

Karoline Bischof

Vaginismus und Dyspareunie der Frau

Inhaltsverzeichnis

A. Einleitung	5
B. Sexualentwicklung vom Mädchen bis zur Frau	7
Frühe Kognitionen beim sexuellen Lernen.....	8
Spezielles bei der Elternberatung zur kindlichen Sexualentwicklung	9
Die Entwicklung der Erregungsmodi.....	10
Die Konstruktion des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit .	11
Geschlechtsstereotyp.....	11
Sexueller Archetyp	12
Sexuelle Selbstsicherheit, Selbstbefriedigung, Ablösung und Autonomie	12
Der Vater – frühe Anziehungscodes und Selbstsicherheit	13
Die Peers – Anziehungscodes, Verführung, Grenzen, Kommunikation, Beziehungsfähigkeiten:	
Der Erregungsreflex wird sozialisiert	13
Die Pubertät – das Haus wird umgebaut.....	13
Menarche – Schwelle zum Frausein.....	14
Weibliche Sexualität gefahrenvoll?	14
C. Vaginismus	15
Vaginismus in Kürze.....	15
Definitionen von Dyspareunie und Vaginismus	15
Vaginismus Typ I (Phobischer Vaginismus).....	19
Erscheinungsbild.....	19
Evaluation	20

Kognitionen	21
Erregungsfunktion	22
Sexodynamische Komponenten	23
Beziehungskomponenten	24
Therapie	25
Verschiedene Therapieansätze	25
Sexocorporel-Therapie-Konzept.....	26
1. Informationsvermittlung	26
2. Wahrnehmung und Bewegung fördern	27
3. «Desensibilisierung» der Angst vor dem Penis.....	30
<i>Vaginismus Typ II – aufgrund einer Identitätsproblematik</i>	33
Evaluation	34
Behandlung	34
<i>D. Chronische Dyspareunie</i>	39
Evaluation	40
Anliegen.....	40
Evaluation der Dyspareunie	40
Evaluation der Sexualität bei Dyspareunie	40
Entstehungsmechanismen der Schmerzen	41
Therapie der Dyspareunie	42
Der Partner der Patientin mit Dyspareunie	42
Therapeutische Hilfsmittel.....	43

Dyspareunie in bestimmten klinischen Situationen.....	44
1. Vestibulodynie – Vulvodynie	44
2. Pelvic Floor Dysfunction.....	44
3. Rezidivierende Harnwegs- und Candida-Infektionen	44
4. Dyspareunie bei Atrophie	46
Anhang 1: Literatur	49
1. Sexualentwicklung	49
2. Vaginismus	49
3. Dyspareunie	49
Anhang 2: Immunabwehr und Ernährung bei rezidivierenden Candida-Infektionen (H. Ladewig).....	51
Anhang 3: Neuromuskuläre Dysregulation bei sexuellen Problemen (K. Mosetter).....	53
Zusammenfassung	53
Neuromuskuläre Dysregulation bei sexuellen Problemen.....	54
Interozeption und körperliche Selbstwahrnehmung.....	58
Myoreflextherapie.....	60
Literatur	65

Vaginismus und Dyspareunie der Frau

Karoline Bischof

A. Einleitung

Während wir uns im Kapitel über Orgasmusprobleme der Frauen mit der Frage beschäftigt haben, wie Frauen ihre genitale Erregungsfunktion entwickeln, geht es nun fundamentaler um die Funktionalität der Vagina und um die Frage, wie eine Frau ihre Vagina entdeckt und als Teil ihres eigenen Körpers wahrnimmt und bewohnt. Vaginismus liegt vor, wenn der Zugang zur Vagina durch unwillkürliche Kontraktionen der Beckenbodenmuskulatur versperrt ist. Die Auslöser solcher Muskelkontraktionen sind unterschiedlich, weshalb wir, anders als in der gängigen Literatur, verschiedene Typen von Vaginismus unterscheiden, die auch unterschiedliche Therapieschritte erfordern. Bei allen Typen hängt der Vaginismus mit Grenzen im sexuellen Lernprozess zusammen. Am einen Ende des Spektrums finden wir Frauen, die es gewöhnt sind, sich in einem *archaischen Erregungsmodus* zu erregen mit so hoher Beckenbodenmuskulaturspannung, dass die Penetration nur unter Schmerzen oder gar nicht möglich ist. Beim *phobischen Vaginismus* schützt die Muskelkontraktion dagegen vor befürchteten Schmerzen oder Verletzungen durch die Penetration. Die Ängste können dabei bis hin zu regelrechten Phobien reichen vor allem, was in jegliche Körperöffnungen eindringen könnte. Am anderen Ende des Spektrums stehen Frauen, die ihre innerliche Weiblichkeit noch nicht konstruiert haben, die Mädchen geblieben sind und existenzielle Angst und Überforderung erleben bei der Vorstellung, *ganz Frau zu sein und Mutterpflichten zu übernehmen*. Hier dient das Versperren der Scheide unbewusst dem Schutz vor Schwangerschaft und Autonomie (*Vaginismus Typ II*). Während die Frauen mit Vaginismus ihre genitale Sexualität ganz unterschiedlich entwickelt haben können, ist ihnen gemein, dass sie ihre Vagina als erregbaren Innenraum kaum entdeckt und entwickelt haben.

Die «nicht-organische» Dyspareunie und genitale Schmerzsyndrome sind in der gynäkologischen Sprechstunde häufige Anliegen. Wie wir sehen werden, spielen auch hier die Muskulatur und genitale Lernschritte eine zentrale Rolle. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werden Zusammenhänge zwischen der neuromuskulären Regulation, der Ernährung und gewissen Stressfaktoren diskutiert.

In alten Kulturen finden sich Darstellungen von Fruchtbarkeitsgöttinnen mit grossen Vulven und Vaginen. Dahingegen fristet die Vagina in unserer Gesellschaft eher ein Schattendasein. In Freuds «dunklen Kontinent» ist noch nicht viel Licht gefallen. Von Kindheit an erhalten Frauen ungenaue, zwiespältige Botschaften über ihr Geschlecht. Es wird nicht differenziert benannt. «Schlitzli» steht für alles beim Mädchen – und was dieses «alles» beinhaltet, ist den wenigsten klar. Die Vagina gehört oft nicht dazu. «Vagina» oder «Scheide» ist andererseits als Ausdruck für das gesamte weibliche Geschlecht ebenso ungenau, und ist doch auch bei Erwachsenen weit verbreitet. Nicht selten ist die eigentliche Vagina damit gar nicht gemeint. So betreffen fast die Hälfte der Beiträge im Buch *Vagina Monologe* die Vulva, während die Vagina bei genauer Betrachtung darin überhaupt nicht vorkommt. Was nicht oder vage benannt ist, wird aber bereits zwiespältig erlebt. Verstärkt wird dies durch subtile oder deutliche Botschaften des Umfeldes – «Sitz nicht breitbeinig da», «Benutze einen anderen Waschlappen für unten rum», «Berühr dich nicht dort», «Verberge deine Menstruation», «Spraye deinen Ausfluss und deine Düfte weg». Im Erleben des Mädchens wird das eigene Geschlecht oft negativ kodifiziert, die Vagina ist ein schmutziges Loch, das ins Nichts führt, als Innenraum bleibt sie unvertraut und damit unheimlich.

Dazu kommen Mythen über die Funktion der Vagina, über die Defloration, die oft als ein ausserordentlich schmerzhaftes Ereignis dargestellt wird, und über die passive (erdulende) Rolle der Frau beim Geschlechtsverkehr («Kinder entstehen, wenn Papi einen grossen Penis kriegt und ihn in den Bauch von Mami steckt.»), während der Erektion und der männlichen Intrusivität ihrerseits ein Ruf als aggressiv und zerstörerisch anlandet. So wird gut verständlich, dass manche Frau zögert, ihren vermeintlich verwundbaren oder unsauberen vaginalen Innenraum zu entdecken und sich durch «Zumachen» regelrecht schützt vor jeglichen Eindringlingen.

Der weibliche Sexualisierungsprozess mit seinen körperlichen und kulturellen Einflüssen bildet die Basis des sexuellen Erlebens aller Frauen. Ihm wollen wir uns nachfolgend als Erstes widmen.

B. Sexualentwicklung vom Mädchen bis zur Frau

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 des Erlebten bilden die Grundlage für Körperbild, Selbstgefühl und die Komponenten der Sexualität.

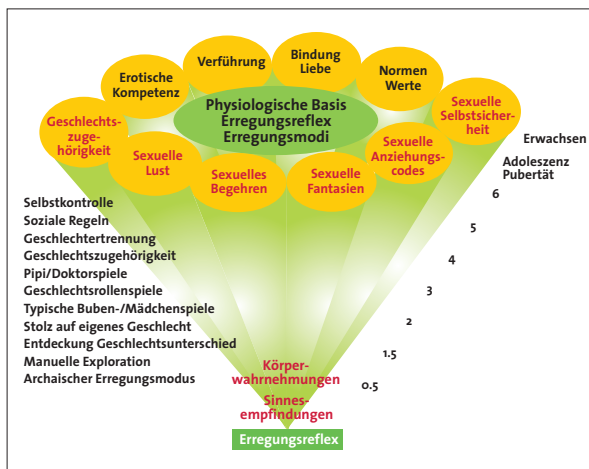


Abb. 1: Entwicklung der Komponenten der Sexualität in den ersten sieben Lebensjahren

Das Mädchen erlebt allein für sich und in Momenten des Körperkontaktes mit den Betreuern körperliche und immer wieder auch genitale Lustgefühle. Dabei wird der Erregungsreflex durch Zufallsberührungen, Bewegungen oder auch spontan ausgelöst. Wie bei anderen angenehmen Empfindungen beginnt das Mädchen mit der Zeit, ihn willkürlich auszulösen, durch Zusammenpressen der Oberschenkel oder Pressen gegen Windeln oder Unterlage. Dieses Verhalten kann bereits ab 4 Monaten beobachtet werden. Im Alter zwischen 8 und 12 Monaten neigen Säuglinge zu Bewegungsautomatismen wie rhythmischem Schau-

keln – verbunden mit Muskelspannung kann der Erregungsreflex damit ausgelöst und gesteigert werden. Orgastische Entladungen lassen sich beobachten, mit den entsprechenden physiologischen Begleiterscheinungen wie Schwitzen, Rötung der Wangen, Spasmen oder Augenverdrehen – und beunruhigen bisweilen Eltern und uninformierte Fachpersonen, die fälschlich ein Krampfleiden dahinter vermuten. Ab 8 bis 15 Monaten, mit zunehmender Kontrolle über die Handmotorik, exploriert das Mädchen sein Geschlecht auch manuell. Stundenlanges Berühren und Spielen mit dem eigenen Körper unterstützt den Aufbau des Kör-

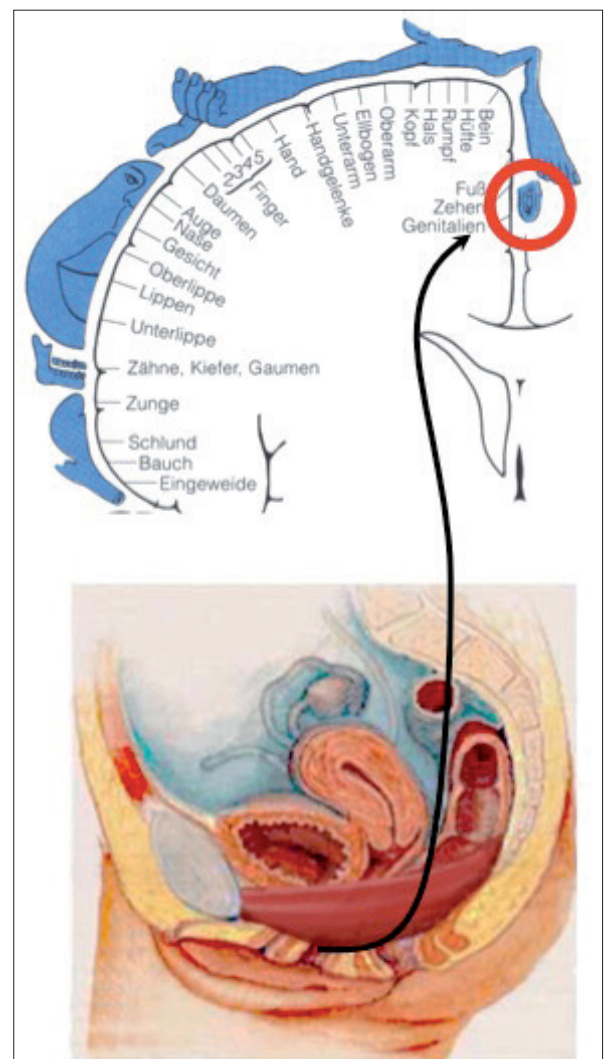


Abb. 2: Repräsentation des Geschlechts im somatosensorischen Cortex

perbildes im somatosensorischen Cortex im Hirn. Wie wir aus der Amputationsforschung wissen, bewirken vielfach wiederholte Nervenreize aus der Peripherie die Entwicklung entsprechender kortikaler Synapsen. Sinneszellen reagieren je nach Typ auf unterschiedliche Stimulation – Bewegung und Druck, sanfte Berührungen, Reibung, Vibration, Temperatur. So entsteht dank vieler Wiederholungen die Körperlandkarte im Hirn, die es uns ermöglicht, uns zu bewegen und unsere Sinnesempfindungen zuzuordnen, in unserem Körper zuhause zu sein. Analog führen durch Bewegung und Berührung ausgelöste Reize aus der Genitalregion zur entsprechenden Repräsentation des Geschlechts im Hirn, ermöglichen uns also, unser Geschlecht zu bewohnen und dortige Sinnesreize als sexuelle Erregung wahrzunehmen. Diese körperliche Entwicklung ist die Basis der Entwicklung sämtlicher Komponenten der Sexualität.

Frühe Kognitionen beim sexuellen Lernen

Für eine gelungene Integration seines Geschlechts und seines Erregungsreflex braucht das Mädchen genügend Freiraum für seine Selbstexploration. Günstig ist auch, wenn Bezugspersonen bei Hygiene und Streichelspielen das Geschlecht ebenso selbstverständlich miteinbeziehen wie den Rest des Körpers. Natürlich spielen die Gefühle der Bezugspersonen hier eine wichtige Rolle. Die Einstellung der Mutter ist geprägt von deren Erfahrungen mit ihrem eigenen Körper und mit der eigenen Mutter. Bewohnt sie ihr Geschlecht mit Stolz, so kann sie der Tochter spiegeln, dass sie einen sinnlichen und begehrenswerten Körper hat und kann damit eine positive Besetzung ihres Geschlechts unterstützen. Umgekehrt wird die Tochter auch Ambivalenz, Angst oder Ablehnung genau registrieren und integrieren. Sie wird wohl merken, dass die Mutter sich freut und Worte hat für ihre Arme, ihre Beine, ihren Bauch, aber nicht für die Region dazwischen. Hier werden die Grundsteine der Werturteile über das Genitale gelegt. Viele Mütter haben selbst noch zu schaffen mit integrierten Abwertungen des weiblichen Genitales und geben diese unbeabsichtigt weiter. Auch das Verhalten des Vaters ist durch seine Erfahrungen und integrierten Wertesysteme geprägt und kann zum Beispiel durch den vorherrschenden Missbrauchsdiskurs verunsichert sein.

Kommentar zum hartnäckigen Trend unserer Zeit, das Thema Sexualität bei Kindern in den Zusammenhang mit Missbrauch und Pathologien zu setzen (Weiteres hierzu Kapitel 7)

Die mediale Übergriffsberichterstattung erfreut sich immer neuer Wellen von Hochkonjunktur. Den Zeitgeist spiegelnde Beraterbroschüren zur kindlichen Sexualität verunsichern Eltern mit düsteren Drohungen, hinter jeder Klippe scheint eine Missbrauchs Falle zu lauern. So muss beim gemeinsamen Bad der Vater Schlimmeres verhindern und die Wanne sofort verlassen, sollte sich auch nur der Anflug einer Erektion zeigen, und unsere oben angeführte Empfehlung, beim Streicheln nicht weiterhin einen verkrampften Bogen um die Genitalregion zu machen, hat einem ausgezeichneten deutschen Elternratgeber Klagen wegen Aufruf zu sexuellen Übergriffen und schliesslich das Einstampfen beschert. Da wurde das Kind mit dem Bade ausgeschüttet!

Es ist selbstverständlich, dass sexuelle Übergriffe auf Kinder nicht passieren dürfen und hier in keinsten Weise propagiert werden sollen. Es braucht jedoch ein differenziertes Verständnis sexueller Erregung. Tritt sie beim Stillen oder beim Spiel mit dem eigenen Kind auf, so ist sie kein Zeichen von drohendem Missbrauch. Darin spiegelt sich die reflexhafte Natur der sexuellen Erregung, die durch sinnliche Stimuli ausgelöst werden kann auch ohne jegliche emotionale Beteiligung. Übertriebene Sicherheitsabstände zur kindlichen Sexualität und Berührungssängste führen hingegen zu einer kalten Distanz und unterstützen nicht die Selbstwahrnehmung und Selbstsicherheit des Kindes.

Ganz besonders wird das weibliche Genitale mit diesem Sicherheitsabstand ausgegrenzt. So fristet es selbst in unserer sexualisierten Zeit immer noch ein Schattendasein, namenlos, zweifelhaften Charakters, nur teilweise bewohnt und selbst wissenschaftlich immer noch weitaus schlechter erforscht als sein männliches Gegenpart.

Andererseits wird in der heutigen Zeit die obige Einladung viele Eltern überfordern, das kindliche Geschlecht ebenso liebevoll zu würdigen und zu benennen wie den Rest seines Körpers. Eltern sollten unterstützt werden darin, ihre eigenen Grenzen zu respektieren. Das braucht sie nicht daran zu hindern, diese zu hinterfragen und allenfalls zu erweitern. Von den beratenden Ärzten, Pädiatern und Neonatologen können sie hierzu Anregungen und ein Vokabular erhalten.

Spezielles bei der Elternberatung zur kindlichen Sexualentwicklung

Sprache

Frühe Benennungen des Genitales helfen bei der Zuordnung und Kodifizierung von Sinnesempfindungen. Berater und Ärzte können mit den Eltern ein Vokabular anwenden, das der körperlichen Realität des Mädchengeschlechts gerecht wird, ohne verbrämende Verniedlichungen, Überhöhungen, Abwertungen oder Fehlbenennungen (Abb. 3). Klitoris, Lippen, Vulva und Scheide einzeln benannt kann das Mädchen verstehen zum gleichen Zeitpunkt, wie es beispielsweise verschiedene Strukturen des Gesichtes wie Mund und Augen verstehen kann. Das ist bereits im Alter von 18 bis 24 Monaten möglich! Largo schlägt vor, dass die elterliche Sprache «der Vorstellungswelt des Kindes entsprechen und in einer sinnvollen Beziehung zu der Situation stehen soll, in der sich das Kind befindet» (Largo, 1993, S. 320). Das heisst also, Erfahrungen (= Sinnesempfindungen) des Kindes mit bestimmten Körperteilen werden sich ab dem zweiten Lebensjahr in seiner Vorstellung mit den dazu gehörten Wörtern verbinden. Sind diese Wörter den Eltern wenig vertraut, können sie sie auch schon vorher einüben – warum nicht auf dem Wickeltisch mit dem Säugling, wenn es noch nicht so drauf ankommt, mal ausprobieren, wie sich das am besten sagt: «Das ist deine Vulva.» Die Kinderärztin kann die Eltern also nicht früh genug dazu anregen, sich mit einem Vokabular auseinanderzusetzen oder ihnen eines anbieten, am besten regelmässig bei den Entwicklungskontrollen und auch schon ganz selbstverständlich bei der neonatologischen Untersuchung im Gebärsaal.

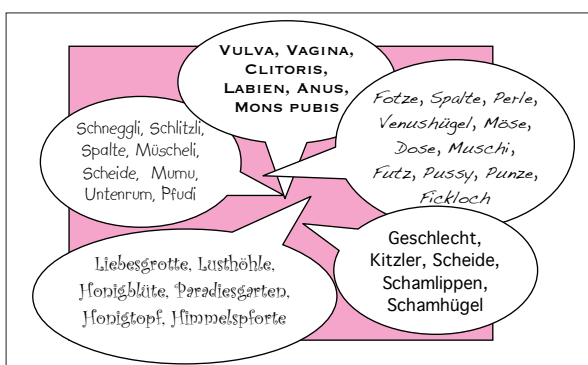


Abb. 3: Vokabular zum weiblichen Geschlecht

Normales Verhalten?

Eine häufige elterliche Sorge betrifft die Normalität des Verhaltens ihres Kindes. Selbststimulation wird als unnatürlich oder zwanghaft wahrgenommen und weckt Befürchtungen, das Kind könnte sich in Richtung einer zügellosen oder unmoralischen Sexualität oder Pathologie entwickeln. Ängste betreffen auch

körperliche oder psychische Erkrankungen, oder die Frage nach sexuellen Übergriffen (mehr hierzu in Kapitel 7). In diesen Punkten können die Eltern von medizinischer Seite relativ einfach über die Normalität des Verhaltens aufgeklärt und beruhigt werden. Dies bedeutet jedoch noch nicht unbedingt, dass sie sich mit den sichtbaren sexuellen Lernetappen ihrer Kinder so ohne weiteres anfreunden können. Darüber hinaus erleben Eltern das öffentliche Zurschaustellen von kindlichem sexuellem Experimentieren oft als peinlich – z.B. wenn es vor der Oma oder im Supermarkt stattfindet oder wenn sich die Kindergärtnerin beschwert. Es ist eine beachtliche Leistung dieser Eltern, wenn sie das Verhalten ihrer Kinder trotz ihrer Vorbehalte zulassen. Sie können darin wertgeschätzt werden, und auch darin, dass ihre Sorge ja dem Wohl ihrer Kinder gilt. Denn die meisten Eltern wünschen sich für ihre Kinder im Grunde, dass diese sich zu sexuell zufriedenen Erwachsenen entwickeln. Ihre Sorgen entstehen aus dem Unwissen darüber, dass die Kinder mit just dem Verhalten auf dem besten Weg sind, den elterlichen Wunsch zu erfüllen.

Darüber hinaus geht es aber auch darum, dem Kind gewisse Regeln beizubringen für die Wahl des Zeitpunktes und des Ortes für ihre Experimente – genau wie für alle anderen Verhaltensweisen auch. So ist z.B. Rennen eine erwünschte Tätigkeit, aber nicht über die Strasse. Das Kind lernt, für seine Tätigkeiten die Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Der genitale Erregungsreflex wird *sozialisiert*.

Ab wann ist kindliche Selbststimulation «zu viel»?

Wir haben keine wissenschaftlichen Untersuchungen, auf die wir uns zur Beantwortung dieser Frage stützen können. Manchen Berichten zufolge können sich einige Kinder in einem Zeitraum von Monaten sehr eingehend mit der Selbststimulation beschäftigen, sie tagelang über Stunden wiederholen und teils auch das Interesse für andere Tätigkeiten vorübergehend verlieren.

So beklagte sich die Mutter einer 3-jährigen, dass sie nicht mehr mit ihr auf den Spielplatz komme, weil sie nur noch «ranken» wolle. Es zeigte sich dann allerdings, dass die Tochter nur dann nicht folgen wollte, wenn sie dazu aufgefordert wurde, als sie bereits mit der Selbststimulation beschäftigt war – während sie zu anderen Momenten durchaus bereit war, mitzukommen. Diese Mutter hatte, weil das Verhalten der Tochter sie moralisch störte, unbewusst die Gewohnheit angenommen, immer gerade dann etwas mit der Tochter unternehmen zu wollen.

