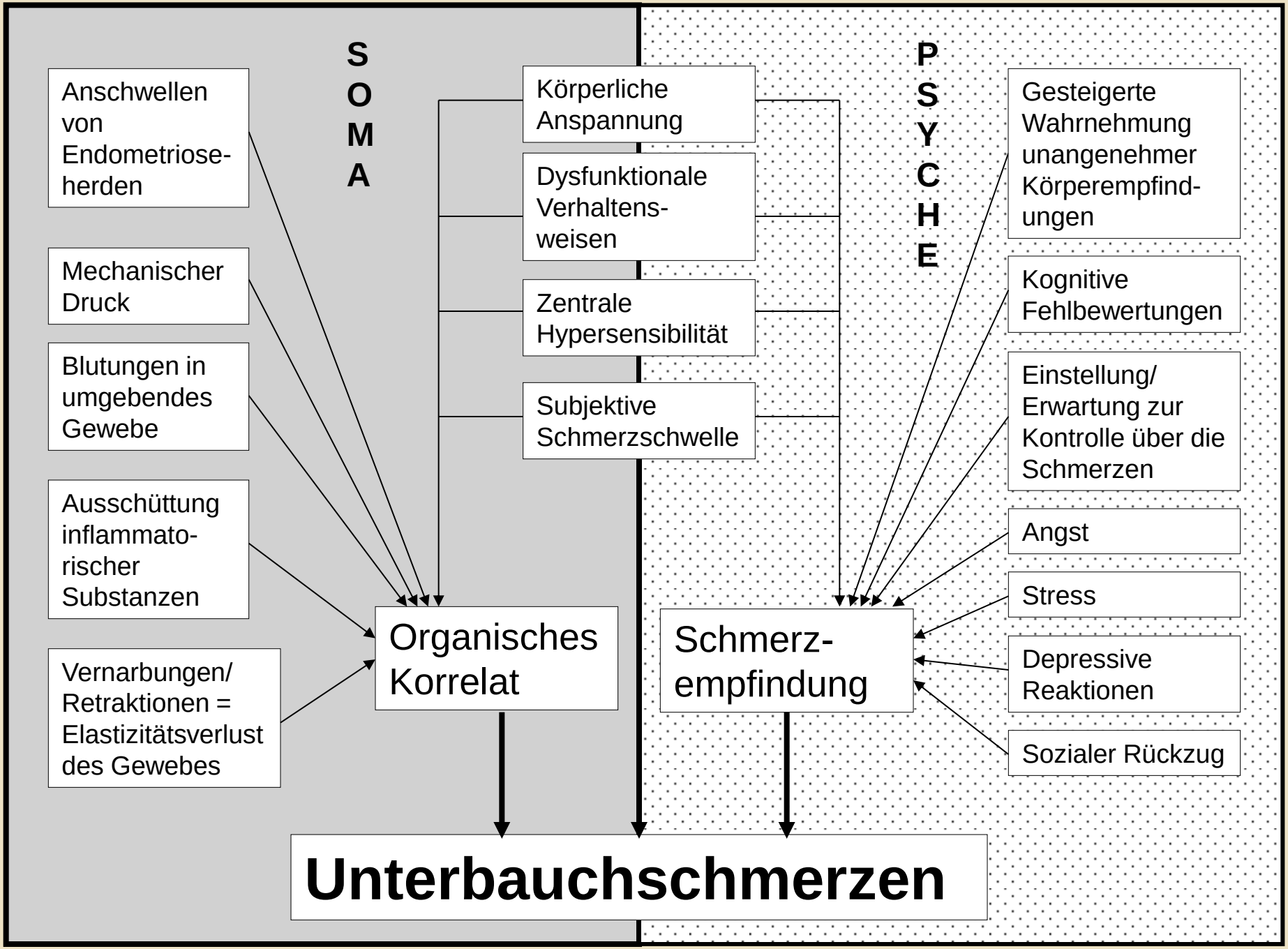
Psycho-somatische Aspekte des Beckenboden-schmerzes

PD Dr. Brigitte Leeners
Klinik für Reproduktions-Endokrinologie
UniversitätsSpital Zürich

Ursache und Wirkung

- Psychogene Beckenboden-schmerzen
- Psychische Auswirkungen Beckenboden-schmerzen
- Mischformen


SOMA
PSYCHE
Anschwellen von Endometriose-herden
Mechanischer Druck
Blutungen in umgebendes Gewebe
Ausschüttung inflammato-rischer Substanzen
Vernarbungen/ Retraktionen = Elastizitätsverlust des Gewebes
Körperliche Anspannung
Dysfunktionale Verhaltens-weisen
Zentrale Hypersensibilität
Subjektive Schmerzschwelle
Gesteigerte Wahrnehmung unangenehmer Körperempfind-ungen
Kognitive Fehlbewertungen
Einstellung/ Erwartung zur Kontrolle über die Schmerzen
Angst
Stress
Depressive Reaktionen
Sozialer Rückzug
Organisches Korrelat
Schmerz-empfindung
Unterbauchschmerzen

Diagnostik

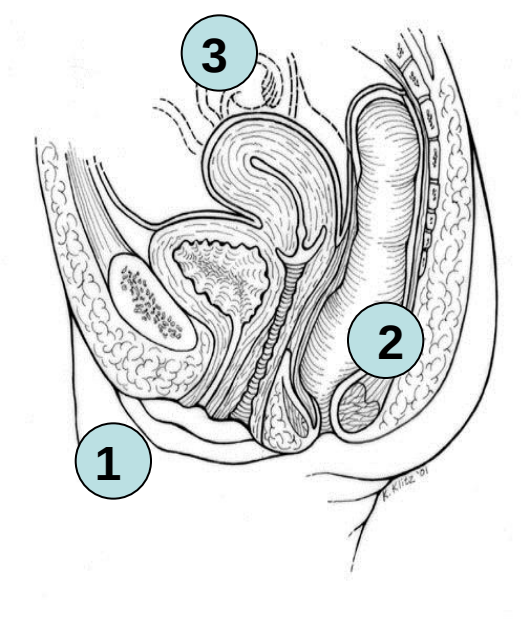
Dyspareunie

Oberflächlich

- Infektionen/ Erkrankungen der Vulva
- Vulväre Vestibulitis
- Hormonell
- Verletzungen/ Operationen

