

ISP

Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie

Master of Arts in Sexologie

Master 6 / 2023

**Genito-Pelvine
Schmerz-Penetrationsstörung**
-
**Entwicklungsgeschichte und
biopsychosoziale
Behandlungsansätze**

Nadia Wyss

Matrikelnummer: 29971

n.wyss@bluewin.ch

Zürich, 30. September 2023

Entwicklungsgeschichte

Schmerzhafter Geschlechtsverkehr ist die erste dokumentierte Sexualfunktionsstörung, über welche ungefähr Ende des 18. Jahrhunderts vor Christus zum ersten Mal berichtet wurde. Zu Beginn der 1930er Jahre benutzte man den Begriff Dyspareunie, um schmerzhaften Geschlechtsverkehr zu benennen. Dieser Begriff stammt aus der altgriechischen Sprache und bedeutet übersetzt „beschwerliche Paarung“ oder „Paarungsschmerz“. Die Begriffe Dyspareunie und Vaginismus wurden im Verlaufe der Zeit und mit der Entwicklung der „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders“ in den 1980er Jahren unter „Genitale Schmerzstörungen“ klassifiziert und zusammengefasst (Meana & Binik 2022).

Dyspareunie ist eine häufige Erscheinung in Frauen, welche das psychische und physische Wohlbefinden sowie deren Intimbeziehungen beeinflusst (Hill & Taylor 2021). Die Häufigkeit wird gemäss Tetik & Alkar (2021) global auf 3-18% geschätzt, wobei demographische Unterschiede beschrieben werden, wie zum Beispiel auf 1.1% in Schweden und auf 45% in den USA. Tetik & Alkar (2021) beschreiben neben physiologischen Ursachen, wie beispielsweise angeborenen Fehlbildungen des Genitaltraktes, akuten und chronischen Erkrankungen, Nervendysfunktion, postmenopausalen Veränderungen und iatrogene (durch ärztliche Massnahmen verursachte) Verletzungen auch folgende psychologische Ursachen: Depressionen, Angststörungen, Unzufriedenheit in der Ehe, Belastungen durch eine Gewalttätigkeit des Intimpartners, Folgen eines unzureichendes Vorspiel und einer Sexualfunktionsstörung des männlichen Geschlechtspartners.

Vaginismus beschreibt eine wiederkehrende oder persistierende unwillkürliche Kontraktion der Vaginalmuskulatur und ist ebenfalls eine der häufigsten psychosexuellen Funktionsstörungen von Frauen. Vaginismus ist mit signifikantem Leiden verbunden, führt zu einer Verschlechterung der Lebensqualität von Frauen und bringt womöglich verschiedene psychologische, psychosomatische und beziehungsbezogene Probleme mit sich. Die Häufigkeit in der Durchschnittsbevölkerung wird auf 1-6% geschätzt, wobei auch hier in einigen Studien demographische Unterschiede aufgezeigt wurden (Angin et al., 2020). Obwohl die exakte Ätiologie für Vaginismus unklar ist, werden ungelöste psychosexuelle Konflikte in der frühen Kindheit, ungenügende oder fehlende Sexualbildung, Angst vor Schmerz und bestimmte Charakteristiken des Sexualpartners als sogenannte „Triggerfaktoren“ in der Literatur beschrieben. Angin et al. (2020) zählt folgende prädisponierende Faktoren zur Entwicklung von Vaginismus auf: negative Wahrnehmung der Sexualität, Aufwachsen in einem unsicheren Familienmilieu, sexuelle Probleme mit dem männlichen Geschlechtspartner, sexuelle und physische Misshandlungen, iatrogene Traumata, sexuelle Mythen, religiöser Konservatismus, Beziehungskonflikte und psychiatrische Erkrankungen. Sexuelle Missbrauchsgeschichten in der Kindheit werden als einer der Hauptfaktoren für das Entwickeln von Vaginismus im Erwachsenenalter beschrieben (Tetik & Alkar, 2021). In der Metaanalyse von Tetik &

Alkar (2021) wurde aufgezeigt, dass sexuelle und emotionale Misshandlungen signifikant mit den Diagnosen Vaginismus und Dyspareunie zusammenhängen. Weiterführend stellen sexuelle Missbräuche in der Kindheit allgemein ein Hauptrisikofaktor für die Entwicklung verschiedener Sexualfunktionsstörungen im Erwachsenenalter dar. Die Folgen für Frauen, die Schmerzen beim Sexualverkehr erfahren, sind ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung sexueller Dysfunktionen, Beziehungsstress, Depressionen und Angststörungen, was die eigene Lebensqualität erheblich senken kann (Hill & Taylor 2021).