Beobachtet man diese Kinder genau, so entsteht der Eindruck, dass manche von ihnen bei der Stimulation nicht zu einer orgasmischen Entladung gelangen. Das Spannungsgefühl im Genitalraum nimmt also nicht ab, das Kind wandert immer wieder mit der Aufmerksamkeit dort hin. Nach genügend Übung lernt es, die Entladung zu erreichen, damit entspannt sich die Situation.

Selbststimulation ist eine sehr frühe Möglichkeit für den Säugling, das Kleinkind, sich selbst, autonom, Trost und Wohlbefinden zu spenden. Im Rahmen erhöhter Trostbedürftigkeit kann sie auch vermehrt eingesetzt werden.

Die Mutter einer 7-Jährigen konsultierte mit ihrer Tochter, weil diese öfters manuelle Selbststimulation zuhause im Wohnzimmer und auch in der Schule betrieb, weshalb auch schon Klagen der Lehrerin gekommen waren. Die Mutter hatte es in ihrer Ratlosigkeit auch schon mit Schimpfen und Schlägen versucht – alles erfolglos. Die Evaluation ergab, dass das Mädchen die Stimulation so öffentlich ausübte, seitdem ein Umzug mit einem Schulklassenwechsel, Verlust der Schulfreundinnen und zeitgleich die Geburt des kleinen Bruders stattgefunden hatten. Sie hatte einen Weg gefunden, sich selbst zu trösten und zugleich die sorgenvolle Aufmerksamkeit der Bezugspersonen zu sichern. Die Empfehlung an die Mutter, dem Mädchen mehr liebevolle Zuwendung zu spenden und ihm die Selbststimulation in der Privatsphäre seines Zimmers zuzugestehen, konnte die Situation entspannen.

Die Entwicklung der Erregungsmodi

Mit zunehmenden motorischen Fähigkeiten spezialisieren sich die Mädchen auf einen oder mehrere Erregungsmodi und die damit verbundenen Sinnesreize. Dank gezielter Handbewegungen lösen manche Mädchen nun Erregung aus durch Stimulation der Oberflächenrezeptoren der Vulva und Klitoris per Streicheln und Reibung (*mechanischer Erregungsmodus*). Andere bevorzugen weiterhin die zuerst gelernte, durch Druck und Muskelspannung ausgelöste Tiefensensibilität (*archaischer Modus*), zunächst durch Zusammenpressen der Beine, später durch das Pressen gegen die Faust, Tischkante, Stofftiere, Kissen, Kindersitzgurte und andere Gegenstände, indirekt durch Druck auf die Muskulatur im Bauch- oder Lendenbereich, oder durch gezielte Druck- und Reibungsstimulation von Vulva oder Venushügel mit der Hand (*archaisch-mechanischer Modus*) oder als unbeabsichtigte Begleiterscheinung beim Spielen, Turnen, beim Stangenklettern, Rutschen auf dem Treppengeländer oder Radfahren etc. Oftmals werden die dabei ausgelösten angenehmen Empfindungen auch noch Jahre später kognitiv gar nicht in Verbindung mit sexueller Erregung gebracht, vor allem wenn kein direkter Kontakt der Hand mit dem Geschlecht erfolgte – es ist der erwachsenen Frau nicht unbedingt bewusst, dass sie bereits in der Kindheit sexuelle Erregung erlebte und genoss.

Manche Mädchen spezialisieren sich auf Erregung durch Vibration (*vibrationsinduzierter Modus*), anfangs im Kindersitz beim Autofahren, später durch Wasserstrahl, die elektrische Zahnbürste und andere Haushaltgeräte, dann das Mofa usw.

Bewegungen und sinnliche Spiele mit dem ganzen Körper erweitern das Erleben und ermöglichen eine Diffusion der Erregung und eine Wahrnehmung des vaginalen Innenraums (*ondulierender und wellenförmiger Modus*). Besonders geeignet sind hier Spiele, bei denen die Stimulation der Rezeptoren im Beckenraum und Geschlecht mit Bewegung, insbesondere Beckenbewegung verknüpft ist, z.B. Türhopser, Lauflehnhilfen, Wippen, Schaukeln, Hoppe, hoppe Reiter auf den Knien der Eltern, Hüpfball, das elektrische Reitrössli vor dem Einkaufszentrum, später Gummitwist, Himmel-Hölle und andere Springspiele, Reiten... Durch viele Wiederholungen der Bewegungen bilden sich Automatismen, die später im Kontext von sexueller Erregung leicht abrufbar sind. Allgemein fördern Bewegungsspiele die körperliche Selbstwahrnehmung, oft auch die kindliche Bewegungsfreude, und tragen somit auch zum Entwickeln der sexuellen Genussfähigkeit bei. Jean-Yves Desjardins beobachtete, dass Menschen mit sexuellen Schwierigkeiten des Öfteren in der Kindheit durch Bewegungsarmut aufgefallen waren. Aus sexologischer Sichtweise



Abb. 4: Die Sexualentwicklung unterstützendes Spielen

machten ihm die «ruhigen» und daher «angenehmen» Kinder weitaus mehr Sorgen als die anstrengenderen, lebhaft herumtollenden.

Die Konstruktion des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit

Mit ca. 18 bis 24 Monaten entdeckt das Mädchen den Geschlechtsunterschied. Zunehmend entwickelt es das Gefühl, weiblichen Geschlechts zu sein. Anfangs ist die Geschlechtszuordnung bei ihm selbst wie auch beim Umfeld noch nicht konstant, sodass das Mädchen mühelos heute deklariert, ein Bub zu sein und einen Penis zu haben, während es morgen ein Mädchen ist. Dies ist kein Grund zur Besorgnis – es kann noch nicht verstehen, dass die Geschlechtszugehörigkeit festliegt und nicht beliebig gewechselt werden kann. Nach einer Phase des Umbruchs und des Chaos, in der das Kind sich der Mama- oder Papawelt zuordnen muss, erfährt das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit im Alter von etwa 5 Jahren eine gewisse Konsolidierung (Bischof-Köhler, 2006). Die Wahrnehmung von sich selbst als Frau oder als Mann bleibt jedoch bis ins Erwachsenenalter Lernprozessen unterworfen und kann sich festigen oder verunsichern werden. Das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit des Erwachsenen ruht nach unserem Verständnis auf drei Pfeilern: dem sexuellen *Archetyp*, für die Frau also Rezeptivität und Mutterschaft, auf der Fähigkeit, sich innerhalb gesellschaftlich vorgegebener *Geschlechtsstereotypen* zu bewegen und auf der *sexuellen Selbstsicherheit*, also der Fähigkeit, den eigenen Körper, das eigene Geschlecht und die sexuelle Erregung positiv zu besetzen und zu zeigen. Im Kindesalter werden die Grundsteine hierzu gelegt, gestützt auf die Wahrnehmung

des eigenen Geschlechts und die Reaktionen des Umfeldes.

Geschlechtsstereotyp

Definition: Sexuelle Stereotypen sind Eigenschaften, die innerhalb einer bestimmten Gesellschaft traditionell den Männern oder den Frauen zugeordnet werden (z. B. Mode, Frisuren, verbale Ausdrucksweise, Berufe, Hobbys).

Die Reaktionen des kindlichen Umfeldes auf sein Erscheinungsbild und Verhalten helfen dem Kind, sich zunehmend einem bestimmten Geschlecht zuzuordnen. Die erzieherische Aufgabe des Umfeldes ist hier, Orientierungshilfe zu bieten, indem eindeutig Stellung bezogen und dem Kind immer wieder vermittelt wird, welchen Geschlechts es ist. Sinnvoll können beispielsweise auch Zuordnungshilfen im Kindergarten sein, so wie «Bubenfarben» und «Mädchenfarben» oder räumlich getrennte Buben- und Mädchenbereiche und -aktivitäten. Verunsichernd kann sich dagegen im Extremfall das Verhalten von Eltern auswirken, die die Tochter ganz wie einen Jungen heranziehen, mit kurzen Haaren und Bubenkleidern – wenn dadurch das Umfeld nicht weiss, ob es einen Bub oder ein Mädchen vor sich hat und ihr keine klaren Botschaften vermitteln kann (mehr zu den Störungen des Gefühls der Geschlechtsidentität in Kapitel 12).

Die weiblichen Stereotypen werden auch in Nachahmungsspielen exploriert. Dort erlebt die Tochter eine sinnliche Identifikation mit der Mutter, trägt ihre Schuhe und Kleider, imitiert ihren Gang, Mimik

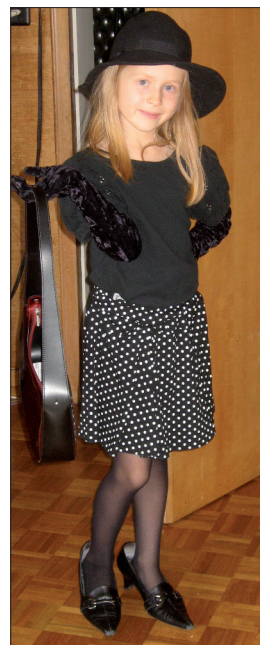


Abb. 5: Mädchen probt Frausein

und Gestik, malt sich die Fingernägel an und probt Geschlechterrollen am Kochherd und die Mutterschaft mit der Babypuppe. In Spielen mit anderen Mädchen übt sie das Verhalten ein, imitiert diese, wird auf oft zunächst übertriebene Weise und zum Entsetzen ihrer Gender-bewussten Eltern «Püppchen», grenzt sich bisweilen scharf ab gegen die Buben und deren Andersartigkeit, auf die sie zunächst herabsieht. Diese Trennung der Geschlechter nimmt in den nächsten Jahren noch zu. Sie führt zu einer deutlicheren Differenzierung vom anderen Geschlecht und bietet Raum, mit den Gleichgeschlechtlichen die eigene Geschlechtszugehörigkeit zu konsolidieren.

Sexueller Archetyp

Definition: Die sexuellen Archetypen sind 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.

Kinder entwickeln von allein schon im ersten Lebensjahr geschlechtsspezifische Spielzeugpräferenzen und spielen schon bald lieber mit gleichgeschlechtlichen Kindern. Wir können heute davon ausgehen, dass dies auf der Basis biologischer Unterschiede zwischen den Geschlechtern, zum Beispiel den männlichen und weiblichen Bewegungsmustern und Verhaltensstilen geschieht. Das heisst nicht, dass die Kinder nicht auch ermutigt werden können, Spiele zu spielen, die traditionell dem Gegengeschlecht zugeordnet werden. Bisweilen enden solche Experimente allerdings damit, dass die Buben Puppen als Wurfgeschosse benutzen, während die Mädchen die Lastwagen füttern – ein Verhalten, das kulturübergreifend zu beobachten ist und nicht einfach erzieherischen Einflüssen entspringt (mehr zum Geschlechtsunterschied im Spielverhalten bei Bischof-Köhler, 2006).

Die Aneignung des *Archetyps der Rezeptivität* erfolgt über die Wahrnehmung des vaginalen Innenraumes. Die Aneignung des eigenen Geschlechts, besonders der Vagina, ist aber in der Kindheit oft unvollständig. Nicht alle Mädchen explorieren ihre Vagina direkt. Die Vaginalwände sind nicht östrogenisiert und Berührungen können rasch schmerzhaft wirken. Häufiger wird der genitale Innenraum eher vage wahrgenommen über Muskelspannungen und Wärmegefühle, bei bestimmten Bewegungen und durch Auswirkung der Schwerkraft. Hüpf- und Schaukelspiele sind nicht umsonst bei Mädchen beliebter als bei



Abb. 6: Hüpfspiel

Buben – sie verfügen über einen grösseren Resonanzraum im Unterleib, der diese Bewegungen besonders interessant macht. Die Vagina wird damit im Körperbild zunächst oft nur diffus repräsentiert und bleibt ungenannt, bis in der Adoleszenz nochmals grosse Veränderungen geschehen. Die Mutter kann der Tochter jedoch schon früh ein Vokabular auch für den Innenraum mitgeben, für die Bewegungen der Muskulatur und für die Fähigkeit der Vagina, sich zu öffnen, aufzunehmen und zu umschliessen.

Mädchen interessieren sich allgemein deutlicher als Buben für Fragen der Fortpflanzung. Sie machen Spiele rund um Schwangerschaft und Geburt, üben die Mutterschaft und Säuglingspflege und setzen sich so mit dem *Archetyp der Mutterschaft* auseinander.

Sexuelle Selbstsicherheit, Selbstbefriedigung, Ablösung und Autonomie

Die Freude der Eltern, wenn die Tochter ihren Körper, ihr Geschlecht voll Stolz präsentiert, hilft ihr dabei, sich und ihren Körper als liebenswert und attraktiv zu erleben, Grundelemente der sexuellen Selbstsicherheit zu entwickeln. 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, zur Differenzierung von der Mutter, die im Alter von 18 Monaten bis 3 Jahren beginnt. Die Reaktion der Mutter auf diese Individuationsbestrebungen kann unterstützend oder hemmend sein. Für viele Frauen ist die Selbstbefriedigung auch heute noch mit Schuldgefühlen verbunden, die sich teilweise dadurch verstehen lassen. Weitere Folgen einer behinderten Autonomieentwicklung werden wir beim Vaginismus Typ II später in diesem Kapitel noch diskutieren.

Dem Vater kommt die Rolle zu, den Ablösungsprozess der Tochter von der Mutter zu unterstützen, indem er deutlich macht, dass er nun an die Seite der Mutter gehört, während die Tochter mit drei Jahren alt genug ist, auch im eigenen Zimmer zu schlafen.

Der Vater – frühe Anziehungscodes und Selbstsicherheit

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 (Genauerer hierzu bei Uhlmann S. 728 f.). Hier spielt wiederum eine Rolle, welche Reaktionen die Mutter auf diese Interaktionen zeigt – öffnet sie der Tochter die Tür zum Vater, zum Mann, zur Sexualität? Oder erfährt die Tochter schon früh, dass Männer schlecht, die Sexualität scheusslich, das Geschlecht schmutzig ist?

Die Peers – Anziehungscodes, Verführung, Grenzen, Kommunikation, Beziehungsfähigkeiten: Der Erregungsreflex wird sozialisiert

Mit dem Entdecken des Geschlechtsunterschieds wächst auch das Interesse am Genitale der anderen. Die Kinder beginnen, sich gegenseitig zu explorieren. Doktorspiele, Initiationsspiele, aber auch Fangen, Kittelspiele, Fesseln, eine ganze Reihe von Spielen sind «kribbelig» und überaus spannend, denn sie implizieren direkt oder indirekt Sinnesempfindungen aus dem Genitalraum.



Abb. 7: Entdecken des anderen Geschlechts

Der Erregungsreflex wird ausgelöst, mit anderen vom gleichen oder vom anderen Geschlecht erlebt, mit emotionaler Spannung verbunden, mit Grenzen belegt, mit Forderungen verbunden, vorenthalten oder belohnt. Mit intensiven Emotionen verbunden, bilden manche dieser Erfahrungen die Basis für die späteren erotischen Anziehungscodes. Das Kind beginnt zu lernen, seine Bedürfnisse nach genitalen Lustgefühlen einzuordnen, unterzuordnen, zu kommunizieren, zu befriedigen, andere dafür zu begehren und zu gewinnen und Frustration zu tolerieren. Es erweitert sein Wissen und sein Vokabular über die Sexualität. Es lernt auch, dass solcherlei Spiele und Sprache vom Umfeld nicht immer geschätzt werden und zieht sich hierfür zunehmend zurück. Früher wurde dieses Verhalten als sogenannte «Latenzphase» gedeutet, in der die Genitalität für Kinder vorübergehend keine Rolle mehr spielt, heute wissen wir, dass sie sehr wohl weiter ausgebaut wird, aber mehrheitlich im Verborgenen. Auch sexuelle Probehandlungen mit anderen Kindern finden statt, Küssen, gegenseitiges Berühren und Erkunden der Genitalien, Einführen von Gegenständen in Körperöffnungen, Auslösen von Erregung und Versuche von Geschlechtsverkehr. Vergleicht man die Kenntnis der Eltern über die sexuellen Handlungen ihrer Grundschulkinder mit dem, was die Kinder selbst berichten, so zeigt sich, dass die Eltern nur den kleinsten Teil des Reichtums kindlicher Sexualität wahrnehmen.

Die Pubertät – das Haus wird umgebaut

In der Pubertät verändert sich der Körper unter Hormoneinfluss stark. Einmal Vertrautes, Angeeignetes wird neu verschaltet und manchmal zunächst als fremd erlebt. Die Körperproportionen wandeln sich. Die Jugendliche fühlt sich darin vorübergehend nicht mehr zuhause. Erwachsenenkörper kennt sie nur aus Vorstellungen und Wünschen, die romantischen, heldenhaften und perfekten Mythen und Idealen entspringen, wie sie die Medien und das Umfeld vermitteln. Es ist eine spezielle Herausforderung in dieser Entwicklungsphase, sich selbst zu akzeptieren, auch ohne diesen Idealen zu entsprechen, die Lust am eigenen Körper zu fördern, in dem dieser auch geschmückt und herausgeputzt und mit Stolz bewohnt werden kann. Auch ändern sich die Reaktionen des Umfelds: die Jugendliche wird plötzlich als sexuelles Wesen wahrgenommen, was sie mit Stolz erfüllen oder aber auch überfordern kann.

Menarche – Schwelle zum Frausein

Jahrhundertlang galt Menstruationsblut als unrein und war mit zahlreichen Mythen, Ängsten und Verhaltensmassregeln besetzt. Bis heute stellt die Menstruation bei uns wie in vielen Kulturen ein gesellschaftliches Tabu dar, das weghygienisiert unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfindet und mit gewissen Handlungseinschränkungen belegt ist – kein Sport, kein Sex, keine helle Kleidung. Menstruationsblut als unappetitliche Ausscheidung körperlicher Giftstoffe, als notwendiger Reinigungsvorgang, der impliziert, dass da etwas Unreines im Körper war, dessen man sich irgendwie zu schämen hat. Je nach der Bedeutung, die der Menstruation vom soziokulturellen Umfeld der Jugendlichen beigemessen wird, kann sie als ein Zugewinn erlebt werden – an Weiblichkeit, an Fruchtbarkeit, an Status unter den Peers, an sexueller Attraktivität und Erlebnisfähigkeit – oder als Nachteil gesehen werden – Schmerzen, Krankheit oder Symbol für alle Einschränkungen, die mit dem Leben als Frau in der entsprechenden Gesellschaft verknüpft sind. Oder sie kann ignoriert werden, als Zeichen eines noch nicht gewünschten Erwachsenwerdens. Entsprechend haben manche Frauen keine Erinnerung an die Menarche, während sie bei anderen ein einschneidendes Erlebnis war.

Die Einstellung der eigenen Mutter zur Menstruation, zur Weiblichkeit und zur weiblichen Geschlechterrolle hat oft einen grossen Einfluss darauf, wie die Tochter ihre Menarche erlebt. Günstig ist, wenn die Mutter positives Modell ist, dem körperlichen Erleben aufgeschlossen gegenübersteht und die Menstruation als natürlichen und positiven Vorgang darstellt, die Tochter auf die Menarche als Zeichen des Erwachens der Gebärmutter vorbereitet, sie in ihrem Erleben begleitet und wertschätzt. Schon vor der ersten Menstruation beginnt das Geschlecht, sich öfter zu regen, zu riechen, zu fließen, es wird präsentiert. Die Menarche führt zur Auseinandersetzung mit der Vagina, dem Uterus und zu neuen Wahrnehmungen. Menstruation kann erlebt werden als deutlich spürbare Präsenz des Geschlechts. Das Fließen und die vermehrte genitale Durchblutung, die erhöhte Bereitschaft zu sexueller Aktivität und das Wissen um die eigene Fruchtbarkeit können genossen werden.

Weibliche Sexualität gefahrenvoll?

Maria galt als göttlich rein, weil sie nie menstruierte – während Eva für ihre Sünden mit Schmerzen bei Menstruation und Geburt büssen musste. Menstruationsschmerz, «Strafe Gottes» und Vorgeschmack auf Deflorations- und Geburtsschmerzen, stellt eine Ver-

bindung des Frauseins und der weiblichen Sexualität mit Schmerzen her. Mit der Menstruation kommt auch die Fruchtbarkeit, und damit die Angst vor unerwünschten Schwangerschaften und die Verantwortung für die Verhütung, die nach wie vor meist bei der Frau liegt und die Jugendliche oft sehr beschäftigt. Die Assoziation von Sexualität mit Schmerzen und Gefahr kann unterschiedliche Abwehrmechanismen und Schutzreflexe gegenüber der Penetration auslösen, wie wir nachfolgend beim Vaginismus sehen werden.

Mädchensexualität wird gesellschaftlich immer noch als gefahrenvoller angesehen als Jungensexualität. Sie wird den Mädchen auch weniger zugestanden, und da die Mädchen zu ihrer Aneignung mehr Lernschritte brauchen, sind sie gesellschaftlich leichter beeinflussbar. Auch die Schwangerschaftsverhütung stellt ein Mittel zur Kontrolle über die Jugendliche dar. Wer bestimmt, wann der Zeitpunkt für Geschlechtsverkehr gekommen ist – das Mädchen, die Mutter, die Gynäkologin? Trotz Kontrollversuchen durch das Umfeld leben die Mädchen ihre Sexualität meist auf verschiedene Weisen. Sie brauchen Freiraum zum Experimentieren und auch, um Fehler zu machen, aber sie sind auch noch angewiesen auf Unterstützung beim Austesten ihrer Grenzen. Die rechtliche Regelung des Schutzalters ist sinnvoll, weil sie hier einen Rahmen gibt und vor Erwachsenen schützt, die dies ausnützen. Die Eltern bewegen sich auf einer Gratwanderung zwischen dem Zugestehen von Freiheiten und dem Setzen von Grenzen als Orientierungshilfe, zwischen Abgrenzung und Einfühlung. Für das Mädchen bedeutet angeeignete Sexualität ein Mittel zur Ablösung und eine Grundlage der Autonomie.

C. Vaginismus

Vaginismus in Kürze

Vaginismus Typ I

Phobische Ängste vor Verletzung durch Penetration der Vagina

- Gekennzeichnet durch die Angst vor dem, was in den Körper hineinkommt.
- Geschlechtsverkehr = Gefahr der Verletzung, Zerstörung.
- Geschlechtsverkehr nicht möglich oder sehr schmerzhaft wegen unwillkürlicher Verkrampfung der Beckenbodenmuskulatur.
- Oft auch kein Einführen von Fingern, Tampons oder Spekulum möglich.
- Körper verschlossen, tonisch, sich schützend.
- Therapieziele: Steuerbarkeit der Beckenbodenmuskulatur, Aneignung der Vagina und vaginalen Erregbarkeit.

Vaginismus Typ II

Geschlechtsidentitätsproblematik und fehlende Ablösung

- Gekennzeichnet durch die Angst vor dem, was aus dem Körper herauskommen könnte.
- Mutterschaft nicht vorstellbar, löst existentielle Ängste aus. Ist selbst Kind, kann sich nicht um Baby kümmern. Spielt evtl. gern mit Kindern, ist eine von ihnen. Kinderwunsch kann positiv sein! (kommt aber von aussen).
- Verschmelzungs- oder Symbiosesyndrom, oft starke Bindung an die Mutter und an den Partner (weiss nicht wo sie aufhört und das Gegenüber anfängt) – Autonomie-/Individuationsprozess ist behindert, konnte nicht ein Gefühl der Weiblichkeit/Mütterlichkeit entwickeln.
- Geschlechtsverkehr = Gefahr für Integrität, Gefahr, erwachsen sein zu müssen.
- Grosses Misstrauen allen Verhütungsmethoden gegenüber.
- Unterleib in Körpersprache eher mädchenhaft-offen statt phobisch-verschlossen. Gyn. Untersuch oft möglich.
- Therapieziele: Autonomieförderung, Aufbau einer Beziehung zur eigenen Vagina und Gebärmutter.
- Übergang zwischen Typ I und II fließend.