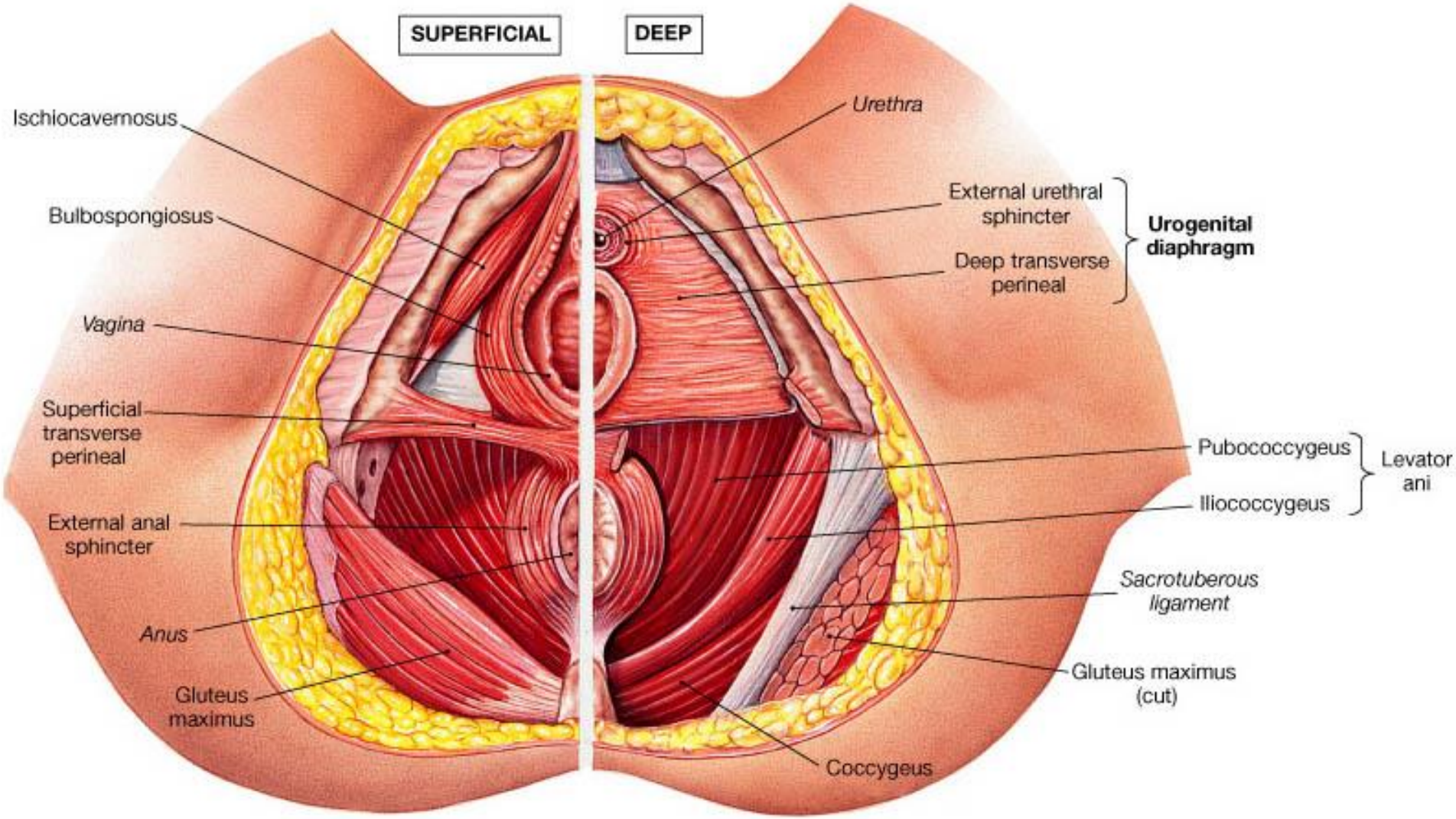
Mitte

- Myalgie
  (M. levator anus)

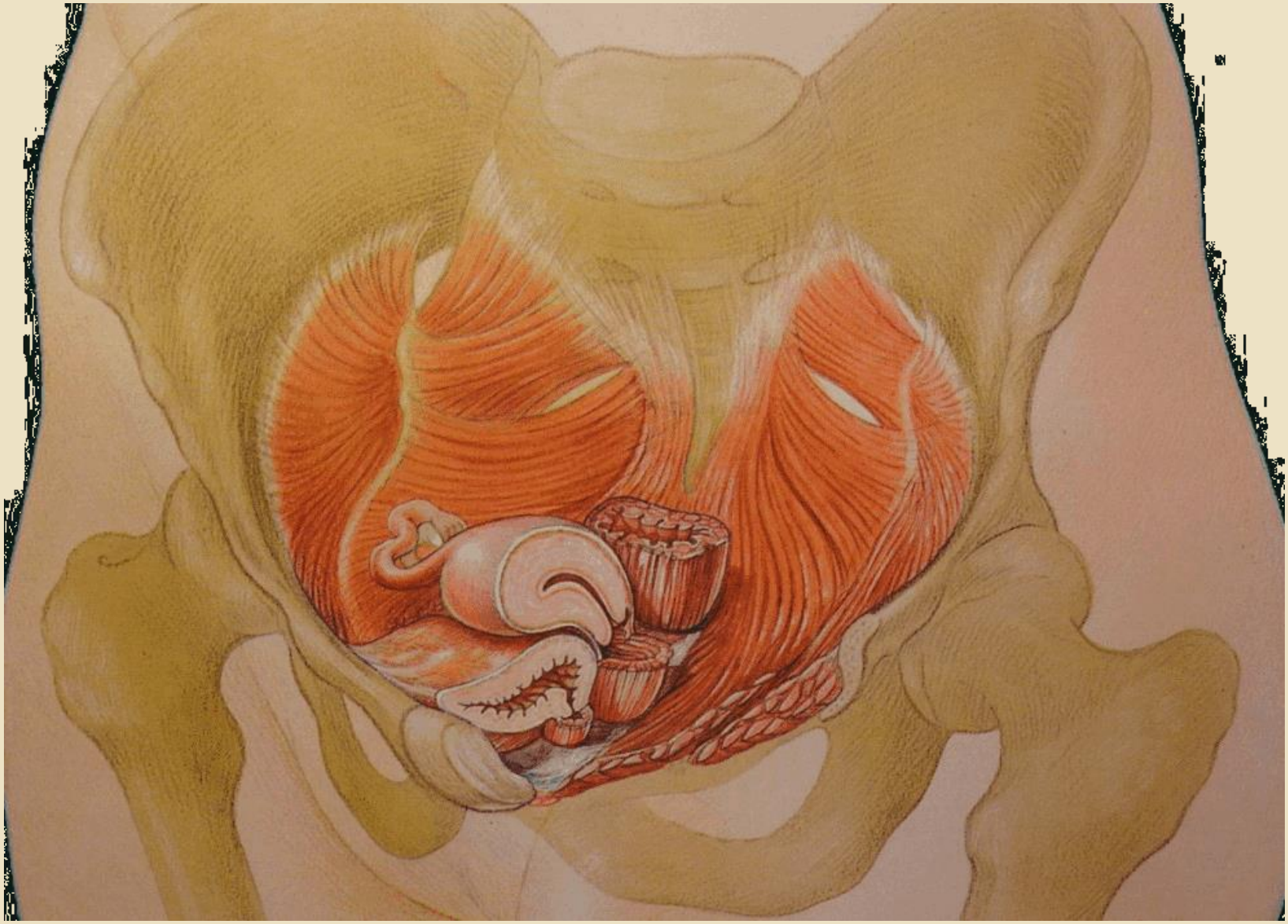


Tief

- Endometriose
- PID
- Adhäsionen
- Geburtsfolge
- Hormonell
- Sonstiges
  - Uterus myomatosus
  - Retroversio
  - Varikosis
  - Radiatio