Ziel dieses Essays ist es, über die zwei häufigsten sexuellen Funktionsstörungen von Frauen aufzuklären, die Schwierigkeit der Klassifikation sowie Ursachenklärung zu beschreiben und die Komplexität der multidisziplinären Behandlungsansätze zu erläutern.

Gemäss der *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-4)* und der WHO's *International Classification of Diseases and Related Health Problems* werden Vaginismus und Dyspareunie als zwei sich gegenseitig ausschliessende Diagnosen betrachtet. Beide Instrumente schlagen vor, dass die Diagnose Dyspareunie ausgeschlossen werden soll, wenn eine Patientin Vaginismus aufweist. Kliniker*innen, die in diesem Bereich arbeiten, haben enorme Schwierigkeiten beide Diagnosen zu unterscheiden, wenn die Patientinnen Diagnosekriterien beider Sexualfunktionsstörungen erfüllen. Überlappende Ursachen, Symptome und die Schwierigkeit der Differenzierung beider Diagnose waren Gründe, warum Vaginismus und Dyspareunie in der 5.Edition der DSM unter dem Namen Genito-Pelvine Schmerz-Penetrationsstörung als eine einheitliche Diagnose zusammengeführt wurden (Tetik & Alkar 2021). Diese Kategorie fasst eine Anzahl von Krankheitsbildern zusammen, die charakterisiert sind durch einen Genital- und/oder Beckenschmerz sowie Schwierigkeiten während der Penetration und der Angst vor potentiell Schmerz. Lange Zeit lag der Fokus der Sexualfunktionsstörungen wie Vaginismus und Dyspareunie ausschliesslich auf der penil-vaginalen Penetration anstatt der genauen Schmerzlokalisierung. Dyspareunie wurde dem Schmerz beim Sex zugeschrieben und ein blockierender Muskelspasmus dem Vaginismus. Aber was, wenn die Unterscheidung eine rein verhaltenstechnische war, mit dem Vaginismus auf dem extremen Ende von vermeidender Penetration? Spätere Forschung bestätigte, dass weder die Vaginalspasmen noch das Schmerzausmass Frauen mit Vaginismus oder Dyspareunie voneinander unterscheiden können (Meana & Binik 2022).

Das Problem von schmerzhaftem Sex

Sex sollte keine Schmerzen bereiten und doch verspüren viele Frauen beim penetrierenden Sexualverkehr Schmerzen. Ein andauerndes Erfahren von schmerzhaftem Geschlechtsverkehr kann das eigene Wohlbefinden und intime Beziehungen schädigen. Diese Missstände werden unterhalten, wenn die Problematik von Gesundheitsexperten

nicht erkannt oder ernst genommen wird, was gemäss Meana & Binik (2022) leider oft der Fall ist. Studien haben übereinstimmend gezeigt, dass persistierender schmerzhafter Geschlechtsverkehr einhergeht mit einer Vielzahl von negativen kognitiven, affektiven und beziehungs-technischen Faktoren, egal ob diese die Ursache oder Konsequenz vom erlebten Schmerz sind (Meana & Binik 2022). Hauptfaktoren sind Angst, depressive Symptome, somatische Hypervigilanz, verminderter Selbstwert, co-morbide sexuelle Dysfunktion in beiden Geschlechtspartnern und eine generalisierte Störung in der Qualität der Partnerkommunikation und Liebesbeziehung (Bergeron et al., 2020).

