für nur 19% der Frauen gilt, die kaum oder gar nicht mit ihren Eltern zu diesen Themen sprechen konnten. Es kann festgehalten werden: Wer mit beiden Elternteilen oder besonders mit dem Vater, über Liebe und Sexualität sprechen konnte, hat ein positiveres GSI, als wer diese Möglichkeit nicht hatte. Ohne diese Kommunikation finden sich mehr Probandinnen, die mit (z.T. kleinen) Abstrichen antworten. Die Ergebnisse sind in allen Sichtweisen (*Denken, Berühren, Sex*) signifikant auf 0,000 im Chi-Quadrat nach Pearson. Besonders auffällig ist es, welcher Unterschied es offenbar macht, wenn Töchter mit ihrem Vätern sprechen konnten, was leider nur auf sehr wenige der Probandinnen zutraf (2%).

Zeitpunkt der Menarche

Weil die Menarche ein Ereignis im Leben eines Mädchen ist, das die Aufmerksamkeit unmittelbar ins Genital lenkt, wurde im Fragebogen nach dem Alter der ersten Periode gefragt, (*F9: Im welchem Alter bekamen Sie zum ersten Mal Ihre Periode?*) Die Antwort wurde direkt eingetragen. Etwa 17% der Frauen bekamen ihre Periode mit 11 Jahren oder davor, die meisten Frauen (72%) zwischen ihrem 13. und 14. Lebensjahr. Später, mit 15 bis 21 Jahren, bekamen 11% der Probandinnen ihre Tage. Um den Zeitpunkt der Menarche und seine Differenzierung für das GSI bewerten zu können, wurde eine Zusammenfassung in 'frühe Menarche' und 'späte Menarche' gemacht und eine Kreuztabelle gerechnet (Anhang E, Tabelle 039). Es besteht (für den Faktor 1) ein Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Menarche und dem GSI, der in der Sichtweise *Berühren* signifikant wird (0,029 im Chi-Quadrat nach Pearson). Frauen, die sehr jung waren, als sie ihre Periode bekamen (9 -11 Jahre alt), haben in der Grundtendenz häufiger ein sehr positives GSI und machen eher seltener Einschränkungen als Probandinnen, die mit 12 Jahren und später ihre Menarche hatten. Während z. B. jene, die früh ihre Periode hatten, zu etwa 50% sehr positiv in dem Faktor 1 (*Berühren*) antworten, sind es von denen, die erst später ihre Regel bekamen 37%. Auch für die anderen Urteilsrichtungen gibt es diese Tendenz, die sich jedoch nicht ganz sichern lässt (*Denken, Sex*). Der Faktor 2 (Erregung) wird für die Sichtweise *Denken* signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson; 0,012). Frauen mit 'später Menarche', tendieren in ihren Antworten eher zu *sanft, leise, zart* (37%), verbinden ihre Vulva also gedanklich nicht unbedingt mit Erregung, das trifft für die 'frühe Menarche' weniger häufig zu (26%) (Vgl. Anhang E, Tabelle 087). Auch

Faktor 3 wird signifikant (0,007), nämlich beim Gedanken an ihre Vulva in Verbindung mit *Sex mit anderen*. Frauen mit *‘früher Menarche‘* tendieren deutlich mehr in Richtung *Subjekt, verträumt* (31%), als Frauen mit *‘später Menarche‘* (19%). (Vgl. Anhang E, Tabelle 211). Es gibt also eine Tendenz, dass Mädchen, die ihre Periode früh bekommen besonders positive genitale Selbstbilder haben, autozentrierter und erregter in Bezug auf ihre Vulva sind, gerade beim Gedanken an Sex.

Sexuelle Anziehung – sexuelle Präferenz

In einigen Studien wurde, wie im theoretischen Teil erwähnt, ein Unterschied zwischen hetero- und homosexuellen Frauen gefunden, der darin besteht, sich mehr oder weniger als Objekt für andere zu sehen oder unterschiedlich genaues Wissen zum eigenen Körper zu haben (Calogero, 2009; Liss et al., 2001). Dies kann sich in der Sexualfunktion bemerkbar machen, bspw. zeigten einige Studien, dass lesbische Frauen mehr Orgasmen hatten, als heterosexuelle Frauen (Willis et al., 2018). Es wurde entschieden eine entsprechende Variable in den Fragebogen aufzunehmen: (*F20c: Ich habe lesbische Neigungen.*) Die Probandinnen sollten einschätzen, wie sehr diese Aussage auf sie zutrifft (*sehr stark, stark, kaum und überhaupt nicht*).

Etwa 22%, also ein Fünftel aller Frauen in der Studie, geben an eine *sehr starke* oder *starke* lesbische Neigung zu haben; diese Frauen sind homosexuell. Dagegen haben 78% der Probandinnen *kaum* oder *überhaupt* keine lesbische Neigung, sind also hetero- oder leicht bisexuell. Damit ist der Anteil lesbischer Frauen in meiner Stichprobe (22%) etwa doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung.

Grundlegend gibt es keinen Zusammenhang zwischen der sexuellen Präferenz und dem Gefühl zum GSI. Interessanterweise ist aber Faktor 2, in der Sichtweise *Berühren* signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson; 0,023; Anhang E, Tabelle 121). Dieser Faktor misst, wie bereits dargestellt, *Erregung*. So urteilen 35% der nicht lesbischen Frauen (beim Denken an die *Berührung* ihrer Vulva) *sanft, leise, zart*, verbinden mit diesem Gedanken also *nicht* Erregung, bei den lesbischen Frauen trifft dies für 23% in ihrer Gruppe zu. Nach der Auswertung der Kreuztabelle (Anhang E, Tabelle 121) lässt sich festhalten: Je größer die lesbische Neigung, desto *weniger* Frauen urteilen *nicht erregt* bei dem Gedanken, ihre Vulva zu *berühren*. Der Effekt wird umso stärker für die Sichtweise *Sex* (Chi-Quadrat nach Pearson; 0,007, vgl. Anhang E, Tabelle 145). So verbinden 35% der *stark* lesbischen Frauen, ihre Vulva beim Gedanken an *Sex* mit Erregung (*wild, laut, robust*), welches nur für 19% der nicht lesbischen Frauen der Fall ist.

Sexuelles Debut

Die Frage zum sexuellen Debut (F10) lautete: *Wie alt waren Sie bei Ihrem ersten Geschlechtsverkehr?* Die Antwort wurde direkt eingetragen. Das angegebene Alter beim ersten Geschlechtsverkehr wurde von 'Ausreißern' gereinigt und hat die Spannweite von 10 bis 39. Das Durchschnittsalter, für den ersten GV, beträgt etwa 17 Jahre, (vgl. Anhang D, S. 173). Für die bivariate Auswertung wurde zunächst eine dreistufige Zusammenfassung gebildet (von *10 bis 15 Jahre = 25%*, *16 bis 17 Jahre 39 %* und *18 Jahre und älter 36 %*). Während sich in Abhängigkeit von dieser, keine bzw. nur schwache Tendenzen eines Zusammenhangs andeuten (Anhang E, Tabellen 015, 089 und 163), deckt eine dichotome, stark verdichtete, Zusammenfassung, Ergebnisse für die Sichtweisen *Berühren* (Faktor 1) und *Sex* (Faktor 2) auf, die sich sichern lassen (*Berühren*; 0.027 u. *Sex*; 0,03), vgl. Abb. 11.) 'Frühstarter', also jene, die ihr erstes Mal mit 10 bis 16 Jahren hatten, haben etwas häufiger *sehr positive* Selbstbilder und machen *seltener Einschränkungen*, wenn sie an die *Berührung* ihrer Vulva denken, als 'Spätstarter'. Weiter verbinden 'Frühstarter' beim Gedanken an sexuellen Kontakten mit anderen, ihre Vulva eher mit *Erregung*, als die 'Spätstarter'.

Abb. 11 (Anhang C): 1. GV dichotom zusammengefasst. Signifikante Faktoren für das Alter beim sexuellen Debut.

Erster GV mit:	<u>Berühren</u> (Faktor 1)		<u>Sex</u> (Faktor 2)	
	<u>Sehr positiv</u>	<u>mit Einschränkung</u>	<u>Erregt</u>	<u>unerregt</u>
<i>10 bis 16 Jahren</i>	44 %	11 %	33%	16%
<i>17 bis 39 Jahren</i>	36 %	15 %	29%	22%
<u>Chi-Quadrat/Pearson</u>	0.027		0.03	

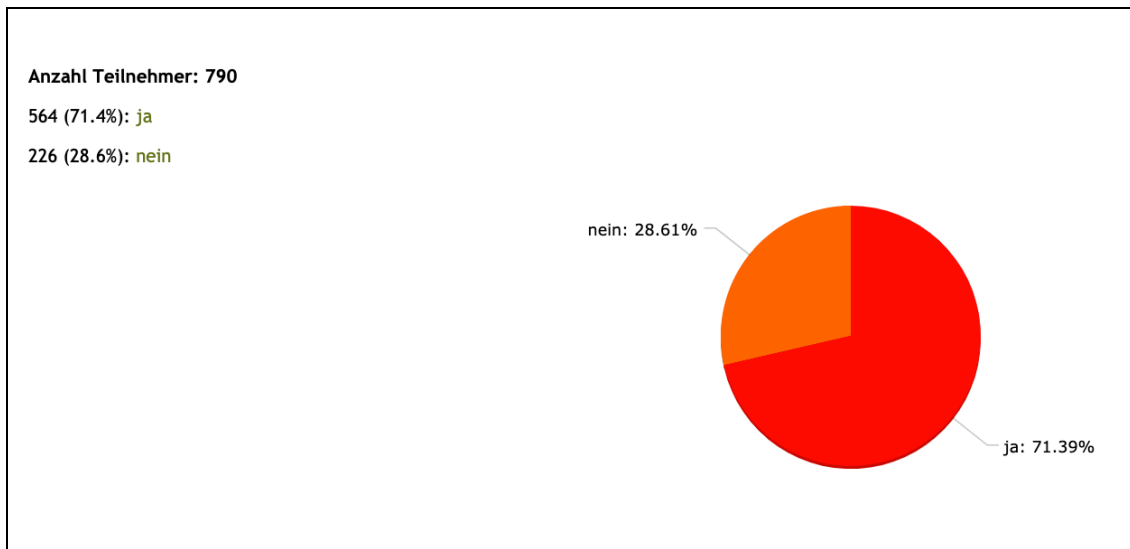
Die Frage stellt sich hier, ob das frühe oder späte Beginnen mit eigenen sexuellen Berührungen oder Sex mit anderen Personen, das GSI positiv einfärbt oder, ob sich etwa der umgekehrte Sachverhalt bemerkbar macht: Spüren Frauen mit positiveren genitalen Selbstbildern etwa eher Erregung und haben deshalb auch mehr Lust sich selbst zu berühren oder in den sexuellen Kontakt mit anderen zu gehen?¹⁴

¹⁴ Weitere Betrachtungen zur Kausalität: siehe die Diskussion unter Punkt 6.

Beziehungsstatus

Der Beziehungsstatus (F16) wurde mit einem 'Ja' oder 'Nein' beantwortet (vgl. Abb. 12).

Abb. 12 (Anhang C): Beziehungsstatus



Fast drei aus vier Frauen sind in Beziehung, der Rest Singles. Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Urteil im GSI und dem Beziehungsstatus.

Therapieerfahrung

Mit dem Gedanken, dass einige Frauen, die in Sexualtherapie gehen, zumindest das eine oder andere sexuelle Problem gehabt haben werden, oder eventuell eher negative GSIs, wurde nach Therapieerfahrung und dem Grund dafür gefragt: F19; *Haben Sie - als Klientin - Therapieerfahrung im Bereich der Sexualität?* Die Antwort wurde über 'Ja' oder 'Nein' eingetragen, die Gründe in einem freien Feld. Letztere werden aber, wie erklärt, in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Auf dem ersten Blick scheint es keinen Zusammenhang zu geben, zwischen GSI und Therapieerfahrung. Im Faktor 1 (*Wertung*), wird aber in Verbindung mit der Sichtweise Sex signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson; 0,009), dass Frauen *ohne* Therapieerfahrung, auffällig häufiger (37%) *sehr positive* GSIs, als Frauen, die mal in Therapie waren (26%). Was erstmal wie ein schlechtes Zeugnis für den Erfolg einer Sexualtherapie aussehen könnte, ist wahrscheinlich eher eine Frage der Kausalität. Auf dem Hintergrund anderer Befunde in meiner Studie, würde ich folgenden

Zusammenhang vermuten: Frauen mit weniger positivem GSI, sind in ihrer Sexualfunktion eher negativ beeinflusst und haben wohlmöglich einen höheren Bedarf, ihre tatsächlichen sexuellen Probleme in therapeutischer Begleitung zu lösen. Da aber sehr viele Therapieansätze den Körper wenig mit einbeziehen, ist es nur allzu verständlich, wenn sich die Probleme zwar bessern, sich das genitale Selbstbild aber wenig verändert.

Anzahl Sexualpartner und Sexuelle Begegnungen in den letzten sechs Wochen

Die sexuelle Erfahrung wurde aufgenommen mit den Fragen: (F11: *Mit wie vielen Sexualpartnern hatten Sie insgesamt schon Geschlechtsverkehr?* und F12: *Wie oft hatten Sie in den letzten sechs Wochen mit einem anderen Menschen ca. Sex? (Manuelle Befriedigung, Oral- oder Geschlechtsverkehr)*). Die Antworten wurden direkt eingetragen. Beide Variablen werden in Abhängigkeit von dem GSI betrachtet. Es gibt signifikante Zusammenhänge zwischen dem Urteil im GSI und der Anzahl der GV-Partner oder Sexhäufigkeit in den letzten sechs Wochen

Anzahl Sexualpartner insgesamt: Durchgängig für alle Betrachtungspunkte gilt, dass je positiver das GSI aus den verschiedenen Blickwinkeln beurteilt wird, desto höher der Anteil der Frauen in der Gruppe mit vielen GV-Partnern (17 und mehr) bzw. desto geringer der Anteil jener, die nur 1 bis 7 Partner benennen. Oder: Während z. B. 41% der Frauen mit *sehr positivem* GSI in der Sichtweise *Denken*, *mehr als 17* GV-Partner angeben, gilt das gleiche in der Gruppe mit *eingeschränktem* GSI für 25%. Für 39% der Probandinnen mit *reserviertem* GSI-Bild lassen sich 1-7 Partner ermitteln, bei jenen mit *sehr gutem* Bild, 24% (vgl. Anhang F, Tabellen 007, 034 und 061).

Auch die durchschnittliche Zahl der Sexualpartner zeigt den Zusammenhang (Vgl. Abb. 13).

Abb. 13 (Anhang C): Durchschnittliche Anzahl Sexualpartner bisher

	<u>Denken</u>	<u>Berühren</u>	<u>Sex</u>
Sehr positiv	22,2	20,9	19,7
Positiv	17,8	17,0	17,7
Mit Einschränkung	14,8	13,5	15,9
Alle Signifikant			

Während z. B. *sehr positiv* urteilende Frauen hinsichtlich der Wertungsrichtung *Denken* im Schnitt 22 GV-Partner angeben, sind es in der Gruppe der *positiv* urteilenden 18, und von denen *mit Einschränkung* 15. Für Urteile aus der Sicht *Berühren* und *Sex* gelten ähnliche Zusammenhänge (vgl. Abb. 14).

Es kann festgehalten werden: Je *positiver* das GSI bewertet wird, desto *höher* die Anzahl der bisherigen GV-Partner oder Partnerinnen. Je *weniger positiv* das GSI, desto *weniger* Partner oder Partnerinnen. Die Ergebnisse sind in allen drei Sichtweisen (*Denken*, *Berühren*, *Sex*) signifikant. Sehr ähnlich verhält es sich bei der Menge an sexuellen Begegnungen.

Sexuelle Begegnungen: Je *positiver* das GSI in den verschiedenen Sichtweisen beurteilt wird, desto *mehr Sex* hatten die Frauen in den letzten 6 Wochen bzw. desto *geringer* ist der Anteil von Frauen, die *kein einziges* Mal oder nur *einmal* Sex in dem Zeitraum hatten (vgl. Anhang F, Tabellen 008, 046 und 063). Oder: Während, fast jede zweite Frau (44%) in der Gruppe mit *'sehr positivem'* GSI viel Sex hatte (*8 oder mehrere Male*), betrifft dies nur jede vierte Frau (25%) in der Gruppe *mit Einschränkungen* im GSI. In dieser letzten Gruppe haben auch 40% der Frauen *kein einziges* Mal oder *nur einmal* in den letzten sechs Wochen Sex gehabt, bei jene mit sehr gutem GSI, sind es 24%. Die Ergebnisse sind in den Sichtweisen (*Denken*; 0,019 und *Sex*; 0,000) signifikant (vgl. Anhang F, Tabelle 009 und 062). Eine Ausnahme stellt die Sichtweise *Berührung* dar, welches nicht verwunderlich ist, weil gerade *sich selbst Berühren* meist keinen Partner miteinbezieht, also bei der Anzahl von sexuellen Begegnungen kaum eine Rolle spielen kann. Wieder lassen sich die Zusammenhänge gut über die durchschnittliche Anzahl sexueller Begegnungen untersetzen:

Abb. 14 Anhang C: *Durchschnittliche sexuelle Begegnungen: Häufigkeit des Sex*

<u><i>Sexuelle Begegnungen: Häufigkeit Sex in den letzten 6 Wochen</i></u>			
	<u><i>Denken</i></u>	<u><i>Berühren</i></u>	<u><i>Sex</i></u>
Sehr positiv	8,6	7,6	8,7
Positiv	6,6	6,0	6,2
Mit Einschränkung	5,3	6,8	4,2
Signifikant	0.001	0.005	0.000

Während z. B. *'sehr positiv'* urteilende Frauen hinsichtlich der Wertungsrichtung *Denken* im Schnitt 9 Male Sex hatten, waren es in der Gruppe der *'positiv'* urteilenden 7 und bei denen mit Einschränkung 5 Male. Für Urteile aus der Sicht *Sex* gelten ähnliche Zusammenhänge, aber auch hier fällt die Sichtweise *Berühren* als Ausnahme im Verlauf auf.

Es lässt sich festhalten: Je positiver das GSI der Probandinnen ist, desto mehr Sex hatten sie in den letzten 6 Wochen. Ebenso gilt: Je weniger positiv das GSI, desto seltener kam es bei den Teilnehmerinnen, in den sechs Wochen vor der Umfrage, zu sexuellen Begegnungen.

Interesse an Infos zur Sexualität

Es wurde nach dem Interesse an Informationen zum Sex gefragt: (F21j) *Ich habe großes Interesse an Informationen zur Sexualität.* Der Gedanke war, dass bei Frauen, die ein sehr positives genitales Selbstbild haben, ein größeres Interesse an Informationen vorliegen könnte, die dieses positive Bild mit unterstützt hat. Es wurde aber keinen Zusammenhang zwischen Info-Interesse und dem GSI gefunden. Nur wenige Frauen (10%) gaben an, *kaum* oder *kein* Interesse an Informationen zur Sexualität zu haben. Der Grund hierfür wird an der sexpositiv eingestellten Frauen in dieser Studie zu finden sein.

Operative Eingriffe

In meiner sexualtherapeutischen Praxis begegnete ich immer wieder Frauen, die mir nach Operationen oder bspw. nach einem Dammschnitt während Geburten, von jahrelangen Problemen mit dem Gefühl zu ihrem Genital berichteten.

Abb. 15 (Anhang C): OP-Erfahrung



Ich wollte diese Frauen in der Stichprobe ausfindig machen können, genauso beschnittenen Frauen und diejenigen, die aus Gründen der 'Optimierung', durch Operationen etwas an ihrem Genitale, verändert hatten. Dem Fragebogen wurde deshalb die Frage 23 hinzugefügt (vgl. Abb. 15). Die Antwort wurde mit 'ja' oder 'nein' direkt eingetragen: 9% der Frauen haben OP-Erfahrung, 91% nicht. Es gibt keine signifikanten Zusammenhänge vom GSI in Verbindung mit operativen Eingriffen im Genitalbereich. (vgl. auch Anhang E, Tabellen 025, 049 und 073).

Schmerzen

Schmerzen können eine prägnant negative Rolle in der Sexualität spielen und Frauen finden sich leider häufig mit ihnen ab. Sie setzen den Geschlechtsverkehr fort, obwohl der Körper längst Unbehagen zeigt. Zu groß, der Wunsch, den Partner nicht zu enttäuschen. Beim nächsten Sex, steigt die Anspannung und die Schmerzen werden mehr. Ein Teufelskreis, bzw. Negativspirale beginnt. Für die Erfassung von Schmerz, wurde folgende Variable aufgenommen: *F24; Ich habe Schmerzen beim Geschlechtsverkehr*. Die Probandinnen sollten einschätzen, inwiefern diese Aussage *sehr stark, stark, kaum oder überhaupt nicht* auf sie zutrifft. Die Variable wurde als abhängig in ihrem Bezug zum GSI gesetzt.