Definitionen von Dyspareunie und Vaginismus

Die einzelnen Formen von Dyspareunie und Vaginismus werden hier aus didaktischen Gründen scharf unterschieden, in der Praxis sind die Übergänge fließend und die Frauen lassen sich nicht immer ganz eindeutig einem Formenkreis zuordnen (siehe Tab. 1).

	Archaischer Erregungsmodus	Muskuläre chronische Dyspareunie	Vaginismus I	Vaginismus II
				
Entstehung der Dyspareunie	Erregungsmodus mit hohem BBT, fehlender Entspannung nach Entladung, wenig Lubrikation	Hoher BBT, wenig Lubrikation, sekundär organische Probleme	Phobische Angst vor Schmerzen/ Verletzung von aussen → reflektor. BB-Spasmus	Generalisierte Angst um innere Integrität → reflektor. BB-Spasmus
Penetration	Schmerzhaft bis unmöglich	Schmerzhaft bei Eindringen oder später	Sehr schmerzhaft bis unmöglich	Sehr schmerzhaft bis unmöglich
Finger, Tampon	Meist gut möglich	Möglich, z.T. schmerzhaft	Erschwert bis unmöglich	Meist gut möglich
Gynäkol. Untersuchung	Meist gut möglich	Möglich, z.T. schmerzhaft, hoher BBT, div. dermato-/Bakteriolog. Befunde	Erschwert bis unmöglich, sehr hoher BBT, z.T. Adduktoren-Spasmus	Meist gut möglich!
Erregungsfunktion	AM	AM oder MM, kaum OM oder WM, selten kein EM	AM, MM, selten OM oder kein EM	AM, MM, selten OM oder kein EM
Orgastische Entladung	Möglich, anschließende Entspannung fehlt	Möglich	Möglich	Möglich
Bedeutung des Koitus	Kann Erregung unterstützen oder stören	Mit Schmerzen assoziiert	Stellt Gefahr dar von grossen Schmerzen, Zerstörung	Gefahr, durch Mutterschaft total überfordert zu werden
Bedeutung des Penis	Nicht negativ	Nicht negativ	Negative Repräsentanz	Nicht negativ
Wahrnehmung der Vagina	Hart, fest, solide, kann erregend sein	Schmerzhaft, nicht erregend	Schmerzhaft oder fehlend	Schmerzhaft/ fehlend/erregend
Körpersprache	Unterschiedlich	Oft hohe Grundspannung	Frau schliesst sich (wenig Raum, angespannt, Beine geschlossen)	«Unreife» Frau öffnet sich mädchenhaft
Andere Besonderheiten	Evtl. Begehren nach Koitus ↓ V. a. sehr junge Frauen. Sekundär Vaginismus I möglich	Oft Begehren ↓. Atrophie? Oft chron. Unterleib-Probleme (Obstipation, HWI, Perianalekzem). Sekundär Vaginismus I möglich	Sexuelle Genussfähigkeit unterschiedlich vorhanden. Kinderwunsch kann stark sein.	Oft doppelte Verhütung (Pille + Kondom, trotz keinem GV). Vorstellung Mutterschaft/Stillen bedrohlich.

BBT = Beckenbodentonus

Tabelle 1: Übergänge zwischen archaischem Erregungsmodus, Dyspareunie, Vaginismus I und II.

Definition: Chronische Dyspareunie bei Beckenbodenhypertonus = wiederkehrende genitale Schmerzen bei Penetration, bei denen nicht primär organische Gründe vorliegen.

Vaginismus Typ I (phobischer Vaginismus) = Unwillkürliche Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur, die eine Penetration erschwert oder verunmöglicht, bei Furcht vor Schmerzen oder Verletzung durch den eindringenden Penis, Finger oder Gegenstand. Primärer phobischer Vaginismus: seit dem ersten Versuch, Geschlechtsverkehr zu haben. Sekundärer phobischer Vaginismus: nachdem bereits Geschlechtsverkehr möglich war.

Vaginismus Typ II (Vaginismus aufgrund einer Identitätsproblematik): Unwillkürliche Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur, die eine Penetration erschwert oder verunmöglicht, aufgrund diffuser Ängste im Zusammenhang mit potenzieller Mutterschaft.

Die Definitionen von Vaginismus im DSM IV und ICD-10 beschreiben den körperlichen Mechanismus (Muskelkontraktion) und unterscheiden ursächlich «psychogene» und «organische» Faktoren.

DSM-IV: Vaginismus «Wiederkehrende oder anhaltende störende unwillkürliche Kontraktion der Muskulatur des Beckenbodens (BB) und des äußeren Drittels der Vagina (M. levator ani, M. sphincter ani ext., M. bulbocavernosus, M. ischio-cavernosus) beim Versuch der Penetration (Penis, Finger, Spekulum, Tampon), die den Geschlechtsverkehr behindert oder verunmöglicht.»

ICD-10 Code F52.5: Nichtorganischer Vaginismus «Spasmus der die Vagina umgebenden Beckenbodenmuskulatur, wodurch der Introitus vaginae verschlossen wird. Die Immission des Penis ist unmöglich oder schmerzhaft.

Inkl.: Psychogener Vaginismus. Exkl.: Vaginismus (organisch)» (N94.2, im Kapitel über Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus)

ICD-10 Code F52.6: Nichtorganische Dyspareunie «Eine Dyspareunie (Schmerzen während des Sexualverkehrs) tritt sowohl bei Frauen als auch bei Männern auf. Sie kann häufig einem lokalen krankhaften Geschehen zugeordnet werden und sollte dann unter der entsprechenden Störung klassifiziert werden. Diese Kategorie sollte nur dann verwendet werden, wenn keine andere primäre nichtorganische Sexualstörung vorliegt (z.B. Vaginismus oder mangelnde/fehlende vaginale Lubrikation).

Exkl.: Dyspareunie (organisch) (N94.1)»

Anmerkung zu den Definitionen

Manche Autoren kritisieren, dass kein Konsens darüber besteht, wie «Spasmus» definiert ist und welche Muskelgruppen betroffen sind (Reissing 2004). Ursprünglich wurde die mangelnde Fähigkeit der Betroffenen, die Beckenbodenmuskulatur bewusst zu kontrollieren, für den Vaginismus verantwortlich gemacht. Neuere Studien haben aber gezeigt, dass zumindest diejenigen Frauen mit Vaginismus, welche sich für solche Untersuchungen zur Verfügung stellen, im EMG keine schlechtere Willkürkontrolle über ihre Beckenbodenmuskulatur haben als Nichtbetroffene (Van de Velde 1999). Spasmen anlässlich der gynäkologischen Untersuchung finden sich auch gehäuft beim Vestibulitis-Vulvae-Syndrom und können sogar bei gesunden Probandinnen auftreten (Reissing 2004). Der Spasmus scheint also nicht das geeignete differenzialdiagnostische Kriterium zu sein. In der Differenzialdiagnose zur Vulvodynie oder zum Vestibulitis-Vulvae-Syndrom könnte die Angst vor oder phobische Vermeidung der Penetration und der gynäkologischen Untersuchung ein besseres Kriterium darstellen als Spasmen und Hypertonus der Beckenbodenmuskulatur (Binik 2002).

Vaginismus Typ I (phobischer Vaginismus)

Der phobische Vaginismus ist zu verstehen als eine konditionierte Angstreaktion oder Phobie auf den eindringenden Penis oder andere Objekte. Als Folge einer fehlenden Aneignung der Vagina, gepaart mit fehlendem Wissen und falschen Vorstellungen rund um den Geschlechtsverkehr, verspannen sich reflektorisch gewisse Muskelgruppen, insbesondere die Beckenbodenmuskeln, sobald sich etwas der Vagina nähert, und erschweren oder verunmöglichen dadurch die Penetration.

Hintergrundwissen: In einer kontrollierten Untersuchung führten Bedrohungen und andere negative Affekte bei Frauen mit und ohne Vaginismus im EMG gleichermassen zu einem erhöhten Tonus der Beckenbodenmuskulatur, und zwar im Rahmen einer generalisierten Abwehrreaktion, die auch extragenitale Muskelgruppen (z.B. m. Trapezius) einschloss (Van de Velde 2001 a und b). Daraus wurde geschlossen, dass Frauen mit Vaginismus Penetration als Bedrohung erleben und darauf mit einer vaginistischen Abwehr reagieren. Diese Abwehr kann das Ausmass einer konditionierten spezifischen Phobie annehmen (Reissing 2004, Binik 2002). Möglicherweise spielt eine Schmerzverarbeitungsstörung in diesem Zusammenhang eine begünstigende Rolle. Spezifische psychische Muster konnten dem phobischen Vaginismus jedoch nicht zugeordnet werden. Einzig der sexuelle Missbrauch in der Kindheit war bislang in einer kontrollierten Studie doppelt so häufig bei Probandinnen mit Vaginismus wie bei den Kontrollen (Reissing 2003).

Der phobische Vaginismus liegt meist primär vor, das heisst, der Geschlechtsverkehr ist noch nie gelungen. Sekundär kann er auftreten nach einschneidenden Erlebnissen oder wiederholter Dyspareunie. Nicht jede Frau entwickelt nach solchen Erlebnissen einen Vaginismus. Tendenziell betrifft er Frauen, die ihre Sexualität eher wenig entwickelt oder integriert haben und darum besonders anfällig sind für Störungen, die ihren Eindruck verstärken, dass Sexualität und Geschlechtsverkehr gefährlich sind. Mögliche Auslöser des sekundären Vaginismus sind:

- postpartal nach traumatisch erlebter Geburt/Dammverletzung
- in der Stillzeit, v.a. bei Dyspareunie aufgrund einer Stillatrophie
- in der Postmenopause, wenn der Hormonabfall die Selbstwahrnehmung des Körpers und des Genitalia radikal verändert und verfremdet, oder bei atrophie-bedingter Dyspareunie
- nach genitalen, evtl. rezidivierenden oder stigmatisierenden Infektionen und Geschlechtskrankheiten
- bei Sterilitätstherapie, wenn der Körper über längere Zeit als (zudem oft insuffizientes) Objekt der Ärzte erlebt wird statt als Ort des Lustempfindens
- nach Lasertherapie, Genitalchirurgie, Malignomoperationen oder Bestrahlungen
- nach sexuellen Übergriffen

Erscheinungsbild

Vaginismus betrifft schätzungsweise 5% der Gesamtbevölkerung, 15% der Patientinnen in der Sexualberatung (Weijmar Schultz 2005). Die genaue Prävalenz ist nicht bekannt, da die betroffenen Frauen eine gynäkologische Untersuchung meiden und in der Sprechstunde nicht selten erst auf Druck des Partners vorgestellt werden oder wenn ein Kinderwunsch unerfüllt bleibt. Bei der Fertilitätsanamnese lässt sich dann erheben, dass seit Längerem, oftmals schon seit Jahren kein Geschlechtsverkehr gelungen oder auch nur versucht worden ist. Die beiden Partner denken, sie sind die einzigen hiervon Betroffenen und haben grosse Schamgefühle wegen dem nicht vollzogenen Geschlechtsverkehr und dem Aufrechterhalten einer Fassade gegenüber dem Umfeld.

Betroffene Frauen berichten über unterschiedliche Schwierigkeiten bei dem Versuch zu kohabitieren, von einer leichten Verengung mit dem Gefühl des Unbehagens beim Eindringen oder von Penetration, die nur unter grössten Schmerzen möglich ist, bis hin zum totalen Verschluss («Es macht zu», «eine Wand»), bei dem sich evtl. auch Gesäss, Beine und Bauch spastisch verspannen und die Frau, ohne dies zu wollen, den Partner von sich stösst oder fluchtartig das Bett verlässt.

Begleitet werden diese Körperreaktionen von einer phobischen Komponente mit leichten Angstgefühlen bis hin zur massiven Todesangst mit starken neurovegetativen Begleiterscheinungen wie Zittern, Schweißausbrüchen und Nausea oder Weinen. Die Angst kann so zentral sein, dass selbst die Antizipation oder das Erwähnen von Penetration in der Sprechstunde eine unwillkürliche Abwehrbewegung auslöst und zu einem Zusammenkneifen der Augen, der Lippen oder der Oberschenkel führt. Die Phobie kann auch das Eindringen in andere Körperöffnungen einschließen, z. B. die Mundhöhle beim Zahnarztbesuch, das Reinigen der Ohren oder medizinische Handlungen wie Spritzen und Operationen.

Meist benutzt die Frau mit primärem phobischen Vaginismus keine Tampons und hat ihre Vagina selten oder nie mit dem Finger exploriert. Entsprechend vage sind ihre Vorstellungen davon, oft weiss sie nicht wo der Eingang liegt und fantasiert ihre Vagina als «eng gebaut», verwundbar, missgebildet oder sogar fehlend. Nur schon der Gedanke, einen Finger dort hineinzustecken, löst Ängste vor Verletzung, Infektion und Schmerzen aus.

Übung: Stellen Sie sich vor, man hätte Sie gestern am Blinddarm operiert, und heute klappte Ihre Wunde, weil alle Nähte aufgingen. Wie geht es Ihnen bei der Vorstellung, einen Finger in diese offene Wunde zu stecken?
Ähnliche Gefühle erlebt die Frau mit phobischem Vaginismus beim Gedanken, ihre Vagina zu berühren.

Gynäkologische Untersuchung umgeht die Betroffene oft lange. Kommt es doch dazu, bereitet es ihr Schwierigkeiten, die Beine zu öffnen. Die Adduktorenspannung ist manchmal chronisch erhöht. Der Beckenboden zieht sich spastisch zusammen, sobald der untersuchende Finger in die Nähe des Scheideneingangs gelangt. Wenn es gelingt, den Finger einzuführen, lässt sich ein stark erhöhter Muskeltonus des Beckenbodens, insbesondere der Levatoren ertasten. Eine visuelle Untersuchung ist, wenn überhaupt, nur mit dem Virgo-Spekulum möglich. Die Rektaluntersuchung kann einfacher oder ebenfalls erschwert sein. Wenn die gynäkologische Untersuchung gut durchführbar ist, ist ein phobischer Vaginismus unwahrscheinlich, und es liegt eher ein Vaginismus Typ II vor (siehe unten). Umgekehrt sind aber die beschriebenen Abwehrreaktionen nicht nur bei Frauen mit phobischem Vaginismus zu finden, sondern auch bei manchen Frauen, die problemlos Geschlechtsverkehr haben können und nur auf die Untersuchung so reagieren.

NB: Eine gynäkologische Untersuchung ist beim phobischen Vaginismus nicht primär indiziert und soll keinesfalls forciert werden. Es kann jedoch sinnvoll sein, seltene Fehlbildungen wie ein vaginales Septum durch eine vorsichtige Palpation auszuschließen. Da betroffene Frauen ausserordentlich unsicher sind über ihre eigene Geschlechtsanatomie und sich ärztliche Äusserungen darüber sehr zu Herzen nehmen, ist es wichtig, im Gespräch über den Untersuchungsbefund jegliche negative Wertungen zu vermeiden, wie auch Äusserungen, die in Richtung einer Hypoplasie der Vagina interpretiert werden könnten («Sie sind eng gebaut»). Der gynäkologische Untersuch bei Vaginismus wird unter «Therapie» genauer beschrieben.

Evaluation

Anliegen:

Weshalb und für wen kommt die Frau zum jetzigen Zeitpunkt? Was möchte sie erreichen? Geht es um ein Projekt für die eigene Sexualität oder darum, den Partner zufriedenzustellen? Eine partnerorientierte Motivation ist bereits ein Anfang. Längerfristig versuchen wir aber, der Frau schmackhaft zu machen, was sie selbst bei der Weiterentwicklung der eigenen Sexualität gewinnen kann.

Körpersprache:

Schon im Wartezimmer lassen sich gewisse Tendenzen beobachten: Die Frau nimmt wenig Raum ein und verschliesst sich: hyperten/spastisch bis zitternd geschlossene Oberschenkel, gekreuzte Arme, Lordose der Lendenwirbelsäule, das Becken nach hinten versteckt, oben sehr flache, kaum sichtbare Atmung in Inspirationsstellung, sitzt am Stuhlrand, «auf dem Sprung». Schutz- und Verschluss-Bewegungen und Spasmen können auch unwillkürlich auftreten, wenn Angst auslösende Inhalte besprochen werden.

Übung: Eigene Haltung als Berater: Beobachten Sie, wie Sie in einer Konsultation der Patientin gegenüber sitzen: Wie ist Ihre Körperachse, ist der Oberkörper zentriert oder zur Patientin gebeugt? Der Kopf? Wie plazieren Sie Ihre Beine gegenüber der Patientin? Könnte Ihre Haltung, Ihr Blick, Ihre Gestik, Ihre Körpersprache auf die Patientin angstmachend wirken? Wirken Sie forschend und eindringend, oder bleiben Sie zentriert und annehmend?

Spielen Sie mit verschiedenen Haltungen und beobachten Sie, wie diese auf Sie selbst wirken und vielleicht vor dem Spiegel – wie Sie von aussen gesehen werden könnten.

Im Gespräch mit der vaginistischen Patientin versuchen wir zu vermeiden, körperlich oder verbal eindringend zu wirken. Ideen von «eindringendem» Aktivismus wie operative Therapieversuche oder der Vorschlag «Probieren Sie es doch mal mit etwas mehr Kraft» können als Gegenübertragungsreaktion auftreten, sind aber kontraproduktiv.

Kognitionen

In ihrer sexuellen Entwicklung geht es fast allen Frauen so, dass sie irgendwann im Zusammenhang mit ihrem Genitale Ängste erleben (bezüglich Schmerzen, Infektionen, Schwangerschaft etc.), und der Zugang zur Vagina ist für alle Frauen nicht einfach. Es gehört also zur Aneignung der weiblichen Identität dazu, diese Ängste zu bewältigen und den Zugang zu finden. Dies geschieht durch das schrittweise Erleben der körperlichen Realität der Vagina, ihrer Intaktheit, ihrer zunehmend angenehmen Sinnesempfindungen. Fehlinformationen durch das Umfeld, mangelndes Wissen, versteckte oder ausgesprochene Verbote, das Schüren von Ängsten vor dem weiblichen Geschlecht, vor dem Geschlechtsverkehr und der Defloration können die Neugier und den Mut zu diesem Erleben nehmen. Sie spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung von phobischem Vaginismus. Wird der Frau vermittelt, dass es «da unten» schmutzig, gefährlich, unerwünscht oder verletzbar ist, so kann sie dies schon von klein auf davon abhalten, diesen Bereich des eigenen Körpers zu entdecken. Was fremd bleibt, macht Angst. Auch wenn das «da unten» für den Mann aufgespart werden soll, wenn er der Erste sein soll, der dorthin gelangt und sie auf ihn wartet, gleich Dornröschen auf den Prinzen, so bleibt ihr ihr Innenraum fremd. In Kulturen, wo die intakte Jungfräulichkeit bei der Hochzeit einen hohen Stellenwert hat, explorieren sich die jungen Mädchen weitaus seltener

– entsprechend ist die Vaginismusrate dort höher als dort, wo voreheliche Sexualität oder z.B. Tampongebrauch von früh an selbstverständlich sind.

Das Wissen über Lage und Bau der Vagina ist allgemein sehr beschränkt, bei Frauen mit Vaginismus umso mehr. Manche haben wohl die Anatomie genau studiert (selbst Ärztinnen!) und können dennoch keine Verbindung herstellen zwischen den Abbildungen und ihrem eigenen körperlichen Erleben. («Bei mir ist das anders.») Ohne bewusste Sinneswahrnehmungen der eigenen Vagina, ohne Erfahren der eigenen körperlichen Realität lässt sich anatomisches Wissen nicht integrieren – es bleibt Theorie auf dem Papier. In der Vorstellung der Frau ist die eigene Vagina undeutlich, fehlend oder wird als eng oder klein fantasiert, teils scheint sie zur Bauchhöhle oder zum Uterus hin offen zu stehen – während der Penis des Partners überdimensioniert wahrgenommen wird. Eindrücklich zeigt sich diese doppelte kognitive Verzerrung, wenn die Frau ihr eigenes Geschlecht und das des Partners aufzeichnet (Abb. 8). Die disproportionierten Grössenverhältnisse machen verständlich, weshalb sie sich ein Zusammenkommen dieser beiden Organe ohne Verletzung und Zerstörung nicht vorstellen kann.

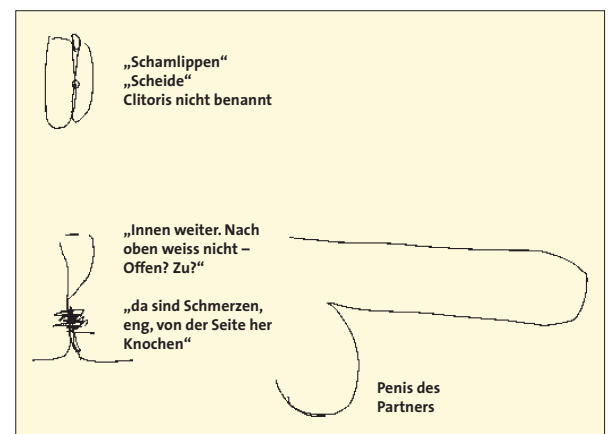


Abb. 8: Frau A (siehe Fallbeispiel unten) Zeichnung der eigenen Vulva, Vagina, Penis des Partners: Grössenmissverhältnis

Mythen über starke Schmerzen oder lebensbedrohliche Blutungen bei der Defloration sind vor allem bei muslimischen Frauen weit verbreitet, finden sich aber auch in unserer Kultur immer wieder. Real ist der Einriss des Hymens beim ersten Geschlechtsverkehr in der Regel mit wenig Schmerzen und wenig Blutverlust verbunden. Schmerzen werden viel eher ausgelöst durch die Ängste, die erhöhte Muskelspannung und damit eine Verengung der Vagina bewirken. Bei rund einem Drittel der Frauen dehnt sich das Hymen bei der Defloration, ohne zu reissen, oder ist schon vorgängig eingerissen. Durch Einführen von Tampons oder mit dem Finger lässt sich die Öffnung zudem so dehnen, dass die erste Penetration einfacher wird.

Vorstellungen über die Rolle der Frau beim Geschlechtsverkehr als «passiv-erduldend» können Ängste ebenso schüren wie Bilder vom Mann als «aggressiv-verletzend». Oft bestehen auch Ängste vor der männlichen Sexualität, die als ungeschickt, unbeherrscht, unkontrollierbar oder animalisch fantasiert werden kann – selbst wenn der Partner sonst als liebevoll und einfühlsam erlebt wird. Gefühle von Ausgeliefertsein und Kontrollverlust sind für diese Frauen oft besonders bedrohlich, und die sexuelle Intensität des Mannes kann als Gewalt erlebt werden.