Aktuelle Klassifikation

Gemäss Meana & Binik (2022) betont die neue Kategorie Genito-Pelvine Schmerz-Penetrationsstörung klar den Schmerz und nimmt so den Fokus weg vom Geschlechtsverkehr. Vier Kriterien werden zur Diagnosestellung beschrieben:

Kriterium A: persistierende oder wiederkehrende Schwierigkeiten mit einem oder mehreren der Folgenden: vaginale Penetration während des Geschlechtsverkehrs, vulvo-vaginaler Schmerz oder Beckenschmerz während der vaginalen Penetration, antizipatorische Angst vor Penetration und/oder Verkrampfung der Beckenbodenmuskulatur während des Penetrationsversuchs

Kriterium B: persistierende Symptome während mindestens 6 Monaten

Kriterium C: spezifiziert das Ausmass des empfundenen Leidensdruck

Kriterium D: das Problem darf keiner anderen psychischen Störung, schweren Beziehungskonflikten, Substanzkonsum, Medikationen oder anderen Krankheitsbildern unterliegen

Ätiologie

Warum die Klärung der Ätiologie so schwierig ist

Die Bestimmung der Ätiologie eines klinischen Syndroms, in welchem viele Faktoren des eigenen Wohlbefindens und Beziehungserlebens zusammenspielen, ist komplex. Schwierigkeiten beim Sexualverkehr (ausgelöst durch die Genito-Pelvine Schmerz-Penetrationsstörung) können sich in maladaptiven Bewältigungsstrategien beider Geschlechtspartner manifestieren, in dem der*die Partner*in das Problem unterhält oder sogar verschlimmert. Darum sind integrative Untersuchungen und Behandlungsstrategien notwendig, um alle möglichen Ursachen, Wechselwirkungen und beitragenden Faktoren zu bestimmen. Selbst wenn die Ursachen der Schmerzen geklärt sind, sind sie womöglich nicht mehr das, was die Schmerzen aufrecht erhält. Deshalb sind multimodale Ansätze sinnvoll und erfolgsversprechender als unimodale Therapien (Meana & Binik 2022).

Biomedizinische Faktoren

Der Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung werden sowohl periphere als auch zentrale Schmerzmechanismen zugeschrieben. Dabei können einerseits Veränderungen der peripheren Nozizeption auftreten, wie beispielsweise eine verminderte Empfindungs- und Schmerzschwelle im Vestibulum vaginae oder wiederkehrende Pilzinfektionen (Harlow et al., 2017), sowie bestimmte Verhütungsmittel, welche die periphere Nozizeption verändern können (Reed et al., 2013). Weiter wird beschrieben, dass ein tiefer Schmerz beim Geschlechtsverkehr zum Beispiel durch Endometriose (Vercellini et al., 2011) oder postmenopausale vulvovaginale Atrophie (Santoro & Komi 2009) verursacht werden kann. Es gibt sogar Evidenz für eine genetische Prädisposition für die Entwicklung einer Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung (Meana & Binik 2022).

Affektive, kognitive und Verhaltensfaktoren

Die letzten 30 Jahre haben Forschung haben die Wichtigkeit von kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Faktoren im Bezug auf das Erleben von schmerzhaftem Geschlechtsverkehr aufgezeigt. Unterschiedliche Variationen von Depressions- und Angststörungen-Symptomen stehen im Zusammenhang mit Schmerz, Sexualfunktion und sexuellen Sorgen. Intensivere Symptome waren assoziiert mit grösseren Beschwerden beim Geschlechtsverkehr sowie geringere Sexualfunktion. Dies verursachte wiederum in beiden Geschlechtspartnern ein verstärkt negativeres Befinden und Erleben (Pâquet et al., 2018). Daher spielt im Management der Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung der männliche (oder weibliche, je nach sexueller Orientierung) Geschlechtspartner eine grosse Rolle. Angst und Sorgen orientieren die Frauen mit Genito-Pelviner Schmerz-Penetrationsstörung in Richtung Schmerz. Bestimmte Denkmuster, Glaubenssätze und pessimistische Schmerzzattributionen können zu einer Hypervigilanz und Hilflosigkeit im Bezug auf den Schmerz führen, was in Schmerzkatastrophisierung resultieren kann. Der Schmerz wird als unlösbar, unkontrollierbar und äusserst gefährlich betrachtet, was die Schmerzerfahrung vergrössert und die Selbstwirksamkeit vermindert. Dies kann wiederum in einer grösseren sexuellen Beeinträchtigung resultieren. Die häufigste Verhaltensstrategie ist dabei das Vermeidungsverhalten (Meana & Binik 2022).