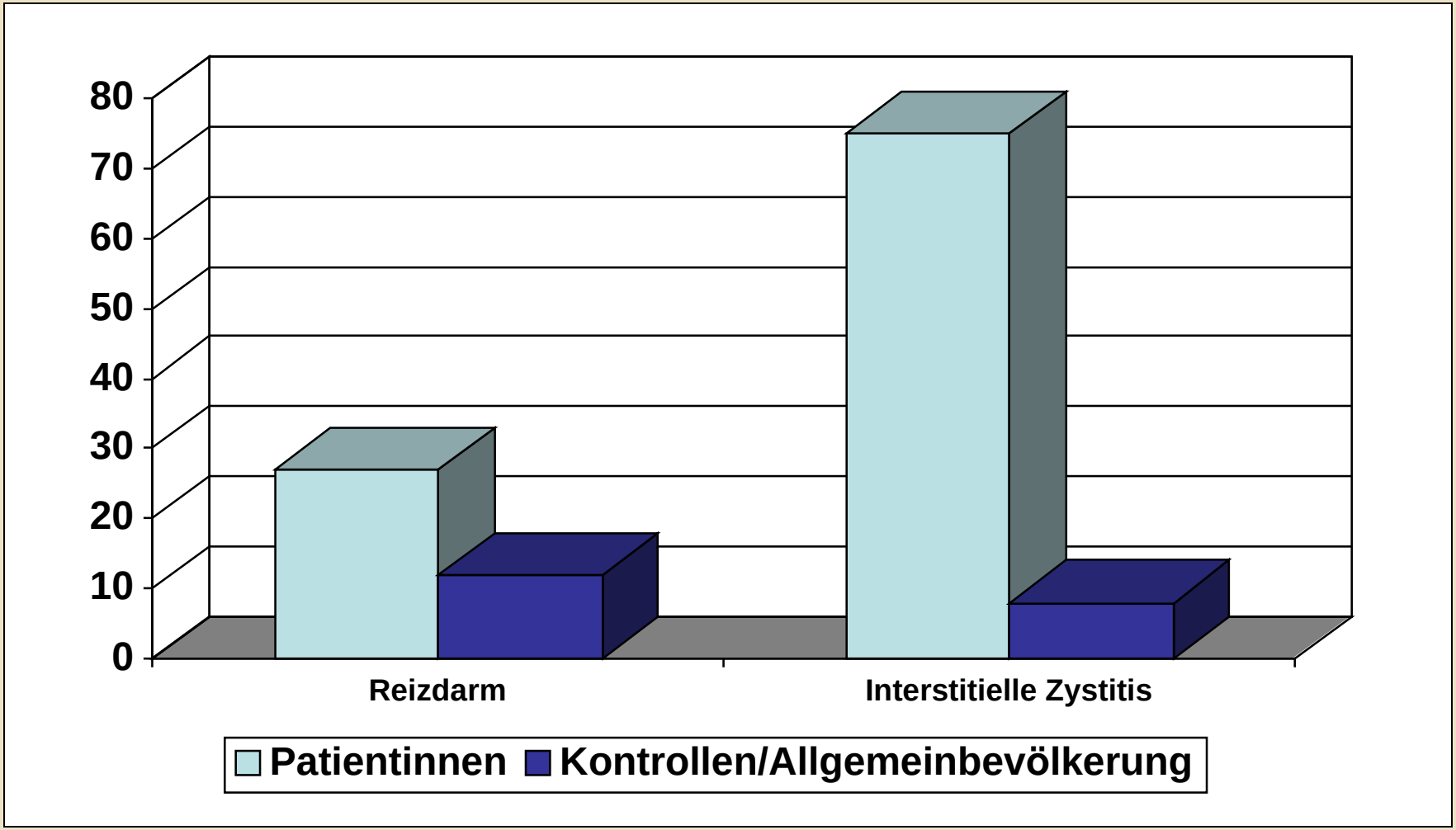

SUPERFICIAL
DEEP
Ischiocavernosus
Bulbospongiosus
Vagina
Superficial transverse perineal
External anal sphincter
Anus
Gluteus maximus
Urethra
External urethral sphincter
Deep transverse perineal
Urogenital diaphragm
Pubococcygeus
Iliococcygeus
Levator ani
Sacrotuberous ligament
Gluteus maximus (cut)
Coccygeus