Zusammenfassung Kognitionen:

- **Verbale, nonverbale und implizite Verbote verhindern vaginale Selbstexploration.**
- **Fehlinformationen über Defloration, Mythen über Geschlechterrollen und männliche Sexualität schüren Ängste vor dem «ersten Mal».**
- **Das Wissen über die Anatomie der Vagina ist meist minimal.**
- **Fehlende Wahrnehmung und Aneignung der Vagina führt zu doppelter kognitiver Verzerrung: die Vagina wird als zu klein vorgestellt, der Penis als zu gross.**

Erregungsfunktion

Organische Komponenten

Wir können in der Regel davon ausgehen, dass Frauen mit phobischem Vaginismus genital gesund sind, auch wenn sie es selbst in Frage stellen. Differenzialdiagnostisch lassen sich bei regelrechter Menstruation bereits sämtliche obstruierende Fehlbildungen ausschliessen. Sehr selten (Prävalenz ca. 1:10 000 bis 1:20 000 Frauen) liegen unvollständige Septen oder Hymenalanomalien vor, die durch wiederholtes Schmerzerleben beim Versuch der Penetration sekundär einen Vaginismus zur Folge haben und nebst einer Vaginismustherapie auch eine medizinische Intervention nötig machen. Achtung: Hymenalplastiken werden immer noch viel zu häufig durchgeführt und sind selbst bei manifestem organischem Befund, z. B. mikroperforiertem Hymen, wegen der Gefahr von postoperativer Narbenbildung und Strikturen oft nicht die Therapie der Wahl (Dilatation in Narkose wäre hier sinnvoll). Versuche, Vaginismus operativ anzugehen, sind Zeichen von leider immer noch grassierendem ärztlichem Unwissen und Hilflosigkeit und kommen von der Logik her etwa dem gleich, einen verspannten Nackenmuskel operativ zu durchtrennen.

Erregungsfunktion

Frauen mit phobischem Vaginismus haben ganz unterschiedliche sexuelle Fähigkeiten erworben. Manche kennen keine orgasmischen Entladungen und haben kaum Vorstellungen ihres Geschlechts. Es kann vorkommen, dass sie meinen, mit dem Finger in der Vagina zu sein, dabei liegt er nur zwischen den Lippen. Viele Frauen haben ihr äusseres Geschlecht sehr gut kennen gelernt und erleben Entladungen und Orgasmen durch verschiedenste und variantenreiche Arten von Stimulation der Vulva, bei archaischem Erregungsmodus auch der Unterbauchmuskulatur. Im Vorspiel kommen selbst ondulierende Erregungsmodi vor. Häufig ist ein klitoridal-mechanischer Modus mit sehr hoher Beckenboden-Spannung. Ein Erregungsmodus, der auf Zusammenpressen der Beine oder hohem Beckenbodenmuskeltonus beruht, ist ungünstig, weil er die vaginistischen Tendenzen unterstützt. Die Stimulation kann auch durch den Partner und selbst durch Reibung an oder mit dem Penis des Partners erfolgen. Manche Paare praktizieren über Jahre befriedigende Sexualität mit Schenkelverkehr (zwischen den Beinen) und konsultieren erst, wenn Kinderwunsch besteht.

Es bestehen grosse Unterschiede darin, mit welchen Körperteilen (Hand, Finger, Zunge, Penis) und wie nah der Partner dem Geschlecht der Frau und im Speziellen dem Eingang ihrer Vagina kommen darf, und welche Reaktionen diese Annäherungen bei ihr auslösen. Während die einen Frauen keinerlei direkte Berührungen ihres Geschlechts tolerieren, erleben andere das Spiel des Partners selbst mit dem Penis an ihrer Vulva als höchst erregend. Manche Frauen geniessen die Interaktionen mit dem Penis, öfter aber ist er eher negativ besetzt, wird als seltsam bis abstossend erlebt, die Erektion als bedrohlich. Dann ist die Frau vielleicht bereit, ihn manuell zu stimulieren, jedoch nicht, weil sie sich daran erfreut und erregt, sondern als Liebesdienst für ihn.

In der Evaluation fragen wir nach der Beziehungsgeschichte der Frau mit ihrem Geschlecht, insbesondere, wie weit sie ihre Vagina wahrnimmt – spürt sie die Abwehrreaktion ihres Beckenbodens? Kann sie sie willentlich nachmachen? Manche Frauen nehmen wahr, dass die Einengung der Vagina das untere Drittel betrifft, während sich der Raum nach oben weitet. Wie und wo spürt sie sexuelle Erregung? Kribbeln und Wärmegefühl im Unterleib sind ein Hinweis, dass bereits eine gewisse Innenwahrnehmung vorliegt. Spürt sie, dass sie feucht wird? Wo? Wie erlebt sie die Menstruation? Nimmt sie wahr, wo das Blut herkommt? Wie hat sie die Menarche erlebt? Hat sie ihr Geschlecht, ihre Vagina schon mit den Fingern besucht? Verwendet sie Tampons oder Binden?

Manche Frauen mit Vaginismus haben in ihrer sexuellen Biografie Übergriffe erlebt. Dies ist aber weitaus weniger häufig als man vermuten würde. In den meisten Fällen ist kein unmittelbares Ereignis als Auslöser des Vaginismus eruierbar.

Zusammenfassung Erregungsfunktion

- Organische Komponenten, so Fehlbildungen von Hymen oder Vagina, sind nur extrem selten ursächlich an Vaginismus beteiligt.
- Äusseres Genitale, Erregungsfunktion, Erregungsmodi und sexuelle Interaktion mit dem Partner können ganz unterschiedlich differenziert angeeignet und entwickelt sein.
- Erregungsmodi mit hohem Beckenbodentonus (AM, MM) begünstigen Vaginismus.
- Hoher Beckenbodentonus erlaubt z.T. eine gewisse Innenwahrnehmung im Becken, nicht aber die Wahrnehmung eines vaginalen Hohlraumes.

Sexodynamische Komponenten

Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit

Das Gefühl der Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht stützt sich ab auf drei Säulen: Erstens auf die äusserlichen Aspekte, das Erscheinungsbild, also z.B. die «weibliche» Kleidung, Berufe, Sprache, Bewegungen, Frisur etc., die gesellschaftlich definierten *sexuellen Stereotypen*. Zweitens den *sexuellen Archetypen* der Rezeptivität und Fortpflanzung, also auf die körperliche Wahrnehmung des eigenen Geschlechts, des vaginalen Innenraums und der Fähigkeit, einen Penis oder Gegenstand in der Vagina aufzunehmen und sich daran zu erregen, sowie der Fähigkeit, schwanger zu sein und ein Kind zu gebären. Und drittens auf der *sexuellen Selbstsicherheit*, also dem Stolz auf sich und auf das eigene Geschlecht und der Fähigkeit, Geschlecht und Erregung zu zeigen. Verständlicherweise erleben Frauen mit phobischem Vaginismus oft Verunsicherungen im Weiblichkeitsgefühl, da sie sich im Bereich des Archetyps der Rezeptivität defizient fühlen und in der sexuellen Selbstsicherheit eingeschränkt sind. Von Kleidung und Verhalten her können sie jedoch den weiblichen Stereotypen entsprechen. Manche Frauen investieren sehr in die «äusserliche» Weiblichkeit bis hin zum ondulierenden feminoiden Gang, ohne aber das Innere besetzt zu haben. Häufiger ist das Becken beim Laufen relativ immobil.

Sexuelles Begehren und sexuelle Lustfunktion

Abhängig vom Erregungsmodus und von der Bandbreite ihrer «extravaginalen» Sexualität können diese Frauen wenig bis viel sexuelle Lust erleben und entsprechend wenig bis viel *sexuelles Begehren* entwickeln. Ein *koitales Begehren* (= nach Geschlechtsverkehr) kann fehlen oder ist durch Kinderwunsch oder emotionale Bedürfnisse (Wunsch nach Verschmelzung, dem Partner zuliebe, Wunsch nach Normalität oder Bestätigung von Weiblichkeit) motiviert. Da sie Geschlechtsverkehr nicht als lustvoll-erregend antizipieren, ist das Begehren nach Geschlechtsverkehr nicht durch koital-sexuelle Bedürfnisse motiviert. Manche Frauen haben aber durchaus eine gewisse Vorstellung von Erregung durch Penetration – oft dann das Bild einer sehr kräftigen, heftigen Penetration – bei archaischem Erregungsmodus mit Bevorzugung der Tiefenrezeptoren der Beckenbodenmuskulatur.

Sexuelle Fantasien

Bei den Fantasieinhalten interessiert uns im Sexocorporel, wie weit diese Bezug nehmen auf das körperliche Erleben der Frau und den Grad an sexueller Rezeptivität spiegeln, den die Frau entwickelt hat. Enthalten sie Szenarien mit Penetration, ist vielleicht eine gewisse Vorstellung von der eigenen Vagina vorhanden. Öfter ist die Vagina nicht mental repräsentiert, und Penetrationsvorstellungen dienen emotionalen Bedürfnissen wie dem Wunsch nach Verschmelzung oder kommen in der Fantasie gar nicht vor.

Sexuelle Anziehungscodes

Frauen mit Vaginismus finden sehr unterschiedliche Handlungen und Attribute an Männern sexuell attraktiv. Tendenziell fühlen sie sich besonders angezogen durch Männer, die eher emotional polarisiert, einfühlsam und sanft sind, oft Männer, die ihre phallische Intrusivität wenig entwickelt haben. Einen Mann, dem der Geschlechtsverkehr sehr wichtig ist, erleben diese Frauen eher als bedrohlich denn als attraktiv. Ein solcher Mann wäre auch nicht bereit, jahrelang auf den Geschlechtsverkehr zu verzichten, wie es die Partner von Frauen mit phobischem Vaginismus oft sind.

Fallbeispiel DVD 2

Frau G., 25-j., Türkin

5 Monate verheiratet, beschreibt die Ehe als gut, der Mann ist schön, toll, stark, aber auch sehr zärtlich; sie hat «Glück gehabt mit ihm».

Problem: «Er kommt nicht rein», «ich bin zu klein», «er hat unnormale großen Penis». Gedanke an Penetration löst Angst aus vor Schmerzen. Koitus seit Hochzeitsnacht mehrmals ausprobiert, sehr schmerzhaft, nie gelungen.

Anliegen:

Möchte Kinder, stellt sich Schwangerschaft und Mutterschaft schön vor.

Möchte Geschlechtsverkehr, damit sie schwanger werden kann, und weil ihr Mann «ein Anrecht darauf» habe. Bei genauem Nachfragen möchte sie auch mit ihm schlafen, weil sie ihn gern hat, weil es dazu gehört, aber auch für sich selbst, nicht nur für ihn.

Evaluation:

Partnersex: Streicheln, Küssen, genitale manuelle Stimulation bds., führt bei ihm zur Ejakulation. Er kann sie auch genital berühren, was sie sexuell erregend findet und genießt. Auch Zungenküsse findet sie sehr erregend. Erregung = «Zucken unten» im äusseren Geschlecht. Orgastische Entladungen hat sie nicht bewusst erlebt.

Penetration: Sein Versuch, mit einem Finger zu penetrieren, war bereits sehr unangenehm für sie. Sie merkte schon dort, dass sich die Muskulatur verkrampfte, bei Penetrationsversuch mit dem Penis noch mehr. «Es sträubt sich alles im Körper». Und sie macht Abwehrbewegungen gegenüber Partner, was diesen kränkt.

Selbstbefriedigung:

Ein-, zweimal probiert. Nicht interessant. «Macht man nicht bei uns». Hatte kein Bedürfnis danach.

Selbstexploration: Äusseres Geschlecht mit Spiegel angeschaut. Klitoris und Lippen identifiziert, Vagina-Eingang nicht gesehen. Noch keine gynäkologische Untersuchung. Als 18-Jährige bei Mens Tampon mehrmals versucht einzuführen, war sehr schmerzhaft. Mit dem eigenen Finger hat sie ihre Vagina jedoch bereits ein bisschen exploriert.

Beurteilung:

Primärer phobischer Vaginismus (Angst vor Schmerzen durch Penetration, verschliessende Körpersprache, keine Ängste bezüglich Mutterschaft).

Stärken:

Nimmt ihre Beckenbodenkontraktionen wahr. Erregbarkeit vorhanden, kein eindeutiger Erregungsmodus, wobei noch genauer zu evaluieren wäre, wie sie ihren Körper einsetzt bei Erregung, also beim Küssen oder wenn der Partner sie genital stimuliert, und ob sie wirklich keine Entladungen erlebt. Begehren nach Geschlechtsverkehr vorwiegend emotional und durch Kinderwunsch motiviert.

Religiöse und kulturelle Schranken spielen wahrscheinlich eine Rolle in ihrer sexuellen Lerngeschichte. Sie hat jedoch gute Ressourcen, da sie sich immer mal wieder über gewisse Verbote hinwegsetzt, ihrem Genitale auch mit Interesse und Neugier begegnet und sich nicht scheut, damit zu experimentieren.

Beziehungskomponenten

Frauen mit phobischem Vaginismus sind ebenso liebes- und bindungsfähig wie andere Frauen. Auch auf der Ebene der Verführung und der erotischen Kommunikation sowie der erotischen Fähigkeiten herrscht – ausgenommen, was die Vagina betrifft – eine grosse Bandbreite.

Fallbeispiel: Frau A

30-jährige Lehrerin, konsultiert, weil sie noch nie Geschlechtsverkehr haben konnte. Seit 2 Jahren verheiratet. Kinderwunsch vorhanden.

Aus religiösen Gründen (Freikirche) hat das Paar vorheilig nur etwas Petting ausprobiert. Seit der Hochzeitsnacht scheiterten mehrere Versuche der Penetration an ihren starken Schmerzen. Das Paar entwickelte dann eine regelmässig stattfindende «extravaginale» Sexualität, bei der sie auf ihm sitzt und ihre Vulva kräftig gegen sein erigiertes Glied reibt. Dadurch kommen beide Partner rasch zu einer Entladung. Sie geniesst dabei die Erregungssteigerung, empfindet sie aber als körperlich eher anstrengend. Manuelle Stimulation der Vulva erfolgt selten, sie erlebt sie als eher unangenehm. Ihn stimuliert sie selten, aber gern, seine Erregung erlebt sie als Kompliment. Oralsex hat das Paar noch nie ausprobiert, als Grund gibt die Frau Ängste vor Bakterien an.

Ihren Partner beschreibt Frau A als «wahnsinnig gutmütig», er schimpfe nie, sei humorvoll und nie aggressiv.

Als Jugendliche stimulierte sich die Frau ca. 1 x wöchentlich selbst in einem archaisch-mechanischen Erregungsmodus, indem sie in Bauchlage mit hoher Muskelspannung im ganzen Körper die Vulva durch Auf-Ab-Bewegungen des Beckens gegen ein Kissen rieb und drückte. Sie trug dabei stets Unterwäsche und berührte sich nie manuell. Die Erregung steigerte sie innert 1 bis 3 Minuten zu einer Entladung. Diesen Erregungsmodus hatte sie schon als Kind entdeckt. Sie wusste zwar, dass Selbstbefriedigung von der Kirche nicht gutgeheissen wurde, beschloss aber, dies zu ignorieren. Aktuell findet Selbststimulation nur noch ca. 1 x pro Jahr statt, «um ihre Erregung für den Partner aufzusparen».

Im Elternhaus war das Thema Sexualität tabu. Die Eltern hatte sie nie nackt gesehen. Der Aufklärungs-

unterricht in der Schule interessierte sie nicht, sie betrachtete Sexualität als etwas Negatives, vor dem sie «sich verschloss». Die Beziehung der Eltern war belastet, der Vater war jähzornig und schlug bisweilen die Mutter. Von Männern hatte sie eher ein schlechtes Bild, auch wenig Kontakt, da in einer Mädchenschule und später in der Ausbildung. Erst Mitte 20 hörte sie von anderen Gläubigen, dass Sexualität etwas Positives sei und bekam den Wunsch, das auch für sich zu entdecken.

Beziehung zur Vagina: Die sexuelle Erregung nimmt sie in der Vulva und «etwas innen» wahr, deutlicher kennt sie «Schmetterlinge im Unterbauch» von der Zeit frischer Verliebtheit. Konkrete Erfahrungen mit ihrer Vagina machte die Frau, indem sie sich einzeln explorierte, mit der Idee, dadurch mehr über ihren Körper zu erfahren und herauszufinden, wie das mit dem Verkehr gehen sollte. Dabei nahm sie wahr, dass Berührungen am Eingang durchaus erregend sein konnten, dass es dann aber sehr eng und schmerzhaft wurde, und sich weiter innen dann wieder weitete. Eine Zeichnung ihres Geschlechts spiegelt dies wider (Abb. 8). Der Penis stellt sich daneben überproportional gross dar.

Tampons benutzte sie nie, da ihr die Mutter und Gynäkologin davon abgeraten hatten. Sie gab eine gesteigerte Ängstlichkeit vor ärztlichen Eingriffen an: Spritzen, Nasenuntersuch, Gastroskopie, beim Augenarzt krampfartiger Verschluss der Augen, der das Tragen von Kontaktlinsen verunmöglichte.

Die zierliche, weit jünger wirkende Frau in unscheinbarer Kleidung, ohne Schmuck oder Make-up, hält die Arme eng beim Körper. Die Beine sind über Kreuz fest geschlossen, die Atmung ist kaum wahrnehmbar. Ein hoher Tonus der Kaumuskelatur fällt auf, sie «beisst vielfach die Zähne zusammen» – sie trägt seit Jahren nachts wegen Zähneknirschen eine Schiene.

Therapie

Verschiedene Therapieansätze

Behandlungsansätze bei Vaginismus schliessen Psychotherapie, Paartherapie und die weit verbreitete Desensibilisierungstherapie mittels vaginaler Dilatatoren ein. Auch chirurgische Therapieversuche kommen vor. Diese sind aber als Kunstfehler zu betrachten, denn Angst kann nicht operiert werden! Die Vorstellung eines invasiv-destruierenden Eingriffs verstärkt Furcht und Muskelkontraktionen, und einen techni-

schen Eingriff zu brauchen, um Frau zu werden, löst Scham aus.

In den sehr seltenen Fällen von hymenalen oder vaginalen Fehlbildungen, wo Chirurgie oder Narkosedilatation wirklich indiziert sind, empfiehlt sich eine sexualberatende Begleitung. So kann die Frau bei der postoperativen Wundpflege zur Narbenprophylaxe auch eine positive Beziehung zu ihrem Geschlecht aufbauen.

Botox-Injektionen in die puborektale Muskulatur scheinen in 75% der Fälle zu einem Verschwinden des

Vaginismus zu führen (Ghazizadeh 2004). Dabei soll eine einmalige Behandlung auch für Langzeiterfolge genügen. Das ist nachvollziehbar, denn positive und schmerzfreie Erfahrungen mit dem Geschlechtsverkehr können helfen, die Phobie davor zu verlieren. Aufgrund der grossen Ängste der Patientinnen ist für den Eingriff eine starke Sedierung nötig, auch lässt sich nicht jede Patientin dafür gewinnen. Auch diese Behandlung soll von einer sexologischen Beratung begleitet werden. Denn der Vaginismus hängt, wie wir gesehen haben, mit Fehlinformationen und mit Einschränkungen im sexuellen Lernen und der Aneignung des eigenen Geschlechts zusammen. Diese Aspekte werden mit einer reinen Injektionstherapie nur wenig tangiert, die bloss Herstellung der Penetrierbarkeit garantiert noch kein lustvolles Erleben der Penetration.

Sexocorporel-Therapie-Konzept

Die Sexocorporel-Therapie beim primären phobischen Vaginismus erfolgt in mehreren Stufen, je nach Anliegen der Frau:

- Herstellung der vaginalen Funktionalität (*Rezeptivität: Fähigkeit der Frau, etwas in ihre Vagina aufzunehmen*): reicht aus, um schwanger zu werden und Nähe- und andere emotionale Bedürfnisse zu befriedigen.
- Lustvoll-erregendes Erleben der Penetration (*Erotisierung der Rezeptivität: Fähigkeit, die Penetration als sexuell erregend zu erleben, Voraussetzung für das koital-sexuelle Begehren*)
- Lustvolles Erleben des Partners oder der Partnerin (*Erotisierung des Partners und seines Genitales*)

Beim sekundären Vaginismus geht es analog um die Wiederherstellung der vaginalen Funktionalität, die Therapie ist ähnlich, wobei Innenwahrnehmung, Erregbarkeit, sexuelle Lust und Weiblichkeitsgefühl oft fragiler sind und mehr Unterstützung brauchen.

Therapierahmen

Es gibt verschiedene Therapieformen. Eine massierte Therapie mit mehreren Sitzungen täglich einschliesslich physiotherapeutischer Assistenz kann in 2 bis 3 Wochen zum erwünschten Erfolg führen. Die meisten Therapeuten bieten aber aus Gründen der Praktikabilität Sitzungen in grösseren Abständen an. Der primäre Vaginismus lässt sich oft in 10 bis 15 Sitzungen behandeln, beim sekundären Vaginismus ist eher mit längeren Therapien zu rechnen.

Die Therapie beinhaltet Wissensvermittlung und körperliche Lernschritte. Letztere werden in der Konsultation angeregt und zuhause eingeübt. Übungen, die keine direkte Berührungen des Geschlechts oder sexuelle Erregung einbeziehen, werden bereits in der

Konsultation angeleitet und begleitet. Körperliches Üben in der Konsultation ist sehr wichtig, es ist die einzige Möglichkeit, zu verifizieren, ob die Klientin uns und wir sie verstanden haben. Indem wir den Körperübungen genügend Zeit einräumen, demonstrieren wir auch deren zentrale Bedeutung für die Therapie. Zuhause übt die Frau zunächst allein, damit sie sich ungestört auf ihre eigenen Wahrnehmungen konzentrieren und Eigentümerin ihrer Vagina werden kann. Partnerübungen und weitere Penetrationsversuche werden sinnvoll, wenn die Therapie entsprechend fortgeschritten ist. Nötigenfalls kann dies dem Partner in einem Paargespräch verständlich gemacht werden, auch dass weitere schmerzhaft Erfahrungen durch verfrühte Koitusversuche kontraproduktiv sind. Wartet der Partner bereits jahrelang auf den Geschlechtsverkehr, so ist er meist bereit, auch noch etwas länger zu warten – aber das Paar soll während der Therapiezeit nicht verzichten auf den erotischen Genuss, den sie miteinander kennen.

Die Therapieschritte und deren Reihenfolge sind nicht festgelegt – es handelt sich nicht um ein Standardprogramm. Die unten aufgeführten Schritte werden der individuellen Situation der Frau und ihren Fähigkeiten angepasst. Wir nehmen besondere Rücksicht auf die phobische Komponente: Mit angstmachenden Handlungen konfrontieren wir die Frau nur in kleinen Schritten. So beginnen z. B. die Wahrnehmungsübungen oft mit der Beckenbodenmuskulatur, da die Frau diese in der Regel deutlich spürt und durch sie einen besseren Zugang zu ihrer Vagina hat als durch die Exploration mit dem eigenen Finger, die ihr vielleicht völlig fremd ist und zunächst viele Ängste auslöst. Bei hohem Angstniveau können Sitzungen in kürzeren Abständen sinnvoll sein. Ein weiterer Schritt wird angeregt, wenn der letzte gut bewältigt wurde. Angstmindernd wirkt sich aus, wenn er in der Sitzung in der Vorstellung durchgespielt wird. Detailliertes Nachfragen nach dem Erleben der einzelnen Übungen (Was genau hat sie gemacht? Wo genau fühlt es sich wie genau an?) hilft uns, die Situation der Frau adäquat einzuschätzen und zu begleiten und hilft der Frau, sich selbst genau zu beobachten.

1. Informationsvermittlung

Wissen vermindert Angst und ermöglicht die Einordnung von Wahrnehmungen. Wie schon erwähnt, bewirkt anatomisches Wissen allein wenig, wenn es nicht körperlich nachvollzogen werden kann. Darum erfolgt die Informationsvermittlung kontinuierlich im Rahmen der unten aufgeführten körperlichen Lernschritte.