Zwischenmenschliche Faktoren

Das Miterleben und Verhalten des*r Geschlechtspartners*in spielt eine entscheidende Rolle, denn der grösste Beziehungsfaktor, der im Zusammenhang mit dem Schmerzerleben steht, ist die Reaktion des*r Geschlechtspartners*in auf das Schmerzproblem. Zeigt der*die Geschlechtspartner*in eine erleichternde und unterstützende Reaktion, in welcher eine liebevolle Ermutigung zu einer adaptiven Bewältigung (zum Beispiel durch verbal oder non-verbal ausgedrücktes Verständnis, Validieren und Fürsorge) stattfindet, vermindert sich die sexuelle Beeinträchtigung und es entsteht eine grössere

sexuelle Befriedigung in beiden Geschlechtspartnern. Ein vermehrtes und gemeinsames Auseinandersetzen über die eigene Sexualität und die Sexualität innerhalb der Partnerschaft beeinflusst das Schmerzempfinden positiv. (Meana & Binik 2022).

Behandlungsansätze

Die theoretische Basis für die Behandlungsmethoden bei einer Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung hat erst kürzlich angefangen Formen anzunehmen. Die Integration von Sexualität, Emotionsregulation und Reaktionen auf Seiten der Geschlechtspartner*innen versprechen eine wichtige Orientierungshilfe für Interventionen (Meana & Binik 2022). Folgende Theoriemodelle und deren Behandlungsansätze werden von Meana & Binik (2022) beschrieben:

Die periphere/zentrale Schlaufe durchbrechen

Heutzutage ist bekannt, dass neuronale Signale, entstanden durch Gewebeverletzungen oder -entzündungen, zu Veränderungen im zentralen Nervensystem, dessen Übererregbarkeit und einer Verstärkung von Schmerzsignalen führen können (Mendell 2014). Somit kann der Schmerz in der Peripherie ausgelöst worden sein, wie zum Beispiel durch eine wiederkehrende Pilzinfektion, welche zur Entzündung geführt hat. Diese Entzündung kann länger andauern als die eigentliche Infektion und die Übererregbarkeit des zentralen Nervensystems kann wiederum länger andauern als die eigentliche Entzündung. Das heisst, eine Frau mit vaginalem Schmerz muss nicht zwingend eine periphere Verletzung aufweisen. Die Schmerzverarbeitung im zentralen Nervensystems wird zudem beeinflusst durch kognitive Zustände und die eigene Gefühlslage, dem Beziehungserleben und Verhalten. Der Schmerz wird dann gefangen in einer Schlaufe, worin verschiedene Faktoren den Schmerz verschlechtern oder verbessern können.

Es ist schwierig zu evaluieren, wo diese Schlaufe am besten unterbrochen werden kann. Ziel ist es, durch Zuführen oder Wegnehmen von Reizen die Schlaufe zu durchbrechen. Möglichkeiten bieten hierfür medizinische/operative Verfahren (zum Beispiel lokale Injektionen oder eine Vestibulektomie), welche auf die Peripherie einwirken. Durch Gabe von Antidepressiva und Schmerzmedikamenten kann das zentrale Nervensystem beeinflusst werden. Physiotherapie kann mittels manueller Techniken, Dilatation, Elektrostimulation oder Beckenbodentraining möglicherweise die periphere oder zentrale Schmerzverarbeitung verbessern. Psychotherapie zielt auf die emotionalen, kognitiven und beziehungsbezogenen Faktoren ab, welche in die Schmerzverarbeitung mit einfließen (Meana & Binik 2022).