Abb. 16 (Anhang C): Schmerzen beim GV

Anzahl Teilnehmer: 779

	sehr stark (1)		stark (2)		kaum (3)		überhaupt nicht (4)		Arithmetisches Mittel (\bar{x})		Standardabweichung (\pm)			
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	\bar{x}	\pm	1	2	3	4
Ich habe Schmerzen beim Geschlechtsverke...	10x	1,28	35x	4,49	332x	42,62	402x	51,60	3,45	0,64				

Der Mittelwert beträgt 3,45 und die Streuung 0,44. Nur knappe 6% der Probandinnen haben *sehr starke* oder *starke* Schmerzen beim GV (1,28 + 4,49). Jede zweite Frau aus der Stichprobe hat *keine* Schmerzen (52%). Interessant ist jedoch eine große Gruppe von Frauen, die auf dem ersten Blick eigentlich keine Schmerzen hat, nämlich die Teilnehmerinnen, die mit *kaum* antworten (43%). Genauer betrachtet, bedeutet dies aber, dass diese Frauen nicht *schmerzfrei* sind, wenn der Schmerz auch klein ist. Festgehalten werden kann deshalb, dass nur etwa jede zweite Frau beim Sex wirklich *keine* Schmerzen hat. Für die bivariate Auswertung wurde eine Zusammenfassung gemacht: (1) *sehr starke* oder *starke* Schmerzen, (2) *kaum* und (3) *überhaupt nicht*.

Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem GSI und Schmerzen: Durchgängig für alle Betrachtungspunkte gilt, dass je positiver, das GSI aus den verschiedenen Blickwinkeln beurteilt wird, desto höher der Anteil der Frauen in der Gruppe ist, die überhaupt keine Schmerzen haben bzw. desto geringer der Anteil jener, die sehr starke oder starke Schmerzen haben (vgl. Anhang F, Tabelle 021, 054 und 081). Die Sichtweise Sex soll als Beleg gelten.

Tabelle 021 (Anhang F): Schmerzen beim Sex in Abhängigkeit vom GSI – Faktor 1, Denken

zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität * zGSI_F24 Zfg. Haben Sie Schmerzen beim GV?

Kreuztabelle

			zGSI_F24 Zfg. Haben Sie Schmerzen beim GV?			Gesamt	
			1 sehr stark, stark 1+2	2 kaum 3	3 überhaupt nicht 4		
zSCFAK1DenkenQual i zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	1 17-26 sehr positiv	Anzahl	2	51	109	162	
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQual i zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	1,2%	31,5%	67,3%	100,0%	
		2 27-43 positiv	Anzahl	18	197	243	458
	3 44-82 mit Einschränkungen	% innerhalb von zSCFAK1DenkenQual i zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	3,9%	43,0%	53,1%	100,0%	
		Anzahl	25	84	50	159	
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQual i zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	15,7%	52,8%	31,4%	100,0%	
	Gesamt		Anzahl	45	332	402	779
			% innerhalb von zSCFAK1DenkenQual i zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	5,8%	42,6%	51,6%	100,0%

Chi-Quadrat nach Pearson	64,767 ^a	4	,000
---------------------------------	---------------------	---	------

So haben für die Sichtweise *Denken*, zwei Drittel der Frauen mit dem *sehr positiven* GSI *überhaupt nicht* Schmerzen (67%), während dies nur auf ein Drittel (31%) der Frauen mit dem *eingeschränkten* Urteil zum GSI zutrifft. Auch hat nur 1% der Erstgenannten *sehr starke oder starke* Schmerzen, welches bei 16% der Frauen in

der eingeschränkten Gruppe der Fall ist. Die Zusammenhänge sind bei allen drei Sichtweisen signifikant (Chi-Quadrat nach Pearson; 0,000). Auch Faktor 2 (Erregung) zeigt in allen drei Sichtweisen signifikante Ergebnisse (vgl. Anhang F, Tabellen 108, 135 und 161). Beispielsweise haben 59% der Frauen, die für die Sichtweise *Denken* an die Vulva, in Richtung *wild, laut, robust* (also erregt) antworten, *überhaupt keine* Schmerzen, während das nur 40% der Frauen betrifft, die sich für *sanft, leise, zart* entscheiden zutrifft. Bei der Beurteilung von *Berühren* und *sexuellen Sichtweisen* verhält es sich ähnlich. Faktor 3, der Autozentrierung erfasst, zeigt widersprüchliche Ergebnisse. Wenn es um die Sichtweise *Denken* und *Berühren* geht, sind Tendenzen eines Zusammenhangs da, die sich aber nicht sichern lassen. Für die Perspektive *Sex* aber, wird mit einmal deutlich: Während 2% der Frauen, die zu den Begrifflichkeiten *Subjekt, verträumt* (autozentriert) tendieren, *sehr starke oder starke* Schmerzen haben, sind es 13% der Frauen, die sich für *Objekt, nüchtern* (heterozentriert) entscheiden. Und, während 43% der Frauen in der *Objekt-nüchtern-Gruppe*, keine Schmerzen haben, sind es bei der *Subjekt-verträumt-Gruppe* 56%. Das Ergebnis ist signifikant (Chi-Quadrat von Pearson: 0,002. Vgl. Anhang F, Tabelle 243). Festzuhalten ist: Je autozentrierter, erregter und je besser das GSI, desto weniger Schmerzen bzw., desto mehr Frauen haben gar keine. Verallgemeinert werden kann: Frauen, mit positivem genitalen Selbstbild, die autozentriert und erregt (oder zumindest sympathisch aktiv) sind, haben weniger Schmerzen als Frauen, mit weniger positivem genitalen Selbstbild, die etwa auch nicht erregt sind und heterozentriert denken.

4.1.4. *Sexualfunktion und Zufriedenheit*

Dieser Teil besteht aus den Variablen: grundlegende Fähigkeit zum Orgasmus (F14), Häufigkeit von Orgasmus (F13) und Selbstbefriedigung (F15), sexuelle Zufriedenheit (F21a-b, F22a) und sexuelles Selbstbewusstsein (F22b, F22c und F22h), sowie die Zufriedenheit mit der Gesundheit (F21c).

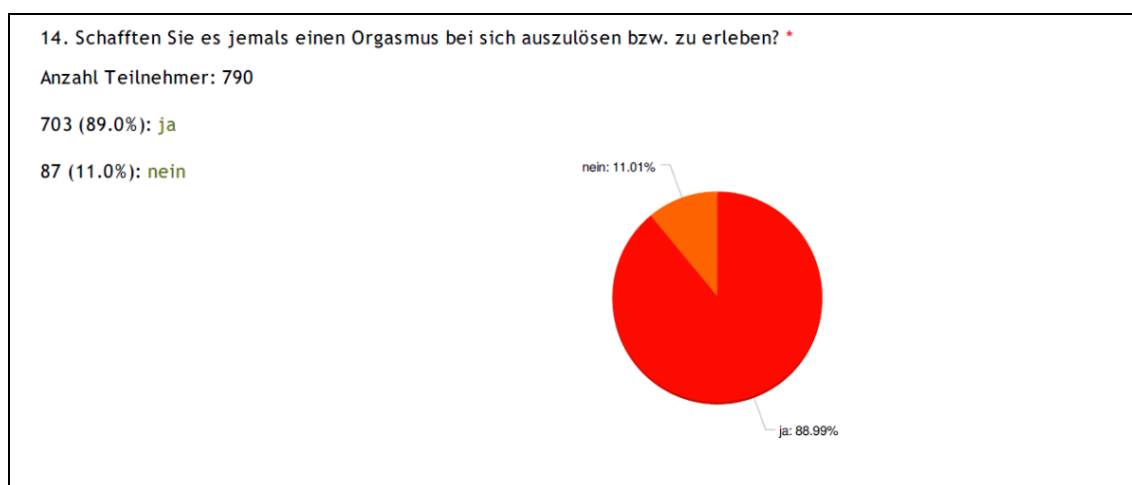
Orgasmus

Der Themenbereich Orgasmus wird durch die Fragen abgedeckt: (1) *F14; Schafften Sie es jemals einen Orgasmus bei sich auszulösen bzw. zu erleben?* Und (2) *F13; Wie oft gelangten Sie dabei zum Orgasmus?* Erstere Frage zielt nicht darauf ab, zu erfassen, wie eine Frau Orgasmen hat, ob mit sich selbst oder durch einen Partner oder eine Partnerin. Vielmehr, geht es um die *generelle* Fähigkeit Orgasmen auszulösen. Einige Frauen haben dies noch nicht gelernt. Um diese Frauen geht es

hier. Letztere Frage bezieht sich auf die vorangegangene Variable 12, in welcher nach Sexhäufigkeit in den letzten sechs Wochen gefragt wird. Die Antworten wurden direkt eingetragen.

(1) Grundlegende Fähigkeit zum Orgasmus (F14). In der vorliegenden Stichprobe haben 11% der Frauen noch nie einen Orgasmus gehabt, weder mit sich, noch mit Partner oder Partnerin (vgl. Abb.17).

Abb. 17 (Anhang C): Fähigkeit zum Orgasmus



Im nächsten Schritt wurde in der bivariaten Analyse geprüft, inwiefern das GSI die Fähigkeit zum Orgasmus differenziert. Durchgängig für alle Betrachtungspunkte gilt: Je positiver das GSI aus den verschiedenen Blickwinkeln beurteilt wird, desto höher der Anteil der Frauen, die einen Orgasmus erlebt haben bzw. desto geringer der Anteil jener, die noch nie einen Orgasmus hatten (vgl. Anhang F, Tabellen 013, 040 und 067). Als Beleg soll die Sichtweise *Denken* gelten. Deutlich wird, dass 95% der Frauen, mit dem *sehr positiven* GSI Orgasmen haben, das trifft nur für 81% der Frauen in der Gruppe mit *eingeschränktem* GSI zu. Auch, kennen Frauen in dieser letzteren Gruppe zu etwa 19% *keinen* Orgasmus, welches bei 5% der Frauen mit *sehr positivem* GSI der Fall ist. Die Ergebnisse sind in allen drei Sichtweisen (*Denken, Berühren, Sex*) signifikant, (vgl. Tabelle 013, S. 51).

Tabelle 013 (Anhang F): Fähigkeit zum Orgasmus in Abhängigkeit vom GSI – Faktor 1, Denken

zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität * GSI_F14 Schafften Sie es einen Orgasmus auszulösen?

Kreuztabelle

			GSI_F14 Schafften Sie es einen Orgasmus auszulösen?		Gesamt
			1 ja	2 nein	
zSCFAK1DenkenQual i zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	1 17-26 sehr positiv	Anzahl	157	8	165
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQual i zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	95,2%	4,8%	100,0%
	2 27-43 positiv	Anzahl	415	49	464
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQual i zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	89,4%	10,6%	100,0%
	3 44-82 mit Einschränkungen	Anzahl	131	30	161
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQual i zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	81,4%	18,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	703	87	790
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQual i zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	89,0%	11,0%	100,0%

Chi-Quadrat nach Pearson	16,036 ^a	2	,000
--------------------------	---------------------	---	------

Entsprechende bekannte Verläufe finden sich für Faktor 2 (Erregung) in allen drei Sichtweisen (vgl. Anhang F, Tabellen 094, 121 und 148). Unter den Frauen, die in Richtung *Erregung* urteilen (*wild, laut, robust*), bekommen mehr Frauen Orgasmen (94%), als bei den *'nicht Erregten'* (86%), also bei jene Frauen, welche zu den Begrifflichkeiten *sanft, leise, zart* tendieren. Die Ergebnisse für Faktor 2 sind in allen drei Sichtweisen (*Denken, Berühren, Sex*) signifikant. Faktor 3 (Autozentrierung) wird in keiner Sichtweise signifikant. Abschließend kann insgesamt für die Fähigkeit zum Orgasmus festgehalten werden, dass ein sehr positives GSI diese Fähigkeit, positiv beeinflusst, gleiches betrifft die Erregung einer Frau, wogegen, ob eine Frau hetero- oder autozentriert ist, nichts über die generelle Fähigkeit zum Orgasmus aussagt.

(2) Orgasmus-Rate (F13). Diese bezieht sich auf den Sex mit anderen, in den letzten sechs Wochen. Die Grundergebnisse wurden von 'Ausreißern' bereinigt und verteilen sich wie folgt: *Kein* Orgasmus beim Sex mit anderen, in den letzten sechs Wochen, hatten 34% der Frauen. Etwa 17%, bekamen *jedes zweite Mal* einen Höhepunkt. Ein Viertel der Frauen (24%), *öfter als jedes zweite Mal*. Ein weiteres Viertel der Probandinnen (25%) hatten *jedes Mal* einen Höhepunkt (vgl. Anhang D, Seite 97). Interessant sind die 34% der Frauen, die keinen Orgasmus hatten. Beachtet man dabei, den Anteil, die generell (noch) nicht gelernt haben zu kommen (11%), bleiben immer noch ca. 25% der Frauen, die Sex hatten und keinen Orgasmus bekamen. Das könnten Frauen sein, die nur *mit sich* zum Höhepunkt kommen, oder es spiegelt die Tatsache wider, dass, im Gegensatz zu Männern, viele Frauen Sex haben, ohne den orgastischen Höhepunkt zu erreichen, obwohl sie es eigentlich könnten. Für die bivariate Auswertung der Orgasmus-Rate, soll die Sichtweise Sex gelten:

Tabelle 065 (Anhang F): Häufigkeit des Orgasmus in Abhängigkeit vom GSI – Faktor 1, Sex

zSCFAK1SexQuali zfg. Faktor 1 GSI Sex nach Qualität * zzGSI_F13 Zfg. Wie oft Orgasmus beim Sex letzten 6 Wochen dreistufig

			zzGSI_F13 Zfg. Wie oft Orgasmus beim Sex letzten 6 Wochen dreistufig			Gesamt
			0 keinen Orgasmus	1 1 bis 5 mal	2 6 mal und mehr	
zSCFAK1SexQuali zfg. Faktor 1 GSI Sex nach Qualität	1 17-26 sehr positiv	Anzahl	53	100	122	275
		% innerhalb von zSCFAK1SexQuali zfg. Faktor 1 GSI Sex nach Qualität	19,3%	36,4%	44,4%	100,0%
	2 27-43 positiv	Anzahl	110	147	98	355
		% innerhalb von zSCFAK1SexQuali zfg. Faktor 1 GSI Sex nach Qualität	31,0%	41,4%	27,6%	100,0%
	3 44-85 mit Einschränkungen	Anzahl	86	49	23	158
		% innerhalb von zSCFAK1SexQuali zfg. Faktor 1 GSI Sex nach Qualität	54,4%	31,0%	14,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	249	296	243	788
		% innerhalb von zSCFAK1SexQuali zfg. Faktor 1 GSI Sex nach Qualität	31,6%	37,6%	30,8%	100,0%

Chi-Quadrat nach Pearson	73,735 ^a	4	,000
--------------------------	---------------------	---	------

Folgende Zusammenfassung dient als Grundlage: (1) *keinen Orgasmus*, (2) *1 bis 5 Male* und (3) *6 oder mehr Male* (vgl. Anhang D, S. 95). Durchgängig für alle Betrachtungspunkte gilt: Je positiver das GSI beurteilt wird, desto höher der Anteil der Frauen mit mehr Orgasmen bzw. desto geringer der Anteil jener, die keinen Orgasmus bekommen (vgl. Anhang F, Tabellen 011, 038 und 065). Als Beleg gilt hier die Sichtweise *Sex*. Während 44% der Frauen mit *sehr positivem* GSI *6 oder mehr* Orgasmen hatten, erreichten so viele Orgasmen nur 15% der Frauen mit *eingeschränktem* GSI. Oder, während 54% der letzteren Gruppe *keinen* Orgasmus beim Sex mit anderen in den vorangegangenen sechs Wochen hatte, dies 19% der Frauen mit dem *sehr positiven* GSI betraf.

Auch Faktor 2, zeigt bekannte Verläufe (Anhang F, Tabellen 092, 119 und 146). Je mehr, eine Frau zu den Begrifflichkeiten *wild, laut, robust (Erregt)* tendiert, desto mehr Orgasmen hatte sie, während die Frauen, die *nicht erregt* denken (*sanft, leise, zart*), weniger Orgasmen hatten. Nahezu jede *zweite* Frau, die *erregt* zum GSI urteilt (40%), hatte *6 oder mehr* Orgasmen, das betraf nur jede *fünfte* Frau (21%), die zu *nicht erregt* tendierte. Umgekehrt verhält es sich bei der Zahl von Frauen, die *keinen* Orgasmus hatten: Ein Fünftel (21%) der *erregten* und fast die Hälfte (47%) der *nicht erregten*, bekamen *keinen* Höhepunkt beim Sex in den letzten sechs Wochen. Diese Richtung der Befunde ist aus allen Sichtweisen signifikant. Für Faktor 3 bestätigen sich die Verläufe wiederum in der Sichtweise *Sex*. Frauen, die ihre Vulva mit den Begrifflichkeiten *Subjekt, verträumt* verbinden, welche also autozentrierter sind, beim reinspüren in eine sexuelle Situation, hatten mehr Orgasmen, als die Frauen die heterozentriert sind und zu *Objekt, nüchtern* tendieren. Der Befund ist signifikant (vgl. Anhang F, Tabelle 227). Auch der durchschnittliche Mittelwert der erreichten Orgasmen in den letzten 6 Wochen zeigt (in allen Sichtweisen) deutlich die Zusammenhänge:

Abb. 18 (Anhang C): Häufigkeit Orgasmus beim Sex in den letzten 6 Wochen

	<u>Denken</u>	<u>Berühren</u>	<u>Sex</u>
Sehr positiv	7,4	6,9	7,9
Positiv	5,3	4,4	4,9
Mit Einschränkung	3,1	3,6	2,1
Alle Signifikant			

Frauen mit dem *sehr positiven* GSI haben im Durchschnitt mehr Orgasmen gehabt, als die mit dem *eingeschränkten* GSI z. B. aus der Sichtweise *Denken* (7 Orgasmen versus 3). Die Ergebnisse sind signifikant. Außerdem zeichnet sich eine vorsichtige Tendenz dazu ab, dass Frauen mit dem *eingeschränkten* GSI, eher mit sich alleine Orgasmen haben (3,6 Male), als beim Sex mit anderen (2,1 Male), wogegen Frauen mit *sehr positivem* GSI, auch beim Sex mit anderen Orgasmen haben (7,9). Dieses Ergebnis (der drei Sichtweisen untereinander) wurde nicht auf Signifikanz geprüft. Abschließend lässt sich verallgemeinernd für den Themenbereich Orgasmus festhalten: Für die Häufigkeit des Orgasmus in den letzten sechs Wochen beim Sex mit anderen - und für die Fähigkeit überhaupt einen Orgasmus zu bekommen -, bestätigt sich, dass das genitale Selbstbild eine Rolle spielt: Je positiver, desto *mehr* Orgasmen - oder je höher die Anzahl der Frauen, die *überhaupt* Orgasmen kennen. Auch die Erregung spielt mit rein: Je erregter, desto mehr Orgasmen. Und spezifisch für die Sichtweise Sex: Autozentrierte Frauen haben signifikant mehr Orgasmen, wenn sie einmal gelernt haben zu kommen.

Häufigkeit der Selbstbefriedigung

Eng im theoretischen Zusammenhang mit dem Orgasmus, steht die Selbstbefriedigung, den während der Masturbation lernen viele Frauen überhaupt erst zu kommen. Die entsprechende Frage lautete: (F15); *Wie oft haben Sie sich in den letzten sechs Wochen ca. selbst befriedigt?* Die Antwort wurde direkt eingetragen. Die von 'Ausreißern' gereinigten Ergebnisse zeigte diese Verteilung: Etwa 11% der Frauen haben, in den letzten sechs Wochen, keine Selbstbefriedigung gemacht. Interessant ist, dass diese Zahl, mit der Zahl der Frauen übereinstimmt, die keinen Orgasmus *je erlebten* (F14). Insgesamt aber, können die Ergebnisse zur Selbstbefriedigung als sexpositiv interpretiert werden, denn andere Studien berichten von manchmal 25-35% Frauen, die keine Masturbation betreiben (Quelle: u. A. Statista.com; Weller, 2013, S. 5). Das Ergebnis passt zur Tatsache, dass die meisten Frauen in dieser Studie ein ausgesprochen positives genitales Selbstbild haben, denn das beflügelt das Masturbationsverhalten, wie jetzt dargelegt werden soll. Zunächst wurde eine Zusammenfassung gemacht, die als Grundlage der bivariaten Auswertung gilt: (1): *keine SB*, (2): *1 bis 5 Mal* und (3) *6 Mal oder mehr*. Fast jede zweite Frau (46%) in der untersuchten Population dieser Masterarbeit, masturbierte 6 oder mehr Male in den letzten sechs Wochen (vgl. Anhang D, S. 99-100).

Die bivariate Analyse zeigt einen Zusammenhang zwischen dem GSI und dem Masturbationsverhalten, in allen drei Sichtweisen (vgl. Anhang F, Tabellen 015, 042 und 069).