1.1. Information zur Anatomie und Physiologie:

Die Vagina ist nicht verschlossen, sondern weit und

dehnbar. Einengend wirkt sich die Spannung des Beckenbodens im unteren Drittel aus. Dessen Muskelkontraktion stellt eine unwillkürliche Schutzreaktion dar, ähnlich dem Augenlid, das sich krampfhaft verschliesst, wenn ein Fremdkörper hineinfliegt. Die Schutzreaktion ist eine logische und nachvollziehbare Folge des sexuellen Denkens, Funktionierens und Erlebens der Betroffenen – sie ist also eigentlich nicht dysfunktional sondern durchaus sinnvoll. Die Kontrolle über die betreffende Muskulatur kann erlernt werden. Durch Veränderungen im Denken und Erleben wird die Schutzreaktion unnötig, nämlich dann, wenn die Penetration als etwas Lustvoll-Erregendes statt Schmerzhaft-Vernichtendes antizipiert werden kann. Verschiedene körperliche Lernschritte machen dies möglich. Die Vorstellungen der Frau über ihr eigenes Geschlecht und das des Partners werden realistischer, sobald sie sich über Sinneswahrnehmungen mit deren Realität vertraut macht.



Abb. 9: Vagina von innen – die meisten Frauen haben ihren Innenraum so noch nie gesehen (aus: beautiful-cervix.com)

1.2. Information zur sexuellen Erregungsfunktion:

Erregungsmodi mit hohem Beckenbodentonus (AM, AMM, MM) engen die Vagina ein, bremsen die Lubrikation und begünstigen nicht die Wahrnehmung eines erregbaren Innenraums – im Gegensatz zu den bewegten Modi, insbesondere dem WM. Verschiedene körperliche Lernschritte ermöglichen das Erweitern des Erregungsmodus (siehe hierzu Kapitel 3).

1.3. Information über den Geschlechtsverkehr und die Rolle der Frau:

Ablauf und Erleben der sexuellen Begegnung werden nicht primär durch den Partner determiniert, die Rolle der Frau ist nicht passiv-erduldend. Sie selbst kann den Ablauf steuern, den Zeitpunkt der Penetration bestimmen, den Partner aktiv in sich aufnehmen, ihre eigenen Wahrnehmungen beeinflussen, ihr Lusterleben steigern.

1.4. (Eventuell) Gynäkologische Untersuchung:

Eine aufklärende sexologisch-gynäkologische Untersuchung kann der Frau helfen, verzerrte Vorstellungen von ihrer genitalen Anatomie richtigzustellen. Hierbei kann sie erfahren, im Spiegel sehen, und evtl. mit dem

eigenen Finger tasten, dass Eingang und Innenraum der Vagina normal ausgebildet sind. Oft wird beim Untersuchen eine spontane Kontraktion des Beckenbodens mit Elevation des Dammes ausgelöst, sobald ein Finger in die Nähe der Vulva gelangt. Dies kann die Patientin im Spiegel verfolgen und dadurch den unwillkürlichen Mechanismus der Verengung, die sie beim Verkehr spürt, wahrnehmen. Sie kann diese Kontraktion willentlich wiederholen. Beim Entspannen oder auch beim Pressen öffnet sich oft der unterste Teil der Vagina, was einen grossen emotionalen Schritt für die Frau bedeuten kann: Ein Eingang wird sichtbar!

Spekulumuntersuchung und Krebsabstrich sollen keinesfalls forciert werden. Sie sind bei Frauen mit primärem Vaginismus nicht sinnvoll, da Papillomaviren an der Cervix, solange kein Verkehr stattgefunden hat, nicht zu erwarten sind. Bakterielle Kulturen können auch ohne Spekulum abgenommen werden, wenn der Verdacht auf eine Kolpitis vorliegt. Die Untersuchung dient auch dem Ausschluss von Fehlbildungen.

2. Wahrnehmung und Bewegung fördern

Wahrnehmungsübungen daheim geschehen am besten in einem störungsfreien, angenehmen Umfeld, z.B. im warmen Schlafzimmer, nach einer Dusche etc. In der Konsultation leiten wir die Übungen an, je nach Angstniveau der Frau primär im Sitzen oder im Liegen.

2.1. Wahrnehmung der Beckenbodenmuskulatur:

Feste bis maximale willentliche Kontraktionen, dann langsam loslassen (wir sprechen von «Anspannen-Loslassen», nicht: «Schliessen-Öffnen»). Anfangs spannen oft Adduktoren, Bauchmuskeln und Gesäss mit an. Die Frau lernt, diese Muskelgruppen separat zu kontrahieren, voneinander zu dissoziieren und zunehmend zu entspannen, im Sitzen, Liegen, Stehen etc. bis es in allen Stellungen gut geht. Mit der Zeit kann sie darauf achten, welches Gefühl im Becken entsteht durch das Muskelspiel (Wärme? Kribbeln? «Präsenz?»).

Da es sich um einen Schutzmechanismus handelt, aber einen unbewussten, lernt die Frau zuerst, ihn willentlich auszulösen und zu verstärken – das heisst, sie erlangt Sicherheit, denn sie kann nötigenfalls jederzeit bewusst darauf zurückgreifen.

2.2. Entspannen und Bauchatmung:

Grundsätzlich ist es kaum möglich, den Beckenboden (BB) zu entspannen, wenn der Rest des Körpers unter Strom steht. Als Einleitung für die weiteren Übungen kann daher sinnvoll sein, zunächst über Entspannungstechniken (z.B. autogenes Training, progressive Muskelentspannung) den Muskeltonus des Körpers zu senken. Auch Dehnungsübungen können bei habituell verkürzten Muskeln sinnvoll sein. Im Liegen erspürt

Übung (im Sitzen): Gehen Sie gedanklich zu Ihrem Beckenboden (BB). Können Sie die Grundspannung wahrnehmen? Können Sie den BB kontrahieren? Wo spüren Sie diese Bewegung vor allem? Versuchen Sie, den BB maximal anzuspannen. Und langsam wieder loszulassen. Spannen und lösen Sie jetzt die Gesässmuskulatur. Mit den zwei Handflächen unter dem Gesäss können Sie sie deutlicher spüren. Versuchen Sie, nur die linke Gesässhälfte zu spannen. Dann die rechte dazu. Dann beide lösen, umgekehrt wiederholen. Beide anspannen, dann nur die linke Gesässhälfte lösen, die rechte noch halten, dann auch lösen. Langsam. Spannen Sie die Adduktoren an, indem Sie die Knie aneinanderdrücken. Das Gesäss dazu. Nur die Adduktoren lösen, dann das Gesäss. Spannen Sie das Gesäss, den BB dazu. Nur das Gesäss lösen, BB erst noch halten. Geht das? Lassen Sie sich Zeit! Linke Gesässhälfte, BB dazu, rechte Hälfte dazu, nur linke Hälfte lösen, BB lösen, rechte Hälfte lösen etc.

Das isolierte Anspannen ist einfacher als das isolierte Entspannen. Langsame Bewegungen sind schwieriger und fördern die Lernprozesse stärker als rasche Bewegungen. Durch regelmässiges Trainieren (das geht auch im Tram oder in langweiligen Sitzungen!), lernt das Hirn, diese Muskeln, die meist als Gruppe agieren, isoliert anzusteuern.

die Frau dann ihre Atmung – ist es eine tiefe Bauchatmung oder eine flache Brustatmung (Zeichen erhöhter Anspannung von Zwerchfell-, Bauch- und BB-Muskulatur)? Über ein leichtes Forcieren durch Einziehen des Bauches kann die Ausatmung verstärkt werden. Entspannt sie beim Einatmen den Bauch, füllt er sich von allein. Mit der Hand kann sie am Ende des Ausatmens leichten Druck auf den Unterbauch ausüben. Ausatmen durch den geöffneten Mund.

Über verstärktes Anspannen werden Bauchmuskelspannungen leichter wahrgenommen und lösbar. Bei Angst und bei sexueller Erregung sind Bauch, Zwerchfell und BB oft stark angespannt, die Atmung flach – was seinerseits Angstgefühle steigert. Die bewusste Bauchatmung unterstützt das Entspannen von BB und Zwerchfell, senkt den Sympathicotonus und vermindert Angstgefühle. Hierbei geht es nicht um diffuses Loslassen (was wieder Angst machen kann), sondern um gesteuertes Ent- und Anspannen – darum wird jetzt auch noch nicht die obere Schaukel eingeübt.

Mögliche Schwierigkeiten:

- Rückenlage ist eine Stellung, die exponiert und Angst macht. Die Übungen können auch zunächst im Sitzen (schwieriger für Bauchatmung) oder in Seitenlage probiert werden, anfangs mit geöffneten Augen.
- Der Frau gelingt es nicht, den Muskeltonus genügend zu senken oder den Beckenboden bewusst zu innervieren und zu entspannen. Dann hilft physiotherapeutische Unterstützung, z.B. BB-Training mittels EMG-Biofeedback oder bei allgemein hoher Spannung das gezielte Lösen verspannter Muskelketten, z.B. Myoreflextherapie (siehe Anhang 3). Auch wichtig: Auf Entspannung des Mundbodens und der Kiefermuskulatur achten, Mund leicht geöffnet halten.

2.3. Beckenschaukel mit Bauchatmung

fördert die Entspannung des Beckenbodens – diesen beim Ausatmen an-, beim Einatmen entspannen. Je langsamer die Bewegungen, desto besser werden sie bewusst. Wenn das gut geht, auch paradox beim Einatmen anspannen und Ausatmen entspannen. Ziel ist schliesslich, den Beckenboden beim Ein- und Ausatmen bewusst entspannt zu lassen. Langsames Kreisen des Beckens entspannt ebenfalls.

2.4. Kennenlernen/Berühren des äusseren Geschlechts:

Je nach Erfahrung der Frau erfolgt dies durch Berührungen der Vulva und bewusstes Hinspüren: wie ist es für die Vulva, wenn die Hand auf ihr liegt? (Siehe Kapitel 3) Sobald möglich, wird ein Finger an den Eingang der Vagina gelegt. Spürt der Finger die Bewegungen des BB? Betrachten der eigenen Vulva im Spiegel ist eine weitere Möglichkeit, sich mit ihrer Realität vertraut zu machen.

2.5. Vagina berühren (mit reichlich Gleitmittel oder Pflanzenöl (nicht Vaseline!))

- 1 Finger an Scheideneingang.
- BB-Muskeln an- und entspannen. Mit Finger Muskelbewegung spüren, wie gut sie verschliessen kann. (Sie hat die Kontrolle!) In der Konsultation kann die Faust als «Vulva-Vagina-Modell» dienen, um die Berührung zu visualisieren und Ängste davor zu vermindern (siehe DVD 2, Vaginismus).
- Sanfter Druck mit Finger – vielleicht geht Finger beim Loslassen des BB ein bisschen rein.
- Beckenschaukel: Der Finger hält still, beim Ausatmen «holt sich» die Vagina den Finger hinein.

Den Finger dort behalten, wo er gut zu tolerieren ist. Tief ausatmen, Spannung im restlichen Körper lösen, Becken immer etwas in Bewegung halten (schaukeln, kreisen). Finger in Mund (oben öffnen hilft unten öff-

nen), weiter BB an- und entspannen. Es ist der eigene Finger, kein feindlicher! Geduld – jeder Millimeter ist ein Fortschritt! Wenn die Vagina den Finger einlässt, wie fühlt es sich an: was spürt der Finger, was spürt die Vagina? Muskeln an- und entspannen, wie fühlt sich das an? Gefühle von «unangenehm» oder «komisch» bis hin zu Übelkeit können auftreten. Langsames bewusstes Atmen hilft, sie auszuhalten und abflauen zu lassen. Schmerzen sollen vermieden werden, also wieder ein bisschen zurückziehen bis nicht mehr schmerzhaft.

Wenn die Vagina den Finger gut toleriert, kann er sich langsam kreisförmig bewegen und in der Vagina spielen/spazieren gehen, die Muskeln sanft kreisförmig massieren (was zunächst evtl. brennende Schmerzen auslöst). Dabei immer auf Wahrnehmungen der Vagina achten. Nicht reiben, sondern drücken, auf alle Seiten. Unterschiede? Achtung, die Vagina verläuft nach hinten, Druck zu weit nach vorn in der Urethralregion ist schmerzhaft.

Die Vagina gewöhnt sich an Berührung, wird vertrauter, wird ins Körperbild integriert. Durch wiederholtes Drücken/Massieren werden anfänglich dumpfe oder «anästhesierte» Wahrnehmungen mit der Zeit deutlicher. Die aktive Bewegung des Beckens entlässt die Frau aus ihrer Rolle des passiv erleidenden «Opfers» hin zur aktiven Selbstbestimmung (von der Vagina, die passiv penetriert wird, zur Vagina, die aktiv aufnimmt): die einfache Bewegung kann grosse Veränderungen in der Selbstwahrnehmung auslösen.

Mögliche Schwierigkeiten:

- Zu grosse Hemmung vor der Berührung der eigenen Vagina, entweder aus Angst vor Verletzung der Vagina durch den Finger (z.B. Fingernagel), oder aus Ekel oder Angst davor, sich den Finger durch die Vagina zu «verletzen», z.B. durch Kontamination mit Erregern. Hier beruhigt Information über die Beschaffenheit der Schleimhaut und vaginalen Flora. Die Analogie mit der Mundhöhle: Kann sie den Finger in den Mund legen? Die Schleimhaut ist vergleichbar stabil und fühlt sich auch ähnlich an, ebenso die Flüssigkeit. Hat sie Angst um ihren Finger in ihrem Mund? Warum eigentlich nicht? Dort sind scharfe Zähne, die ihn regelrecht abbeißen könnten! – das kann die Vagina nicht. Ausserdem ist der Mund besiedelt mit Hunderten von verschiedenen, teilweise recht pathogenen Bakterienarten, während die Vagina vorwiegend harmlose Milchsäurebakterien enthält (die auch im Joghurt enthalten sind). Da sie aber ihren Mund wesentlich besser kennt als ihre Vagina und fraglos als Teil ihrer selbst wahrnimmt, kommt ihr gar nicht in den Sinn, sich davor zu fürchten oder zu ekeln. Je besser sie die Vagina kennt, desto mehr wird es ihr damit auch so gehen.

Steckt sie während der vaginalen Exploration einen Finger in den Mund, fördert die Relaxation der Kaumuskulatur auch die Entspannung des Beckenbodens.

- Das Berühren der Vagina kann grosse Ängste auslösen, wenn jegliche bewussten Berührungswahrnehmungen fehlen. Es ist wie ein «Griff ins Leere». In diesem Fall ist wichtig, zunächst über Beckenbodenübungen die Innenwahrnehmung zu verbessern, die «Leere» damit zu füllen, bevor Berührungen versucht werden.
- Manche Frauen haben Motivationsprobleme, da sie bislang gelernt haben, den Kontakt zur Vagina zu vermeiden.
- Mit dem Finger nimmt die Frau in der Vagina ungewohnte Oberflächen und Strukturen wahr und befürchtet, dass dort etwas nicht in Ordnung ist. So werden z.B. die etwas raue und vorgewölbte vaginalvorderwand oder der Gebärmutterhals als Verletzungen oder Tumore interpretiert und sind so Besorgniserregend, dass die Frau sich nicht weiter auf ihre Wahrnehmungen konzentrieren kann. Dies kann der geeignete Moment für eine gynäkologisch-sexologische Untersuchung sein.
- Menstruation: Viele Frauen haben die Befürchtung, während der Menstruation noch verwundbarer zu sein. Andere stören sich am «schmutzigen» Menstruationsblut. Die Menstruation ist aber bei Einhalten einfacher Hygienemassnahmen kein Grund, die Übungen zu unterbrechen. Währenddessen sind die Gewebe hormonell aufgelockert, was die Übungen sogar vereinfachen kann. Die Frau kann dies auch als Chance nutzen, genauer zu beobachten, wie sich ihr Körper während der Mens verändert, und mit der Zeit auch das Einführen von Tampons üben.

2.6. Zunehmende Verbindung der bisherigen Schritte mit sexueller Erregung (allein).

Ist es anders? Was spürt der Finger (Lubrikation, Spasmen, höhere Muskelspannung wegen der Erregung, oder auch, wenn die Angst geringer ist, niedrigere Muskelspannung), was spürt die Vagina? Welche Fantasien oder inneren Bilder steigen auf? Becken langsam bewegen und auf tiefe Bauchatmung achten: ist bei Erregung die Muskelspannung höher? Den Körper in Bewegung halten (fördert auch das Ausbreiten der Erregung und den Genuss). Hat die Frau Angst vor der sexuellen Intensität des Mannes, kann sie üben, auch in der eigenen Erregung intensiv zu werden, um dem etwas entgegenhalten zu können – für diese Frauen ist eine zu starke Senkung des Tonus nicht sinnvoll. Fließende Bewegungen können auch in hohem Tonus stattfinden.

Manchen Frauen fällt die vaginale Exploration leichter, wenn sie sexuell erregt sind. In den begleitenden Fantasien können mit der Zeit Bilder von Penetration auftauchen.

2.7. Schrittweise Gewöhnung der Vagina ohne/mit Erregung an Finger und Objekte:

Der Durchmesser kann langsam gesteigert werden (Daumen, 2 Finger, dann 2 Finger gespreizt oder 3 Finger; ergänzend sind auch graduierte Dilatoren möglich, z.B. Amielle®/Gemüse/Kerzen oder Wachsknete). Die Vagina holt sich aktiv den Finger oder Gegenstand herein durch die Beckenschaukel. Bei Dilatoren immer vor der nächsten Grösse nochmal bei der letzten, gut bewältigten anfangen. Es ist normal, dass beim Wechseln zur nächsten Grösse Angst und Erwartungen und somit auch die Muskelspannung steigen und oft erst wieder leichte Schmerzen auftreten – gerade hier sind wieder Atmung, Entspannung und genügend Zeit wichtig, die mit zunehmender Kompetenz vielleicht etwas vernachlässigt wurden.

Mögliche Schwierigkeiten:

Die Angst vor dem Versuch mit einem grösseren Dilator kann so gross sein, dass es der Frau nicht gelingt, sich genügend zu entspannen oder es überhaupt zu probieren. Hier ist vielleicht eine Zwischenstufe sinnvoll, oder vermehrtes Dehnen mit den Fingern. Die Präsenz einer Vertrauensperson kann helfen, die Angst zu überwinden. Manche Frauen schätzen die Anwesenheit des Partners – üblicherweise eher nicht zu empfehlen, da es die Frau von der Selbstwahrnehmung ablenkt, kann aber in dieser Situation sinnvoll sein. Gynäkologisch oder physiotherapeutisch tätige Berater können die Frau bei diesem Schritt in der Konsultation, evtl. auf dem Untersuchungsstuhl, begleiten. Bei der massierten Therapie wird die physische Assistenz bewusst eingesetzt. Manche Therapeuten setzen auch anxiolytische Medikamente ein. Wir kommen jedoch in der Regel ohne diese aus. Wenn allerdings eine sehr grosse Angst davor besteht, sich allein selbst zu berühren oder die Übungen allein durchzuführen, liegt möglicherweise ein Vaginismus II vor, der einen anderen therapeutischen Focus braucht (siehe unten).

3. «Desensibilisierung» der Angst vor dem Penis

3.1. Exploration vom Körper des Partners:

Sobald die Frau eine realistische Wahrnehmung des eigenen vaginalen Innenraums hat: den Penis kennenlernen, damit spielen – wie fühlt er sich weich an, wie erigiert, wo ist er härter, wo weicher, wieviel Druck hält er aus. Sich anfreunden damit, ihn in den Mund nehmen, ihm einen Namen geben.

Durch Auseinandersetzung mit der Realität des Penis werden kognitive Verzerrungen über seine Grösse und sein vermeintliches zerstörerisches Potential bearbeitet. Mit zunehmender Entwicklung der vaginalen Erregbarkeit erhält dies Organ zudem einen anderen Sinn für die Frau. Eine Patientin: «Früher habe ich ihn

immer nur ängstlich mit dem Blick gestreift, jetzt schaue ich ihn richtig an: er ist interessant geworden für mich!»

3.2. Der Partner als «Fremdobjekt»:

Die Frau leitet den Finger des Partners in ihre Vagina, sucht ihn mit der Vagina. Wenn die Frau sich bereit fühlt, kann sie mit dem Penis an ihrer Vulva spielen, ihn an den Eingang der Vagina legen, ihn einführen, sich schliesslich an ihm erregen. Der Partner bleibt zunächst passiv und fängt erst an zu bewegen, wenn sie grünes Licht gibt. Auch diese Schritte können zuerst in der Konsultation visualisiert und zuhause beim Üben mit Gegenständen geprobt werden: Wie wird sie sich vorbereiten? In welcher Stellung möchte sie es probieren? Was genau wird sie wie genau machen?

Durch die Aktivität der Frau kommt es zu auch einer Veränderung des Geschlechterrollenverständnisses dahingehend, dass die Frau nicht passiv erdulend sondern genauso aktiv sein kann wie der Mann und ihr eigenes sexuelles Geniessen selbst steuern kann.

Mögliche Schwierigkeiten:

- Der Partner hat Mühe, sich an die veränderten Rollen oder die wachsende Autonomie und Kompetenz seiner Frau zu gewöhnen («das ist nicht die Frau, die ich geheiratet habe»). *Ein Paar scheute sich, nachdem die Frau eine gute vaginale Funktionalität erlangt hatte, den Geschlechtsverkehr zu probieren, weil der Mann, und – wie sich auf Nachfragen herausstellte – insgeheim auch die Frau befürchtete, dass er mit seinen sexuellen Fähigkeiten enttäuschen könnte.*
- Der Partner hat selbst eine sexuelle Problematik, wie vorzeitige Ejakulation, Erektionsprobleme oder geringes koital-sexuelles Begehren, die hinter dem Vaginismus der Frau versteckt blieb. Dies überrascht nicht, da wir es hier öfters mit «hypophallischen» Männern zu tun haben, die es durchaus gut vertragen, jahrelang keinen Geschlechtsverkehr zu haben. So ist nicht selten auch eine Behandlung des Partners indiziert – von Vorteil wird eine solche Entwicklung antizipiert und der Partner kann motiviert werden, parallel mit der Frau eine Behandlung aufzunehmen.

Es kann auch für den Partner sehr sinnvoll sein, Zeit einzuräumen, sich mit dem Geschlecht seiner Frau vertraut zu machen, es mit den Fingern, mit der Zunge, mit dem Blick zu erforschen, einzudringen und den Innenraum bewusst zu machen, statt sich direkt mit dem Penis dort hinein in unbekanntes Gebiet zu begeben.

Nicht selten ist es auch angezeigt, den Partner einzuladen zu einer Konsultation, um sein Erleben der Situation darzustellen und allfällige eigene Anliegen zu bearbeiten.

Therapieverlauf bei Frau A

Nach der ersten Konsultation, in der vereinbart wurde, dass das Paar vorerst keine weiteren Penetrationsversuche macht, fühlt sich die Patientin entlastet und erlebt die sexuellen Begegnungen mit dem Partner entspannter. Der Partner ist erfreut, dass sie in Therapie geht und respektiert jetzt ihre Grenzen. Ich mache den Vorschlag, dass sie die Erkundungen ihrer Vagina wieder aufnimmt, und dazu anfängt, den Beckenboden bewusst zu bewegen.