(a) Female

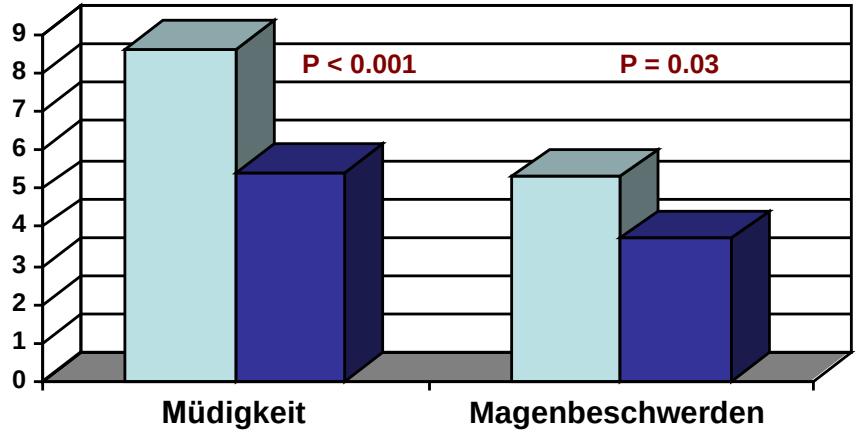


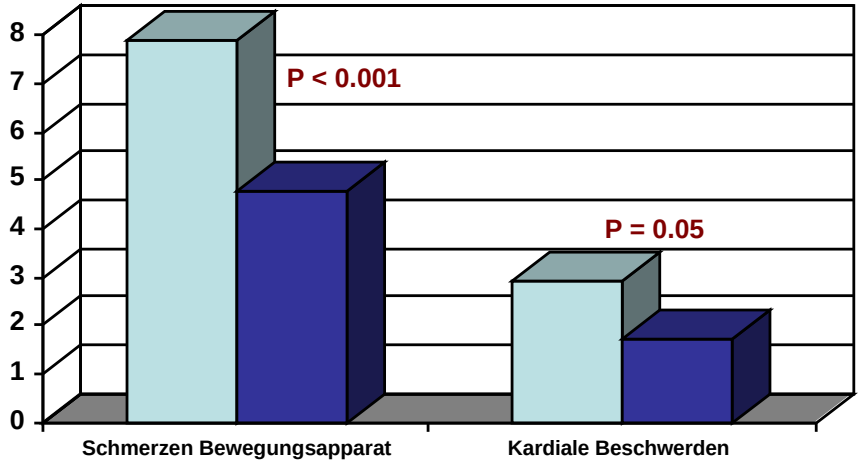
Komorbidität

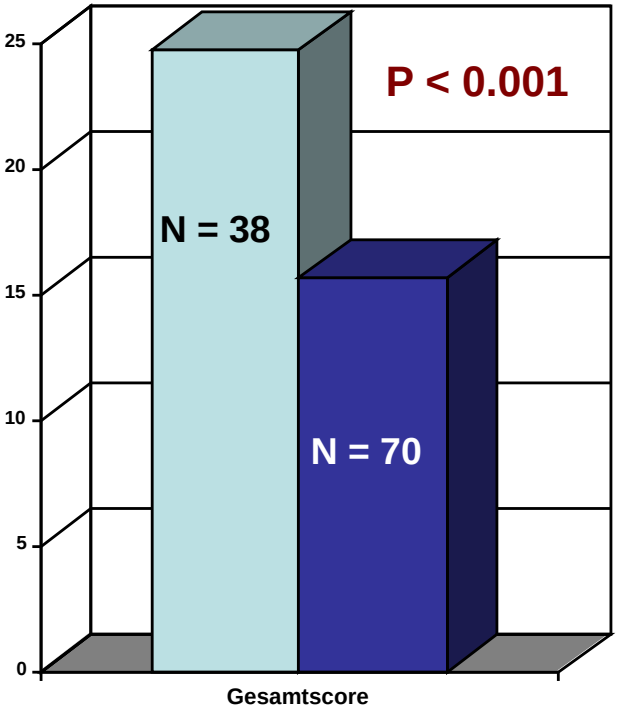
Vulvodynie



Psychosomatische Beschwerden und Vulvodynie



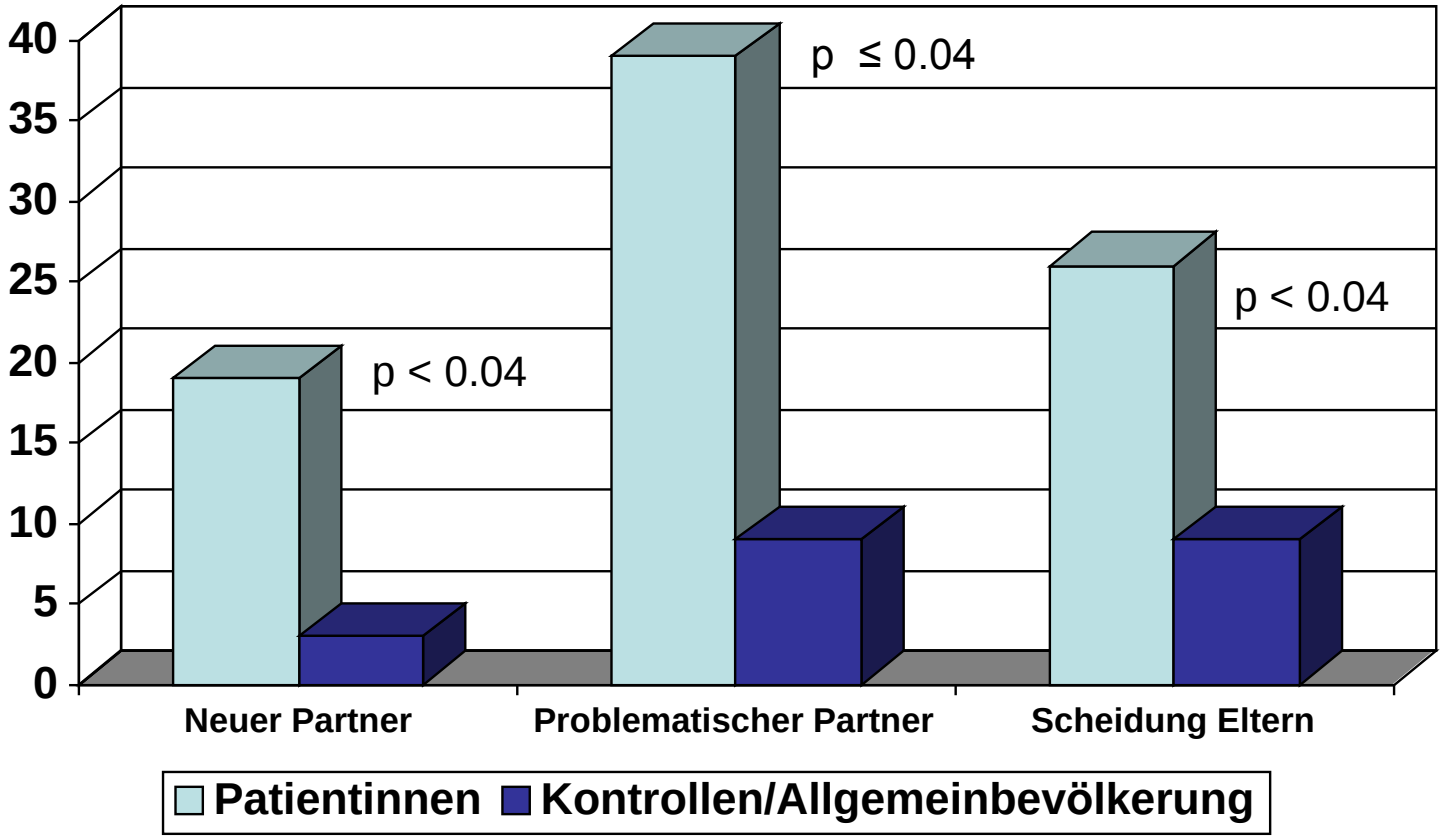




Giessener Beschwerdebogen

Danielsson, BJOG, 2001

Lebensereignisse



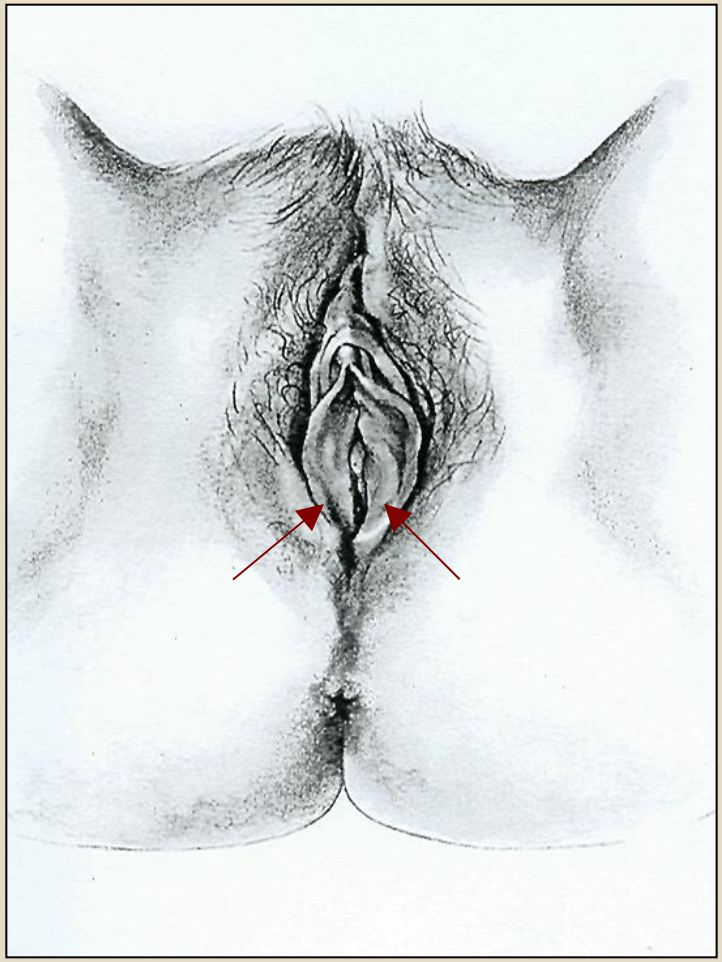
NS: Arbeitsplatzverlust, Trauer, schwere Erkrankung in Familie, plötzlicher Todesfall, sexuelle Gewalterfahrungen

Plante, BJOG, 2008

Hinweise auf psychische (Teil-)Ursache

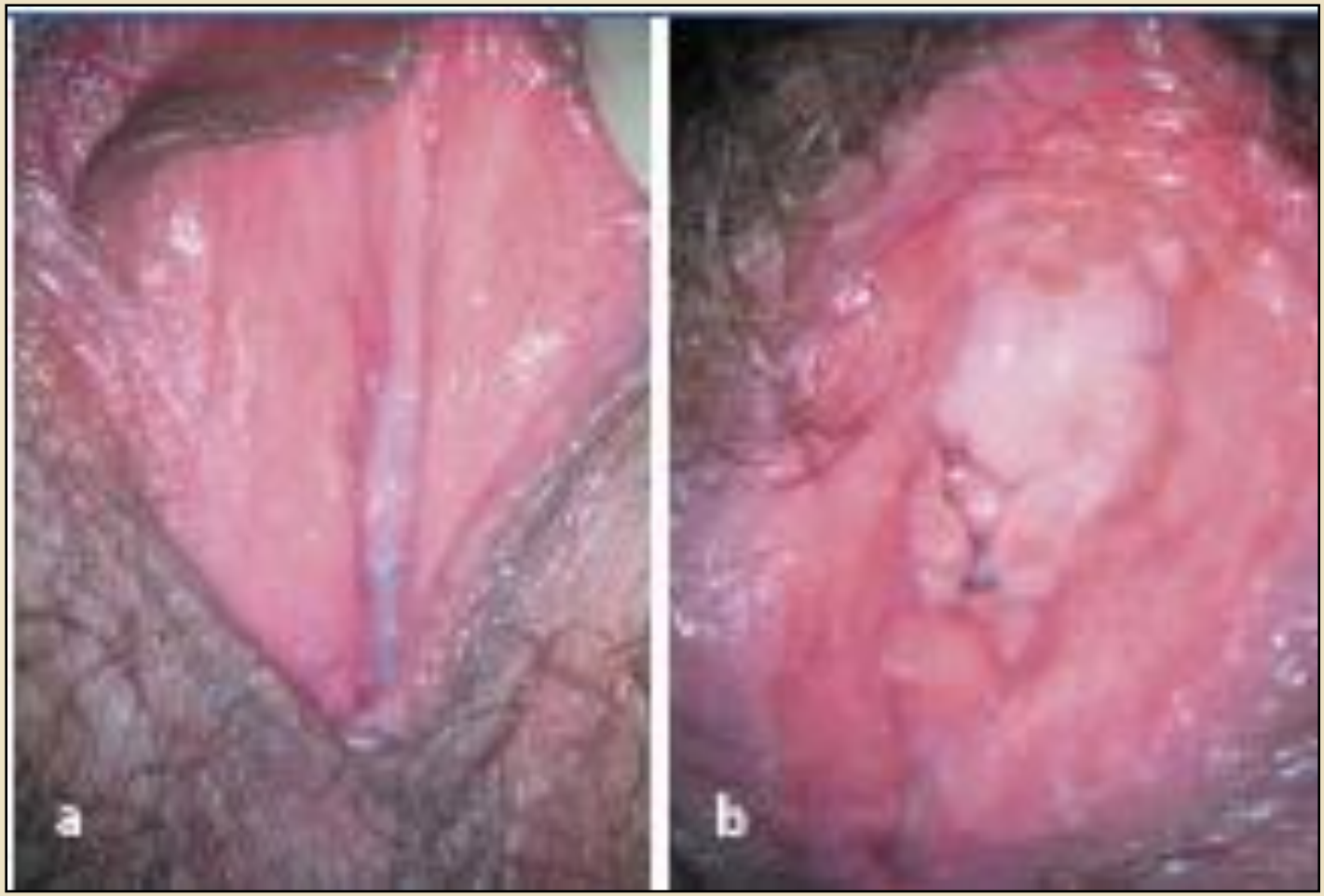
- ↑ Somatisierung (Danielsson 2000, Granot 2005, Stewart 1994)
- Komorbidität Cephalgien, Fibromyalgie, Reizdarm, intersitielle Zystitis (Arnold 06, Lynch 86, Gordon 03)
- Spezifische Persönlichkeitsmerkmale: ↓ Selbst-sicherheit, ↓ Kontrolle über Verhalten/ Entscheidungen, pessimistische Grundhaltung (Jantos 1007, Lundqvist 2005)
- ↑ Ängstlichkeit (Granot 2005)
- Maskierte Depression (Consoli 2003)
- Kein Zusammenhang zu sexueller Gewalt (Bodden-Heidrich 1999, Gordon 2003, Plante 2008)
- Generalisierte erhöhte Schmerzempfindlichkeit

Klinische Untersuchung



- Prävalenz: 2.9 -9.8%
- Symptomatik:
  - Brennender, stechender, schneidender Schmerz auf geringste Berührung
  - Schmerzpersistenz
  - Vulvaerythem
  - Dauer > 6 Monate