Tabelle 015 (Anhang F): Häufigkeit Selbstbefriedigung in Abhängigkeit vom GSI – Faktor 1, Denken

zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität * zzGSI_F15 Zfg. Häufigkeit SB in letzten 6 Wochen dreistufig

			zzGSI_F15 Zfg. Häufigkeit SB in letzten 6 Wochen dreistufig			Gesamt
			0 keine SB	1 1 bis 5 mal	2 6 mal und mehr	
zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	1 17-26 sehr positiv	Anzahl	13	61	91	165
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	7,9%	37,0%	55,2%	100,0%
	2 27-43 positiv	Anzahl	43	201	217	461
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	9,3%	43,6%	47,1%	100,0%
	3 44-82 mit Einschränkungen	Anzahl	29	79	53	161
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	18,0%	49,1%	32,9%	100,0%
Gesamt	Anzahl	85	341	361	787	
	% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	10,8%	43,3%	45,9%	100,0%	

Chi-Quadrat nach Pearson	21,886 ^a	4	,000
--------------------------	---------------------	---	------

Für die Sichtweise *Denken*, sind die Zusammenhänge die folgenden: Je *positiveres* GSI, desto *häufiger* befriedigen Frauen sich selbst. Und: Unter den Frauen mit *Einschränkungen* im GSI, finden sich mehr Frauen, die *keine* Selbstbefriedigung machen, als in der Gruppe mit dem *positiven* GSI. Bspw. üben etwa 55% der Frauen, mit *sehr positivem* GSI, *mehr als 6 Mal* Selbstbefriedigung aus, während es 33% der Frauen mit *Einschränkungen* im GSI tun. In der *positivsten* Gruppe masturbieren 8% der Frauen in ihrer Gruppe nicht, in der Gruppe *mit*

Einschränkungen im GSI, 18% nicht. Ähnlich Verläufe und Tendenzen finden sich für *Berühren* und *Sex*. Die Ergebnisse lassen sich aber nur für die Sichtweisen *Denken und Berühren* sichern. Dass, die Ansicht *Sex* nicht signifikant wird, ist nicht verwunderlich, da *Sex mit anderen* hat von der Sache her wenig oder nichts, mit Selbstbefriedigung zu tun. Es kann verallgemeinert werden: Je *positiver* das GSI bewertet wird, desto *mehr* Selbstbefriedigung machen Frauen. Je *weniger positiv* das GSI, desto *mehr* Frauen, die nicht masturbieren. Auch Faktor 2 (Erregung) wird in den Sichtweisen *Berührung* und *Sex* signifikant, welches sich logisch dadurch erklären lässt, dass es sich bei beiden Sichtweisen, um Situationen drehen, in denen *Erregung* generell eine Rolle spielt (vgl. Anhang F, Tabellen 123 und 150). Ergebnis: Die *erregten* Frauen (*wild, laut, robust*) masturbieren häufiger.

Faktor 3 ist in keiner Sichtweise signifikant. Der Faktor erfasst die Autozentrierung, welche bei der Selbstbefriedigung, wo Frauen alleine mit sich sind, logischerweise nicht zum Tragen kommt. Erst, wenn ein anderer Mensch zugegen ist, bekommt die Frage, ob hetero- oder autozentriert, Relevanz.

Das Masturbationsverhalten, in Abhängigkeit von den qualitativ unterschiedlichen GSIs, lässt sich auch durch die durchschnittliche Zahl der 'Selbstbefriedigungsaktionen' in den letzten sechs Wochen zeigen:

Abb. 19 (Anhang C): Durchschnittliche Selbstbefriedigung in den letzten 6 Wochen

Durchschnittliche Anzahl der SB letzten 6 Wochen:			
	<i>Denken</i>	<i>Berühren</i>	<i>Sex</i>
Sehr positiv	8,9	9,8	8,3
Positiv	8,2	7,2	8,1
Mit Einschränkung	6,1	5,2	7,0
	signifikant	signifikant	nicht signifikant

Während GSI-Positive Frauen im Durchschnitt 9 Male in sechs Wochen masturbierten, taten es Frauen mit GSI-Einschränkungen nur 6 Male. Es bestätigt sich: Frauen mit dem positiveren GSI masturbieren mehr. Am meisten zeigt sich der Unterschied (logischerweise) in der Ansicht *Berühren*, in der es doch genau darum geht: sich selbst genussvoll zu berühren.

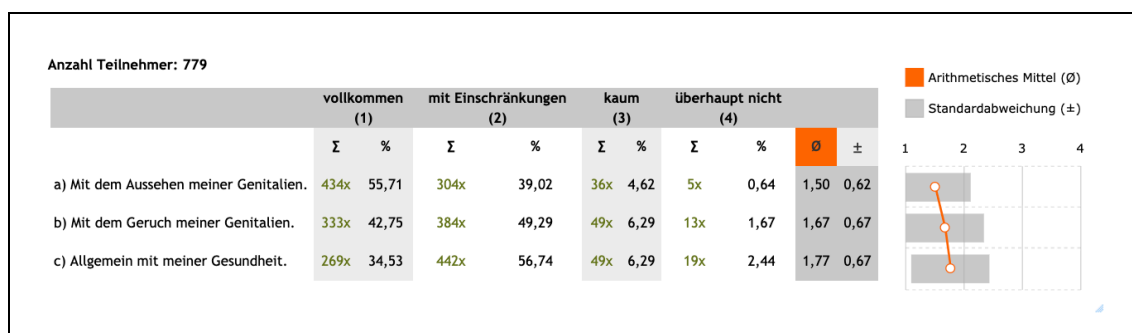
Nun folgt eine Art *Zufriedenheits-Einheit*, bestehend aus Inhalten, die im engen Sinne, nicht zur Sexualfunktion gehören, die jedoch eine große Wirkung auf die Funktionen haben. Es geht um Die variablen (1) *Zufriedenheit mit genitalem Aussehen und Geruch*, (2) sowie mit der eigenen *Gesundheit*, (3) die generelle *sexuelle Zufriedenheit* und (4) das *sexuelle Selbstbewusstsein*.

(1) Zufriedenheit mit genitalem Aussehen, Geruch und Gesundheit

Die entsprechenden Fragen lauteten: F21; *Wie zufrieden sind Sie mit Folgendem?*

(a) *Mit dem Aussehen meiner Genitalien*, (b) *Mit dem Geruch meiner Genitalien* und (c) *Allgemein mit meiner Gesundheit*. Es gab vier Antwortmöglichkeiten: *vollkommen*, *mit Einschränkungen*, *kaum* oder *überhaupt nicht*.

Abb. 20 (Anhang C): Zufriedenheit Aussehen, Geruch Genitalien und Gesundheit



Die Grundverteilung zeigt, dass die Probandinnen mit dem *Aussehen* der Genitalien am meisten zufrieden waren, danach mit dem *Geruch* und zuletzt mit ihrer *Gesundheit*. Die Mittelwerte unterscheiden sich unwesentlich (1,50, 1,67 und 1,77) und die Streuung ist klein (0,62, 0,67 und 0,67). So, sind 56% der Frauen *vollkommen* zufrieden mit dem Aussehen ihrer Genitalien, 43% mit dem Geruch und 35% mit ihrer Gesundheit. 39% der Frauen machen *leichte Einschränkungen* bei der Zufriedenheit mit dem Aussehen der Genitalien, 49% beim Geruch und 57% bei ihrer Gesundheit. *Größere Einschränkungen* in ihrer Zufriedenheit, machen Frauen, zu 5% beim Aussehen des Genitals und 0,64% der Frauen sind *überhaupt nicht* damit zufrieden. Ähnlich sieht es für den Geruch und die Gesundheit aus, (vgl. Abb. 17). Als zweiter Schritt wurde für die bivariaten Analysen folgende Zusammenfassung gemacht: (1) *vollkommen* zufrieden, (2) *mit Einschränkungen* und (3) *kaum* oder *überhaupt nicht* (vgl. Anhang D, Tabellen S. 106). Es gibt eindeutige Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit genitalem Aussehen

oder Geruch und dem GSI. Und beide Variablen korrelieren positiv mit der Gesundheit. Dies soll stellvertretend durch die Variable *F21a: Zufriedenheit mit dem genitalen Aussehen*, betrachtet werden. Für die Betrachtungsweise *Denken* sind die Ergebnisse am deutlichsten:

Tabelle 018 (Anhang F): Zufriedenheit genitales Aussehen in Abhängigkeit vom GSI – Faktor 1, Denken

zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität * zGSI_F21a Zfg. Zufrieden: Aussehen Genital

Kreuztabelle

			zGSI_F21a Zfg. Zufrieden: Aussehen Genital			Gesamt
			1 vollkomme n 1	2 mit Einschränk ungen 2	3 kaum/überh aupt nicht 3+4	
zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	1 17-26 sehr positiv	Anzahl	130	30	2	162
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	80,2%	18,5%	1,2%	100,0%
	2 27-43 positiv	Anzahl	256	191	11	458
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	55,9%	41,7%	2,4%	100,0%
	3 44-82 mit Einschränkungen	Anzahl	48	83	28	159
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	30,2%	52,2%	17,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	434	304	41	779
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	55,7%	39,0%	5,3%	100,0%

Chi-Quadrat nach Pearson	119,645 ^a	4	,000
---------------------------------	----------------------	---	------

Durchgängig für alle Betrachtungspunkte gilt: Je positiver das GSI aus den verschiedenen Blickwinkeln beurteilt wird, desto höher der Anteil *vollkommen zufriedener* Frauen in ihrer Gruppe, in Bezug auf Aussehen der Genitalien bzw. desto geringer der Anteil jener, die *kaum* oder *überhaupt nicht* zufrieden sind. So,

sind 80% der Frauen mit dem *sehr positiven* GSI *vollkommen* zufrieden mit dem Aussehen des Genitals, während dies bei 30% der Frauen *mit Einschränkungen* in ihrem GSI-Urteil der Fall ist. Schaut man sich die Frauen an, die *kaum* oder *überhaupt nicht* zufrieden sind, betrifft das nur 1% in der *positiven* Gruppe, wogegen es in der Gruppe mit *Einschränkungen*, 18% sind. Die Verläufe sind für den genitalen Geruch ähnlich und für beide Variablen (Aussehen und Geruch), in allen drei Sichtweisen (*Denken, Berühren, Sex*) signifikant (Chi-Quadrat n. Pearson: 0,000; vgl. Anhang F, Tabellen 018, 019, 045, 046, 072 und 073). Es kann festgehalten werden: Je positiver das GSI, desto zufriedener sind Frauen, sowohl mit dem Aussehen als auch dem Geruch ihrer Genitalien. Je weniger positiv das GSI, desto mehr Einschränkungen in der Zufriedenheit. Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit beschrieben, (vgl. u. a. Wiederman et al., 1990), machen sich Frauen generell viele Gedanken über ihr Genital und sind dabei sehr ‚streng‘. Wiedermal fällt aber die vorliegende Stichprobe sehr positiv auf.

Es folgt eine knappe Aufzählung von den Signifikanzen im Faktor 2 (Erregung): Die Zufriedenheit mit dem Aussehen, ist bei der Sichtweise *Sex* (0,044) signifikant. Zufriedenheit mit dem Geruch in den Sichtweisen *Denken* (0,019) und *Berühren* (0,023), (vgl. Anhang F, Tabellen 153, 127 und 100). Der Zusammenhang ist der übliche: *erregte* Frauen (*wild, laut, robust*), sind generell zufriedener mit ihrem Genital, als die nicht erregten (*sanft, leise, zart*). In Faktor 3 (Autozentriertheit) ist folgendes signifikant: Die Zufriedenheit mit dem Aussehen bei den Sichtweisen *Denken* (0,002) und *Sex* (0,018). Autozentrierte Frauen sind zufriedener, als die heterozentrierten (vgl. Anhang F, Tabellen 180 und 234). Der Geruch wird nicht signifikant. Insgesamt lässt sich zur Zufriedenheit mit dem Genital festhalten: Die Tendenzen und Verläufe passen zu den bisherigen gefundenen Tendenzen, in dieser Arbeit: Erregte, autozentrierte Frauen mit sehr positivem GSI, sind ‚sexpositiver‘, in diesem Fall zufriedener, als Frauen in anderen Gruppen.

(2) Zufriedenheit mit der Gesundheit

Das GSI wird in diesem Fall, für die bivariate Auswertung, in Abhängigkeit von der Gesundheit betrachtet. Die Verteilung der Häufigkeiten in den Antworten wurde bereits besprochen (vgl. S. 57).

Es gibt einen signifikanten Zusammenhang für Faktor 1 zwischen Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und dem GSI in allen abgefragten Sichtweisen (*Denken, Berühren, Sex*). Je *höher* die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, desto *positiver* auch das GSI bzw. je *weniger Zufriedenheit* mit der Gesundheit, desto mehr Frauen mit *eingeschränktem* GSI-Urteil. So, haben 28% der Frauen, die

vollkommen mit ihrer Gesundheit zufrieden sind, *sehr positive* GSIs, während das auf 13% der Frauen *mit Einschränkungen* im GSI-Urteil zutrifft. Von den Frauen, die mit ihrer Gesundheit *kaum* oder *überhaupt nicht* zufrieden sind, weisen 9% *sehr positive* GSIs und 40% solche *mit Einschränkungen* auf.¹⁵ Verallgemeinern lässt sich: Frauen, die zufrieden mit ihrer Gesundheit sind, haben positivere genitale Selbstbilder, (vgl. Tabelle 024).

Tabelle 024 (Anhang E): GSI in Abhängigkeit von der Zufriedenheit mit der Gesundheit – Faktor 1, Denken.

zGSI_F21c Zfg. Zufrieden: Gesundheit allg. * zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI
Denken nach Qualität

			zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI			Gesamt	
			Denken nach Qualität				
			1 17-26 sehr positiv	2 27-43 positiv	3 44-82 mit Einschränkungen		
zGSI_F21c Zfg. Zufrieden: Gesundheit allg.	1 vollkommen	Anzahl	75	158	36	269	
		% innerhalb von zGSI_F21c Zfg. Zufrieden: Gesundheit allg.	27,9%	58,7%	13,4%	100,0%	
	2 mit Einschränkungen 2	Anzahl	81	265	96	442	
		% innerhalb von zGSI_F21c Zfg. Zufrieden: Gesundheit allg.	18,3%	60,0%	21,7%	100,0%	
	3 kaum/überhaupt nicht 3+4	Anzahl	6	35	27	68	
		% innerhalb von zGSI_F21c Zfg. Zufrieden: Gesundheit allg.	8,8%	51,5%	39,7%	100,0%	
	Gesamt		Anzahl	162	458	159	779
			% innerhalb von zGSI_F21c Zfg. Zufrieden: Gesundheit allg.	20,8%	58,8%	20,4%	100,0%

Chi-Quadrat nach Pearson	32,483 ^a	4	,000
---------------------------------	---------------------	---	------

¹⁵ Faktor 2 und 3 werden in dieser Auswertung ausgelassen, da sie nicht, oder nur gerade eben, signifikant sind.

In einem letztem Schritt, werden die Variablen *Zufriedenheit mit Aussehen und Geruch* direkt in Beziehung zueinander gesetzt, danach die Gesundheit auf ihre Differenzierungswirkung bei beiden untersucht. Wie bereits dargelegt, hängt die Zufriedenheit mit dem genitalen Aussehen und dem genitalen Geruch zusammen (vgl. Abb.):

Tabelle A, S. 221 (Anhang D): Zufriedenheit mit genitalem Aussehen, in Abhängigkeit von der Zufriedenheit mit genitalem Geruch.

			zGSI_F21a Zfg, Zufrieden: Aussehen Genital			Gesamt
			1 vollkommen 1	2 mit Einschränkungen 2	3 kaum/überhaupt nicht 3+4	
zGSI_F21b Zfg, Zufrieden: Geruch Genital	1 vollkommen 1	Anzahl	239	91	3	333
		% innerhalb von zGSI_F21b Zfg, Zufrieden: Geruch Genital	71,8%	27,3%	0,9%	100,0%
	2 mit Einschränkungen 2	Anzahl	187	176	21	384
		% innerhalb von zGSI_F21b Zfg, Zufrieden: Geruch Genital	48,7%	45,8%	5,5%	100,0%
	3 kaum/überhaupt nicht 3+4	Anzahl	8	37	17	62
		% innerhalb von zGSI_F21b Zfg, Zufrieden: Geruch Genital	12,9%	59,7%	27,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	434	304	41	779
		% innerhalb von zGSI_F21b Zfg, Zufrieden: Geruch Genital	55,7%	39,0%	5,3%	100,0%

Ca. 72% der Frauen, die *vollkommen* zufrieden mit ihrem genitalen Geruch sind, mögen ebenfalls *vollkommen* das Aussehen ihres Genitals, nur knappe 1% *nicht*. In der Gruppe, die den Geruch ihres Genitals *kaum* oder *überhaupt nicht mögen*, finden 13% der Frauen das Aussehen ihres Genitals *vollkommen* in Ordnung, während 60% es *mit Einschränkungen* mögen und 27% *nicht*. Die beschriebenen Zusammenhänge sind signifikant (0,000). Bei dem folgendem Vergleich mit der Gesundheit, steht die Zufriedenheit mit dem Aussehen des Genitals nun auch stellvertretend für den Geruch des Genitals. Je weniger, eine Frau mit ihrer Gesundheit zufrieden ist, desto weniger ist sie auch *vollkommen* mit dem Aussehen (und dem Geruch) ihres Genitals zufrieden. Und: Je zufriedener eine Frau mit ihrer Gesundheit ist, desto weniger ist sie *kaum* oder *überhaupt nicht* mit dem Aussehen (und dem Geruch) ihres Genitals zufrieden. So, mögen 63% der Frauen, die mit ihrer Gesundheit *vollkommen* zufrieden sind, das Aussehen (und den Geruch) ihres Genitals, nur 1,5% der Frauen in dieser Gruppe *nicht*. Die Zusammenhänge sind signifikant, womit belegt ist, dass die Variablen *Zufriedenheit mit dem Aussehen*

oder dem Geruch des Genitals und Zufriedenheit mit der Gesundheit positiv korrelieren (vgl. Anhang D, Tabelle B, S. 221).

Tabelle B, S. 221 (Anhang D): Zusammenhang zw. Zufriedenheit mit Gesundheit und dem genitalen Aussehen.

			zGSI_F21a Zfg. Zufrieden: Aussehen Genital			Gesamt
			1 vollkommen 1	2 mit Einschränkungen 2	3 kaum/überhaupt nicht 3+4	
zGSI_F21c Zfg. Zufrieden: Gesundheit allg.	1 vollkommen 1	Anzahl	168	97	4	269
		% innerhalb von zGSI_F21c Zfg. Zufrieden: Gesundheit allg.	62,5%	36,1%	1,5%	100,0%
	2 mit Einschränkungen 2	Anzahl	240	175	27	442
		% innerhalb von zGSI_F21c Zfg. Zufrieden: Gesundheit allg.	54,3%	39,6%	6,1%	100,0%
	3 kaum/überhaupt nicht 3+4	Anzahl	26	32	10	68
		% innerhalb von zGSI_F21c Zfg. Zufrieden: Gesundheit allg.	38,2%	47,1%	14,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	434	304	41	779
		% innerhalb von zGSI_F21c Zfg. Zufrieden: Gesundheit allg.	55,7%	39,0%	5,3%	100,0%

Konklusion für die Variablen 21 a-c: Es lässt sich verallgemeinern, je positiver das GSI einer Frau, desto höher die Zufriedenheit mit Aussehen und Geruch des Genitals und ebenso positiv die Zufriedenheit, mit der Gesundheit. Je weniger positiv das GSI bei einer Frau, desto geringer ihre Zufriedenheit mit den zuvor genannten Aspekten.

(3) Sexuelle Zufriedenheit

Die generelle *sexuelle Zufriedenheit*, Variable 22a, wurde sowohl einzeln betrachtet, als auch einer Faktorenanalyse unterzogen, mit den anderen Variablen aus F22, die unter 4.1.5. *Sexprofil* besprochen werden. Hier geht es um die F22a als Einzelvariable.

Die sexuelle Zufriedenheit ist nah an der Sexualfunktion und der Gesundheit gebettet. Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit beschrieben, bedeutet das Gefühl für den eigenen Körper und die Zufriedenheit diesbezüglich, etwas für den möglichen Genuss beim Sex, sowohl alleine als auch im sexuellen Kontakt mit anderen. Dafür entscheidend, ob es einem Menschen, mit etwaigen sexuellen Möglichkeiten oder Erlebnissen, gut oder schlecht geht, ist die *individuelle* sexuelle

Zufriedenheit. Diese kann nicht an der Zahl der Orgasmen oder bspw. an der Häufigkeit der Selbstbefriedigung gemessen werden, sondern ist ein ganz *eigenes Gefühl*. Dieses wurde mit der Variable, 22a; *Ich habe ein erfülltes Sexualleben*, erfasst. Die sexuelle Zufriedenheit sollte im Licht der eben besprochenen Ergebnisse zum Genital und der Gesundheit, gesehen werden, beides kann in sexuellen Situationen prägnante Rollen spielen. Manche körperliche Situationen und Gegebenheiten machen es schwer, eine entspannte und normale Sexualität zu leben und so auch sexuell zufrieden zu sein. Nicht destotrotz, ist auch hier am Wichtigsten, wie eine Krankheitssituation *empfunden* wird.

Die Probandinnen sollten einschätzen, inwieweit folgendes auf sie zutrifft: „*Ich habe ein erfülltes Sexualleben*“. Sie wählten unter vier Möglichkeiten aus: 1) *vollkommen zufrieden*, 2) *mit Einschränkungen*, 3) *kaum* oder 4) *überhaupt nicht*. Für die bivariate Auswertung der generellen sexuellen Zufriedenheit wurde zunächst eine Zusammenfassung gemacht: (1) *vollkommen zufrieden* oder *mit Einschränkungen*, (2) *kaum* und (3) *überhaupt nicht* (vgl. Anhang D, Tabelle, S. 108.).

Die grundlegende Verteilung zeigt: Die *sexuelle Zufriedenheit* der Probandinnen ist generell hoch. Fast 78% der Frauen sind *vollkommen* zufrieden mit ihrem Sexualleben oder machen *leichte Einschränkungen*, 16% machen *größere Einschränkungen* und 7% finden, sie haben *kein* erfülltes Sexualleben und sind *überhaupt nicht* zufrieden.