Bis zur Folgekonsultation hat sie nur 1 x Gelegenheit, ihre Vagina zu explorieren – wegen «Menstruation, Krankheit, Ferien...» Dabei spürt sie komisches «Gschlüddriges» an der Vorderwand – beim Berichten verzieht sich das Gesicht angeekelt, und es wird verständlich, dass die Aktivität auf ihrer Prioritätenliste nach unten sank! Dennoch probiert sie weiter, allerdings zunächst lieber mit einem Kondom über den Fingern. Das vorstehende Gschlüdder besteht, «glitschiges Meerestier» zieht die Frage nach sich, ob das normal sei und ob sie wirklich mit den Fingern müsse? Gleichzeitig übt sie fleissig mit dem Beckenboden, Bauchatmung und Beckenschaukel. Auch die Kiefermuskulatur massiert und entspannt sie bewusst. Auf ihren Wunsch führen wir dann eine gynäkologische Untersuchung mit Spiegel durch. Bei dieser lässt sich – nicht überraschend – ein stark erhöhter Tonus des Beckenbodens feststellen, den sie im Laufe der Untersuchung ganz minim beeinflussen kann, so dass sie schliesslich die Einlage eines Fingers gut tolerieren kann. Sie ist sehr beruhigt über den anatomisch normalen Befund und auch beeindruckt, wie sich bei der Untersuchung, für die wir uns eine halbe Stunde Zeit genommen haben, die Muskelspannung senkt. Sie merkt zuhause, dass das Zeit nehmen ein wesentlicher Faktor ist, der ihr hilft, die Muskelspannung zu reduzieren. Auch klappt das Explorieren besser, wenn sie es täglich, oder sogar zweimal täglich macht, als wenn sie länger damit wartet, weil sie dann jeweils wieder mehr Aufwand leisten muss, um sich dazu zu überwinden. Ebenfalls hilft es, sich dabei zuzulächeln, damit ändert sich das Gefühl von «Muss das sein?» zu: «Ich mache jetzt was Gutes.»

In der siebten Konsultation berichtet sie, dass ihre Vagina nun 3 Finger aufnehmen konnte und dass sie sich dabei, in Kombination mit klitoraler Stimulation, bis zum Orgasmus erregen konnte. Dabei stellte sie sich vor, die Finger wären ein Penis. Voraussetzung war, sich genügend Zeit zu nehmen, tief zu atmen und erst den ganzen Körper bewusst zu entspannen und in der doppelten Schaukel zu bewegen. Sie

wünscht sich nun, mit einem Objekt weiter zu üben. Ein Dildo aus Bienenwachsknete mit immer grösserem Durchmesser gibt ihr Vertrauen, auch grössere Objekte aufnehmen zu können.

Mit dem Auftreten von Penetrationsfantasien folgt eine Auseinandersetzung mit dem Thema Penis. Kognitionen zu ihren Sauberkeits- und Bakterienängsten werden besprochen. Sie wird sich bewusst, wie sie in vielen Lebenssituationen Schmutzängste hat, z.B. beim Sitzen im Tram Flecken auf dem Polster mit Körperflüssigkeiten assoziiert und stets mit stark zusammengepressten Beinen sitzt, um den Sitzkontakt auf ein Minimum zu beschränken. Sie stellt sich die Frage, wie weit sie sich durch die von ihr selbst als irrational wahrgenommenen Ängste im Leben einschränken lassen möchte. Beruhigt durch die Information, dass der Penis nicht Träger multipler gefährlicher Mikroben ist, stimuliert sie ihren Partner oral und findet es erregend. Zugleich erlaubt sie sich erstmals, den stets nach gleichem Muster stattfindenden Ablauf der gemeinsamen Sexualität – wenig Vorspiel, wenig Kommunikation, rasche Entladung – und auch die Funktionalität des Partners, der oft sehr rasch kommt, in Frage zu stellen. Bislang überliess sie ihm die Führung, weil «es sich so gehört».

Auf der Paarebene geht es jetzt nicht mehr darum, zu hoffen, dass es der Prinz schon richtig macht beim Wacküssen des Dornröschens, sondern sich ihm zu nähern mit der Frage: «Wie kann ich mich am besten an ihm erregen?» In diesem Zusammenhang übt sie auch den feminoiden Gang. Auf dem «Laufsteg» erlebt sie sich als «Model», «selbstsicher», und der «Hüftschwung fühlt sich gut an». In einer weiteren Auseinandersetzung mit ihrem Wertesystem stellt sie sich die Frage, wie weit sie sich erlauben möchte, eine (auch auf andere Männer?) attraktiv wirkende Frau zu sein und sich ihrem Partner als sexuell selbstsichere, lustvolle Frau zu zeigen.

Sie lädt den Partner dazu ein, ihr Geschlecht genau zu erkunden. Dabei gelingt es ihr so gut, zu entspannen, dass die Penetration möglich ist und ein erster Geschlechtsverkehr vollzogen werden kann, bei dem sie erregt wird ohne Höhepunkt, weil der Partner nach wenigen Stössen ejakuliert.

Der Partner wünscht sich nun auch einige Sitzungen, in denen er seine Ejakulationskontrolle verbessert und das Interesse am Geschlecht seiner Partnerin ausbaut.

Es folgen zwei Sitzungen in grossen Abständen, in denen Frau A das Gelernte noch etwas verfestigt. Geschlechtsverkehr ist zuverlässig möglich, erregend und lustvoll. Ein Jahr später erhalte ich eine Geburtsanzeige für ihr erstes Kind.

Vaginismus Typ II aufgrund einer Identitätsproblematik

Auch die Frau mit Vaginismus II erlebt bei dem Versuch, Geschlechtsverkehr zu haben, einen unwillkürlichen spastischen Verschluss der Vagina durch die Beckenbodenmuskulatur. Die Ursache ist jedoch nicht Furcht vor Verletzung von aussen. Stattdessen verschliesst sich die Vagina vor einer potenziellen Schwangerschaft, weil die Vorstellung, ein Kind in sich zu tragen, zu gebären und zu bemeutern, existentielle Ängste bei der Frau auslöst. Dabei sind die Ängste generalisiert und diffus, nicht konkret und zielgerichtet wie beim phobischen Vaginismus. Ein Kind im Bauch zu tragen, kann im Extremfall mit Assoziationen verknüpft sein, von innen her zerstört zu werden – was im Verlaufe einer Schwangerschaft zu psychischer Dekompensation führen kann. Ebenso bedeutet die Verpflichtung, ein Kind nach der Geburt zu bemeutern, eine immense Überforderung, die als existenziell höchst bedrohlich oder schlicht unvorstellbar erlebt wird.

Ursächlich kann man das Phänomen so verstehen, dass diese Frauen im Kern noch Kind sind und nicht die Möglichkeit hatten, ihre Eigenständigkeit und ihre innere Weiblichkeit zu konstruieren. Verschiedene biografische Besonderheiten können dahinter stehen, unter anderem:

- Eine aussergewöhnlich enge Beziehung zur Mutter (oder zu anderen Bezugspersonen), die den Prozess der Individuation und Frauwerdung behindert, z. B. weil die Mutter eine Ablösung der Tochter nicht erträgt oder von ihr bemeutert werden möchte. Die Tochter hat dann zu wenig Platz gehabt, als Mädchen zu leben, weil sie für ihre Mutter gelebt hat. Sie spricht von ihrer Mutter als «Mami», wird von der Mutter mit Kose- oder Babynamen gerufen, pflegt häufigen und engen Kontakt, oder befindet sich umgekehrt in einer ebenso wenig abgelösten innigen Feindschaft mit der Mutter.
- Frauen, die ihre Mutter früh verloren, durch Todesfall oder Krankheit, Depression etc., und Ersatzmutter für den Vater oder die Geschwister werden mussten oder zu rasch «erwachsen» werden mussten, ohne dass die Autonomie organisch heranwachsen konnte.

Diese Form von Vaginismus wird in der Regel nicht differenziert vom phobischen Vaginismus beschrieben, und doch ist sie nicht so selten und klinisch von gröss-

30-j. Frau, Berufssportlerin, seit 8 Jahren in einer Partnerschaft, noch nie Geschlechtsverkehr möglich gewesen:

«Mein Mami ist meine beste Freundin, ihr erzähle ich alles, auch was ich meinen Freundinnen und meinem Partner NIE erzählen würde. Sie weiss auch von meinem Vaginismus, sie fand, ich solle doch in Therapie.»

«Ich bin die Jüngste, ich war immer ein richtiges Mamititti. Meine Schwester hatte schon früh viel weniger Kontakt mit meinen Eltern.»

«Mein Mami sehe ich jeden Tag, und wenn nicht, dann telefonieren wir. Wir haben ein aussergewöhnliches Verhältnis.»

«Mutter? Ich könnte nie «meine Mutter» sagen, mein Mami ist mein Mami, alles andere wäre komisch.»

«Erwachsensein möchte ich im Moment noch nicht. Das macht doch keinen Spass, wenn man nicht mehr herumalbern kann.»

ter Relevanz. Wenn nämlich die betroffene Frau dank erfolgreicher Vaginismus-Behandlung, dank Botox oder durch Fertilitätstherapie schwanger wird, riskiert sie eine schwere psychische Entgleisung. Die Therapie muss hier primär anders ansetzen. Das Ziel ist zunächst nicht Penetrierbarkeit und Schwangerschaft, sondern eine Konstruktion der Weiblichkeit und Eigenständigkeit.

Eine Frau wurde, da der Geschlechtsverkehr nicht möglich war, durch IVF schwanger. Die Schwangerschaft musste aufgrund grosser Angstzustände engmaschig psychopharmakologisch betreut werden und endete damit, dass die Frau im Wochenbett den Säugling aus dem Fenster warf.

Manche postpartale Depression oder Psychose lässt sich rückverfolgen auf Vorstufen eines Vaginismus II. Auch bei Frauen, die nach einer Fertilitätstherapie gesunde Embryonen abtreiben, kann dies der Hintergrund sein.

Evaluation

Körpersprache

In der Sprechstunde präsentieren sich diese Frauen bisweilen sehr feminoid, im Alltags- und Berufsleben erwachsen und erfolgreich, mit «Lolita»-Charme, geöffnetem Mund, wanderndem Blick, sie wirken unter Umständen verführerisch und attraktiv. Ähnlich wie manche aufreizend bekleidete Teenager sind sie sich der zweideutigen Botschaften, die sie aussenden, nicht bewusst und erleben das männliche Echo darauf teils als unerwünscht. In der Körpersprache fällt oft auf, dass der Unterleib unbewohnt erscheint: die Frau sitzt mit mädchenhaft weit geöffneten Beinen da und gewährt Einblick unter ihren kurzen Rock, als ob sie sich gar nicht bewusst wäre, dass es da etwas zu sehen gibt. Ganz anders als die Frau mit phobischem Vaginismus kommt es dort nicht zu unwillkürlichen Verschluss- und Schutzbewegungen – es ist, als ob da gar nichts wäre, was Schutz brauchte.

Anliegen

Die Konsultation erfolgt nicht selten wegen Angst vor Partnerverlust – für diese Frau mit ihren grossen Verschmelzungsbedürfnissen eine sehr bedrohliche Vorstellung. Oder aber wegen Kinderwunsch. Genaueres Nachfragen ergibt, dass das Kind gewünscht wird, weil es Mama oder dem Partner Freude macht oder weil die Gesellschaft es so will, und dass das im Übrigen noch Zeit hat (sie ist 35 Jahre alt!). Oder sie insistiert auf eine Fertilitätsbehandlung, weil der Wunsch der Grosseltern in spe nach Enkeln so dringlich ist – aus Verlassensangst ist sie bereit, drastische Schritte zu unternehmen. Evaluiert man, wie sie sich eine Schwangerschaft vorstellt, den ersten Morgen nach der Geburt mit ihrem Baby, das Stillen, dann zeigt ihre Antwort und mehr noch die Körpersprache Ratlosigkeit, Ablehnung, Leere oder Dissoziation. Natürlich, sie liebt Kinder, aber nicht als Mutter sondern weil sie im Grunde eines von ihnen ist.

Komponenten der Sexualität

Bei der Evaluation der Erregungsfunktion können ganz unterschiedliche Befunde erhoben werden. Verschiedene Erregungsmodi und Grade von Erregbarkeit und sexuellem Genuss sind möglich. Das Begehren ist durch Verschmelzungsbedürfnisse motiviert. Anders

Eine 30-j. Frau pflegte mit ihrem Partner darüber zu scherzen, dass sie sich mit ihren in ferner Zukunft fantasierten Kindern bestimmt immer um die Spielsachen streiten würden, weil sie selbst so gerne spielten.

als beim phobischen Vaginismus kann die Vagina mit-einbezogen sein in die Stimulation, durch Finger, Zunge oder Gegenstände. Auch Analverkehr ist möglich – damit besteht ja keine Gefahr der Schwangerschaft. Einzig der Versuch der vaginalen Penetration führt zur Anspannung des Beckenbodens, die meist unbewusst bleibt, und schmerzhaften oder verunmöglichten Verkehr zur Folge hat. Auffällig ist ein Misstrauen gegenüber Verhütungsmitteln, nicht selten wird mit der Pille verhütet, obwohl nie Verkehr stattfindet. (Bei Frauen mit übertriebenem Einsatz mehrerer Verhütungsmittel lassen sich nicht selten Elemente des Vaginismus II finden!). Depot Gestagene werden gern benutzt, weil damit die «lästige» Menstruation wegfällt. Menarche und Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale wurden nicht bewusst erlebt und sind nicht besetzt. Selbstbefriedigung wird oft gar nicht praktiziert, oder dann sehr automatisiert zum Spannungsabbau. In der Vorstellung der Frau ist die Vagina wenig repräsentiert, teilweise werden die unteren Körperöffnungen als Kloake erlebt, das Innere ist leer. Oft fehlt ganz fundamental eine Vorstellung, wie sie innerlich gebaut ist, eine Vorstellung davon, dass sie einen uterinen Innenraum im Unterbauch hat. Zeichnungen des inneren Geschlechts sind vage, können ins Leere münden, Uterus und Eierstöcke fehlen.

Behandlung

Therapieziele

- Beziehungsaufbau zum Körper und zum Genitale
- Innere Distanz zur Mutter entwickeln

Beziehungsaufbau zum Körper und zum Genitale

Vor dem Entwickeln des genitalen Innenraums geht es oft erst darum, überhaupt den Körperraum zu entdecken mit Übungen, die die Körperwahrnehmung unterstützen: Zentrierung, Grounding, das Spiel mit Muskelspannungen. Einfache Atemübungen helfen der Frau, vielleicht zum ersten Mal zu spüren, dass sie ein «Innen» und ein «Aussen» hat. Das Hören auf den Körper, Mitteilungen des Körpers verstehen lernen: Hungergefühl wahrnehmen, die gefüllte Blase, Darmbewegungen, zyklische Veränderungen des Körpers, die Menstruation und die damit verbundenen uterinen Kontraktionen, das Fließen des Blutes. Ihr Geschlecht berühren und genau hinhören, *ihre* Vagina kennenlernen. Sie differenzieren vom Anus (hier besteht oft eine Vermischung). Beim Nachfragen der Übungen lohnt es sich, sehr ins Detail zu gehen und das Erlebte, was die Patientin oft vage schildert, mit einem konzisen Vokabular zu versehen, ihr also bei der Kodifizierung ihrer Sinnesempfindungen zu helfen. Die Entdeckungs- und Aneignungsschritte des Geschlechts und des Beckenbodens sind ähnlich wie beim phobischen

Vaginismus, wir achten aber darauf, Übungen zur Innenwahrnehmung erst zu initiieren, wenn die Frau dazu bereit ist. Imaginationsübungen zur Selbstexploration des Geschlechts in der Sprechstunde helfen, Ängste darüber zu konfrontieren. Unter Umständen fällt es der Frau zunächst sehr schwer, sich allein mit ihrem Körper zu befassen, denn dies kann Verlassensängste schüren – da geht es erst einfacher im Beisein vom Partner. Informationen über die weibliche Anatomie mit Bildern und Zeichnungen sollten nicht zu früh abgegeben werden, da sie bedrohlich wirken können, solange nicht genügend körperliche Wahrnehmungen da sind, um die Bilder auch zuordnen zu können.

Distanz zur Mutter

Eine objektive innere Distanz zur Mutter wird möglich einerseits durch die Körperübungen. Je mehr sich die Tochter den Körper angeeignet hat, desto mehr Autonomie erlangt sie. Andererseits geht es darum, die Beziehung zur Mutter objektiv zu betrachten, sich bewusst zu machen, was da eigentlich abläuft, die Fragen zu klären, wozu die Mutter die Tochter braucht und umgekehrt, und ob es sich dabei noch um legitime Bedürfnisse handelt. Dabei wird beispielsweise deutlich, dass die Mutter sich so sehr um die Tochter kümmerte, dass sie praktisch ihren Platz einnahm. Die Tochter braucht genügend Raum, um sich als eigenständige Person und Frau zu entwickeln. Diesen Raum kann sie sich nehmen. Das heisst nicht, dass sie sich von der Mutter entfremden muss. Das würde zuviel Angst machen, darum sind auch Beschuldigungen und Kritik an der Mutter kontraproduktiv. Stattdessen kann der Kontakt mit ihr in sympathischer Distanz gepflegt werden. Sie kann für sich existieren und daneben eine wichtige Bindung mit der Mutter aufrechterhalten.

In diesem Prozess ist damit zu rechnen, dass die Mutter ihrerseits mit Verlassensängsten reagiert und mit entsprechenden Strategien die Tochter an sich zu binden versucht. Das kann in der Sprechstunde vorweggenommen und bearbeitet werden. Zentrierung, Haltung, Gang können helfen, der Mutter als potente, sichere Frau gegenüberzutreten. Auf die Dauer wird die Mutter, die die Tochter nicht verlieren will, selbst Entwicklungsschritte machen, um noch mithalten zu können. Auch der Partner, der oft in einem ähnlichen System von Verschmelzungswunsch funktioniert, wird möglicherweise von zunehmenden Autonomieschritten der Frau bedroht und braucht im Verlauf der Therapie evtl. selbst Hilfestellung.

Erstgespräch mit Patientin: 35-j. Frau, verheiratet, gynäkologische Untersuchungen sind möglich, Geschlechtsverkehr nicht möglich, Umfeld erwartet Kinder.

Patientin wirkt wie 16-jähriges Mädchen, trägt Jeans, lange blonde Haare.

P: Sie können mich beim Vornamen nennen, Mirella (kichert)

T: Ihr Familienname?

P: Müller

T: Sie kommen zum ersten Mal in eine Sexualtherapie?

P: Ja. Meine Gynäkologin sagte, Sie seien sehr kompetent. Mein Mann und ich möchten das Problem lösen. Alle fragen uns, warum wir keine Kinder haben.

T: Wie lange sind Sie verheiratet?

P: Wir kennen uns seit der Mittelschule und haben dann zusammen studiert. Wir haben geheiratet, um meiner Oma eine Freude zu machen. Mama sagte, sie darf nicht sterben, ohne mich im Hochzeitskleid erlebt zu haben. Das wäre zu schlimm für sie. Wir haben vor 5 Jahren geheiratet.

T: Was führt Sie jetzt hierher?

P: Mein Mann ist sehr liebenswürdig.

T: Wie alt ist er?

P: 35 Jahre. Wir möchten gern ein Kind.

T: Kommen Sie deswegen?

P: Alle sagen, dass es Zeit ist. Meine Ärztin sagt, alles sei normal. Ich könne ein Kind haben. Sie versteht nicht, dass er nicht eindringen kann.

T: Die Gynäkologin sagt, körperlich sei alles in Ordnung.

P: Ja, sie hat auch meinen Mann untersucht.

T: Sie sagen, er kann Sie nicht penetrieren. Hat er ein Problem?

P: Ich denke, dass er normal ist.

T: Wo liegt Ihrer Meinung nach das Problem?

P: Ich weiss nicht, wie ich das einem Mann erklären kann. Mein Mann reagiert normal. Er hat Lust, d.h. sein Penis wird gross.

T: Und wie reagieren Sie dann?

P: Ich bin zufrieden. Ich liebe ihn. Ich genieße die Zärtlichkeit. Ich verstehe überhaupt nicht, was los ist. Wir fühlen uns wohl zusammen.

T: Sie erleben, dass Ihr Mann Sie sexuell begehrt. Kennen Sie das auch?

P: Ich liebe ihn. Er sieht gut aus. Er zieht mich an.

T: Wenn er Sie begehrt und Sie sehen das, wenn er also eine Erektion hat, wie ist das dann bei Ihnen? Spüren Sie das auch körperlich?

P: Meine Freundinnen beneiden mich. Wir sind oft sehr zärtlich miteinander. Wir gehen Hand in Hand.

T: Wunderbar. D.h., Sie lieben sich.

P: Ja, wir machen vieles gemeinsam. Oft sind wir wie jung Verliebte. Ich fühle mich oft so glücklich wie meine Schülerinnen.

T: Sie blieben im Umfeld von Jugendlichen

P: Ja, die schätzen mich sehr.

T: Ich möchte Ihnen einige Fragen zu Ihrer Sexualität stellen. Sie sagten, wenn Ihr Mann Sie sexuell begehrt, ist das körperlich sichtbar?

P: Ja, er bekommt einen steifen Penis.

T: Was geschieht in Ihrem Körper, insbesondere in Ihrem Geschlecht, wenn Sie sexuell erregt sind?

P: Ich werde feucht.

T: Beobachten Sie noch andere Zeichen?

P: Ich werde sehr feucht. Aber wenn er eindringen will, geht das nicht. Das hat mich sehr überrascht. Ich hatte Sexualkunde in der Schule. Ich nahm auch die Pille. Ich habe auch gelernt, dass ich erst Sex haben soll, wenn der Körper bereit ist, also feucht. Mein Mann respektierte mich 6 Monate, dann wollte er. Das ging nicht. Wir haben uns dann gesagt, ich wäre noch nicht bereit.

T: Was bedeutet es denn für Sie, Sex zu haben? Sehnen Sie sich danach oder sind Sie eher ängstlich? Fühlen Sie sich als Frau und möchten Geschlechtsverkehr?

P: Ich bin wohl, so wie ich bin. Am glücklichsten bin ich mit meinen Schülerinnen und Schülern. Ich bin wohl ein Mädchen wie sie.

T: Ich sehe eine erwachsene Frau vor mir.

P: Ja, Sie nennen mich ja auch Frau Müller.

T: Kennt diese Frau ihr Geschlecht? Erkundet sie es, verweilt sie dort? Spricht sie davon?

P: Als Jugendliche ist das ja normal, sich zu entdecken. Ich habe das auch gemacht als ich 13 oder 14 Jahre alt war. Meine Mutter sagte mir als Kind, «das tut man nicht».

T: Ah, interessant. Wie taten Sie das denn genau als Kind oder Jugendliche?

P: Ich machte da..., wie Kinder das tun. Genau kann ich mich nicht erinnern.

T: Überlegen Sie mal, wie genau?

P: Mit der Hand im Pyjama. Da spürte ich die Klitoris. Bin dann eingeschlafen.

T: Sie stimulierten Ihre Klitoris. In welcher Position? Haben Sie den Finger auch in die Scheide geführt?

P: Ich habe davon im Sexualkundeunterricht gehört. Das hat mich neugierig gemacht. Habe mich etwas stimuliert.

Zwischenbemerkungen des Therapeuten:

Körperspiel oben: Viele Ausdrucksbewegungen. Gesicht, Kopf, Brust offen, aber nicht penetrierbar, aber P gibt sich locker.

Affektive Ebene: Austausch in Beziehung ist ihr wichtig.

Fragen, die bei phobischem Vaginismus defensive Reaktionen auslösen, beantwortet sie recht locker, z.T. ausweichend.

Beobachtung gibt Hinweis auf Diagnose: Kinderwunsch, da Familie es wünscht, Orientierung sehr heterozentriert, bei den anderen.

T: Um kurz zusammenzufassen: Wir sahen, dass bei Ihnen einiges sehr gut funktioniert.

P: Ah, ja?