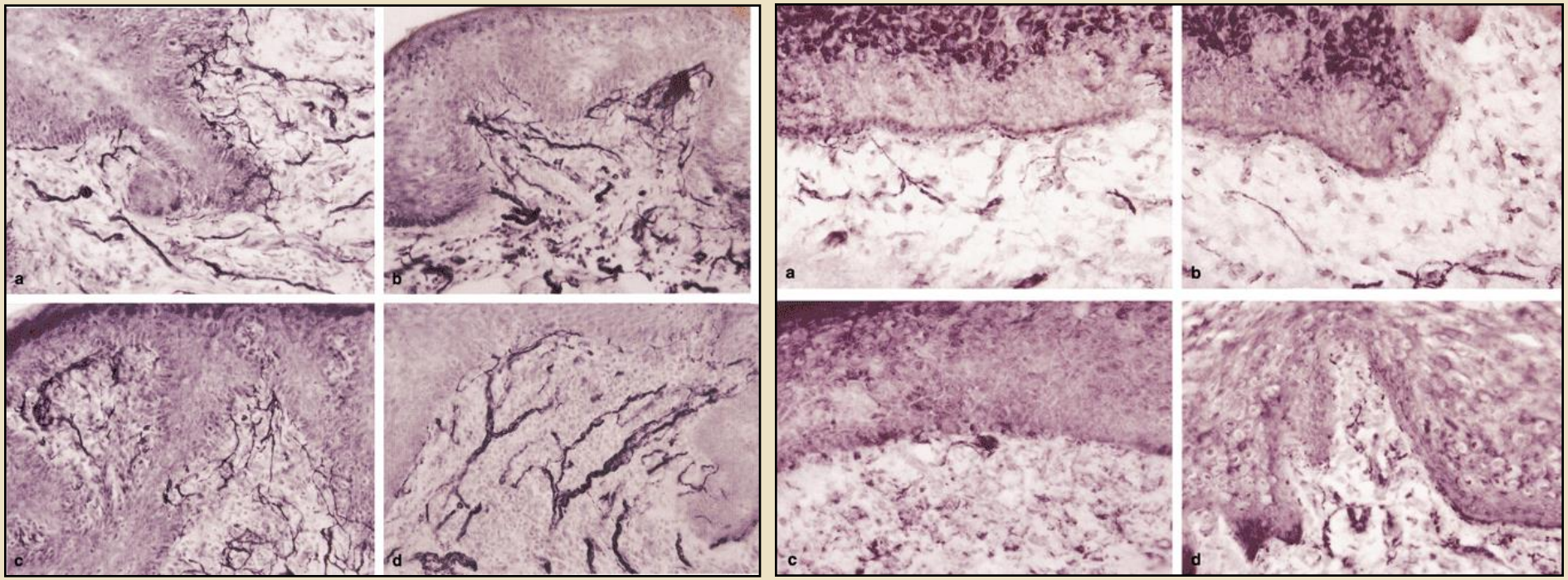
Vulväre Vestibulitis:
Klinischer Befund



Henngge U., Runnebaum I.; Hautarzt 2005; 56:556

Vulväre Vestibulitis

A **B**



Durch PGP 9.5 markierte Nervenfasern bei Frauen mit vulvärer Vestibulitis (A) und Kontrollprobandinnen (B)

Tympanidis, P. et al.: British Journal of Dermatology, *2003*

Psychische Auswirkungen

- ↑ Depressive Symptome (27%-60%)
  (Bodden – Heidrich 1999, Gates 2001, Jantos 1997)
- Selbstmordideen (57%) (Jantos 1997)
- ↑ Stress (Brotto 2003, Gates 2001)
- Kontrollverlust über Leben (42%) und Körper (60%) (Arnold 2006)
- Befürchtung von Abwertung (30%) (Brotto 2003)
- Veränderung des Körperbildes (Jantos 1997)
- Zweifel an Identität als Frau

Sexualität

Mit Beginn einer vulvären Vestibulitis

- 88% ↓ sexuelles Interesse/ Libido
- 87% ↓ Motivation zu sexueller Aktivität
- 94% ↓ Möglichkeit sexueller Aktivität Sackett, 2001
- Phobien gegenüber Berührungen im Scheideneingang Brotto, 2003

⇒ Verzicht auf Koitus

⇒ Reduktion der sexuelle Aktivität insgesamt

Jedoch auch traumatisierendes Sexualverhalten

Marin, 1998

Sexualität

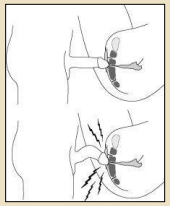
Ca.75% der Frauen mit Vulvodynie sind sexuell aktiv