Bei der bivariaten Analyse kam heraus, dass das GSI die sexuelle Zufriedenheit differenziert. Durchgängig für alle Betrachtungspunkte gilt: Je *positiver* das GSI, desto *zufriedener* die Frauen mit ihrem Sexualleben bzw. je *weniger positiv* das GSI, desto mehr Frauen, sind mit ihrem Sexualleben *unzufrieden*. Die Sichtweise *Denken* soll als Belegbeispiel gelten (vgl. Anhang F, Tabelle 026, S. 64).

Während z. B. jene, die *sehr positive* genitale Selbstbilder haben, zu 88% *sehr stark* oder *stark* zufrieden mit ihrem Sexualleben sind, betrifft das nur 57% in der Gruppe mit *am wenig positivsten* GSI. Auch, befinden sich in der ersten Gruppe *weniger* Frauen, die *überhaupt nicht* mit ihrem Sexualleben zufrieden sind, nämlich 4%, wogegen dies, in der *weniger positiven* Gruppe, für 15% der Frauen zutrifft. Diese Verläufe und Zusammenhänge sind in allen drei Ansichten signifikant (im Chi-Quadrat nach Pearson; 0,000. Vgl. Anhang F, Tabellen 062, 053 und 080).

Es kann verallgemeinert werden: Je positiver das GSI bewertet wird, desto höher die sexuelle Zufriedenheit. Je weniger positiv das GSI, desto mehr Frauen, die überhaupt nicht zufrieden mit ihrem Sexualleben sind.

Tabelle 026 (Anhang F): Sexuelle Zufriedenheit in Abhängigkeit vom GSI – Faktor 1, Denken

zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität * zGSI_F22a Zfg. Ich habe ein erfülltes Sexualeben

Kreuztabelle

			zGSI_F22a Zfg. Ich habe ein erfülltes Sexualeben			Gesamt
			1 sehr stark, stark 1+2	2 kaum 3	3 überhaupt nicht 4	
zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	1 17-26 sehr positiv	Anzahl	143	13	6	162
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	88,3%	8,0%	3,7%	100,0%
	2 27-43 positiv	Anzahl	371	63	24	458
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	81,0%	13,8%	5,2%	100,0%
	3 44-82 mit Einschränkungen	Anzahl	90	45	24	159
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	56,6%	28,3%	15,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	604	121	54	779
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	77,5%	15,5%	6,9%	100,0%

Chi-Quadrat nach Pearson	55,214 ^a	4	,000
---------------------------------	---------------------	---	------

Wieder sollen auch die Faktoren 2 und 3 kurz erwähnt werden. Der Faktor 2 (Erregung), ist in allen drei Sichtweisen signifikant. (Chi-Quadrat nach Pearson; *Denken*: 0,042, *Berühren*: 0,018 und *Sex*: 0,000). Frauen, die *erregt* sind (*wild, laut robust*), sind eher mit ihrem Sexualeben zufrieden, als *nicht Erregte* (*sanft, leise, zart*). Sichtbar ist auch, wie die Tendenz immer stärker wird, desto 'körperlicher' es wird (vgl. Anhang F, Tabellen 026, 053 und 080). So sind 90% der Erregten, *sehr stark* oder *stark* zufrieden, die *nicht erregten* Frauen, in ihrer entsprechenden Gruppe, zu 62%, bzw. 12% der *nicht erregten* Frauen sind *überhaupt* nicht mit ihrem Sexualeben zufrieden, das erleben nur 5% der *Erregten*, in ihrer Gruppe. Auch Faktor 3 weist den mittlerweile bekannten Verlauf auf: Frauen, die zu *Subjekt, verträumt* tendieren, also autozentrierter sind, haben eine höhere Zufriedenheit mit

Das genitale Selbstbild der Frau (GSI) - Masterarbeit

ihrem Sexualleben, als Frauen, die zum *Objekt, nüchtern* tendieren, also heterozentriert sind. Die beschriebenen Ergebnisse im Faktor 3, sind in den Sichtweisen *Berühren* (0,000) und *Sex* (0,002) signifikant (Anhang F, Tabellen 215 und 242), also auch dort, wo es körperlicher wird.

Insgesamt kann verallgemeinert werden, dass Frauen mit positiveren genitalen Selbstbildern, die erregt und autozentriert sind, eine höhere sexuelle Zufriedenheit haben, als Frauen, die weniger positive genitale Selbstbilder innehaben, nicht erregt oder heterozentriert sind, diese Frauen tendieren zu sexueller Unzufriedenheit.

(4) Sexuelles Selbstbewusstsein

Es muss davon ausgegangen werden, dass sexuelles Selbstbewusstsein durch Wissen über Sexualität und durch sexuelle Erfahrungen nach und nach entsteht. Wer auf gute sexuelle Erfahrungen zurückgreifen kann, wird eher zufrieden mit der Sexualität sein können und auch ein Gefühl des sexuellen Selbstbewusstseins besitzen, dieses wirklich im Innern fühlen, als ein Mensch, der schlechte sexuelle Erlebnisse hatte oder keine Erfahrungen. Dies wird sehr deutlich bei Klienten und Klientinnen, die mit 30, 40 oder 50 Jahren, noch nicht ihr 'erstes Mal' hatten; 'Late Beginners'. Sie beschreiben meistens sofort ihre vollkommene Unsicherheit im sexuellen Bereich und haben große Sorge, unangenehm aufzufallen, bei bevorstehenden sexuellen Begegnungen. Im Fragebogen wurde das sexuelle Selbstbewusstsein durch vier Variablen abgedeckt durch: *F22(a); Ich habe ein erfülltes Sexualleben*¹⁶, *(b) Ich fühle mich sexuell attraktiv*, *(c) Ich bin sexuell selbstsicher* und *(h) Ich habe Freude daran, meine sexuelle Selbstsicherheit für andere sichtbar zu machen*. Die Probandinnen beantworteten, wie sehr diese Aussagen auf sie zutreffen, durch 1) *vollkommen*, 2) *mit Einschränkungen*, 3) *kaum* oder 4) *überhaupt nicht*. Eine Analyse der Häufigkeiten (als Gesamtscore) zeigt, dass ca. 69% der Probandinnen entweder '*vollkommen*' oder '*mit Einschränkungen*' antworteten (Gesamtscore: 8 oder darunter). Sehr wenige Probandinnen antworteten '*kaum*' oder '*überhaupt nicht*' sexuell selbstbewusst. Das betraf ca. 4% (Gesamtscore: 12 oder darüber. Vgl. Anhang D, S. 130; *F22, sexuelles Selbstbewusstsein*). Auch hier bestätigt sich also die 'Sexpositive' Stichprobe.

Um den (theoretisch vermuteten) Zusammenhang aller Variablen in Frage 22 auf ihre evtl. gemeinsamen Inhalte zu prüfen, war zunächst eine explorative Faktoranalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) durchgeführt

¹⁶ F22a, wurde bereits als *sexuelle Zufriedenheit* ausgewertet, sie wird nun als essentieller Teil des sexuellen Selbstbewusstseins analysiert.

worden. Die eben genannten vier Variablen zum sexuellen Selbstbewusstsein, sind die vier höchst ladenden Variablen in einem ersten Faktor, der sich dabei abzeichnete (vgl. Anhang D, S. 14).

Für die bivariate Analyse wurde eine Zusammenfassung der Probandinnen in 3 Gruppen gemacht, nach dem Grad ihrer Zustimmung, zu den vier Variablen (F22a, b, c, h): (1) *vollkommen*, (2) *mit Einschränkungen* und (3) *kaum/überhaupt nicht*.

Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem GSI und dem sexuellem Selbstbewusstsein: Frauen mit positiverem GSI sind sexuell selbstbewusster. Frauen mit weniger positivem GSI sind weniger sexuell selbstbewusst. Die Sichtweise *Denken* soll als Veranschaulichung gelten.

Tabelle 020 (Anhang F): Sexuelles Selbstbewusstsein in Abhängigkeit vom GSI – Faktor 1, Denken

zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität *
zSCFAK1F22SEX_Selbstbewußsein zfg. Faktor 1 F22 Sexuelles Selbstbewusstsein abch

			zSCFAK1F22SEX_Selbstbewußsein zfg.			Gesamt
			Faktor 1 F22 Sexuelles Selbstbewusstsein abch			
			1 1. Drittel	2 2. Drittel	3 3. Drittel	
zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	1 17-26 sehr positiv	Anzahl	99	42	21	162
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	61,1%	25,9%	13,0%	100,0%
	2 27-43 positiv	Anzahl	179	152	127	458
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	39,1%	33,2%	27,7%	100,0%
	3 44-82 mit Einschränkungen	Anzahl	20	45	94	159
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	12,6%	28,3%	59,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	298	239	242	779
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	38,3%	30,7%	31,1%	100,0%

Chi-Quadrat nach Pearson	111,044 ^a	4	,000
--------------------------	----------------------	---	------

Die Verläufe und Tendenzen sind - durchgehend für alle Sichtweisen und alle Faktoren, außer Faktor 3 in der Sichtweise *Denken* -, die mittlerweile bekannten. Je positiver das GSI, je erregter und je autozentrierter eine Frau, desto höher ihr sexuelles Selbstbewusstsein. Das niedrigste sexuelle Selbstbewusstsein haben Frauen, die GSIs mit Einschränkungen haben, nicht erregt und heterozentriert sind. Bis auf Faktor 3, in der Ansicht *Denken*, sind alle Ergebnisse signifikant, (vgl. Anhang F, Tabellen 020, 047, 074, 101, 128, 155, 209 und 236.)

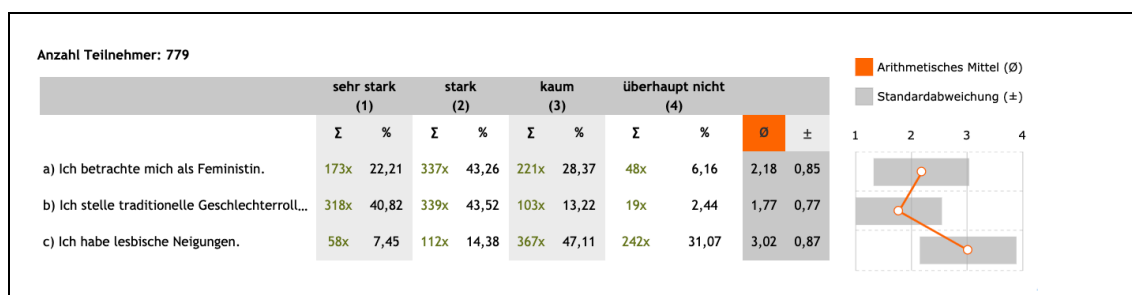
4.1.5. Sexprofil – bzw. sexuelle Identität

Unter diesem Punkt finden sich Variablen und Fragen die, auf Grund ihrer theoretischen Hintergründe und der Relation zu meinen Hypothesen, eine eigene Kategorie bekommen haben. Es dreht sich um die Fragen F20 a-b: Einstellungen zu Geschlechterthemen und die verbleibenden Variablen aus F22: e, f, g, i und j. Letztere betreffen Objektifizierung, Subjektifizierung, Spectatoring und Interzeption.

Einstellungen zu Geschlechterthemen.

Ausgehend von den theoretischen Annahmen, dass es ein Unterschied für z. B. die Sexualfunktion macht, ob eine Frau sich das 'Recht' nimmt, ihren eigenen Körper zu erkunden und für sich selbst und ihren Genuss einstehen mag, wurden Fragen zur feministischen Identität gestellt. Einige Studien zeigen, dass feministische Frauen (in sexueller Hinsicht) eher die genannten Dinge in Anspruch nehmen. Die zwei Variablen dazu, aus Frage 20 lauten: *F20a; Ich betrachte mich als Feministin* und *F20b; Ich stelle traditionelle Geschlechterrollen in Frage*. Die Probandinnen beantworteten auf einer vierstufigen Skala, wie stark diese Aussagen auf Sie zutrifft. Die Möglichkeiten waren: *sehr stark, stark, kaum* und *überhaupt nicht*. (*F20c; Ich habe lesbische Neigungen*, wurde bereits auf S. 41 besprochen.)

Abb. 21 (Anhang C): Einstellung zu Gender-Themen und sexuelle Präferenz



Die Abbildung zeigt, dass sich die Probandinnen zu 22% als *sehr stark* und zu 43% als *stark* feministisch bezeichnen. Nur 28% empfinden sich *kaum* als Feministin und 6% *überhaupt nicht* (Mittelwert und Streuung: 2,18 und 0,85). Für die Variable, zur Infragestellung der Geschlechterrollen ist die Tendenz stärker: 41% der Probandinnen stellen herkömmliche Geschlechterrollen *sehr stark* in Frage, 44% *stark* und 13% *kaum* bzw. 2% *überhaupt nicht* (Mittelwert und Streuung: 1,77 und 0,77). Für beide Variablen wurde die folgende dreistufige Zusammenfassung für die bivariate Analyse gemacht: (1) *sehr stark*, (2) *stark*, (3) *kaum* oder *überhaupt nicht*. (Vgl. Anhang D, S.104).

So ergeben sich für die Frage nach (1) feministischer Einstellung diese Verteilung: 22% der Frauen fühlen sich *sehr stark* als Feministin, 43% *stark* und 35% *kaum* oder *überhaupt nicht*. (2) 41% der Frauen stellen traditionelle Geschlechterrollen *sehr stark* in Frage, 44% *stark* und 16% *kaum* oder *überhaupt nicht*. Die Stichprobe besteht also insgesamt aus Frauen, die sich größtenteils als ‚feministisch angehaucht‘ empfinden, lapidar ausgedrückt.

Die bivariate Auswertung zeigte Zusammenhänge zwischen (1) feministischer Einstellung und GSI. Je *mehr*, eine Frau sich als Feministin empfindet, desto *positiver* ihr GSI, bzw. je *weniger* eine Frau sich als Feministin einordnet, desto *mehr* Frauen, in der Gruppe, mit GSI *mit Einschränkungen*. Die Zusammenhänge sind in allen drei Ansichten vorhanden, sind aber nur bei *Berühren* (0,012) und *Sex* (0,006) signifikant, (vgl. Anhang E, Tabellen 021, 045 und 069).

Als Belegbeispiel soll die Ansicht *Berühren* dienen, (vgl. Anhang E, Tabelle 045). Während von den *sehr stark* feministischen Frauen 49% *sehr positive* GSIs haben, haben von den *kaum* oder *überhaupt nicht* feministischen Frauen 34% *sehr positive* GSIs. Oder: In der *sehr stark* feministischen Gruppe haben 9% *eingeschränkte* GSIs, welches für die *nicht feministische* Gruppe auf 17% zutrifft.

Faktor 2 wird in der Sichtweise *Berühren* signifikant (0,044) und zeigt, *sehr stark* feministische Frauen, die zu *wild, laut, robust (erregt)* tendieren (23%), während die *kaum/überhaupt nicht* feministischen Frauen dies zu 14% tun. Letztere tendieren in ihrer Gruppe häufiger zu *sanft, leise, zart* (34%), also zu *‘nicht erregt‘*, während dies auf 27% der Frauen in der *sehr stark* feministischen Gruppe sind zutrifft (vgl. Anhang E, Tabelle 119). Interessant ist, dass der Faktor 3, der Autozentrierung bzw. Heterozentrierung erfasst, für die Ansicht *Sex* signifikant wird, (Chi-Quadrat nach Pearson; 0,000). Etwa 35% der *sehr stark* feministischen Frauen tendieren in ihrer Gruppe, zur Autozentrierung (*Subjekt, verträumt*). Bei den *nicht* feministischen Frauen, sind es, in ihrer Gruppe, nur 19% (vgl. Anhang E, Tabelle 217).

Für die (2) Einstellung zu Geschlechterrollen bilden sich sehr ähnliche Tendenzen und Verläufe, (vgl. Anhang E, Tabellen 022, 046 und 070.) Frauen, die traditionelle Geschlechterrollen in Frage stellen, haben *positivere* GSIs bzw. unter den Frauen, die Geschlechterrollen *nicht* in Frage stellen, finden sich mehr GSIs *mit Einschränkungen*. Die Ergebnisse sind in allen drei Sichtweisen signifikant und werden nicht weiter beschrieben. Der Faktor 2 ist ausnahmsweise in keiner Sichtweise signifikant, Faktor 3 wiederum in der Sichtweise Sex (0,000) (Anhang E, Tabelle 218). Verallgemeinern lässt sich: Feministische Frauen oder Frauen die traditionelle Geschlechterrollen in Frage stellen, haben positivere GSIs, als Frauen, die sich als nicht feministisch empfinden oder Geschlechterrollen nicht in Frage stellen. Letztere machen eher Einschränkungen in der Beurteilung zum GSI.

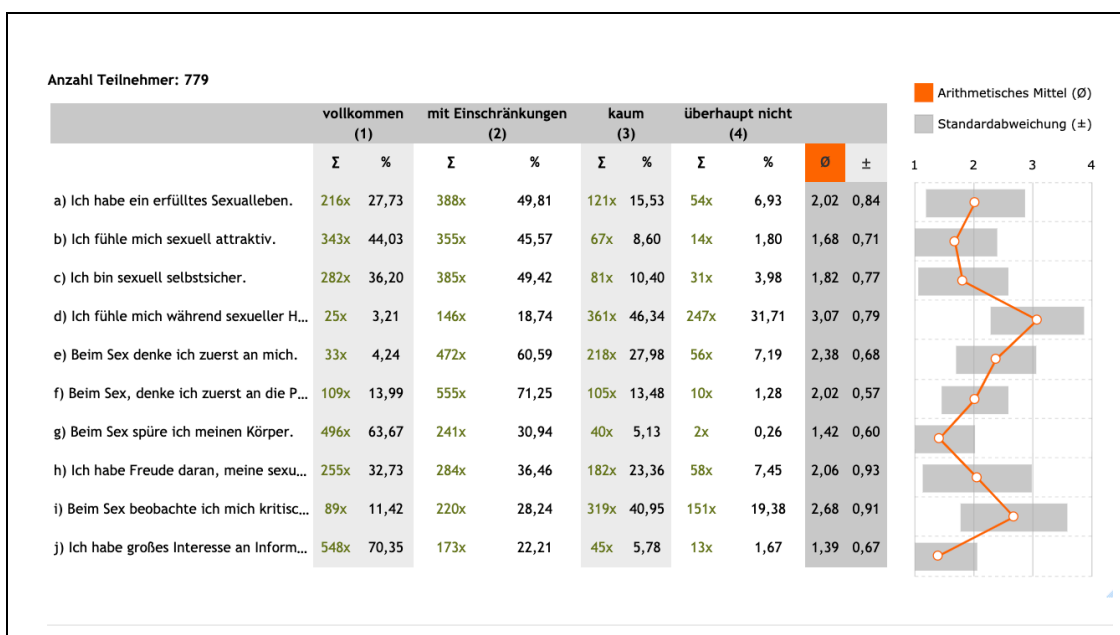
Spectatoring, Objektifizierung, Subjektivierung und Interozeption

Die nun folgenden Auswertungen zu den Themenbereichen *Spectatoring*, *Objektifizierung* und *Subjektivierung* sowie *Interozeption*, hängen theoretisch und konzeptionell zusammen. Wenn eine Person sich bzw. beim Sex *kritisch beobachtet* (engl. *Spectatoring*), kann es, wie im Theorieteil belegt, zu *kognitiver Ablenkung* kommen (Dove & Wiederman, 2000): Diese macht es schwerer, zu genießen und zu spüren. (Interozeption; das Spüren der inneren Signale und Veränderungen des Körpers). Die kritische Selbstbetrachtung passiert eher, wenn sich jemand als Objekt sieht (Objektifizierung) und mehr an den/die Sexualpartner(in) denkt (Heterozentrierung), sich also wenig als handelndes Subjekt empfindet. Die Subjektivierung (Tolman, 2005; Schalet, 2010), beschreibt im Prinzip, die Tendenz zur Autozentrierung.

Nach den bisherigen Ergebnissen, müsste das *sehr positive* GSI *positiv* mit Subjektivierung und Interozeption, beziehungsweise *negativ* mit *Spectatoring* und *Objektifizierung* zusammenhängen. Es folgt die Auswertung der Fragen zu diesen Konzepten.

Um die Objektifizierung zu erfassen, wurden die Aussagen *F22d; Ich fühle mich bei sexuellen Handlungen als Objekt* und *F22f; Beim Sex denke ich zuerst an die Person, mit der ich Sex habe* und *F22* hinzugezogen. Das kritische Beobachten (Spectatoring), das eher stattfindet, wenn sich jemand selbst als Objekt für andere betrachtet, wird nicht einzeln ausgewertet, sondern als Teil der Objektifizierung. Dies betrifft die Variable *F22j; Beim Sex beobachte ich mich kritisch*. In der graphischen Übersicht (Abb. 22) zu den Variablen in Frage 22, auf S.70, werden erste Ergebnisse zu Objektifizierung sichtbar (Variablen d, f und i):

Abb. 22 (Anhang C): Sexprofil – Überzeugungen und Verhalten beim Sex



Variable (d): Die meisten Frauen, (78%), fühlen sich eher nicht wie ein Objekt (*kaum* oder *überhaupt nicht*). Mittelwert und Streuung sind 3,07 und 0,79. Variable (f): Sehr viele Frauen (85%) denken dagegen eher an den Partner oder an die Partnerin, als an sich, beim Sex (*vollkommen* oder *mit Einschränkungen*). Mittelwert und Streuung sind 2,02 und 0,57. Variable (i): Etwa 40% beobachten sich kritisch (*vollkommen* oder *mit Einschränkungen*). Mittelwert und Streuung sind 2,68 und 0,91).