T: Ja, Sie sind gut sexuell erregbar. Sie haben eine gute affektive Beziehung zu Ihrem Mann. Sie empfinden Liebesgefühle für ihn. Sie haben guten Kontakt zu Ihrem jugendlichen Umfeld und konnten sich davon selbst etwas bewahren.

P: Aber die Leute sagen, ich wirke zu jugendlich. Auch meine Oma fragt manchmal, wann ich endlich erwachsen werde.

T: Fühlen Sie sich im Alter Ihrer Schülerinnen?

P: Ja, beinahe. Wir haben eine sehr enge Beziehung. Meinen Visitator stört das. Der Abwart hat mich auch schon für eine Schülerin gehalten.

T: Wie ist die Beziehung zu Ihren Eltern?

P: Wunderbar, wir verstehen uns so gut. Andere beneiden mich. Ich bewundere meinen Vater. Er ist Bauer. Ich habe ganz viele schöne Erinnerungen in der Natur mit ihm. Er ist sehr stolz auf mich.

T: Und Ihre Mutter?

P: Sie ist ein Engel. Auf dem Hof arbeitet sie sehr hart.

T: Wie sorgte sie für sich als Frau?

P: Sie ist eine Bäuerin. Sonntags geht sie in die Kirche. Sie ist immer da – sie ist einfach wunderbar.

T: Sehen Sie sich oft?

P: Ich bin eine gute Tochter. Mama liebt es, mit mir zu telefonieren. Wir telefonieren oft lange und plaudern auch sonst viel miteinander.

T: Reden Sie mit ihr über Ihre Ehe oder über Sexualität?

P: Nein, das geht sie nichts an. Sie respektiert mich.

T: Sie sagten, Ihr Mann erwarte mehr Sex. Ihre Grossmutter erwartet Enkel. Wie stehen Sie selbst zum Kinderkriegen?

P: Das ist ein Projekt. Wir möchten aber noch reisen und die Welt entdecken.

Zwischenbemerkungen des Therapeuten:

Das Gespräch ist bisher für den Therapeuten etwas frustrierend. P. vermeidet geschickt klare Antworten. Es sind noch viele Fragen offen. Wie war das genau bei der Gynäkologin? Wie berührt sie sich selbst? Kann sie den Finger einführen? Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit, Archetyp der Mutterschaft und Imaginationen sind noch unklar. Mögliche Fragen: Ist ein Kind im Bauch vorstellbar? Bewegungen des Kindes im Bauch etc.? Ist Mutterschaft symbolisierbar als Erleben oder nur ein theoretisches Konzept?

P. vermeidet das Thema Kinder, Mutterschaft. Sie ist nicht bereit dazu. Wie bekommen wir klare Informationen über ihre Beziehung zur Mutter, d.h. wie die Mutter sie behandelt, wie sie die P. benennt und bemuttert? P. weicht der Kinderfrage aus, ist aber 35 Jahre alt.

Vermutung ist Vaginismus II.

Wie erfahren wir mehr von ihr? Mit direkten Fragen präzisieren!

T: Wir sprachen über das Projekt Mutterschaft. Können Sie mir etwas genauer sagen, was es für Sie bedeutet, ein Kind im Bauch zu tragen? Wie stellen Sie sich das vor, ein Kind im eigenen Bauch zu spüren, einen Bauch der wächst, ein Kind zu gebären?

P: Ich weiss, wie das geht. Ich sah einen Film und erklärte das meinen Schülern. Ich unterrichte Biologie. Es gibt wirklich gute Filme... aber das bin ich nicht. Ich kann mich nicht so sehen.

T: Was bedeutet, sich das noch nicht vorstellen zu können? Eher die Schwangerschaft oder das Muttersein?

P: Meine Freundinnen haben Kinder. Ich bin sehr gern mit ihnen zusammen und geniesse das auch. Ich bringe ihnen gern Geschenke mit und habe gern Babys auf dem Arm. Ich denke, dass ich eines Tages vielleicht auch ein Kind haben werde. Ich hüte gern Kinder. Eigentlich habe ich aber Mühe, mir das vorzustellen. Meine Schwester hat Kinder. Ich habe keine Angst, mit ihnen zu sein. Sehe mich da aber nicht als Mutter.

T: Stellen Sie sich selbst schwanger vor oder auch gebärend?

P: Das habe ich mir noch nie überlegt. Ich denke, die Zeit ist noch nicht da.

T: Sehen Sie einen Zusammenhang, zwischen der Mühe, sich das vorstellen zu können und dem Problem des nicht Penetrierbarseins im Sex, aber ohne Probleme bei der gynäkologischen Untersuchung?

P: Ich nehme die Pille.

T: Ein kleines Risiko ist immer möglich.

P: Daran habe ich mich gewöhnt.

T: Vieles ist bereit zur Mutterschaft, aber «es» blockiert. Hier müssen wir genauer untersuchen, wie es für Sie ist, ein Kind in sich zu tragen, gebären und für es sorgen.

P: Sie reden wie meine Oma. Ich bekomme dann das Gefühl, bedrängt zu werden.

T: Sie entscheiden als eine erwachsene Frau.

Unklar ist, was Sie genau in Ihrem Geschlecht wahrnehmen. Als Biologin haben Sie viele Kenntnisse. Können Sie mir erklären, wie Sie allein Ihr Geschlecht, Ihre Vagina benutzen, um sich zu erregen und sich selbst Lust zu bereiten.

P: Über die Klitoris. In der Vagina nicht. Ich benutze aber Tampons.

T: Was spüren Sie dabei?

P: Ist mechanisches Vorgehen. Habe ich auch schon mit Freundinnen drüber geredet. Ist kein Problem.

Zwischenbemerkungen des Therapeuten:

P. hat eine Leere bezüglich der Vorstellung schwanger zu sein. Der Körper ist aber nicht in einem phobischen Zustand, sondern reagiert auf die Angst. D.h. der Körper macht zu, wird oben enger, die Atmung flach, sobald es um die Vorstellung über die Schwangerschaft geht.

Wie kann die Sitzung beendet werden und die 2. Sitzung vorbereitet werden? Therapeutische Tür muss geöffnet werden, Rückführung auf den Grund ihres Kommens.

T: Wir gelangen ans Ende dieser ersten Konsultation. Das war nicht leicht für Sie. Gibt es Dinge, die Ihnen klarer wurden bzgl. Ihres sexuellen Selbstverständnisses?

P: Ich werde mir das überlegen und mit meinem Mann reden. Er fragt sich, ob er vielleicht schuld ist. Die Gynäkologin sagte, ich soll allein zu Ihnen gehen. Wir reden ja viel zusammen.

T: Sie haben eine gute Basis in Ihrer Beziehung in der Liebe und den Gemeinsamkeiten. Zentral ist das Projekt, sich die Sexualität gut anzueignen. Ihr Mann scheint leichter Zugang zu seiner Sexualität zu haben. Bei Ihnen ist bereits eine Basis da bezogen auf Erregung, Lust und äussere Stimulation, aber das in Ihrem Bauch zu spüren, d.h. eine Innenwahrnehmung der Erregung und Lust zu entwickeln, ist nicht so ausgeprägt. Dies könnte eine Vorbereitung, ein erster Schritt in Richtung Mutterschaft sein.

P: Wir haben oft Sex zusammen. Also wir befriedigen uns gegenseitig. Meine Klitoris funktioniert. Von Zeit zu Zeit versuchen wir auch Geschlechtsverkehr. Sie reden vom Inneren meines Bauches?

T: Auf symbolischer Ebene. Anders als auf anatomisch/physiologischer Ebene. Ich meine, in sich den Wunsch zu entwickeln, einen anderen Teil Ihrer Weiblichkeit zu entwickeln. Sich als Frau, Mutter, Geliebte erleben zu können und das auf sinnlicher Ebene. Es mag in Ihnen angelegt sein, aber es braucht in diesem Bereich eine Unterstützung, um dies zu entwickeln. Diese Lernprozesse können Inhalt unserer Arbeit sein. Die Lust, mit Ihren inneren Höhlen zu spielen, Ihrer Vagina, und in ihr auch Ihren Partner aufzunehmen, ermöglicht Ihnen eine andere Seite von sich zu entdecken, nicht nur die Anatomie und Physiologie.

P: Sie reden von Symbolen. Mein Wunsch ist eins zu werden mit meinem Mann.

T: Das entspricht Ihrem Verschmelzungswunsch – dies ist eine Ebene, die Sie gut entwickelt haben. Wenn diese Gefühle aber Ihrer Mutter und Ihren Schülern gegenüber zu intensiv werden, kann man sich fragen, ob es nicht sinnvoll wäre, eine gute Distanz zu erleben, die Ihnen persönliche Aneignung und gute Beziehungen ermöglicht.

P: Was soll ich meinem Mann sagen?

T: Anfangs möchte ich mit Ihnen arbeiten. Es ist wichtig, etwas Eigenes haben zu dürfen, ohne sich von anderen abzutrennen. Ihren eigenen Garten pflegen, auch gegenüber Ihrem Mann, Ihrer Mutter und Freundinnen.

D. Chronische Dyspareunie

Definition: Griechisch *dys* = falsch/fehl-, *pareunos* = Bettgenosse

DSM IV: Wiederkehrender genitaler Schmerz assoziiert mit Penetration (> 6 Monate), nicht assoziiert mit fehlender Lubrikation oder medizinischen Leiden.

Im ICD-10 wird unterschieden, aber nicht näher definiert

N94.1 Dyspareunie (= organisch)

F52.6 Nichtorganische Dyspareunie (= psychogen)

Wiederkehrende Schmerzen beim oder nach dem Geschlechtsverkehr kommen bei Frauen aller Altersgruppen weitaus häufiger vor, als man aufgrund von Rückmeldungen in der Sprechstunde annehmen könnte. Nahezu jede fünfte Frau ist davon betroffen und erlebt die Dyspareunie meist als sehr einschneidend. Nur rund jede dritte Betroffene erwähnt ihr

Leiden in der Arztpraxis spontan, weshalb es oft jahrelang unbehandelt bleibt und chronifiziert. Das Thema ist schambesetzt, Schmerzen beim Sex werden als persönliches Versagen oder auch als naturgegeben angesehen.

Eine ganze Reihe von Umständen kann zum Auftreten von Dyspareunie beitragen. In unserer Erfahrung, und in der Forschung beschrieben, handelt es sich um Frauen, die sich bezüglich ihrer psychischen Gesundheit und einer Anamnese von sexuellen Übergriffen kaum unterscheiden von Frauen ohne Schmerzen (Genauerer dazu bei Brauer 2009). Auf eine Reihe von organischen, so dermato-, immuno- und neurologischen Ursachen sowie gynäkologischen Erkrankungen wie Endometriose treten wir hier nicht näher ein (Tab. 2). Wir finden bei Dyspareunie immer wieder Zusammenhänge mit Komponenten der Sexualität und insbesondere mit der Spannung der Beckenbodenmuskulatur, auf die wir uns in diesem Kapitel besonders konzentrieren wollen. Denn der Sexocorpo-

Oberflächliche Dyspareunie	Tiefe Dyspareunie
Entzündungen – Vulva/Vagina (Candida, Bakterien, Herpes) – Urethritis – Bartholinitis Atrophie Vestibulitis-Vulvae-Syndrom Vulvodynie Septum, Hymenanomalie Epitheldefekte Hautkrankheiten – Lichen simplex chronicus – Lichen sclerosus – Lichen Planus – Psoriasis – M. Behçet – Kontaktekzem Vernarbungen Bestrahlung Penisübergroße	Atrophie Entzündung – Vagina (Candida, Bakterien, Trichomonaden) – Cystitis, Urethritis Endometriose Retroflektierter Uterus Tumoren, Zysten Vernarbung, Adhäsionen Vagina Septum Painful-bladder-Syndrom/Interstitielle Cystitis Urethral-Syndrom Chronischer Unterbauchschmerz Hämorrhoiden Colon irritabile <i>High tone pelvic floor dysfunction</i>

Tab. 2: Organische Auslöser von Dyspareunie

rel bietet bei diesen in der Literatur oft als hartnäckig und schwierig beschriebenen Situationen einen hoffnungsvollen therapeutischen Ansatz.

Evaluation

«Haben Sie Beschwerden beim Geschlechtsverkehr?»

Anliegen

Da nicht jede Frau von ihrer Dyspareunie spontan berichtet, lohnt sich in der Routineuntersuchung ein Nachfragen nach dem sexuellen Wohlbefinden und ein Hinweis, dass Schmerzen beim Geschlechtsverkehr vermeidbar sind. Manche Frauen konsultieren wegen der Schmerzen oder wegen vermindertem sexuellem Begehren, nicht selten eher aus Angst vor Partnerverlust als mit dem Wunsch, das eigene sexuelle Erleben zu verbessern (diesen Wunsch lernen sie bei uns erst kennen!).

Genaueres Zuhören, wie die Patientin die Beschwerden beschreibt sowie eine klinische Untersuchung erleichtern eine Einordnung der Dyspareunie und das Erkennen oder den Ausschluss von organischen Grundleiden oder Folgen (siehe Tab. 2). Auch wenn eine organische Komponente vorliegt, lohnt es sich, nach dem sexuellen Erleben und nach der Beckenbodenmuskulspannung zu fragen.

Evaluation der Dyspareunie

- Wie lang schon? Auslöser? (akut / > 6 Monate = chronisch)
- Bei was genau? (auch ohne Berührung/bei leichter Berührung/bei Erregung/beim Eindringen von Finger, Tampon, Penis)
- Zeitlicher Ablauf? (Sofort/nach einer Weile/nach dem Verkehr/jedesmal/nur in bestimmten Situationen/zyklusabhängig)
- Wo genau? (aussen am Eingang/umschrieben/diffus/ca. 2 bis 3 cm innerhalb Eingang/in der Tiefe bei tiefer Penetration/vor allem bei bestimmten Stellen)
- Wie genau? (Brennend/stechend/scharf/dumpf/bohrend)
- Was passiert noch dabei? (Harnblasensymptome, Blutung, Juckreiz)
- Fragen zur sexuellen Erregungsfunktion (sexuelle Erregbarkeit, Erregungsmodus, Muskulspannung, Lubrikation, Reibung)
- Andere Beschwerden (Fluor, Obstipation, wiederkehrende Pilz- und Blaseninfekte, Unterbauchschmerzen, Rückenbeschwerden: Hinweise auf muskuläre Komponente)

Klinische Untersuchung bei Dyspareunie

Eine klinische Untersuchung gehört bei der Dyspareunie immer dazu. Dabei sollte man sich nicht auf die Tat-

sache verlassen, dass frühere gynäkologische Untersuchungen keinen auffälligen Befund ergaben – oft wurden sie nicht mit der entsprechenden sexologischen Sichtweise durchgeführt. Die Untersuchung beinhaltet bei uns:

- Präzise vulvoskopische Untersuchung von Vulva und Perianalregion, um Läsionen, Ekzeme und Infektionen zu identifizieren – beim Vorliegen anderer dermatologischer Veränderungen erfolgt ein entsprechendes Konsilium. Die Patientin verfolgt die Untersuchung mit einem Spiegel. Dabei lassen wir uns von ihr zeigen, wo genau sie ihre Schmerzen verspürt. Wir achten auch auf spontane Abwehrspasmen des Beckenbodens bei Berührung als Hinweis auf eine mögliche vaginistische Komponente.
- Sofern Spekulumuntersuchung möglich (allenfalls kleines Instrument): Inspektion der Vagina und Bakterienkultur, evtl. Chlamydienabstrich (bei jungen Frauen bei tiefer Dyspareunie!).
- Palpation der Vagina und Lokalisieren von Schmerzpunkten, Endometrioseherden etc. Beurteilen der Muskulspannung und allfälliger Triggerpunkte, Überprüfen der Fähigkeit der Patientin, die Muskulatur willentlich zu spannen und zu lösen.
- Palpation des Abdomens, Beurteilen der Bauchmuskulspannung, des M. Iliopsoas, der Gesäß- und Oberschenkelmuskulspannung.
- Bei Urethra- oder Blasenbeschwerden Urindiagnostik und ggf. weiterführende urologische Untersuchungen.

Evaluation der Sexualität bei Dyspareunie

Frauen mit Dyspareunie funktionieren sexuell ganz unterschiedlich und haben sich ihr Geschlecht unterschiedlich angeeignet. Die Vagina kann als erregender Innenraum wahrgenommen werden oder im Körperschema völlig inexistent sein oder durch Muskulspannung als erregbar, aber solide erlebt werden. Organische Leiden können auch mit wellenförmigem Erregungsmodus Schmerzen beim Verkehr auslösen. In einem solchen Fall wäre eine Sexualtherapie natürlich nicht primär als ursächliche Behandlung sinnvoll sondern eher als Begleitung. Eine genaue Evaluation der Erregungsfunktion und der Schmerzgeschichte ist jedenfalls angezeigt. Weitaus häufiger als ein bewegter Erregungsmodus findet sich bei Frauen mit chronischer Dyspareunie in Erregung oder auch in Ruhe eine deutlich erhöhte Muskulspannung im Becken, nicht selten auch im ganzen Körper. Diese spiegelt sich dann im tonischen Gang, das Becken wirkt oft immobil, wenig bewohnt und ist beim Sitzen ähnlich verschlossen wie beim phobischen Vaginismus. Wie wir schon auf Tabelle 1 gesehen haben, gibt es gleitende Übergänge zwischen dem archaischen Erregungsmodus, der chronischen Dyspareunie mit hohem Becken-

bodenmuskeltonus und dem phobischen Vaginismus, ausgelöst durch die Angst vor Schmerzen.

Eine schmerzhaft genitale Lerngeschichte

Diese betroffenen Frauen haben oft das eigene Geschlecht, insbesondere die Vagina, eher wenig angeeignet und einen limitierenden Erregungsmodus (AM, AMM, MM). In der Herkunftsfamilie herrschte vielleicht die Haltung, dass Sexualität oder auch nur schon das Frausein an sich mit Schmerzen verbunden ist, und das weibliche Genitale wurde entwertet oder negativ dargestellt. Oft leiden die Frauen auch an Menstruationsschmerzen oder wiederkehrenden schmerzhaften Unterleibsentzündungen wie Harnwegs- oder Pilzinfektionen. Im Extremfall ist das Geschlecht, der Unterleib primär ein Ort von Schmerzen und nicht von Lust, und selbst potenziell lustvolle Sinnesreize aus der Region werden schmerzhaft empfunden (mehr dazu bei: Forschung 1).

Forschung 1: Unterschiede in der Schmerzempfindlichkeit und Schmerzverarbeitung

Frauen mit chronischer Dyspareunie scheinen eine Tendenz zu haben, Schmerzen anders zu verarbeiten als Nichtbetroffene: Schmerzen werden als besonders schlimm angesehen. Es bestehen Ängste und Hypervigilanz gegenüber Schmerzen, ähnlich wie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen oder Fibromyalgie. Emotionale und kognitive Prozesse, die Grübeln, Pessimismus, ein Überbewerten von schmerzbedingten Symptomen und insbesondere Hilflosigkeitsgefühle einschließen («Katastrophisieren» von Schmerzen), sind mit ungünstigen Verläufen bei Schmerzleiden assoziiert. Unter anderem haben die Betroffenen auf Ebene des Zentralnervensystems andere Durchblutungsmuster im funktionellen MRI in Hirnregionen, die das Antizipieren, Erleben und Modulieren von Schmerzen betreffen. Sie weisen auch Beeinträchtigungen des endogenen Opioidsystems auf – weshalb z.B. Ablenkung (eine Strategie der verhaltenstherapeutischen Schmerzbekämpfung, die über endogene Opiode zu wirken scheint) bei diesen Frauen weniger wirksam ist. Des Weiteren finden sich gehäuft Entzündungsprozesse, eine verschobene Cortisol-/Stressachse und, notabene, eine erhöhte generalisierte Muskelspannung (Übersicht bei Campbell 2009).

Entstehungsmechanismen der Schmerzen

Eine hohe Spannung der Beckenmuskulatur, z.B. beim archaischen Erregungsmodus, aber auch bei andauernder Anspannung, wie sie bei chronischem

Stress oder Angst vorliegen kann, führt zu muskulärem Ischämieschmerz und erhöht die Sensibilität der lokalen Schmerzrezeptoren (Mense 1993). Sie behindert auch die Blutzufuhr zur Vagina. Wir erinnern daran, dass der sexuelle Erregungsreflex durch die Steigerung der Durchblutung der Vagina Transsudation zur Folge hat: Die Vagina wird feucht. Durch die Muskelspannung bei Erregung im archaischen, manchmal auch im mechanischen Modus wird die Vasokongestion und die Lubrikation hingegen behindert – die Frau wird nicht feucht, selbst wenn sie sich gut erregt fühlt. Trockenheit und Enge der Vaginalöffnung führen zu oberflächlicher Dyspareunie mit Reibungsschmerzen und postcoitalem Wundsein.

☞ **Merke:** Frauen, die sich gut erregt fühlen, aber nicht feucht werden, haben entweder eine Schleimhautatrophie (Postmenopause, Stillzeit, Krebstherapie) oder eine hohe Spannung im Beckenboden, die die vaginale Durchblutung und Lubrikation hemmt.

Die mangels Vasokongestion ausbleibende Versteifung der Vaginalwand bewirkt zudem, dass Uterus und Ovarien nicht angehoben werden und bei tiefer Penetration schmerzhaft Stöße erhalten. Tiefe Dyspareunie ist die Folge. Im weiteren Verlauf erlebt die Frau einen Teufelskreis von Schmerzen, Angst und negativer Antizipation, der zu einer Abnahme des sexuellen Begehrens und zu Erregungsschwierigkeiten führt und damit die Beschwerden verstärkt. Läsionen der Genitalschleimhäute führen zu einer höheren Infektanfälligkeit (mehr dazu bei Forschung 2) und zu weiteren Schmerzen. Und vielleicht kommt es zu einer Zunahme der unwillkürlichen muskulären Abwehr im Beckenboden bis hin zum sekundären phobischen Vaginismus.

Forschung 2: Dyspareunie bei sehr jungen Frauen

Dyspareunie ist bei sehr jungen Frauen gehäuft. In einem kanadischen Kollektiv hatten 20% der Adolescentinnen chronische Dyspareunie, vor allem am Scheideneingang. Mädchen, die das Einführen von Tampons sehr schmerzhaft erlebten, hatten mit viel grösserer Wahrscheinlichkeit auch Dyspareunie (Landry 2009). In einem schwedischen Kollektiv erlebten 25% der Adolescentinnen störende Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. An Schmerzen bei der Defloration wurden sogar 65% der Frauen erinnert, es bestand allerdings kein Zusammenhang mit dem aktuellen Schmerzerleben. Gehäuft hatten diese Frauen auch Harnwegsinfekte und Candida-Infektionen (Berglund 2002). Befragt, weshalb sie trotz Schmerzen weiterhin Verkehr hatten, zeigte sich, dass die Bestätigung ihrer Weiblichkeit im Vordergrund stand. Zum «normalen Frausein» gehöre dazu, zum Geschlechtsverkehr bereit zu sein und die Bedürfnisse des Partners wahrnehmen und befriedigen zu können (Elmerstig 2008+2009).