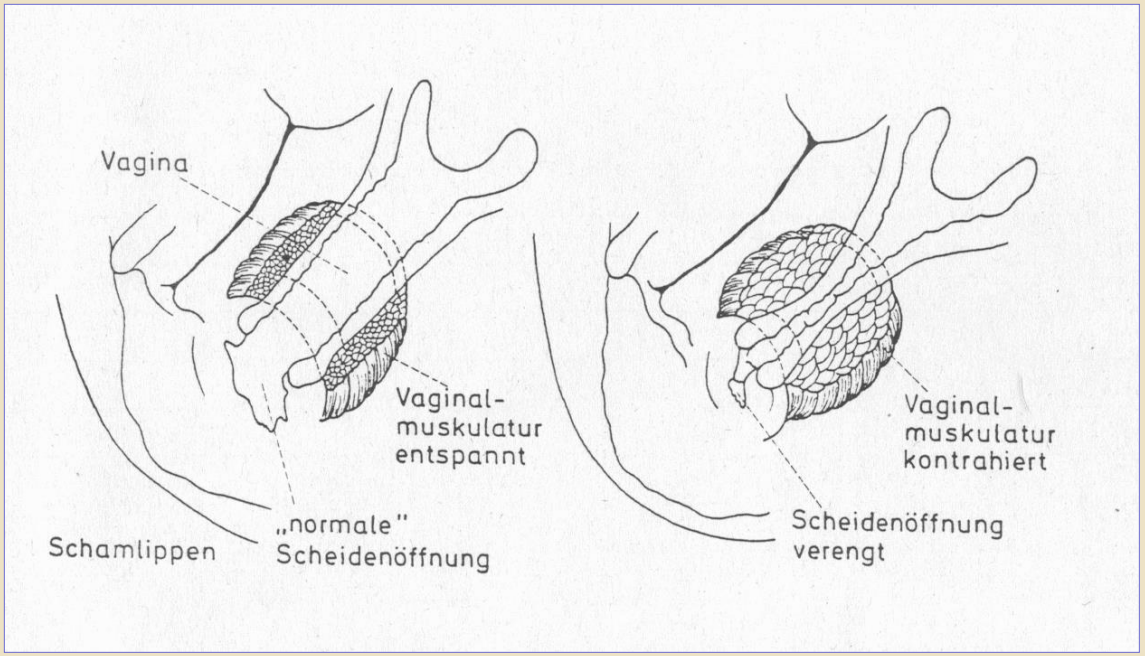
Arnold, Obs Gyn, 2008

Oftmals trotz Rückgang der Schmerzen keine Intensivierung des Sexuallebens

Sadownik, J Reprod Med, 2000
Jensen, AJOG, 2003

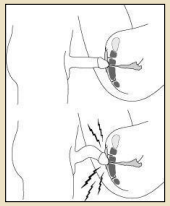
Vaginismus



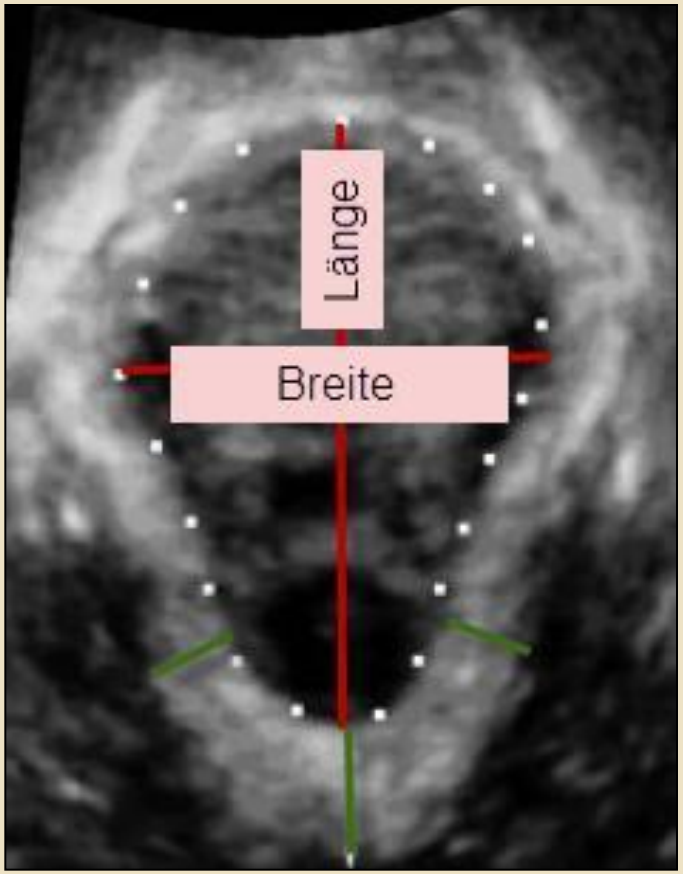


- 10-100% der Frauen mit Vulvodynie zeigen einen erhöhten Tonus des Beckenbodens
- keine Korrelation zwischen Tonus und Schmerzintensität