Für die bivariate Analyse wurde, über die Summenscores der Probandinnen, folgende dreistufige Zusammenfassung gemacht (vgl. Anhang D, S. 128-129): (1) *eher zustimmend*, sich als Objekt zu sehen, an den Sexualpartner (oder Partnerin) zu denken und sich selbst kritisch beobachtend (22%), (2) *weniger zustimmend* (43%) und 3) *sehr wenig zustimmend*. (35%). Folgende Tendenzen wurden in der bivariaten Auswertung für die Sichtweise *Denken* deutlich: Je positiver das genitale Selbstbild, desto *weniger* Frauen, die sich beim Sex als Objekt fühlen, mehr an den Sexualpartner (an die Partnerin) denken und sich selbst kritisch beobachten. Und desto *mehr* Frauen, auf welche all dies *kaum* oder *überhaupt nicht* zutrifft, (vgl. Tabelle 023, S. 71).

Tabelle 023 (Anhang F): Objektifizierung in Abhängigkeit vom GSI – Faktor 1, Denken

zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität * zSCF22dfi_Objektifizierung
zfg SCF22dfi Objektifizierung

Kreuztabelle

			zSCF22dfi_Objektifizierung zfg SCF22dfi			Gesamt
			<u>Objektifizierung</u>			
			1 ca. Fünftel 3-6	2 ca. 2 Fünftel 7+8	3 ca. Drittel 9-12	
zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	1 17-26 sehr positiv	Anzahl	14	54	94	162
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	8,6%	33,3%	58,0%	100,0%
	2 27-43 positiv	Anzahl	94	214	150	458
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	20,5%	46,7%	32,8%	100,0%
	3 44-82 mit Einschränkungen	Anzahl	64	63	32	159
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	40,3%	39,6%	20,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	172	331	276	779
		% innerhalb von zSCFAK1DenkenQuali zfg. Faktor 1 GSI Denken nach Qualität	22,1%	42,5%	35,4%	100,0%

Chi-Quadrat nach Pearson	77,750 ^a	4	,000
---------------------------------	---------------------	---	------

Während bspw. nur ca. 9% der Frauen mit dem *positivsten* GSI die Tendenz hat, sich bei sexuellen Handlungen selbst kritisch und als Objekt zu beobachten und mehr an den Sexualpartner (oder an die Partnerin) denkt, trifft dies für 40% der Frauen, in der Gruppe mit dem GSI *mit Einschränkungen*, zu. Sowie, 20% der Frauen in dieser *weniger positiven* Gruppe all dies *nicht* empfinden, welches für 58% der Frauen in der GSI-positiven Gruppe zutrifft. (Die Ergebnisse sind in allen drei Sichtweisen signifikant. (Chi-Quadrat nach Pearson; 0.000, vgl. Anhang F, Tabellen 023, 050 und 077).

Die Ergebnisse für die Faktoren 2 und 3 folgen dem gewohnten Muster. Erregte und autozentrierte Frauen (*wild, laut, robust/Subjekt, verträumt*) tendieren *weniger* dazu, sich selbst kritisch als Objekt beim Sex zu beobachten und erst an den

Sexualpartner (an die Partnerin) dabei zu denken. Dagegen tendieren *nicht erregte* und heterozentrierte Frauen (*sanft, leise, zart/Objekt, nüchtern*) umso *mehr* dazu. Mit der bekannten Ausnahme für die Sichtweise *Denken* bei Faktor 3, sind die Ergebnisse, in allen drei Sichtweisen, signifikant, (vgl. Faktor 2; Anhang F, Tabellen 104, 131 und 158 und Faktor 3; Tabellen 185, 212 und 239.) Es kann verallgemeinert werden, dass autozentrierte Frauen mit sehr positivem genitalen Selbstbild, welche Erregung mit dem Gedanken an ihre Vulva verbinden, sich beim Sex weniger kritisch beobachten oder als Objekt empfinden und nicht hauptsächlich an den Partner oder die Partnerin dabei denken. Die negative Korrelation zwischen Objektifizierung und dem sehr positiven genitalen Selbstbild ist hiermit bestätigt. Als letztes soll noch erwähnt werden, dass sich die drei Variablen der Objektifizierung (d, f, und i), durch die vorangegangene Faktorenanalyse¹⁷ aller Variablen in 22, als einem Faktor zugehörig zeigen (vgl. Anhang D, S. 14).

Die Ergebnisse zu Subjektifizierung zeigen hier den Gegenpol. *Subjektifizierung* betrifft die Fähigkeit einer Person sich beim Sex, als Subjekt zu fühlen, sich als sexuelles Wesen wahrzunehmen und dazu im Stande zu sein, eigene sexuelle Entscheidungen zu fällen, also nicht nur mitzumachen, was jemand anders möchte (Tolman, (2005). Die Subjektifizierung wurde mit der Aussage *F22e; Beim Sex denke ich zuerst an mich* abgedeckt. Wie in Abb. 22, auf Seite 70, zu sehen, denken 4% der Frauen beim Sex *vollkommen* an sich, 61% machen dabei *leichte Einschränkungen*. Etwa 28% der Frauen denken *kaum* zuerst an sich und 7% *überhaupt nicht*. (Mittelwert und Streuung betragen 2,38 und 0,68. Vgl. Abb. 22, Anhang C). Für die bivariate Analyse wurde über die Summenscores der Probandinnen eine Zusammenfassung in zwei Kategorien gemacht (vgl. Anhang D, S. 126). Die erste Gruppe von Frauen sind die Autozentrierten (65%): Frauen, die eher beim Sex an sich denken (*vollkommen* und *mit Einschränkungen*). Die zweite Gruppe sind die Heterozentrierten (35%): Frauen, die eher nicht zuerst an sich beim Sex denken (*kaum* oder *überhaupt nicht*). Weil der Effekt der Subjektifizierung sich (notgedrungen) am meisten in der Sichtweise *Sex* bemerkbar macht, soll folgende bivariate Auswertung als Beispiel gelten: Je positiver das GSI der Frauen, desto mehr Frauen antworten autozentriert. Und je mehr Einschränkungen im GSI desto mehr heterozentrierter Frauen, in der Gruppe (vgl. Tabelle 076, S. 73).

¹⁷ Explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation).

Tabelle 076 (Anhang F): Subjektivierung in Abhängigkeit vom GSI – Faktor 1, Sex

Kreuztabelle

			zGSI_F22e_Subjektivierung zF22e Subjektivierung		Gesamt
			1 vollkommen /mit Einschr. 1+2	2 kaum/ überhaupt nicht 3+4	
zSCFAK1SexQuali zfg. Faktor 1 GSI Sex nach Qualität	1 17-26 sehr positiv	Anzahl	206	67	273
		% innerhalb von zSCFAK1SexQuali zfg. Faktor 1 GSI Sex nach Qualität	75,5%	24,5%	100,0%
	2 27-43 positiv	Anzahl	224	126	350
		% innerhalb von zSCFAK1SexQuali zfg. Faktor 1 GSI Sex nach Qualität	64,0%	36,0%	100,0%
	3 44-85 mit Einschränkungen	Anzahl	75	81	156
		% innerhalb von zSCFAK1SexQuali zfg. Faktor 1 GSI Sex nach Qualität	48,1%	51,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	505	274	779
		% innerhalb von zSCFAK1SexQuali zfg. Faktor 1 GSI Sex nach Qualität	64,8%	35,2%	100,0%

Chi-Quadrat nach Pearson	32,831 ^a	2	,000
--------------------------	---------------------	---	------

So, denken 76% der Frauen mit dem *positivsten* GSI zuerst an sich beim Sex, sind also autozentriert, wogegen das bei 48% der Frauen in der Gruppe mit dem GSI *mit Einschränkungen* der Fall ist. Oder: 52% der Frauen mit dem *weniger positiven* GSI antworten heterozentriert, denken also nicht zuerst an sich beim Sex. Dies trifft auf 25% der Frauen in der Gruppe mit dem *positivsten* GSI zu. Gruppe zu. Die Ergebnisse sind in allen drei Sichtweisen signifikant (vgl. Anhang F, Tabellen 022, 049 und 076). Der Faktor 2 wird auch in allen Sichtweisen signifikant, mit den bereits bekannten Verläufen: Erregte Frauen tendieren dazu, zuerst an sich beim Sex zu denken; nicht erregte Frauen weniger, (vgl. Anhang F, Tabellen 103, 130 und 157). Faktor 3 wird, wie üblich, in der Situation Sex signifikant, auch mit dem bekannten Verlauf, untersetzten die Ergebnisse: Autozentrierte Frauen denken beim Sex mehr an sich, Heterozentrierte weniger, (vgl. Anhang F, Tabelle 238).

Verallgemeinernd lässt sich festhalten, dass Frauen mit sehr positiven genitalen Selbstbildern, eher dazu tendieren, sich als Subjekt wahrzunehmen, ihre Vulva mit Erregung verbinden und beim Gedanken an Sex, umso mehr an sich denken. Frauen mit weniger positiven genitalen Selbstbildern denken mehr an andere und verbinden ihre Vulva, beim Gedanken an Sex, nicht mit Erregung.

Als Letztes wurde die Interozeption mit der Variable *F22g; Beim Sex spüre ich meinen Körper*, angelegt.¹⁸ Wie in Abb. 22 auf, Seite 70, zu sehen, geben 64% der Frauen an, *vollkommen* ihren Körper beim Sex zu spüren, 31% machen bei der Aussage *leichte Einschränkungen* und etwa 5% geben an, sich *kaum* beim Sex zu spüren und (statistisch gesehen), wogegen weniger als 1 Frau *überhaupt nicht*¹⁹ antwortet. (Mittelwert und Streuung betragen: 1,42 und 0,60. vgl. Abb. 22, S. 70). Die meisten Frauen in der vorliegende Population spüren sich also sehr gut beim Sex. Das passt zu den Ergebnissen der Subjektifizierung, die besagen, dass sich die meisten Frauen in der Stichprobe eher als Subjekt wahrnehmen und autozentriert sind.

Für die bivariate Analyse wurde eine Zusammenfassung in drei Kategorien gemacht (vgl. Anhang D, S. 129). Die erste Gruppe von Frauen spürt ihren Körper beim Sex sehr deutlich (*vollkommen*) und macht 28% der Probandinnen aus. In der zweiten Gruppe, befinden sich die meisten Probandinnen (50%), diese spüren sich beim Sex *mit Einschränkungen*. Die dritte Gruppe spürt den Körper beim Sex am wenigsten (*kaum oder überhaupt nicht*), hier befinden sich 23% der Frauen.

Es gibt Zusammenhänge zwischen dem GSI und der Fähigkeit, den eigenen Körper sehr gut beim Sex zu spüren. Je positiver das GSI, desto mehr spürt eine Frau ihren Körper beim Sex. Und, je weniger positiv, desto mehr Frauen gibt es, die ihren Körper kaum oder überhaupt nicht spüren. Die Sichtweise Sex soll als Beleg gelten (vgl. Tabelle 78, Anhang F). So, spüren sich 86% der Frauen mit dem *sehr positiven* GSI beim Sex am besten (*vollkommen*). Unter den Frauen mit dem GSI *mit Einschränkungen*, betrifft das 28%. In der gleichen Gruppe (*mit Einschränkungen*) sind es 21%, die ihren Körper *kaum oder überhaupt nicht* spüren, während das bei den Frauen mit dem *positivsten* GSI, für niemanden zutrifft (0%), (vgl. Anhang F, Tabelle 078). Die Ergebnisse sind in allen drei Sichtweisen signifikant (vgl. Anhang F, Tabellen 024, 051 und 078).

Für Faktor 2 sind die bereits bekannten Verläufe wieder in allen Sichtweisen signifikant: Erregte Frauen spüren ihren Körper mehr; nicht erregte Frauen weniger

¹⁸ Interozeption: Das Spüren der inneren Signale und Veränderungen des eigenen Körpers.

¹⁹ Ein Schmunzeln erlaubt sein: Dies ein gutes Ergebnis. Wer den Körper gar nicht spürt, ist meist tot.

(vgl. Anhang F, Tabellen 105, 132 und 159). Faktor 3 ist in den Sichtweisen *Berühren* und *Sex* signifikant: Autozentrierte Frauen spüren den Körper eher mehr; Heterozentrierte eher weniger (vgl. Anhang F, Tabellen 213 und 240).

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass Frauen mit *sehr positivem* GSI (Faktor 1), die sich eher erregt fühlen (Faktor 2), und wie ein Subjekt empfinden (Faktor 3), ihren Körper beim Sex mehr spüren. Mehr Frauen, mit *weniger positivem* GSI, die sich nicht erregt fühlen und wie ein Objekt für andere empfinden, spüren ihren Körper beim Sex wenig.

Der positive Zusammenhang von Subjektifizierung und Interozeption zu dem sehr positiven GSI ist hiermit insgesamt bestätigt.

4.2. Multivariate Auswertung – Bäume (SPSS, CHAID)

Aus Platzgründen wird nur ein Baumdiagramm beschrieben und ausgewertet. Wobei diese Diagramme sehr eindrücklich komplexe Zusammenhänge darstellen, die gerade bei den Konzepten und Theorien zu Objektifizierung, Subjektifizierung und Interozeption wichtige Informationen liefern könnten. Auch für die therapeutische Praxis. Ich lasse sie eine Anregung für mich sein, diese Forschung weiter zu betreiben.

Mehrdimensionale Analyse (Baumdiagramme)

Bisher standen bivariate (zweidimensionale) *Auswertungen* im Zentrum der Analyse, d. h., die (über Faktorenanalysen) gewonnenen Dimensionen der drei Polaritäten-Profile wurden vor allem mit Hilfe von Kreuztabellen auf ihre Zusammenhänge mit dem GSI analysiert. Im Folgenden möchte ich der Frage nachgehen, welche Zusammenhänge zwischen den einzelnen Polaritätsindikatoren und zentralen sexuellen Aktivitäten, Haltungen und Einstellungen bestehen. Dafür wurde ein unter SPSS angebotenes Verfahren verwendet, das über den Pfad „Analysieren – Klassifizieren – Baum“ aufgerufen werden kann. Hier wurde die Aufbaumethode CHAID genutzt, welches für “Chi-squared Automatic Interaction Detection” steht: automatische Entdeckung von Zusammenhängen mittels Chi-Quadrat-Tests. In jedem Schritt bestimmt das CHAID-Verfahren diejenige unabhängige Variable (Einflussvariable oder Prädiktor), die den stärksten Zusammenhang mit der abhängigen Variable aufweist. Die Kategorien der einzelnen Einflussvariablen werden zusammengeführt, wenn sie im Hinblick auf die abhängige Variable nicht signifikant unterschiedlich sind.

(vgl. Handbuch SPSS Classification Trees™ 16.0, 2007. Download: <https://www.unimuenster.de/imperia/md/content/ziv/service/software/spss/handbuec>

her/deutsch/spss_classification_trees_16.0.pdf, S. 5ff.) Entsprechend wurden die vorgegebenen Begriffspaare (*Denken, Fühlen, Sex*; n=72, vgl. Fragebogen) als unabhängige Einflussvariablen/Prädiktoren eingegeben und auf die jeweilige abhängige Zielvariable bezogen.

Baumdiagramm – Kognitive Ablenkung durch Spectatoring

Die Probandinnen wurden danach befragt, inwieweit folgendes auf sie zutrifft: *Beim Sex beobachte ich mich kritisch (F22i)*. Die Antworten von 779 Frauen (vgl. Baumdiagramm, Abb. 24 a-c, Anhang C) wurden entsprechend der Verteilung dreistufig zusammengefasst:

(1) vollkommen	= 40 %
(2) mit Einschränkung	= 11 %
(3) kaum / überhaupt nicht	= 19 %

Diese Verteilung bildet den Ausgangsknoten 0 im Baumdiagramm und es soll geprüft werden, ob und wie Urteile der Frauen zum Genital aus den verschiedenen Blickwinkeln die Sexintensität differenzieren.

Auf einer ersten Ebene differenziert die Polarität *frei* vs. *tabuisiert* mit dem Bezugspunkt Sex. Dabei unterscheiden sich signifikant Frauen, die mit 1 oder 2 antworten, sich also weitgehend *frei* fühlen (Knoten 1) und (Knoten 2), von jenen, die mit 3 bis 5 antworten (Knoten 3) und (Knoten 4). Frauen, die beim Sex ihr Genital als *frei* verorten, geben deutlich seltener an, dass sie sich *vollkommen* kritisch beim Sex beobachten, als die Frauen, die in ihrem Urteil zu *tabuisiert* tendieren. Auch beobachten sie sich häufiger *kaum oder überhaupt nicht* kritisch beim Sex, im Gegensatz zu den Tabu-Frauen, die dies häufiger tun. *Kaum oder kein kritisches* Beobachten: 32,8 % vs. 12,2 % und *vollkommen kritisch* beobachten: 21,5 % vs. 70,7 %).

Über die linke Seite des Baumdiagramms werden auf den nächsten Ebenen weitere verstärkende Bündelungseffekte hinsichtlich des kritischen Beobachtens deutlich.

Der Anteil von Probandinnen, die sich *kaum oder überhaupt nicht* kritisch beobachten beim Sex, erhöht sich weiter, bei jenen, die sich beim Sex *gefühlvoll* sehen. Von ihnen beobachten sich 39,1% *kaum oder überhaupt nicht* kritisch und der Anteil jener, die sich *vollkommen* kritisch beobachten, reduziert sich auf 17,3% (vgl. Knoten 5). Bei der Gruppe, die sich eher *kühl* äußern (Knoten 6), kommt es zu einer Reduzierung derjenigen, die sich *nicht kritisch* beobachten beim Sex (von

32,8% auf 14,3%) bzw. zu Erhöhung des Anteils, jener, die sich *vollkommen* beobachten (von 21,5% auf 33,8%).

Diese Tendenzen gehen auf einer dritten Ebene noch mal weiter: der Anteil, der *kaum oder überhaupt nicht* Beobachterinnen, steigt auf 47,6 %, wenn sie über ihr Genital *beweglich* denken. Nur 8,6% von diesen *gefühlvoll-beweglichen* Frauen beobachten sich noch *vollkommen* kritisch beim Sex (Knoten 13). Ordnen die Frauen ihrem Genital aber *starr* zu (Knoten 14), sind es nun 31,7% und 25%.

Insgesamt wird deutlich, dass sich Frauen, die ihrem Genital gebündelt 'positive' Merkmale zuschreiben, aus welcher der vorgegebenen Sichten auch immer, viel weniger kritisch beobachten beim Sex, als jene, die eingeschränkter antworten.

Auf der rechten Seite des Baumdiagramms werden auf der zweiten Ebene unter Beachtung der Polarität Berühren *lustvoll vs. gehemmt* widersprüchliche Verläufe sichtbar.

Bei Frauen, die am stärksten *tabuisiert* antworten (Knoten 4), beobachten sich *vollkommen* kritisch Ganze 70,7%, nur 12,2% *kaum oder überhaupt nicht*. Wenn diese Frauen ihr Genital auf der nächsten Ebene, aber mit *gehemmt* verbinden (Knoten 12), *fällt* die Zahl der *vollkommen* kritischen Beobachterinnen von 70,7% auf 54,8%. Und für die Frauen, die an der Stelle *lustvoll* entscheiden (Knoten 11), *steigt* die Zahl der *vollkommen* kritischen Beobachterinnen sogar von 70,7% auf Ganze 80,4%. Hierfür eine Erklärung zu finden, ist schwer. Da es sich aber an dieser Stelle um den Bezugspunkt *Berühren* dreht, ist die ganze Situation eine vollkommen andere, als bei den anderen Ergebnissen, die sich alle auf die Sichtweise *Sex* bezogen. Mir fällt hierzu allerdings ein Klientinnen-Typus ein: Ausgesprochen leicht erregbare und lustvolle Frauen, die im Prinzip viel Freude an Sex hätten, wären sie nur nicht über ihre ganze Kindheit informiert worden, wie furchtbar und unanständig Sex sei. (Gleiches gilt bei einigen sexuell missbrauchten Frauen.) Diese Frauen sind also lustvoll, schämen sich aber gleichzeitig auffällig dafür. Könnte es daher sein, dass sie sich, sowohl wenn sie sich selbst berühren, als auch beim Sex mit anderen, besonders kritisch beobachten, weil ihr schlechtes Gewissen es kaum aushält, wie lustvoll sie doch sind? In der Praxis erklären mir diese Frauen mit ausgesprochen großem Scham und Ekel, was alles mit ihrem Körper bei Erregung passiert. Sie können es auffällig gut beschreiben, verglichen mit anderen (weniger lustvollen) Frauen, die erst mit einer Hausaufgabe zum Nachspüren nachhause gehen müssen. Weitere sexologische Erklärungen finde ich für das beschriebene Phänomen momentan nicht.

Bei Frauen, die auf der ersten Ebene etwas weniger *tabuisiert* urteilen (Knoten 3) und sich auf der zweiten Ebene für *lustvoll* entscheiden (Knoten 9), fällt der Anteil

der *sehr kritischen* Beobachterinnen von 56,4% auf 33,3%, also vollkommen wie erwartet. Wogegen bei Frauen, die *tabuisiert* antworten (Knoten 3) und ihre Vulva dann mit dem Prädikat *gehemmt* versehen (Knoten 10), er auf 64,9% ansteigt, also auch wie erwartet. Es bleiben die *lustvollen* und *gehemmten* Tabu-Frauen als einzigen Ausnahmen, wobei diese insgesamt 7% aller Probandinnen ausmachen (n=58).