Das Angst-Vermeidungsmodell

Katastrophale Bewertungen der Schmerzen führen zu einer Angst vor Schmerzen. Angst führt zu Vermeidungsverhalten, welche tägliche Aktivitäten behindern und damit zu einer Beeinträchtigung des täglichen Lebens führen. Dies kann zu physischen Problemen führen und hat negative Auswirkungen auf Stimmung und Schmerz. Schmerzbezogene Angst stört einerseits kognitive Funktionen indem sie zum Beispiel die Wachsamkeit auf Schmerzreize erhöht (Hypervigilanz) und andererseits die psychophysiologische Reaktivität bei Gefahren verstärkt. Im Falle der Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung wird ein Vermeiden des Geschlechtsverkehrs zur primären Bewältigungsstrategie. Dies erschwert zukünftige Versuche penetrierenden Sexualverkehr zu haben enorm schwierig. Überhöhte Wachsamkeit und Angst setzen ein und führen zu einer Fehleinschätzung der Empfindungen, zu defensiven Muskelkontraktionen und einer begleitenden Störung der sexuellen Erregung und des Verlangens. Kognitive Verhaltens- und Mindfulness-Therapien zielen auf jene maladaptiven Bewältigungsstrategien ab. Die Herausforderung ist dabei den betroffenen Frauen zu erklären, welche Faktoren die Schmerzen verstärken und sexuelle Funktionen vermindern können ohne das aktuelle Schmerzerleben zu minimieren oder zu hinterfragen (Meana & Binik 2022).

Zwischenmenschliches Emotionsregulationsmodell

Dieses Modell umfasst die Auswirkungen der Reaktionen der Geschlechtspartner*innen auf den Schmerz während des Geschlechtsverkehrs sowie die sexuelle Beziehungsanpassung von Paaren, welche sich mit der Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung auseinandersetzen. Die Komponenten der Emotionsregulation sind emotionales Bewusstsein, emotionaler Ausdruck und emotionale Erfahrung. Es wird vermutet, dass Schmerz und sexuelle Probleme verstärkt werden durch ein Fehlen der oben genannten Komponenten. Eine offene, akzeptierende und flexible Reaktion des*r Geschlechtspartners*in beeinflusst den Bewältigungsprozess positiv.

Die Behandlungsstrategie wird daher auf die gemeinsame Interaktion und Emotionsregulation beider Beteiligten ausgelegt (Meana & Binik 2022).

Biopsychosoziale Behandlungsansätze

Die Untersuchung und Behandlung einer Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung erfordert einen integrativen und multidisziplinären Ansatz. Diese komplexe Behandlungsstrategie bedingt Geduld auf Seiten der Gesundheitsdienstleister sowie auf Seiten der Patientinnen und deren Partner*innen. Es erfordert ebenfalls ein Fokussieren auf spezifische Faktoren, während das Bewusstsein des psychologischen, beziehungsbezogenen und sozialen Ökosystems, in welchem der Schmerz eingebettet ist, aufrechterhalten werden muss (Meana & Binik 2022). Zudem ist anzuerkennen, dass sich die Genito-Pelvine Schmerz-Penetrationsstörung spontan verbessern und/oder remittieren kann (Meana & Binik 2022).

In erster Linie ist es wichtig die Symptomatik genauestens und detailliert zu untersuchen und auch eine vollumfängliche Anamnese zu erheben. Hierbei sollte auch eine psychologische Beurteilung integriert werden. Medizinische Behandlungsansätze zeigen zwar eine rasche Wirksamkeit, haben aber gegenüber anderen Behandlungsmethoden langfristig keinen Vorteil (Meana & Binik 2022).

Beckenbodenphysiotherapie wird empfohlen und hat gute Erfolgschancen für eine Reduktion der Schmerzen, jedoch benötigt der*die Physiotherapeut*in spezifisches Wissen, um sensibel mit der Angst umzugehen, welche das Krankheitsbild charakterisiert (Meana & Binik 2022).

Die Kognitive Verhaltenstherapie / Sexualtherapie erweist sich als effektiver als unterstützende Psychotherapie, da sie das Problem im sexuellen Setting miteinbezieht (Meana & Binik 2022).