3 D Perinealsonographie

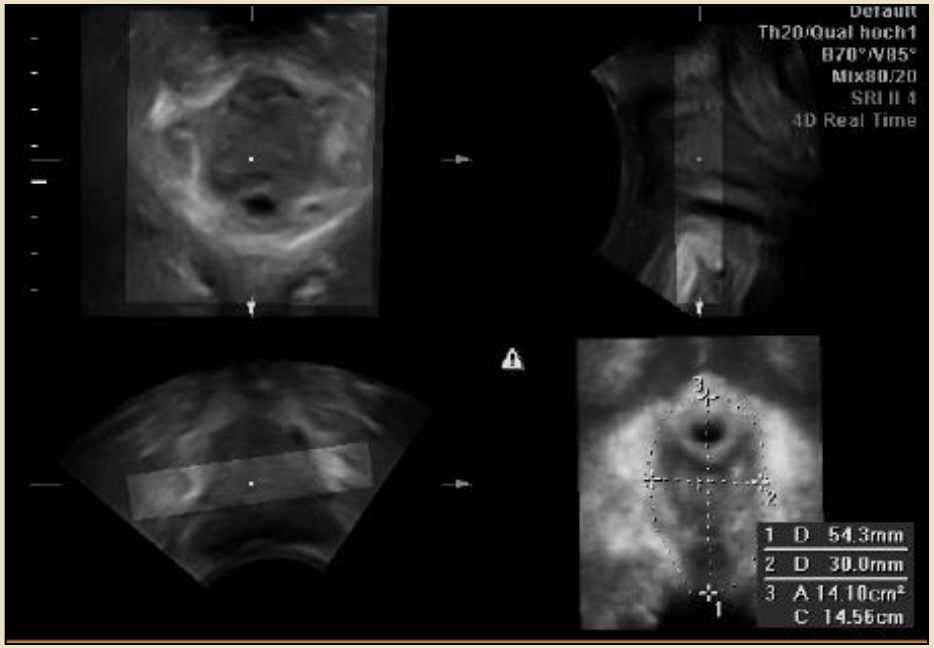


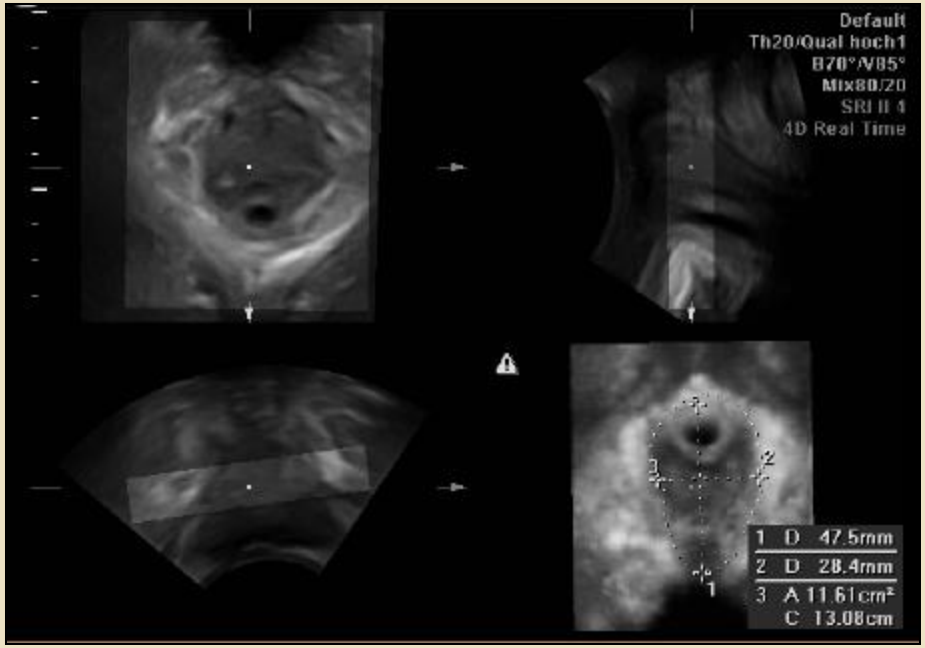
Hiatus genitalis in der axialen Ebene

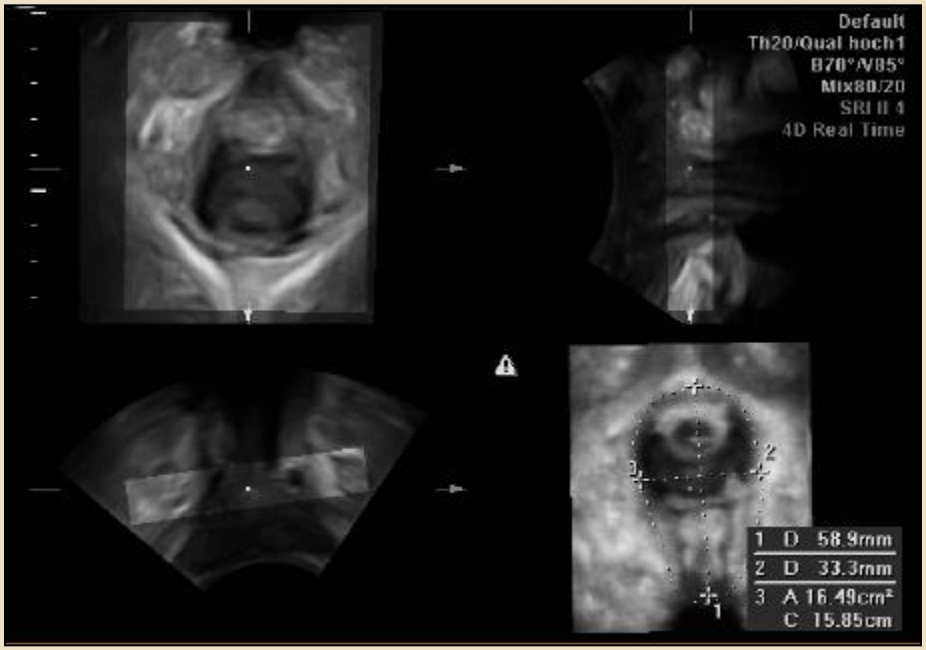


Parameter
-Länge (mm)
-Breite (mm)
-Umfang (cm)
-Fläche (cm2)
-Dicke des Levator ani / pubovisceral muscle

Messungen
-in Ruhe
-Anspannen des Beckenbodens
-Pressen (Valsalva)

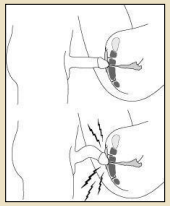


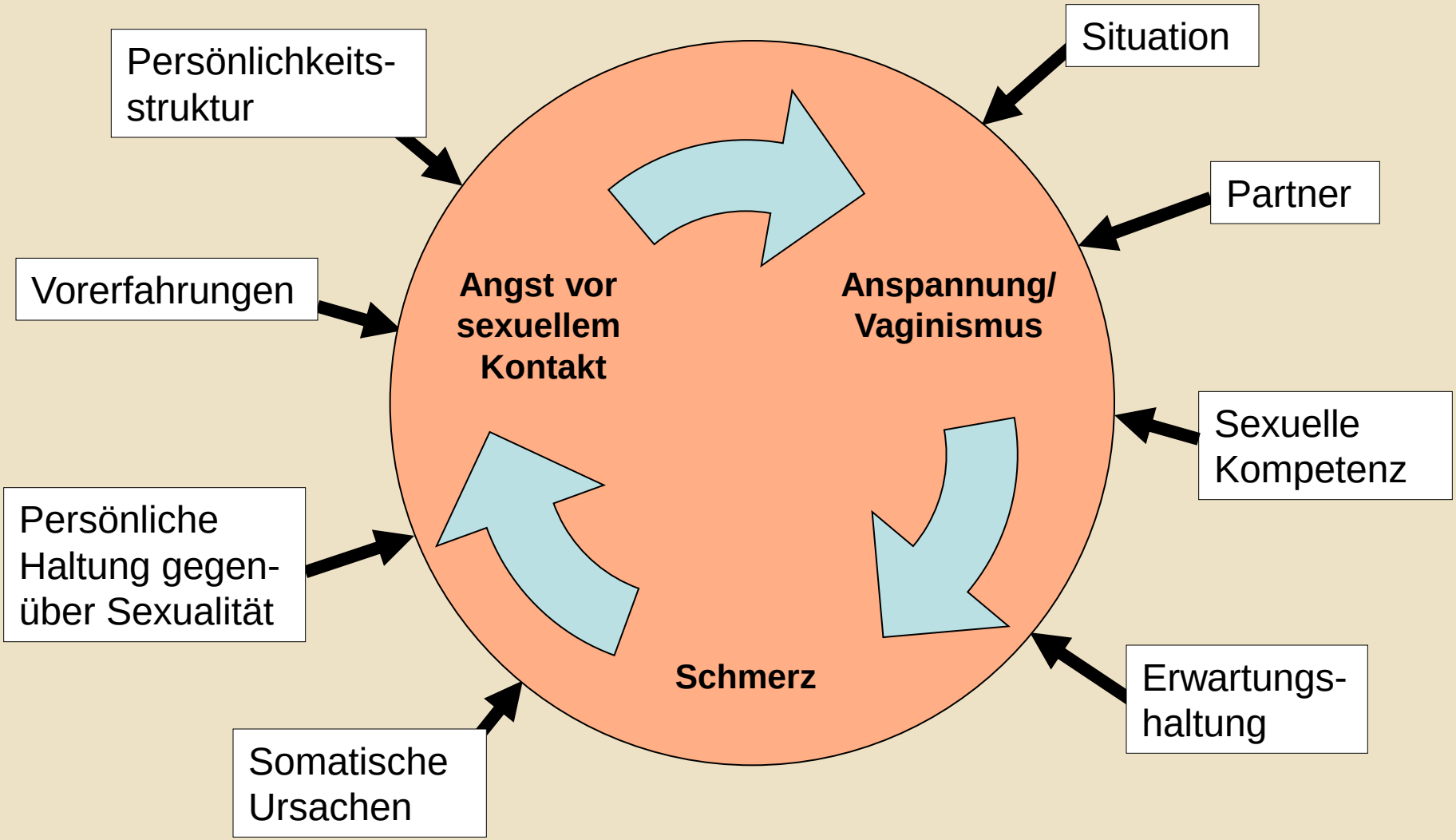




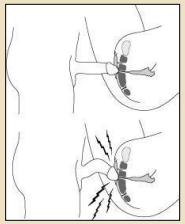
	P nl	P A	P V	K nl	K A	K V
Länge	54,3	47,5	58.9	55,0	44,9	55,0
Breite	30	28,4	33.3	42	37,2	38
Fläche	14,1	11,6	16.5	17,1	11,9	17,1
Umfang	14,6	13,1	15.9	15,9	13,2	15,8

Pathophysiologie Vaginismus



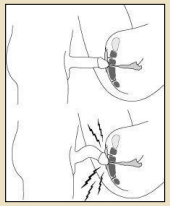


Psychotherapie



- Aufarbeiten zugrunde liegender Wirkungsmechanismen
  - in Bezug auf die Erkrankung insgesamt
  - in Bezug auf die Schmerzempfindung
- Entspannungsübungen
- Verhaltenstherapie (Bergeron 2001)
- Hypnose (Pukall 2007)

Vaginismus: Therapie



Ziel: Erlernen einer bewussten Kontrolle der Muskulatur des unteren Scheidendrittels

- Klären des ursächlich beteiligten Mechanismus
- Sexualtherapeutische Verbesserung der Körper-wahrnehmung
- Intensivierung der zur Verfügung stehenden bewussten Kontrolle

Voraussetzung: Respektieren der durch den Körper aktuell signalisierten Grenze

FAZIT

Bei Schmerzen unbedingt

1. biopsychosoziales Krankheitsmodell
2. Auswirkungen auf Sexualität berücksichtigen