Das Baumdiagramm zu Spectatoring deckt sich mit vielen anderen Baumdiagrammen, die ich intensiv analysiert habe, und in denen immer wieder die gleichen Begrifflichkeiten als differenzierend auftauchen. Unter anderem sind das die Begriffspaare: frei - tabuisiert, lustvoll - gehemmt, gefühlvoll - kühl, selbstbestimmt - fremdbestimmt, Subjekt - Objekt, erotisch - unerotisch, offen - zurückhaltend und vergnügt - missmutig. Alles Begrifflichkeiten, die auf der negativen Seite von Tabus und wenig Selbstbestimmung zeugen. Auf der positiven Seite dagegen, von Lebendigkeit, Spüren und Selbstbestimmt sein. Darin steckt Inspiration für mich, weiter über Frauen zu sinnieren, von denen jede ihre kleine Eigenart hat und ihren ganz eigenen 'Knoten' bildet, der so viel Bedeutung für ihren Sex bekommt.

4.3. Zusammenfassung: Auffälligkeiten und Trends

Die Probandinnen geben eine ausgesprochene sexpositive Population ab. Es fanden sich fast ausschließliche positive genitale Selbstbilder. Auf der weniger positiven Seite der Polaritäten-Profile urteilen weniger als 10% der Probandinnen. Die Urteile zum genitalen Selbstbild stehen im signifikanten Zusammenhang mit vielen der untersuchten Variablen des Fragebogens. Es folgt eine knappe Zusammenfassung der Ergebnisse.

Alter, Bildung und Berufliche Qualifikation

Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen *Alter* und GSI. Je älter eine Probandin, desto positiver das GSI. Deutlich mehr junge Frauen weisen weniger positive GSI auf. Die Gruppe der 16–29-Jährigen unterscheiden sich signifikant von den anderen Altersgruppen.

Eine leichte Tendenz deutet sich dazu an, dass höhere Bildung und besserer beruflicher Abschluss, in Verbindung mit Autozentriertheit und somit auch mit positiverem GSI stehen.

Sexuelle Entwicklung und Erfahrung

Frauen, die mit ihren Eltern, besonders mit dem Vater, über sexuelle Belange sprechen konnten, tendieren zum positiveren GSI. Etwa die Hälfte aller Probandinnen konnte nicht mit den Eltern sprechen. In allen Sichtweisen signifikant ist auch, dass ein positives GSI mit mehr Sexualpartnern und häufigerem Sex einhergeht, und auch seltener starke Schmerzen beim Sex empfunden werden. Hinsichtlich der Thematik Schmerzen werden die Faktoren 2 und 3 signifikant: Wenig erregte Frauen, die sich wie ein Objekt fühlen, haben mehr oder stärkere Schmerzen beim Sex, als Frauen, die sich wie ein Subjekt fühlen und erregt sind. Nicht signifikant sind die Zusammenhänge zwischen dem GSI und der sexuellen Anziehung, dem Beziehungsstatus, dem Interesse an Informationen zur Sexualität, genitale Operationen gehabt zu haben oder Therapieerfahrung. Wobei, Letzteres für die Sichtweise Sex signifikant wird: Das weniger positive GSI, ist mit Therapieerfahrung verbunden. Nicht signifikant, ist der Zusammenhang zwischen dem GSI und dem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, wobei die deutliche Tendenz besteht, dass Frauen mit weniger positivem GSI, ihr erstes Mal später haben – oftmals, wenn sie älter als 18 sind. Was dem Zeitpunkt der Menarche anbelangt, so ist hinsichtlich der Sichtweise Berühren signifikant, dass sich unter den Mädchen, die sehr früh ihre erste Periode bekamen (mit 11-12 Jahren), mehr sehr positive GSIs zu finden sind.

Sexualfunktion

Je positiver das GSI der Probandinnen, desto höher die Zufriedenheit mit dem Aussehen und dem Geruch des Genitals. Die Zufriedenheit mit der Gesundheit ist, in Verbindung mit dem GSI in allen Sichtweisen (Denken, Berühren, Sex) signifikant: Wer mit seiner Gesundheit zufrieden ist, verfügt über ein positiveres GSI. Gleiches gilt für die allgemeine sexuelle Zufriedenheit: Frauen die positive GSIs haben, sind sexuell zufriedener, üben häufiger Selbstbefriedigung aus und haben sich häufiger die Fähigkeit angeeignet, Orgasmen bei sich auslösen zu können, erfahren auch mehr sexuelle Gelegenheiten und haben dabei wiederum mehr Orgasmen, mit mehr Partnern. Frauen mit weniger positivem genitalem Selbstbild berühren sich seltener, im Sinne der Selbstbefriedigung, und haben vergleichsweise weniger Orgasmen (oder gar keine). Schließlich ist auch das sexuelle Selbstbewusstsein vom GSI beeinflusst: Wer ein positiveres GSI hat, ist in sexueller Hinsicht selbstbewusster. Es lässt sich demnach festhalten, dass das GSI einen großen Einfluss auf die Sexualfunktion ausübt.

'Sexprofil'

Ob eine Frau eine feministische Einstellung hat und/oder Geschlechterrollen in Frage stellt, beeinflusst das GSI. Feministisch eingestellte Frauen und/oder Frauen, die herkömmliche Geschlechterrollen in Frage stellen, weisen positivere GSIs auf. In Verbindung mit den Sichtweisen *Berührung* oder *Sex* werden die Ergebnisse signifikant. Die Variablen Spectatoring, Objektifizierung, Subjektifizierung und Interozeption hängen konzeptionell zusammen. Entsprechend sind die Ergebnisse in allen Sichtweisen (*Denken*, *Berühren*, *Sex*) und für alle Faktoren (außer bei Faktor 3, in der Sichtweise *Denken*) signifikant. Frauen mit sehr positiven GSIs (Faktor 1) tendieren weniger dazu sich kritisch zu beobachten (Spectatoring) oder dazu, sich wie ein Objekt für andere zu fühlen (Objektifizierung). Sie sind erregter (Faktor 2) und autozentrierter (Faktor 3). Entsprechend (und mit umgekehrtem Vorzeichen) tendieren Frauen mit positivem GSI dazu, sich wie ein Subjekt zu empfinden (Subjektifizierung) und ihren Körper, beim Sex, besser zu spüren (Interozeption). Insgesamt lässt sich feststellen, dass das GSI einen großen Einfluss auf das Verhalten beim Sex hat und darüber hinaus für das Gespür und den Genuss dabei.

5 Prüfung der Hypothesen

Die Null-Hypothese, die besagt, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem GSI und bestimmten ausgewählten Variablen gibt, konnte in den meisten Fällen dieser Studie abgewiesen werden. Es gibt signifikante Zusammenhänge bei vielen der ausgewählten Variablen zur Differenzierung des GSIs. Sehr positive genitale Selbstbilder stehen im Zusammenhang mit besserer Sexualfunktion, mehr Genuss und höherer sexueller Zufriedenheit, besserem sexuellen Selbstbewusstsein und Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit. Weniger positive genitale Selbstbilder korrelieren mit Einschränkungen in den genannten Bereichen.

In Verbindung mit den *Polaritäten-Profilen* waren zwei Annahmen zu prüfen:

- 1) *Die angelegten Polaritäten-Profile zeigen ähnliche Dimensionen (Faktoren) auf, wie im Semantischen Differenzial: Valenz, Aktivierung und Potenz.* Wie erwartet, fanden sich mehrere Faktoren im Polaritäten-Profil. Besonders der erste Faktor beschreibt, wie bei Osgood, ob mit einem Begriff (Vulva) positive oder eher negative Gefühle verbunden werden. Bei Faktor 2 (Erregung) und 3 (Autozentrierung) ist das Resultat unklarer, jedoch stellte

sich immer wieder heraus, dass, wenn es um die Sexualfunktion geht, die beiden Faktoren wichtige Aussagen liefern und sie in ihren Faktoreninhalten den Annahmen von Osgood ähneln.

- 2) Es gibt Unterschiede bei der Beurteilung des GSI – je nachdem, ob eine Probandin *direkt* an das Genital denkt, an die *Berührung* des Genitals oder an selbiges in Verbindung mit *sexuellen Handlungen mit anderen*. Es ist deutlich, dass die Operationalisierung, durch die Benennung verschiedener Sichtweisen, zu genaueren Ergebnissen geführt hat. Mehrere Variablen wurden erst in den Sichtweisen *Berühren* oder *Sex* signifikant, welches verständlich ist, weil eben diese Sichtweisen ‘körperlicher’ sind, als wenn schlicht an die Vulva gedacht wird.

Weitere Hypothesen, die geprüft werden sollen:

- 3) *Es gibt einen Zusammenhang zwischen Alter und dem Urteil zum GSI.* Der Zusammenhang mit dem Alter ist deutlich und ich vermute folgenden Zusammenhang: Junge Frauen unterliegen heute einem Optimierungsdruck, den gerade ältere Frauen nicht kennen. Auf diese Hypothese wird in der Abschlussdiskussion eingegangen.
- 4) *Es gibt einen Zusammenhang zwischen sexueller Zufriedenheit und dem GSI.* Auch diese Hypothese wurde bestätigt: Wer ein positiveres genitales Selbstbild hat, ist sexuell zufriedener, wohl nicht zuletzt dadurch, dass das GSI die Sexualfunktion sehr beeinflusst. Auch die Zufriedenheit mit dem Aussehen und dem Geruch des Genitals ist größer. Die Ergebnisse hängen eng mit der Zufriedenheit mit der Gesundheit zusammen.
- 5) *Es existieren Verknüpfungen zwischen der Sexualfunktion (Orgasmus, Selbstbefriedigung, sexuelles Selbstbewusstsein m.m.) und dem GSI.* Es bestätigte sich, dass das GSI positiv mit der Sexualfunktion korreliert.
- 6) *Es gibt Zusammenhänge zwischen dem GSI und die kognitive Ablenkung einer Frau beim Sex.* Diese Hypothese ist bestätigt: Das GSI korreliert negativ mit der kognitiven Ablenkung.
- 7) *Ob eine Frau sich selbst als Objekt oder Subjekt bei sexuellen Aktivitäten empfindet (Objektifizierung/Subjektifizierung), steht im Zusammenhang mit dem GSI.* Diese Hypothese ist bestätigt. Das GSI korreliert positiv mit dem Gefühl des Subjekt-Seins und negativ mit dem Objekt-Sein.

- 8) *Das GSI steht im Zusammenhang damit, wie sehr eine Frau im Stande ist, ihren Körper beim Sex genussvoll wahrzunehmen (Interozeption).* Diese Hypothese wurde bestätigt. Ein positives GSI bedeutet mehr spüren.

6 Diskussion – Fazit

6.1. Datenexploration und Kritik

Datenexploration

Die Studie zu dieser Masterarbeit, mit ihrer ausgesprochen sexpositiven Stichprobe, steht im Gegensatz zu vielen anderen Publikationen, in denen viele negative genitale Selbstbilder vorliegen. Die positiven Befunde erklären sich aber dadurch, dass die Teilnehmerinnen einer Sexologin, in den sozialen Medien, folgen. Das wirklich auffällige ‘Nebenergebnis’, ist die Tatsache, dass bei diesen vielen positiven Urteilen, bereits bei wenig Abstrichen von dem *sehr positiven* genitalen Selbstbild, schon negative Auswirkungen auf die Sexualfunktion, auf die sexuelle Zufriedenheit und das sexuelle Selbstbewusstsein zu verzeichnen sind m. m. Schon feine Qualitätsunterschiede in den positiven GSIs machen sich also bemerkbar.

In anderen Studien (z. B. Zielinski, 2009), schienen nur *negative* Gefühle zum Genital einschränkenden Einfluss zu haben, ein *neutrales* Gefühl, sei unproblematisch. Meine Befunde belegen aber eindeutig die Wichtigkeit eines *so positiv wie möglich* bewohnten²⁰ Genitals - so auch die Annahme von dem Approach Sexocorporel: Je positiver das GSI, desto besser die Sexualfunktion. Gehirn und Körper bilden eine fundamentale Einheit, sie arbeiten eng zusammen.²¹ Dies bedeutet, dass jegliche positive oder negative Emotion, physische (und beobachtbare) Veränderungen am Körper hervorruft. Umgekehrt spiegelt sich eine bestimmte angespannte oder entspannte Körperhaltung automatisch auf emotionaler und kognitiver Ebene wieder. Wenn eine Person also das eigene Genital nicht mag (oder kennt), wird es schwieriger Dinge zu genießen, die ebendiese genitale Anatomie miteinbezieht oder bloßlegt. Das Spüren des Körpers und das Erkennen bestimmter (sexueller) Landmarken ist ein wesentlicher Bestandteil sexuellen Verlangens, wie dargelegt wurde. Es ist davon auszugehen, dass es noch größere Auswirkungen auf die Sexualfunktionen bekommen kann, wenn Frauen *negative* genitale Selbstbilder innehaben. Auch darf vermutet werden, dass Veränderungen an diesen negativen genitalen Selbstbildern, in positive

²⁰ Positive Besetzung des Geschlechts; erotisiert und mit Lust verbunden (Bischof, 2013), S. 5-8.

²¹ Grund-Axiom des Approach Sexocorporels; Bischof & Gehrig, (2008), S. 6. Von Reich in 1952 beschrieben, (2014).

Richtung, *deutliche* Auswirkungen für eine Frau und ihr Sexualleben haben könnten. In dieser Masterarbeit wurde bestätigt, wie eng die Sexualfunktion mit dem genitalen Selbstbild zusammenhängt. Zum Beispiel, haben Frauen, je positiver das GSI ist, mehr Orgasmen. Nicht nur, weil sie sich häufiger in sexuellen Situationen befinden oder öfter Selbstbefriedigung betreiben, sondern weil sie es sich beigebracht haben, überhaupt Höhepunkte auslösen zu können. Sie spüren ihren Körper intensiver beim Sex, sind erregter und fühlen sich weniger, wie ein Objekt für andere beim Sex, sondern nehmen sich als Subjekt wahr. Sie mögen und können für ihren eigenen Genuss sorgen. (u. a. Wiederman & Hurst, 2010). Frauen mit positiveren GSIs sind zufriedener mit dem Aussehen und dem Geruch ihres Genitals. Auch die Gesundheit steht im Zusammenhang mit dem GSI, wie in meiner und in anderen Studien bestätigt (u. a. Sprecher, 2002; Stephenson & Meston, 2010).

Geht man davon aus, dass in der heutigen westlichen Welt, das weibliche Genital besonders schambesetzt ist und immer wieder negativ dargestellt wird (Sanyal, 2009) und vielfach genitale Reinigungsprodukte verkauft werden, um unangenehmen Geruch von der meist ohnehin sauberen Vagina restlos zu entfernen, oder entsprechende Schönheits-Operationen angepriesen und immer häufiger in Anspruch genommen werden, (DGÄPC-Statistik, 2014), dann haben wir ein gesellschaftliches, kulturelles und soziales Problem. Junge Frauen beginnen, durch die flächendeckende Verbreitung von Optimierungsbotschaften in Medien und Popkultur, bestimmte negative Konstrukte zu internalisieren (Berman & Windecker, 2008). Meine signifikanten Befunde zum Alter und GSI unterstützen diese Theorie: Je älter eine Probandin, desto positiver das GSI und je jünger, desto weniger positiv. Dies könnte ein Beleg dafür sein, wie gerade junge Frauen unter einem Medieneinfluss, mit negativer Wirkung aufwachsen, den ältere Frauen, in den ersten und wichtigen Phasen der Sexualentwicklung und in ihrer Jugend, nicht kannten. Eine andere Erklärung wäre, dass auch Erfahrungen, mit dem eigenen Körper, einen positiven Einfluss auf das GSI haben kann: Der Mensch lernt dazu, also sind ältere Frauen im Vorteil. Ich frage mich an dieser Stelle, wie sehr genitale Selbstbilder von Medien und Werbung beeinflussbar sind? Spätestens jetzt stellt sich die Frage nach der Kausalität. Beeinflusst ein bestehendes (und unabhängiges) genitales Selbstbild unsere Sexualität? Oder entstehen genitale Selbstbilder erst in Abhängigkeit von Erfahrungen und/oder körperlichen Gegebenheiten? Oder etwa beides? In der Fachliteratur existieren unterschiedliche Annahmen dazu. Viele Autoren nehmen unbegründet *eine* generelle Richtung an, sehen häufig das GSI als unabhängige Variable, die andere Konstrukte, wie zum

Beispiel die Sexualfunktion beeinflusst, so auch Schick et al. (2019). Unzufriedenheit mit dem eigenen genitalen Selbstbild, etwa durch unerreichbare Schönheitsvorstellungen durch Mediendruck) wie es die *Objectification theory* von Fredrickson und Roberts' (1997) annimmt, würde das sexuelle Selbstwertgefühl, und/oder den sexuellen Genuss und die Befriedigung, negativ beeinflussen. Einige Forscher relativieren in der Kritik ihrer Studien den Kausalschluss und erklären, wie auch negative sexuelle Erfahrungen dazu führen können, dass eine weniger positive Beziehung zum Genital entsteht. Wieder andere sehen bidirektionale Zusammenhänge. Negative Gefühle zum Körper würden beispielsweise zu Vermeidung von Selbstbefriedigung führen, und umgekehrt, würde das Vermeiden von Selbstbefriedigung das GSI negativ beeinflussen. Reinholtz und Muehlenhard (1995) sehen noch komplexere Zusammenhänge: Das GSI kann die sexuelle Erfahrung beeinflussen und umgekehrt, dazu kämen aber noch kognitive Konzepte, wie kulturelle Haltungen, also u. a. Normen und Tabus, sowie bspw. Religion oder die Geschlechtsrollensozialisation, die das genitale Selbstbild beeinflussen. Selber tendiere ich zu einer bidirektionalen Sichtweise, wobei für bestimmte Lernprozesse bezüglich des eigenen Genitals die 'Bilder im Kopf' aus meiner Sicht eine größere Wirkung auf das Verhalten zu haben scheint, als umgekehrt, ob nun negative oder positive Vorstellungen vorherrschend sind: Das innere Bild des Genitals hat eine stärkere Wirkung auf den Genuss, als dass, der Genuss und die guten Erlebnisse auf das genitale Bild positiv oder negativ abfärbt. Die langjährige Praxis mit Klientinnen, zeigte mir Frauen, die z. T., im hohen Alter, nach wie vor ihr Genital nicht mögen. Frauen, die ihren Körper kaum kennen, obwohl sie nach eigenen Angaben Jahrelang (eigentlich) guten Sex und mehrere Kinder haben und nie einen Schmerz oder ein schlechtes Erlebnis hatten. Ihr genitales Selbstbild hat sich dadurch nicht ins Positive verändert.

Einige Faktoren scheinen allerdings einseitig das GSI zu beeinflussen und nicht umgekehrt, weil gar nicht möglich. Das Alter zum Beispiel, das schon besprochen wurde. Oder die Kommunikation mit den Eltern zu Liebe und Sexualität. Diesbezüglich zeigen Studien, dass die Kommunikation mit den Eltern, zu diesen wichtigen Themen, in der Phase der Adoleszenz, weniger geworden ist, also auch zum Nachteil junger Frauen. Viele Heranwachsende haben offenbar heute in den Eltern *keinen* Ansprechpartner.²² Es scheint, dass die Peers und das Internet, die Aufgabe der Aufklärung übernimmt (vergl. u. a. Weller & Bathke, 2017). Dabei haben Frauen, die sexuelle Themen mit ihren Eltern besprechen konnten, speziell

²² Sowohl einige BZgA-Studien aus den Jahren 2001 und 2010, als auch die PARTNER-Studien belegen diesen Rückgang.

mit dem Vater, positivere GSIs, als wenn keine Gespräche stattfanden. Dies ist ein wichtiger Beleg, gerade für Väter, mit ihren Töchtern zu sprechen. Im Zuge der Pädophilie-Debatten und des Mee-Too Diskurses, haben, nach meinen Erfahrungen, viele Männer Sorge, als grenzüberschreitend zu gelten und vermeiden, im wörtlichen wie auch im übertragenden Sinne, jegliche Berührung mit ihrer Töchter. Mir ist keine andere Studie *zum GSI* bekannt, welche die Kommunikation mit den Eltern über Liebe und Sexualität berücksichtigt.

Interessant, und damit im Zusammenhang stehend, dass die Pubertät mittlerweile bei vielen Jugendlichen sehr früh beginnt, ist der Zeitpunkt der Menarche. So hatte bspw. in meiner Befragung fast jedes fünfte junge Mädchen, mit 9-11 Jahren ihre Menarche. Diese Mädchen haben, laut den Ergebnissen, positivere GSIs. Eine Erklärung für diese *besonders positive* Einstellung zum Genital bei früher Menarche, könnte sein, dass junge Mädchen, die sich so früh mit ihrem Genital beschäftigen müssen, durch Elternteile oder Lehrer/Lehrerinnen ganz pragmatisch mit neutralen oder gar positiven Informationen besonders unterstützt werden, also 'einen guten Start hinlegen'. Auch unterliegen sehr junge Mädchen noch nicht dem medialem Optimierungswahn, der älteren Mädchen meist schon begegnet ist, sondern sie gehen noch unbefangen mit ihrem Genital um, welches vielleicht, weil früh gelernt, besser 'anhält', trotz beginnendem Medieninteresse und wachsendem Druck auf das Aussehen. Die Ergebnisse zur Menarche sind allerdings nur für die Sichtweise *Berühren* signifikant, was aber nachzuvollziehen ist, weil es die Situation ist, die am meisten damit zu tun hat, sich wirklich mit dem eigenen Genital zu beschäftigen, nicht 'nur' daran zu denken oder in Verbindung mit Sexualpartnern.