Die Entwicklungsgeschichte der Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung zeigt, wie Scham, fehlende Sexualbildung und fehlendes Fachwissen auf Seiten der Gesundheitsexperten Frauen daran hindert, sich in richtige Behandlungen zu begeben. Zusammengefasst kristallisiert sich heraus, dass ein multidisziplinärer Behandlungsansatz der Schlüssel zum Erfolg in der Behandlung von Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörungen sein könnte. Um diese Behandlungsstrategie zu validieren, benötigt es weitere Forschung und ein Aufklären aller Gesundheitsdienstleister*innen, die in der Behandlung von Patientinnen mit einer Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörung beteiligt sind. Ein interdisziplinäres Zusammenarbeiten beziehungsweise die Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen stellt sich in der Realität oft als sehr schwierig dar, insbesondere wenn die Berufsgruppen nicht innerhalb derselben Einrichtung arbeiten. Als Physiotherapeutin und angehende Sexologin/Sexualtherapeutin befürworte ich ein multimodales Vorgehen. Das Erlernen dieser zwei Professionen bietet mir zukünftig einen grösseren Spielraum im Untersuchen und Behandeln von Genito-Pelvinen Schmerz-Penetrationsstörungen.

Literaturverzeichnis

- Angin A.D., Gün I., Sakin Ö., Çikman M.S., Eserdag S., Angin P., et al. 2020. Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. *JBRA Assist. Reprod.* 24(2):180-188
- Bergeron S., Reed B.D., Wesselman U., Bohm-Starke N. 2020. Vulvodynia. *Nat. Rev. Dis. Primers* 6:36. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0164-2>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR): ABC-CLIO, LLC; 2011
- Harlow B.L., Caron R.E., Parker S.E., Chatterjea D., Fox M.P., Nguyen R.H.N. 2017. Recurrent yeast infections and vulvodynia: Can we believe associations based on self-report data? *J. Women's Health* 26:1069-76
- Hill D.A., Taylor C.A. 2021. Dyspareunia in Women. *Am. Fam. Physician.* 103(10):597-604
- Meana M., Binik Y.M. 2022. The Biopsychosocial Puzzle of Painful Sex. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 18:471-95
- Mendell L.M. 2014. Constructing and deconstructing the gate theory of pain. *Pain* 155:210-16
- Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research. *World Health Organization*; 1993
- Pâquet M., Rosen N.O., Steben M., Mayrand M.H., Santerre Baillargeon M., Bergeron S. 2018. Daily anxiety and depressive symptoms in couples coping with vulvodynia: associations with women's pain, women's sexual function, and both partner's sexual distress. *J. Pain* 19:552-61
- Reed B.D., Harlow S.D., Legocki L.J., Helmuth M.E., Haefner H.K., et al. 2013. Oral contraceptive use and risk of vulvodynia: a population-based longitudinal study. *BJOG* 120:1678-84
- Santoro N., Komi J. 2009. Prevalence and impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. *J. Sex. Med.* 6:2133-42
- Tetik S., Alkar Ö.Y. 2021. Vaginismus, Dyspareunia and Abuse History: A Systematic Review and Meta-analysis. *J. Sex. Med.* 18:1555-1570

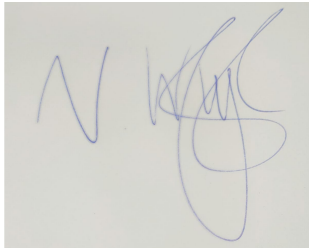
Vercellini P., Meana M., Hummelshoj L., Somigliana E., Vigano P., Fedele L. 2011. Priorities in endometriosis research: a proposed focus on deep dyspareunia. *Reprod. Sci.* 18:114-18

Selbstständigkeitserklärung

Ich bestätige hiermit, dass ich

- die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel anfertigte,
- die benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich als solche kenntlich machte,
- diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungskommission vorlegte.

Zürich, 30. September 2023

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large 'N' followed by a stylized, cursive name.

Nadia Wyss