Das Durchschnittsalter, für den ersten GV, liegt bei den Studienteilnehmerinnen bei etwa 17 Jahren, wie auch in anderen Studien. 'Frühstarter', also jene, die ihr erstes Mal mit 10 bis 16 Jahren hatten, zeigen in dieser Arbeit etwas häufiger sehr positive Selbstbilder und machen seltener Einschränkungen, in ihrer Beurteilung zum GSI, als 'Spätstarter' es tun. Weiter verbinden 'Frühstarter' beim Gedanken an sexuellen Situationen mit anderen, ihre Vulva eher mit Erregung, als die 'Spätstarter'. Die Frage ist, ob das frühe oder späte Beginnen mit sexuellen Berührungen oder Sex mit anderen Personen, das GSI positiv einfärbt oder, ob sich etwa der umgekehrte Sachverhalt bemerkbar macht: Spüren Frauen mit positiveren genitalen Selbstbildern eher Erregung und haben deshalb auch mehr Lust sich selbst zu berühren oder in den sexuellen Kontakt mit anderen zu gehen? Laut Studien ist das Alter für das erste Mal immer mehr nach hinten gerückt, als Ursache hierfür gilt die heutige Aufklärung. Ich wage jetzt die These, dass genitale Selbstbilder (sowohl für den Mann als auch die Frau) mit dem medialen Optimierungsdruck und nicht zuletzt

durch Porno, generell schlechter geworden sind und dies zumindest ein kleiner Teil der Erklärung für das spätere sexuelle Debut, sein könnte. Der Druck ist gewachsen.

Zwischen Bildung oder beruflicher Qualifikation und dem GSI, gibt es prinzipiell keine Verbindung, jedoch deutete sich in dem Faktor 3 an, dass Frauen mit höherer Bildung oder beruflicher Qualifikation autozentrierter sind. Dagegen scheint es keinen Zusammenhang zum GSI zu bestehen bei den Faktoren Beziehungsstatus, Interesse an Infos zur Sexualität oder generell bei Therapieerfahrung, wobei, für die Sichtweise Sex, signifikant wird, dass Frauen, die in Therapie waren, weniger positive genitale Selbstbilder haben. Ich vermute folgenden Zusammenhang: Frauen mit weniger positivem GSI, sind in ihrer Sexualfunktion eher negativ beeinflusst und haben wohlmöglich einen höheren Bedarf, ihre tatsächlichen sexuellen Probleme in therapeutischer Begleitung zu lösen. Da aber sehr viele Therapieansätze den Körper wenig mit einbeziehen, ist es nur allzu verständlich, wenn sich die Probleme zwar bessern, das genitale Selbstbild sich aber wenig verändert.

Zurück zu meinem Hauptinteresse, zu dem Hauptmerkmal: das Gefühl einer Frau für ihren Körper und ihr Genital, in Verbindung damit, ob sie sich als eigenständiges sexuelles Wesen betrachten mag, das ein Recht auf sexuellen Genuss und eigene Entscheidungen hat. Einige Studien bringen das starke Gefühl des Objektes zu sein, besonders mit heterosexuellen Frauen in Verbindung und deuten an, dass wohlmöglich lesbische Frauen oder Frauen, die sich als feministisch empfinden, weniger beeinflusst sind von dem Optimierungsdruck oder davon einem Mann gefallen zu wollen. Der theoretische Hintergrund ist wie folgt: Frauen, die als Feministinnen empfinden, und nach eigenen Angaben, gerade deshalb das Recht für sich empfinden, über den eigenen Körper zu bestimmen und ihn auch eher so annehmen, wie er ist, haben positivere genitale Selbstbilder (Liss et al., (2001). Die Probandinnen in meiner Stichprobe fühlten sich größtenteils (65%) sehr stark oder stark als Feministinnen. Dieselbigen verbinden ihre Vulva eher mit den Begrifflichkeiten, die in den Faktorenladungen für Autozentrierung und Erregung stehen, als die Frauen, die sich als nicht feministisch empfinden. Gerade in der Ansicht *Sex mit anderen* wird dies alles signifikant. Ähnlich sieht es aus, bei den Frauen, die traditionelle Geschlechterrollen in Frage stellen.

Passend dazu stehen die Ergebnisse zu den Themenbereichen Objektifizierung, Spectatoring, Subjektifizierung und Interozeption. Die negative Korrelation zwischen Objektifizierung oder Spectatoring mit dem sehr positiven genitalen Selbstbild wurde

bestätigt, wie auch in anderen Studien²³: Frauen, die sich als Objekt für andere sehen, haben weniger positive genitale Selbstbilder. Auch die positive Verbindung zwischen Subjektifizierung oder Interozeption zum GSI bestätigte sich, wie im Theorieteil beschrieben: Frauen, die sich eher als Subjekt in sexuellen Situationen empfinden, haben positivere genitale Selbstbilder und spüren ihren Körper weitaus intensiver. Wozu diese Befunde genutzt werden können, betrachte ich im letztem Abschnitt dieser Diskussion.

Kritik

Mit einer anatomischen Abbildung, wurde im Fragebogen deutlich gemacht, dass es in der Studie um *das äußere weibliche Genital* geht; um die *Vulva* und nicht um die *Vagina*. Die in vielen vorhandenen wissenschaftlichen Publikationen begriffliche ‚Verwirrung‘ und ‚Verirrung‘, wurde dadurch vermieden. Ein weiterer Pluspunkt, war die große Stichprobe mit der Altersspanne zwischen 16 und 82 Jahren. Viele Untersuchungen zum GSI, betreffen kleine Stichproben und oft nur junge Probandinnen (Studentinnen) oder ältere Patientinnen nach medizinischen Eingriffen oder mit Dysfunktionen.

Die qualitative Vorsortierung der positiven genitalen Selbstbilder, in meiner Stichprobe, hat für besondere Ergebnisse gesorgt. Denn dadurch wurden sehr feine Unterschiede einer, ansonsten sehr groben Einstufung, in guten vs. schlechten Selbstbildern, erfasst. Das brachte Differenzierungen im GSI hervor, die ohne im Verborgenen verblieben wären. Es wäre wohlmöglich trotzdem zielführender, bei einer Fortsetzung der Befragung, für eine allgemeinere Stichprobe zu sorgen.

Durch die Operationalisierung in drei Sichtweisen, (*Denken, Berühren, Sex*), konnte die Richtung, in welche die Probandinnen, bei ihren Einschätzungen zum GSI denken, genauer bestimmt und dadurch vermieden werden, dass die Ergebnisse ‚verwässern‘. Dadurch wurden wieder Unterschiede deutlich, die ohne nie erfasst worden wären, und die ich aus keiner anderen Studie kenne; signifikante Unterschiede zwischen dem reinen Denken an die Vulva, dem Hineinspüren in das Berühren der Vulva und der Vulva in Verbindung mit sexuellen Aktivitäten. Auf der anderen Seite, bleibt die Unsicherheit in dem Instrument (Semantischem Differenzial), dass einige Wortpaare trotzdem von Probandinnen unterschiedlich verstanden und bewertet werden. Auch, bestehen die Faktoren 2 und 3, in meiner Arbeit, aus sehr wenigen Wortpaaren, sodass die Interpretation manchmal etwas unsicher wurde. Besonders aber, erfassten diese beiden Faktoren (oder

²³ Siehe diverse Ausführungen in dem theoretischen Teil dieser Arbeit.

Dimensionen) nicht alleine das GSI, sondern auch eine Erregungs- und eine Autozentrierungsdimension. Diese beiden stellten sich heraus, einen Einfluss auf die Sexualfunktion zu haben.

Ich denke, dass die vielen signifikanten Ergebnisse große Konsistenz zeigen, und somit auch etwas, vielen Frauen Gemeinsamem, erfasst werden konnte. Immer wieder war eine gewisse Logik darin zu sehen, ob Ergebnisse signifikant wurden oder nicht.

Als besonders positiv, empfinde ich, wie einige hoch relevante Fragen, durch die langjährige Erfahrung von Herrn Prof. Bathke im Testaufbau, hinzugefügt werden konnten. Nicht zuletzt diese Fragen lieferten Ergebnisse, die in anderen Befragungen zum GSI vernachlässigt werden. So z. B. die Frage zur Kommunikation mit den Eltern oder nach der sexuellen Zufriedenheit, in Verbindung mit der Gesundheit. Zuletzt haben die ausgewählten Baumdiagramme (SPSS: CHAID), große Übersicht in sehr komplexe Themenbereiche gebracht und meine theoretischen Annahmen positiv untersetzt.

Die große Fülle und damit den großen Aufwand für die Probandinnen, den Fragebogen auszufüllen, kann auf der anderen Seite, als negativ gesehen werden. Einige gaben auf und sind schon nach dem ersten Profil ausgestiegen. Bei einer Wiederholung der Studie wäre es sicher sinnvoll, einige Wortpaare mit niedrigeren Faktorenladungen herauszunehmen, um den Fragebogen weniger zeitaufwendig zu halten. Weiter gab es auch technische Probleme mit dem Fragebogen: Manchmal konnten Probandinnen an einer bestimmten Frage nicht 'vorbei', wie sie mir schrieben. Die Fragebögen konnten nicht ausgewertet werden. Es wäre sicher besser gewesen, bei einer solch großen quantitativen Untersuchung, einen Pre-Test gemacht zu haben. Das war leider im Rahmen einer Masterarbeit nicht möglich. Auch, als negativ zu bewerten, könnte evtl. sein, dass einige (wichtige) Themen im Fragebogen gefehlt haben: Verhütung, sexuelles Risikoverhalten, Verlangen und Lust, Lubrikation, erlebte Übergriffe, und vor allem Fragen zur Partnerschaft. Sexuelle Zufriedenheit wirkt Beziehungsstabilisierend, demnach müsste das sehr positive GSI mit der *Beziehungszufriedenheit* positiv korrelieren. Partnererfahrungen sind ohnehin für die Sexualfunktion und das sexuelle Erleben grundlegend wichtig. Viele Frauen erwähnten ihre Erlebnisse, Wünsche und Bedürfnisse in den offenen Fragen F25 und F26, die aber aus bekannten Gründen nicht ausgewertet wurden. Eine letzte Kritik, die mir sehr am Herzen liegt, ist die Tatsache, dass einige Probandinnen, mittlerweile nachgefragten, wann denn die Auswertung an sie geschickt würde, als würden sie sich 'betrogen fühlen'. Nicht jede, weiß offenbar,

dass eine Masterarbeit etwa 5 Monate in Anspruch nimmt. Ich hätte deutlicher sein können in der Angabe dazu, wann die Ergebnisse vorliegen.

Insgesamt war das Ganze vielleicht etwas zu viel des Guten: Der sehr ausführliche Fragebogen, mit seinen Ergebnissen, die eigentlich zu umfassend für eine Masterarbeit ist.

6.2. Diskussion

Das weibliche Genital ist, wie mehrfach beschrieben, kulturell schambesetzt und noch stärker tabuisiert als das männliche. Heranwachsende entwickeln immer früher ein sexuelles Bewusstsein, und junge Mädchen scheinen durch mediale Einflüsse hochgradig anfällig für Sorgen über das genitale Selbstbild zu sein. Das genitale Selbstbild, als Teil des Körperbildes, hat einen noch größeren Effekt auf die Sexualfunktion, als das allgemeine Körperbild.²⁴

Wenn eine Frau sexuelle Erfahrungen mit anderen beginnt zu sammeln, ist längst ein ‚eingefärbtes‘ körperliches Selbstbild da. Es macht also Sinn, kurz über die Entstehung und Konstruktion von *Selbstbildern* zu sinnieren. Wie entsteht allmählich ein genitales Selbstbild? Das kleine Kind entdeckt, durch neugieriges Erkunden (visuell und beim Befühlen) seinen Körper, es exploriert sich selbst. Es stellt fest, dass es andere Menschen gibt, die *genauso* oder eben *anders* aussehen. Unbewusst werden Fragen aufgeworfen und der Mensch tritt (bewusst) *in Beziehung* mit seinem Körper: Was ist normal? Bin ich normal? Ihm begegnen weitere Fremdbilder: Zuspruch, Scham oder hochgezogenen Augenbrauen der Eltern. Was halten diese für normal? Eine Bewertung beginnt, bis bestenfalls ‚das Eigene‘ angenommen wird. Die Gynäkologin Frau Dr. Bischof schreibt dazu:

„Die frühe kindliche Sexualentwicklung wird – ebenso wie die übrige psychomotorische Entwicklung – einerseits durch das Wahrnehmen und Erleben des eigenen Körpers über multiple Sinnesreize ausgelöst. Andererseits findet sie statt im Kontext von Beziehungen mit den Eltern und wird durch diese nachhaltig geprägt. Sie schauen ihr Kind an, und das Kind sieht sich in ihrem Blick. Es findet ein inniglicher körperlicher Austausch statt, mit unzähligen Erfahrungen von Berührtwerden, Selbstberühren, Gesehenwerden und Sehen, Hören und Gehörtwerden, Fühlen, Vergleichen, Bewertet- und Benanntwerden. Sinnesreize, Empfindungen, Wahrnehmungen von sich selbst und der Umwelt wie auch Kodifikationen

²⁴ Siehe theoretischen Teil dieser Arbeit.

des Erlebten bilden die Grundlage für Körperbild, Selbstgefühl und die Komponenten der Sexualität.“ (Bischof, s. 7)

Weiter:

„Mit zunehmender Differenzierung von der Mutter erfolgt auch eine Hinwendung der Tochter zum Vater. Er ist der erste ‚Mann‘ in ihrem Leben, vermittelt das erste Männerbild. Er färbt ihre erotischen Anziehungscodes, an ihm probt sie erstmals ihre Wirkung auf Männer. Seine Reaktionen auf ihr Liebeswerben wirken sich ebenso aus auf ihren Stolz, ihre Selbstsicherheit und ihr weibliches Selbstverständnis wie die Reaktionen der Mutter.“ (Bischof, 2013, s. 12.)

Und:

„Eine positive elterliche Reaktion, auf die kindliche Selbststimulation, unterstützt das Mädchen weiter darin, sein Genitale als bewohnten Körperteil zu integrieren, mit dem es sich selbst Lust machen kann und darf. Selbststimulation und die Aneignung des eigenen Genitales sind Stationen auf dem Weg zur Autonomie (...)“ (Bischof, 2013, s. 13.)

Diese Ausführungen bestätigen mich darin, wie wichtig und möglich es ist, früh genug für positivere Botschaften bezüglich Körper und Sexualität zu sorgen.

6.3. Ausblick in die Beratung und Aufklärung

Die häufige und allgegenwärtige Sexualisierung von Frauen in der westlichen Welt, kann zum Anzweifeln der eigenen (auch genitalen) Erscheinung führen. In der täglichen Arbeit als Sexualtherapeutin höre ich von den negativen Gefühlen und Gedanken zum Genital, und wie wenig Klientinnen sich dadurch als sexuelle Wesen wahrnehmen mögen, Sex meist nur mitmachen. Wir als Therapeuten und Therapeutinnen, können, mit Klientinnen zusammen, an diesen Umständen etwas verändern und positiveren Gefühlen auf den Weg helfen. Positive Einstellungen zur Sexualität und eine gute Sexualfunktion sind möglich, vor allem über das Arbeiten mit Kognitionen, in Kombination mit körperlichen Übungen. Gehirn und Körper sind flexible Größen, die sich über das ganze Leben verändern und weiterentwickeln können.

Ich habe viel praktische Erfahrung mit Klientinnen, die, wenn sie einen Zusammenhang kognitiv verstanden haben, aufatmen und wieder guter Hoffnung sind. Danach beginnen die Übungen, mit einer ganz anderen Motivation. Nachdem

Klientinnen (angezogen!) 'am eigenen Körper gespürt' und zuhause weitergeübt haben, kommt wörtlich Bewegung in die Sache. Druck und Versagensgefühle lassen nach, Probleme lösen sich. Am *körperlichen* liegt, meiner Meinung nach, ein erster Schlüssel für ein gutes genitales Selbstbild: Das Hineingeben in das wohlwollende Berühren und Erkunden des eigenen (auch sexuellen) Körpers, ist die Basis. Ebendies führt zu schönen eigenen Erlebnissen und größeren Genuss. Sexuelles Selbstbewusstsein und größere Zufriedenheit entstehen danach, wie von selbst. Nicht zuletzt deswegen, arbeiten Sexocorporel-Therapeuten intensiv mit körperlichen Wahrnehmungsübungen und der Interozeption (Sparman, 2015; 2018). Meine Studie zeigt es: *Berührung* steht in Verbindung mit den *positivsten* genitalen Selbstbildern; es lohnt sich also, etwas in diese Richtung zu wagen. „*Erst in die eigene Hände, dann in die eines anderen Menschen.*“

Ausblick

Studien zu effektiven Interventionen, die das genitale Selbstbild stärken können, gibt es kaum. Eine Publikation von Laan et al., (2016) zeigte jedoch, wie bei Probandinnen, bei der Exposition mit Bildern vielfältiger natürlicher Vulven, einen positiven Einfluss auf ihr GSI ausgelöst wurde, der auch nach einigen Wochen noch vorhanden war (Laan et al., 2016). Schick et al. betonen, wie es in Therapien an Interventionen fehlt, welche die Zufriedenheit mit dem natürlichen Aussehen der Genitalien unterstützen und hervorheben. Tolman spricht sich dafür aus, dass wir jungen Mädchen darin unterstützen, sich als Subjekte zu fühlen (Tolman, 2005). Auch ich, halte es für essenziell, an der Autozentrierung zu arbeiten, im Sinne davon, den eigenen Körper anzunehmen, um 'für sich eingestehen' zu können. Besonders dann, wenn ein anderer Mensch 'danebenliegt'. Autozentriert, können Frauen es wagen, (mit ihrem Körper vertraut und mit sicherem Gefühl), sich in Körperlichkeit und Sexualität hineinfallen zu lassen und zu genießen, wenn nämlich das eigene Genital mit positiven und wohlwollenden Gefühlen verbunden ist.

Die US-amerikanische Journalistin Peggy Orenstein (2017) befragte, während der Vorbereitung zu ihrem Buch 'Girls & Sex' (Quelle!) drei Jahre lang junge Frauen zwischen 15 und 20 Jahren, zu ihren Sexkonzepten und sexuellen Erlebnissen. Der Hintergrund ihrer Ausführungen, waren die Studien der Psychologin Sara McClellan, (Universität Michigan), die feststellte, wie sich junge Frauen weit mehr als junge Männer über den Genuss und die Befriedigung ihres Partners definieren, als über sich selbst. Obwohl junge Frauen sich zunehmend als sexuell selbstbewusst wahrnehmen, nehmen sie es nicht als selbstverständlich, beim Sex selber Freude,

Lust und Befriedigung zu erleben (McClelland, 2010; 2014).²⁵ McClelland sieht einen immensen negativen Einfluss der Medien auf das genitale Selbstbild gerade junger Frauen. Die Konzepte, die uns in der Präpubertät überreicht werden, können wir zwar entwachsen, aber es besteht die Gefahr, dass sie uns im Hinterkopf bleiben. Sie bestimmen, wie wir über Sex denken und fühlen (Orenstein, 2017).

Mädchen wachsen immer noch in einer Welt auf, in der sie vor allem gefallen und nicht bestimmen sollen. Sexuelle Grenzen zu setzen fängt mit innerer Stärke an (Autozentrierung), mit dem Gefühl und dem Annehmen des ganzen (auch körperlichen und genitalen) Selbst, wie es im Konzept der *sexuellen Subjektivität* impliziert ist (Horne & Zimmer-Gembeck, 2006).

Meine letzte Frage bleibt: Was wäre ein Mann in Bezug auf Standing, ohne seinen Penis? Und ja, auch das (sexuelle Standing) einer Frau fängt mit einem wohlwollenden Gefühl für ihren eigenen Körper, inklusive ihr Genital, an. Das, bildet die Grundlage für *selbstbestimmte* Sexualität und für ein *gesundes* und *zufriedenes*, auch sexuelles, Leben.

Grabe und Hyde (2008) analysierten die Inhalte aller auffindbaren und gut aufgebauten Studien zum Einfluss von Medien auf (junge) Frauen und fanden heraus, dass es keinen Unterschied macht, um welche Art von Medieneinfluss es handelt, ob generelles Fernsehschauen am Abend, Zeitschriften oder Anzeigen auf dem Computer es dabei geht: Wenn etwas auf die Erscheinung fokussiert und eine klare Botschaft über den weiblichen Körper als Objekt sendet, wird es auf Frauen eine Wirkung haben. Der Effekt scheint in den letzten Jahren stärker zu werden. Die Forscher fanden heraus, dass Studien um Jahr 2000 herum generell einen höheren Einfluss der Medien auf das Körperbild von Frauen zeigen, als Studien aus den 1990igern. Die Unzufriedenheit von Frauen mit ihrem Körper ist so häufig geworden, dass es als normal angesehen wird. „Wir sollten uns gut überlegen, wie wir als Kultur unsere sozialen Medien nutzen, und auch, welche Werte wir dort vermitteln möchten und was diese mit unserem Wohlfühl machen.“, sagte die Wissenschaftlerin Grabe, nach ihrer Studie, im Interview. Für mich sticht heraus: Egal um welches sexuelle Thema es sich dreht, eine deutlich sexpositive Einstellung verändert Vieles. Auch bewegt eine positive, humorvolle und neugierige Sicht, im Umgang mit sexuellen Themen, Welten. Von meiner Seite fehlt nur noch: Ein Hoch auf alle wunderbaren Vulven dieser Welt!

Ann-Marlene Henning, 09. September 2019

²⁵ Anm. Dies zeugt von eher heterozentrierten jungen Frauen, wenn es um Sexualität geht, die sich aber selber für autozentriert halten.

7. Verzeichnisse

7.1. Quellenverzeichnis

- Agnes, M., & Laird, C. (Eds.). 2002. *Webster's new world dictionary & thesaurus* 2nd ed. Cleveland, OH: Wiley Publishing Inc.
- Akers, A. L., Lynch, C. P., Gold, M. A., Chang, J. C., Doswell, W., Wiesenfeld, H. C., 2000. *Exploring the relationship among weight, race, and sexual behaviors among girls*. Pediatrics, Vol. 124, 913–920.
- Alter, G.J, 2008. *Aesthetic labia minora and clitoral hood reduction using extended central wedge resection*. Plastic and Reconstructive Surgery. Vol. 122 (6), S. 1780-1789.
- Amos, N., & McCabe, M. P. 2015a. *Conceptualizing and measuring perceptions of sexual attractiveness: Are there differences across gender and sexual orientation? Personality Individual Differences*, Vol. 76, S. 111–122.
- Amos, McCabe. 2016. *Positive Perceptions of Genital Appearance and Feeling Sexually Attractive: Is It a Matter of Sexual Esteem?* Archives of Sexual Behavior, Vol. 45, Ausgabe5, S. 1249-1258.
- American Psychological Association. 2007. *Report of the APA Task Force on the Sexualization of Girls*.
- Andersen BL (1999) *Surviving cancer: the importance of sexual self-concept*. Medical and Pediatric Oncology Ausgabe 33(1): 15-23.
- Banfield, S. S., & McCabe, M. P. 2000. *An evaluation and clinical implications of the construct of body image*. Adolescence, Vol. 37, S. 373– 394.
- Barlow, D. H. 1980. *Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 140–148.
- Barthes, Roland: *Mythen des Alltags*, Frankfurt a. M, Suhrkamp, 1964.
- Baudrillard, Jean: *Der symbolische Tausch und der Tod*, Matthes und Seitz, München 1982.
- Bay-Hansen, J.: *Mærk efter. Mindspace*, Copenhagen, 2017, s. 15.
- Berman, Berman, Miles, Pollets und Powell. 2003. *Genital self-image as a component of sexual health: relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures*. Journal of Sex and Marital Therapy, Vol. 29, S. 11-21.
- Berman & Windecker. 2008. *The relationship between women's genital self-image and female sexual function: a national survey*. Current Sexual Health Reports, Vol. 5, issue 4, pp 199-207.
- Bischof-Campbell, A. 2012. *Das sexuelle Erleben von Frauen als Spiegel ihres sexuellen Verhaltens. Masterarbeit, Universität Zürich. Unveröffentlicht, S. 92. (Download: www.ziss.ch/veroeffentlichungen/default.htm) S. xxx.*
- Bischof K., 2013, *Leitfaden, Vaginismus und Dyspareunie der Frau, Sexualberatung für die ärztliche Praxis*, Zürich Pfizer, 2013, S. 5, 8, 12-13).
- Bischof & Gehrig, 2008, *Ausbildung in Sexocorporel*, Lehrheft 2, S. 6, 8-9, 18, 27 (unveröffentlicht). ZISS, Zürich.
- Blackledge, C, *The Story of V: Opening Pandora's Box*, London 2004, S.6.

- Blanke, Gustav H. *Einführung in die semantische Analyse*. Max Huber Verlag, München, 1973.
- Bragagna, Elia. 2018. *Gesunde Scheide*. Onlineartikel, SexMedPedy (Onlineportal).
- Bramwell R. 2001. *Invisible labia: the representation of female external genitals in women's magazines*. *Sexual and Relationship Therapy* Vol. 17, S.187–90.
- Braun, V., & Wilkinson, S. 2000. *Socio-cultural representations of the vagina*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol. 19 (i), 17-32.
- Brochman, Nina & Støkken Dahl, Ellen. *Viva la Vagina – Alles über das weibliche Geschlecht*. 2018. Fischer Verlag.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Hrsg. *Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2001. Köln: BZgA 2001*
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Hrsg. *Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Aktueller Schwerpunkt Migration*. Köln: BZgA 2010a
- Calogero, R. M., & Thompson, K. J. 2010. *Sexual Self-Esteem in American and British College Women: Relations with Self-Objectification and Eating Problems*. *Sexroles*, Vol. 60, Ausgabe 3-4, S. 160-173.
- Calogero, R. M., & Thompson, J. K. 2009. *Potential implications of the objectification of women's bodies for women's sexual satisfaction*. *Body Image*, 6, 145–148
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. 2000. (Eds.). *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I., & Perry, A. A. 2000. *How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1938 to 2001*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1081–1089.
- Chatton, D., Desjardins, J.-Y., Desjardins, L. und Tremblay M. (2005) *La sexologie Clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. Psychothérapies*, 25, 3, 4, 10-11.
- Clerico, Lari, Mojallal, Boucher. 2017. *Anatomy and Aesthetics of the Labia Minora: The ideal Vulva?* *Aesthetic Plastic Surgery*; Vol. 41, Ausgabe 3, S. 714-719
- Coutts, L., & Berg, D. 1990. *The portrayal of the menstruating woman in menstrual product advertisements*. *Health Care for Women International*, Vol. 14, S. 179-191.
- Craig, A.D. (2003b). *Interoception: the sense of the physiological condition of the body*. *Current Opinion in Neurobiology* Vol. 13:500–505.
- Cusumano, D. L. & Thompson J. K. 1997. *Body image and body shape ideals in magazines: Exposure, awareness, and internalization*. *Sex Roles*, 37, Vol. 9-10, S. 701-721.
- DGPRÄC. 2013. *Schönheit ist nicht alles!* (Presseinformation zu Zahlen für 2011.)
- DGÄPC-Statistik, 2014. *Zahlen, Fakten und Trends der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie*, S. 4.
- Dove, N, & Wiederman, M. W. 2000. *Cognitive distraction and women's sexual functioning*. *Journal of Sex & Marital Therapy*, Vol. 26, 67-78.

- Döring, N., Bortz, J. 2016. *Forschungsmethoden und Evaluation*. Springer Verlag. S. 276-277.
- Enslar, Eve, 2000. C, *Die Vagina-Monologe*, Edition Nautilus GmbH.
- Fahs Breanne. 2014. *Genital panics: Constructing the vagina in women's qualitative narratives about pubic hair, menstrual sex, and vaginal self-image*. *Body Image*. Vol. 11, Ausgabe 3, S. 210–218.
- Faith, M., & Schare, M. 1990. *The role of body image in sexually avoidant behavior*. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 17, S. 25–32.
- Fine, M., McClelland, S. I., 2000, *Sexuality Education and Desire: Still missing after All These Years*. *Harvard Educational Review*, Vol. 76, Ausgabe 3; Research Library, S. 297.
- Fisher, Madeline. 2000, *Sweeping Analysis of Research Reinforces Media Influences on Women's Bodyimage*. University of Wisconsin-Madison News. Seite.
- Frederickson, Barbara L. & Roberts, Tomi, Ann. 1997. *Objectification Theory - Toward Understanding Women's Lived Experience and Mental Health Risks*. *Psychology of Women Quarterly*. Vol. 21, Ausgabe 2, S. 173-206.
- Fudge & Byers. 2010. *"I Have a Nice Gross Vagina": Understanding Young Women's Genital Self Perceptions*. *The Journal of Sex Research*, Vol. 54, Vol. 3, S. 351-261.
- Gehrig, P. 2013, *Das Konzept des Sexocorporels*, nach Texten von J.Y. Desjardins und D. Chatton überarbeitet von P. Gehrig. S. 12, ZISS, Zürich.
- Gartrell, Nanette & Mosbacher Diane. 1984. *Sex Differences in the Naming of Children's Genitalia*. *Sex Roles - A Journal of Research*, Vol. 10 (11), S. 869–876.
- Glob, L., & Albrechtsen, M. C. 2017. „Venus – Let's Talk About Sex.“ <https://www.arte.tv/de/videos/072443-000-A/venus-nackte-wahrheiten/>
- Green F. J. 2005. *From cliterodectomies to "designer vaginas": the medical construction of heteronormative female bodies and sexuality through female genital cutting*. *Sexualities Evolution and Gender* 7, S. 153–87.
- Gress, S. 2010. *Composite reduction labiaplasty*. *Aesthetics Plastic Surgery*, Vol. 37, S. 674-683.
- Goodman, Placik, Matlock, Simopoulos, Dalton, Veale, Hardwick-Smith. 2016. *Evaluation of Body Image and Sexual Satisfaction in Women Undergoing Female Genital Plastic/Cosmetic Surgery*. *Aesthetic Surgery Journal*, Vol. 36, S. 1048-57.
- Handelzalts, Yaakobi, Levy, Peled, Wiznitzer und Krissi. 2017. *The impact of genital self-image on sexual function in women with pelvic floor disorders*. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Vol. 211, S. 164-168.
- Herbenick, Debra und Reece, Michael. 2010. *Original Research – Outcomes Assessment: Development and Validation of the Female Genital Self-Image Scale*. *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 7, Issue 5, May 2010, Pages 1822-1830.
- Herbernick, Schick, Reece, Sanders, Dodge und Fortenberry. 2011. *The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Results from a Nationally Representative Probability Sample of Women in the United States*. *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 8, Ausgabe 1, S. 158-166.

- Herbert, B. M. & Pollatos, O. 2008. *Interozeptive Sensitivität, Gefühle und Verhaltensregulation*. Zeitschrift für Neuropsychologie, S. 1-13.
- Horne, S. Zimmer-Gembeck, M. J. 2006. *The Female Sexual Subjectivity Inventory: Development and Validation of a Multidimensional Inventory for Late Adolescents and Emerging Adults*. Psychology of Women Quarterly. Vol. 30, S. 125-138.
- Jenkins, A. L. & Crann, Sara E. & Money, Deborah M. & O'Doherty, Kieran C. 2017. *Clean and Fresh: Understanding Women's use of Vaginal Hygiene Products Sex Roles*, Vol. 78, Ausgabe 9-10, S. 697-709
- kna/ärzteblatt.de. 20. März 2018. *Dunkelziffer bei Genitalverstümmelungen alarmiert Landesregierung in NRW*.
- Koch, P. B., Mansfield, P. K., Thureau, D., & Carey, M. 2005. "Feeling frumpy": The relationships between body image and sexual response changes in midlife women. *Journal of Sex Research*, 42, 215–223.
- Koning, M., Zeijlmans, I. A., Boiman, T. K., & Van Der Lei, B. 2009. *Female attitudes regarding labia minora appearance and reduction with consideration of media influence*. *Aesthetic Surgery Journal*, 29, 65–71
- Konrad, S. 2017. *Das beherrschte Geschlecht - Warum sie will, was er will*, Piper Verlag.
- Krantz, K. 2000. *Anatomy of the female reproductive system*. In: DeCherney, L. Nathan, T. Goodwin & N. Laufer (Eds.), *Current diagnosis & treatment obstetrics & gynecology* (10th ed., S. 5-50. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
- Laan, Martoredjo, Hesselink, Snijders & van Lunsen. 2016. *Young women's genital self-image and effects of exposure to pictures of natural vulvas*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Vol. 38, Ausgabe 4, S. 249-255.
- Laumann, Paik, & Rosen. 1990. *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors*. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 281, S. 537-544.
- Lewin, Miriam. 1986. *Psychologische Forschung im Umriss*. Springerverlag Berlin Heidelberg, S. 171-172.
- Liss, O'Connor, Merosky & Crawford. 2001. *What makes a feminist? Predictors and correlates of Feminist Social Identity in college women*. *Psychology of Women Quarterly*, Vol. 25, S. 124-133
- Lloyd, Crouch, Minto, Liao & Creighton 2000. *Female genital appearance: 'normality' unfolds*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 112, S. 643-646.
- Madewell, 2000. *Knowing Thyself Constructing Women's Sexual Identity Theory to Include Sexual Anatomy Knowledge, Vulva Genital Awareness, and Sociopolitical Ideations*. Dissertation, S xxx.
- Madewell, 2010. *The Relation between Bodyimage, Sexual Functioning, Women's Genital Self Image, and Feminist Identity*. Master Arbeit, S xxx.
- Masters, W. H., Johnson, V. 1960. *Human sexual response*. Little, Brown, Boston (dt.: Die sexuelle Reaktion. Reinbek: Rowohlt 1970).
- Masters, W. H, Johnson, V. E., Kolodny, R. C., 1994. *Heterosexuality*; Harper Collins, New York, S. 25-41.

- Meana, M und Nunnink, S. E. 2006. *Gender differences in the content of cognitive distraction during sex*. Journal of Sex Research. Vol. 43, Ausgabe 1, S. 59-67.
- McClelland, S. I. 2010. *Intimate Justice: A Critical Analysis of Sexual Satisfaction*. Social and Personality, Psychology Compass, Vol. 4, Ausgabe 9, S. 663–680
- Michala, L., Koliantzaki, S. & Antsaklis, A. 2011. *Protruding labia minora: abnormal or just uncool?* Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, Vol. 32, S. 154-156.
- Morrison, Ellis, Bearden, Harriman; Morrison. 2004. *Correlates of exposure to sexually explicit material among Canadian post-secondary students*. The Canadian Journal of Human Sexuality, 13, 143–156.
- Nappi, Liekens, Brandenburg. 2000. *Attitudes, perceptions and knowledge about the vagina: The International Vagina Dialogue Survey*. Contraception, Vol. 73, Ausgabe 5, S. 493-500.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. 2000. *Emotions during sexual activity: Differences between dysfunctional men and women*. Archives of Sexual Behavior, Vol. 35, S. 491-499.
- Orenstein, Peggy. 2017. *Girls & Sex: Navigating the complicated New Landscape*, Goldmann, München.
- Osgood, Charles E. 1952, *The nature and measurement of meaning*. Psychological Bulletin, Vol. 49(3), S. 197-237.
- Osgood, Charles E. 1976, *Focus on Meaning. Vol. 1: Explorations in Semantic Space*. Mouton & Co., B. V. Publishers, The Hague.
- Pazmany, Bergeron, Van Ouderhove, Verhaeghe, Enzlin. 2013. *Aspects of Sexual Self-Schema in Premenopausal Women with Dyspareunie: Associations with Pain, Sexual Function, and Sexual Distress*. The Journal of Sexual Medicine, Vol. 10, S. 2255-2264.
- P. Lordelo, C. Brasil, J. Lerche, T. Gomes, P. Martins und M. Castro, 2017. *Relationship between Female Genital Self-Image and Sexual Function: Cross-Sectional Study*. Obstetrics & Gynecology International Journal, Volume 7 Issue 4 – 2017. (Online Artikel; keine Seitenangabe.)
- Reich, W., *Die Entdeckung des Organs: Die Funktion des Orgasmus*. Kiepenheuer & Witsch, 10. Auflage 2014, S. 203.
- Rescio, S-S., 2014. *Sex und Achtsamkeit. Sexualität, die das ganze Leben berührt*. Kamphausen Bielefeld 2014, S. 17-18.
- Sanyal, Mithu M., *Vulva, Die Enthüllung des unsichtbaren Geschlechts*, Wagenbach 2009, 2. Auflage, S. 28-35.
- Schalet, A. 2010. *Sexual Subjectivity Revisited: The Significance of Relationships in Dutch and American Girl's Experiences of Sexuality*. Gender & Society, Vol. 24, Ausgabe 3, S. 304-329.
- Schick, Calabrese, Rima, Calabrese. 2009. *Evolution: the portrayal of women's genitalia and physique across time and the current Barbie doll ideals*. Journals of Sex Research, Vol. 48, S. 74-81.
- Schick, Calabrese, Rima. 2010. *Genital Appearance Dissatisfaction: Implications for Women's Genital Image Self-Consciousness, Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Risk*. Psychology of Women Quarterly, Vol. 34, S. 394-404.

- Seal & Meston. 2007. *The Impact of Body Awareness on sexual Arousal in Women with Sexual Dysfunction*. The Journal of Sexual Medicine, Vol 4, Ausgabe 4, Part 1, S. 990-1000.
- Sharp, G., Tiggemann M., Mattiske, J. 2010. *Psychological Outcomes of Labiaplasty: A Prospective Study*. Plastic Reconstructive Surgery. Vol. 138, S. 1202-1209.
- Smith N., Butler S., Wagner B., Collazo E., Caltabiano L., Herbernick D. 2016. *Genital self-image and considerations of elective genital surgery*. Journal of Sex Marital Therapie, Vol. 43, S. 169-184.
- Snyder, M., & Gangstad, S. 1980. *On the nature of self-monitoring: Matters of assessment, matters of validity*. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 51, S. 125-139.
- Sparmann, J. 2015. *Körperorientierte Ansätze für die sexuelle Bildung junger Frauen*. Band 3, angewandte Sexualwissenschaft, Psychosozialverlag.
- Sparmann, J. 2018. *Lustvoll körperwärts*. Band 12, angewandte Sexualwissenschaft, Psychosozialverlag 2018, S. 12.
- Sprecher, S. 2002. *Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability*. Journal of Sex Research, Vol. 39, S. 190-196.
- Stewart, F. H. 2000. *How women view their vaginas: Results of an ARHP online poll*. Medscape Today by Web MD. S xxx.
- Stirn & Zannoni. 2017. *Körpermodifikation und sexuelle Gesundheit*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. Vol. 60, S. 1009-1015.
- Stephenson, K, & Meston, C. 2010. *When are sexual difficulties distressing for women? The selective protective value of intimate relationships*. Journal of Sexual Medicine, Vol. 7, S. 3683-3694.
- Temple-Smith, Blumer, Hayes. 2017. *Female Genital Self-Image: How is this measured?* The Journal of sexual Medicine, Abstract in Vol. 14, Ausgabe 5, S. e326. (Original unveröffentlicht).
- Tiefer, L. 1990. *Towards a feminist sex therapy*. Women & Therapy, Vol. 19, Ausgabe 4, S. 53-64.
- Tolman, D. L., Madunagu, B. Osakue, G. 2005. *Supporting Subjectivity: Girl's Power Initiative as Gender Practice*. Feminism & Psychology, Vol. 15, Ausgabe 1, S. 50-53.
- VDAEPC. 2016. *Pressemitteilung: Intimchirurgie in Deutschland gefragt*.
- Waltner, R. 1986. *Genital identity: A core component of sexuality and self-identity*. The Journal of Sex Research, Vol. 22, Ausgabe 3, S. 399-408.
- Weller et al. 2013. *PARTNER 4 – Sexualität & Partnerschaft ostdeutscher Jugendlicher im historischen Vergleich*. Handout zum Symposium an der HS Merseburg am 23. Mai 2013, S. 1-11. Download: https://www.ifas-home.de/downloads/PARTNER4_Handout_06%2006.pdf
- Weller, K. & Bathke, G-W. 2017. *Familiäre Herkunftsbedingungen und die sexuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen – ein empirischer Überblick*. Zeitschrift für Sexualforschung, 2017, Ausgabe 30, S. 309-331.
- Weil-Davis. 2002. *Loose Lips Sink Ships*. Feminist Studies. Vol. 28, Ausgabe 1, S. 7-35.

- Wiederman, M. W., & Allgeier, E. R. 1990. *The measurement of sexual-esteem: Investigation of Snell and Papini's 1980 Sexuality Scale*. Journal of Research in Personality, Vol. 27, S. 88-102.
- Wiederman, M. W. & Hurst, S. R. 2010. *Body size, physical attractiveness, and body image among young adult women: Relationships to sexual experience and sexual esteem*. Journal of Sex Research, Vol. 35, S. 272-281.
- Willis, M., Jozkowski, M. W., Lo, W. J., Sanders, S. A., 2018. *Are Women's Orgasms Hindered by Phallogentric Imperatives?* Archives of Sexual Behavior, Vol. 6, S. 1565-1576.
- Woertman, L. & Van den Brink, F. (2012). *Body image and female sexual functioning and behavior: A review*. Journal of Sex Research, 49(2-3), 184–211.
- Zielinski, R. 2009. *Private Places – Private Shame: Women's Genital Body Image and Sexual Health*. (Dissertation).
- Zielinski R., Kane Low L, Tumbarello JA, Miller J. 2009. *Body Image and Sexuality in women with prolapse*. Urologic Nursing Journal. Vol. 29, Ausgabe 4, S. 239–246.
- Zielinski R, Kane-Low L, Miller J, Sampsel. 2012. *Validity and reliability of a scale to measure genital body image*. Journal of Sex and Marital Therapy, 2013, Vol. 39, S. 392.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Ducat, W. H. & Boislard-Pepin, M. A. (2011). *A prospective study of young females' sexual subjectivity: Associations with age, sexual behavior, and dating*. Archives of Sexual Behavior, 40, S. 927–938.

7.2. Abbildungen und Tabellen

Aus Gründen der Übersichtlichkeit bei der Auswertung der vielen Ergebnisse, wurden viele Tabellen direkt in den laufenden Text eingefügt. Für die kompletten SPSS-Ergebnisse und entsprechenden Tabellen, muss jedoch auf die digitale Version dieser Arbeit hingewiesen werden (vgl. Anhang D, E, F und G.)

Die Anhänge A: *Fragebogen*, B: *drei Polaritäten-Profil* und C: *diverse Abbildungen*, hängen dieser Masterarbeit an.

Selbständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe und keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder noch nicht veröffentlichten Quellen entnommen sind, wurden als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüfungsbehörde eingereicht worden.

Hamburg, 9. September 2019

.....
Ort & Datum

.....
Unterschrift