Überlegungen dazu aus dem Sexocorporel

Schmerzen beim Einführen von Tampons sprechen für einen hohen Muskeltonus im Beckenboden auch in Ruhe. Es ist gut vorstellbar, dass zudem der archaische oder archaisch-mechanische Erregungsmodus öfters eine Rolle spielte, immerhin ist er bei ca. 30% der Frauen zu finden. Bekanntlich geht er einher mit einer Stimulation der Druckrezeptoren und mit einer hohen Muskelspannung im Beckenboden, die sich üblicherweise nach einer Entladung löst. Gerade bei sehr jungen Frauen scheint diese post-orgastische Entspannung öfters zu fehlen. Die andauernde Spannung verursacht Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder erschwert das Eindringen. Eine Chronifizierung kann auftreten, wenn der Verkehr immer wieder versucht wird, z.B. weil die junge Frau sich nicht wagt, Nein zu sagen, um ihr Bild als «normale Frau» nicht zu gefährden. Mit der Zeit führt die Erwartung von Schmerzen zu einer Abnahme des Begehrens und evtl. auch zu zunehmender Abwehrspannung bis hin zum Vaginismus.

Therapie der Dyspareunie

Die Therapie der chronischen Dyspareunie ist eine Domäne der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Gynäkologin, Sexologin, Muskelfachperson, in manchen Fällen auch Dermatologen und Urologen tragen dazu bei. Liegt ein klinischer Befund vor, der eine gezielte medizinische Intervention nötig macht, so wird diese eingeleitet. Die gleichzeitige sexologische Betreuung verbessert das Behandlungsergebnis.

Wie beim Vaginismus ist auch bei der Dyspareunie wichtig, dass die Spirale von Schmerzen und Schmerzantizipation unterbrochen werden kann – dass also die Frau darin unterstützt wird, bis zur deutlichen Besserung der Symptomatik keinen weiteren Geschlechtsverkehr zu versuchen. Als Vorgabe kann ein Zeitraum von 3 Monaten vorgeschlagen werden (lieber zu lang als zu kurz, um Enttäuschungen vorzubeugen). Fissuren und Epithelschäden erhalten damit genügend Zeit zu verheilen.

Die Therapie verläuft analog wie beim Vaginismus und hat – je nach Anliegen der Patientin – die schmerzfreie Penetration oder die aktiv und lustvoll erlebte Penetration, also die Erotisierung des vaginalen Innenraums, der Rezeptivität und des Partners zum Ziel. Dazu kommt das Element der De- und Resensibilisierung. Das heisst also, die Frau lernt, die schmerzhaften Regionen ihres Geschlechts einzugrenzen und durch regelmässige sanfte Berührungen mit Pflegemitteln (siehe unten) dort andere Sinnesempfindungen auszulösen als Schmerzen – zunächst neutrale, dann zunehmend angenehme Empfindungen, mit der Zeit auch sexuelle Erregung. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist der Einsatz von Bewegung und Entspannung im Beckenboden, mit der Zeit auch Bauchatmung, Beckenkreisen und Beckenschaukel, da die hohe Muskelspannung ein so wesentliches Element der Schmerzgenese ist. Berührungsübungen allein ohne Veränderung auf der Muskelebene würden unter Umständen keine Besserung erbringen. Da Muskelverspannungen der willkürlichen Einflussnahme teils nur begrenzt zugänglich sind, kann eine gleichzeitige interdisziplinäre Behandlung durch physiotherapeutische, myofasziale, Triggerpunkt- oder andere adäquate Techniken den Therapieverlauf beschleunigen. Im ZiS-Med setzen wir die Myoreflextherapie regelmässig mit gutem Erfolg ein.

Frauen mit Dyspareunie neigen dazu, auf einer strikt somatischen Genese ihrer Beschwerden zu beharren und nach Heilung durch Interventionen von aussen zu suchen, oft mit einer gewissen Ungeduld. Die Beziehung zum eigenen Geschlecht kann sehr distanziert oder abweisend und voll Ekel sein. Die Motivation zum eigenen körperlichen Üben ist grösser, wenn dies berücksichtigt wird und die Selbstberührungen anfangs eher als medizinische Intervention verstanden werden. Durch das Nachfragen nach ihren Wahrnehmungen wird mit der Zeit ihre Neugier auf das Erleben ihrer Vagina geweckt. Bewegungsübungen in

der Konsultation lassen sie erleben, dass fließende Bewegungen und die Einnahme von mehr Raum angenehm sein können. Wegen der Neigung, das Nachlassen der Schmerzen weniger zu registrieren als deren Auftreten, sind die Frauen in der Therapie gelegentlich ungeduldig, weil «sich nichts ändert», und brauchen objektive Rückmeldungen ihrer kleinen Fortschritte.

Der Partner der Patientin mit Dyspareunie

Männer reagieren unterschiedlich auf die Dyspareunie ihrer Partnerin. Manche entwickeln Schuldgefühle oder werden übermässig rücksichtsvoll, andere blenden das Leiden der Partnerin aus. Ein Mann hatte sich

über die Jahrzehnte seiner Ehe bei persistierender Dyspareunie der Partnerin ein rasches Ejakulieren angewöhnt, andere verlieren aus Sorge um die Partnerin (Heterozentrierung) die Erektion oder das sexuelle Begehren. Nicht wenige Paare arrangieren sich mit der Dyspareunie der Frau als einer unabänderlichen, zu ignorierenden Gegebenheit. Je nach Situation kann es sinnvoll sein, auch den Partner einzubestellen. Eventuell benötigt er aufgrund seines Erregungsmodus beim Geschlechtsverkehr sehr bruske Bewegungen, die die Beschwerden der Patientin verstärken. Kann man ihn dafür gewinnen, seinen Modus zu verändern, so profitiert auch die Patientin.

Forschung 3: Vestibulodynie (ehemals Vestibulitis-Vulvae-Syndrom)

Prävalenz: bis zu 15% (Goetsch 1991).

Symptomatik: Typischerweise Dyspareunie sehr ausgeprägt, brennend oder scharf. Der Schmerz tritt nicht in Ruhe auf sondern wird durch Berührung ausgelöst, in erster Linie am hinteren Rand des Scheideneinganges (das dorsale Vestibulum), selten aber auch vorne: bei Penetration, beim Einführen von Tampons, beim Radfahren, bei längerem Sitzen, bei engen Kleidern. Der Schmerz kann nach initialer Penetration nachlassen.

Diagnosekriterien: Mindestens 6-monatige Dauer der Symptomatik. Das diagnostische Kriterium der Rötung des hinteren Vestibulums bei 5 und 7 Uhr ist unspezifisch und wenig sensitiv, darum begrenzt aussagekräftig, auch der Q-Tip-Test liefert nicht immer zuverlässige Resultate. Besteht Juckreiz, liegt keine Vestibulodynie im engeren Sinn vor, sondern Mykosen, Allergien, Lichen simplex, sclerosus oder planus. Auch deutlich sichtbare Hautveränderungen weisen eher auf diese Leiden hin. Eine Kultur sollte zum Ausschluss von Infektionen angefertigt werden.

Nicht selten beschreiben die betroffenen Frauen die Schmerzen aber als umfassender, nach ihrer Wahrnehmung betreffen sie die ganze Genitalregion, und erst eine genaue Untersuchung grenzt den Bereich ein. Wenn die Frau im Verlauf der Therapie lernt, mit dem Finger genau hinzuspüren, berichtet sie oftmals, dass das schmerzhafteste Gebiet viel kleiner ist als sie dachte. Gelegentlich liegt gleichzeitig eine Reizblasensymptomatik mit häufigem Harn-drang vor. Möglicherweise besteht eine Assoziation der Vestibulodynie mit interstitieller Cystitis, einer Erkrankung mit hartnäckigen Blasenbeschwerden (Fitzpatrick 1993).

Entstehungsmechanismen: wahrscheinlich multifaktoriell. Das Symptom tritt bei verschiedenen Krankheitsbildern auf und sollte daher nicht als eine Einheit betrachtet, sondern differenziert therapiert werden. (Übersicht bei Farage 2005). Immungene, allergische, entzündliche und neurogene Mechanismen sowie eine genetische Prädisposition wurden beschrieben. Die Schmerzverarbeitung ist bei manchen dieser Frauen in Richtung einer Hyperalgesie verändert, die sich auch an anderen Körperstellen manifestiert und in einem Nachhall der Schmerzen über Minuten nach Entfernung des Stimulus äussert. Die Frauen berichten manchmal, dass nach Berührungen am Vestibulum Schmerzen bis zum nächsten Tag andauern (Lotery 2004). Immunohistochemisch lässt sich nebst einer unspezifischen Entzündung eine erhöhte Dichte von Nervenfasern nachweisen, es ist jedoch nicht bekannt, ob dies ein auslösender oder sekundärer Faktor ist, und dieser Befund ist auch bei mancher gesunden Frau zu finden (Tympanidis 2006). Es gibt Hinweise, dass ein früher Pillenkonsum, früher Geschlechtsverkehr, sowie Status nach antimykotischer oder Laser-Therapie der Vulva das Risiko erhöhen (Bouchard 2002). Patientinnen mit Vestibulodynie haben oft eine Anamnese von rezidivierenden genitalen Candida-Infektionen – es wird vermutet, dass ein gemeinsamer auslösender Faktor zugrunde liegt. Nach unserem Verständnis könnten dies reibungsbedingte Mikroverletzungen am Eingang der Vagina sein nach Penetration bei hohem Beckenbodenmuskeltonus wie beim archaischen Erregungsmodus. Tatsächlich weisen betroffene Frauen öfter auch einen generalisiert erhöhten Beckenbodentonus auf – wobei nicht bekannt ist, ob dies Auslöser oder Folge ist. Ohne Bedeutung scheinen hingegen psychische Faktoren zu sein.

Therapeutische Hilfsmittel

Heilmittel für Schleimhautpflege und Selbstexploration:

Vitamin-E-Öl (z.B. VEA Olio®), fettende Substanzen (z.B. Deumavan®, Antidry Mandelölsalbe®) sowie Gels für die Vaginalpflege (z.B. Multigyn Actigel®, oder das in der Schweiz nicht mehr erhältliche Replens®). Bei nicht-infektiöser entzündlicher Komponente kann für 2 bis 3 Wochen eine Klasse-II-Cortison-Creme dazu gegeben werden. Bei Pilz, Vestibulitis, Atrophie: siehe unten.

Gleitmittel für die Selbstexploration und Geschlechtsverkehr:

Konventionelle Wasser- oder silikonbasierte Gleitmittel (nicht jedoch Vaseline oder das rasch eintrocknende KY-Gel), alternativ – angenehmer im Geschmack – pflanzliche Öle, z.B. Mandel- oder Olivenöl (wobei zu beachten ist, dass Öle die Sicherheit von Kondomen beeinträchtigen).

D-Mannose® (Meropharm) schützt das Urothel vor dem Anhaften von E.-coli-Bakterien und mindert so bei vielen Frauen Drangbeschwerden und rezidivierende Harnwegsinfekte.

Dyspareunie in bestimmten klinischen Situationen

1. Vestibulodynie – Vulvodynie

Bisweilen liegen der Dyspareunie eine Vestibulodynie (früher Vestibulitis-Vulvae-Syndrom genannt) zugrunde, bei der oft sehr ausgeprägte Schmerzen bei Berührung oder sexueller Erregung auftreten, oder eine dys-

ästhetische Vulvodynie mit Schmerzen auch in Ruhe. Die Ursache der dysästhetischen Vulvodynie ist weitgehend unbekannt. Eigene Beobachtungen weisen darauf hin, dass auch hier unter anderem die Muskelspannung, z.B. im Bereich des M. Iliopsoas, eine entscheidende Rolle spielt (siehe hierzu auch Anhang 3: Neuromuskuläre Dysregulation).

Behandlung: Die Vestibulodynie behandeln wir gleich wie andere Formen der Dyspareunie. Die Therapie dauert eher länger. Halten die Patientinnen an der Vorstellung einer organischen Genese des Leidens fest, stellt die Motivation zu Selbstwahrnehmungs- und Bewegungsübungen eine gewisse Herausforderung dar. Die Patientinnen suchen uns oft nach langem Leidensweg mit vielen medikamentösen oder chirurgischen Therapieversuchen als letzte Hoffnung auf. In meiner Erfahrung ist die oben beschriebene Dyspareunie-Therapie auch bei diesen Patientinnen erfolgreich, vorausgesetzt, sie lassen sich dafür motivieren.

2. Pelvic Floor Dysfunction

Weitere Syndrome, die bei Dyspareunie gehäuft zu finden sind, sind das Painful Bladder Syndrom, die chronische interstitielle Zystitis und das Urethrasyndrom. Sie werden heute zusammen mit dem Colon irritabile und manchen Formen der chronischen Obstipation zum Syndromkreis der «pelvic floor dysfunction» gerechnet, denn sie gehen alle mit erhöhtem Beckenbodenmuskeltonus einher. Die Wirksamkeit von Beckenbodenphysiotherapie hierfür wird derzeit erforscht.

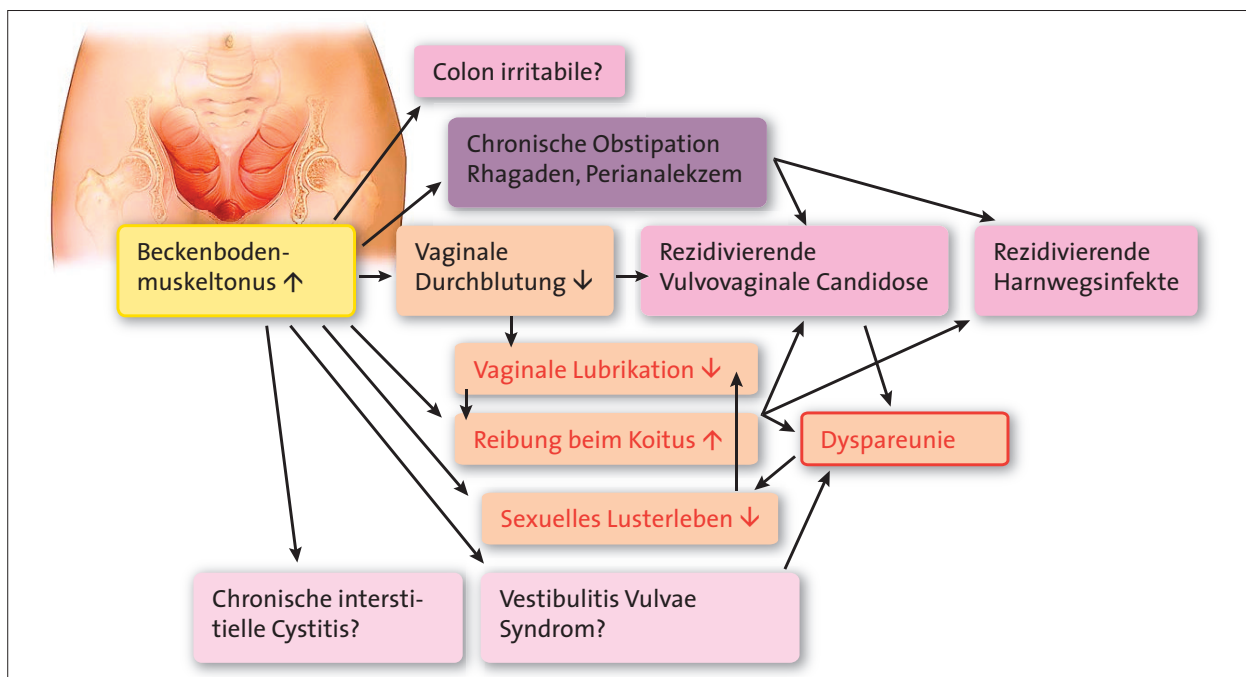


Abb. 10: Schematische Darstellung möglicher Wechselwirkungen eines erhöhten Beckenbodenmuskeltonus

Forschung 4: Immer diese lästigen Pilze – ein paar Worte zu rezidivierenden vulvovaginalen Candida-Infektionen

Candida kommt als Saprophyt häufig vor – sie ist in 5 bis 20% von vaginalen Kulturen, in kleinen Mengen auch oral und intestinal nachweisbar (Eschenbach 2000). Die Rolle der intestinalen Candidabesiedelung für die rezidivierende Candidose ist jedoch nicht klar, und eine Eradikation scheint keine Auswirkung zu haben (Lacour 2002).

Üblicherweise kommt es aber in der Vagina zu keiner Entzündung. Die dort heimischen **Lactobazillen** produzieren antimykotische Stoffe und kompetitieren mit Candida um Rezeptoren am Vaginalepithel sowie um Nährstoffe (Ferrer 2000). Ein Mangel an Laktobazillen (z.B. nach Antibiotikatherapie) kann daher zu einer Candidose führen. Ein Nachweis, dass die lokale Applikation von Lactobazillen das Rückfallrisiko reduziert, ist jedoch bislang nicht zuverlässig gelungen, auch die Wirksamkeit der oralen Joghurtaufnahme ist umstritten (Jeavons 2003, Patel 2004, Pirotta 2004).

Östrogen fördert die Adhärenz von Candida-Sporen am Epithel und die Myzelienbildung. Daher ist eine Candidose während der Prämenarche oder Postmenopause selten, während sie in hyperöstrogenen Phasen wie der Schwangerschaft gehäuft auftritt. Die Diskussion um Ovulationshemmer und Candida ist noch offen. Zumindest Ovulationshemmer mit einem hohen Ethinylestradiol-Gehalt prädisponieren zur Candidose, evtl. aber auch niedrig dosierte Ovulationshemmer durch die Veränderung der vaginalen Trophik und Lubrikation (Berglund 2002). Unter der postmenopausalen Östrogentherapie tritt die Candidose ebenfalls häufiger auf (Dennerstein 2001).

Intimhygiene, Erregungsmodus und Sexualverhalten

Der Gebrauch von Sliepeinlagen und synthetischen Strumpfhosen sowie nicht-medizinische vaginale Spülungen und Deodorants prädisponieren nachweislich zur Candidose (Spinillo 1993).

Schmerzen beim Coitus haben öfter Candidose zur Folge; dies wurde zumindest für junge Frauen gezeigt. Die koitale Reibung bei hohem Beckenbodenmuskeltonus (archaischer oder mechanischer Erregungsmodus) und bei eingeschränkter Lubrikation (wegen des Muskeltonus oder bei mangelnder Erregung) verursacht Mikroverletzungen des Vaginalepithels, die die Adhärenz und Invasion von Candida in die Schleimhaut begünstigen. Daher ist es sinn-

voll, bei einer Frau mit rezidivierender Candidose nachzufragen,

- ob die Rezidive jeweils 1 bis 3 Tage postkoital auftreten
- wie feucht sie beim Geschlechtsverkehr wurde
- ob die Vagina während oder nach dem Verkehr schmerzte oder sich wund anfühlte
- wie weit der Geschlechtsverkehr jeweils erregend für sie ist
- ob sie bei sexueller Erregung eine hohe Muskelspannung im Beckenboden wahrnimmt

Liegt ein Erregungsmodus mit hohem Beckenboden-tonus oder ein fehlendes Begehren vor, so kann durchaus auch eine Sexualtherapie die sinnvollste Behandlung einer rezidivierenden Candida sein!

Therapie

Es gibt keinen Hinweis, dass die Eradikation von Candida beim Partner die Rezidivgefahr der Frau reduziert. Eine Partnerbehandlung ist daher nur indiziert, wenn auch der Partner symptomatisch ist (Bond 2003).

Fluconazol 1 x 150 mg wöchentlich über 6 Monate reduziert das Risiko für einen Rückfall bei Patientinnen mit häufigen Rezidiven (Sobel 2003). Eine dauerhafte Rezidivfreiheit ist damit jedoch weder während noch nach der Behandlung zu erzielen, und die Kosten sind beträchtlich. Die lokale Applikation von Clotrimazol 100 mg einmal wöchentlich reduziert ebenfalls das Rückfallrisiko. Eine gründliche Behandlung mit täglicher peroraler und lokaler Therapie über drei Wochen und einer Wiederholung nach weiteren drei Wochen scheint manchmal erfolgreich. Lactobazillen haben sich bislang nicht wirksam gezeigt, evtl. werden neue Stämme in Zukunft erfolgreicher sein.

In eigener Praxis verschreibe ich zur Prävention von postcoitaler Candidose Multigyn Actigel® oder Clotrimazol, das die Patientin jeweils postkoital auf den Introitus und das untere Drittel der Vagina aufträgt. Wesentlich ist aber natürlich, dass die Patientin lernt, den Beckenbodenmuskeltonus zu senken, wenn dieser bei ihr generell und vor allem bei sexueller Erregung erhöht ist. Bestehen Lubrikationsprobleme, ist neben Gleitmitteln oft eine weiterführende Sexualberatung sinnvoll.

Siehe hierzu auch Anhang 2: Immunabwehr und Ernährung bei rezidivierenden Candida-Infekten.

3. Rezidivierende Harnwegs- und Candida-Infektionen

Nach unseren Beobachtungen sind auch wiederkehrende Blasenentzündungen und vaginale Pilzinfektionen oft auf eine hohe Muskelspannung zurückzuführen und treten dann typischerweise 1 bis 3 Tage postcoital, aber auch ohne Geschlechtsverkehr auf. Ein perianales Ekzem oder Fissuren gehören zu diesem Erscheinungsbild, bei dem der Muskeltonus zu Defäkationsschmerzen und Fissuren führt, die perianale Haut sich ekzematös verändert und damit die natürliche Schutzfunktion gegen Bakterien verliert. Dies begünstigt eine Migration von Darmflora zur Vagina und Urethra und damit Infektionen. Die Beurteilung der Perianalregion gehört daher immer zur Diagnostik, ebenso wie eine entsprechende Hautpflege zur Therapie.

4. Dyspareunie bei Atrophie

In der Stillzeit, in der Menopause und bei gewissen medizinischen Behandlungen (Chemo- oder Hormontherapien, welche die Ovarfunktion unterdrücken) bewirkt der Östrogenabfall eine Atrophisierung der Genitalschleimhäute. Sie werden dünner, empfindlicher, weniger dehnbar und neigen zu Schrumpfung. Vaginale Feuchtigkeit und Transsudation nehmen ab, die Frau wird also bei sexueller Erregung weniger schnell und weniger stark feucht. Es ist unmittelbar einsichtig, dass dadurch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auftreten können. Diese führen zu einer Beeinträchtigung des sexuellen Lusterlebens und sekundär auch des sexuellen Verlangens. Dennoch wird dieser Mechanismus in der medizinischen Klinik und auch in der Sexualtherapie (!) oft vergessen, oder, weil z.B. bei einer Krebstherapie andere Sorgen anstehen, als zweitrangig angesehen. Er kann aber zu ausgeprägtem Leiden führen. Da die Atrophie einfach zu beheben ist, sollten alle Fachpersonen, die Frauen rund um die sexuelle Gesundheit betreuen, mit der Symptomatik vertraut sein.



Abb. 11: Genitalatrophie

Östrogenbehandlung

Systemische Hormontherapie wirkt oft zu wenig auf die Genitalschleimhäute und ist je nach Grunderkrankung

u.U. sogar kontraindiziert. Wir verwenden daher (auch bei bestehender HRT) topische Therapien. Dabei ist wegen der geringen systemischen Wirkung Östriol dem Östradiol vorzuziehen, oder das synthetische Promestrien, welches am wenigsten resorbiert wird. Selektiv wirksame topisch anwendbare SERMs (Osprelifene) und DHEA durchlaufen momentan klinische Trials und könnten in Zukunft interessant sein. Vorsicht mit Depot-Zäpfchen, die mit erhöhter systemischer Resorption einhergehen. Zwar ist die Anwendung mit Vaginaltabletten einfacher, aber aus sexologischen Überlegungen geben wir den täglich anzuwendenden Cremes den Vorzug, wobei das sanfte Einmassieren der Creme sinnvoller ist als die Anwendung mit dem Applikator. Mit Letzterem wird die Creme meist im oberen Teil der Vagina deponiert und wirkt weniger dort, wo die Dyspareunie besteht, nämlich am Eingang (Archer 2010). Zudem wird durch den pflegenden Umgang in der Berührung mit dem eigenen Geschlecht eine regelmässige Kontaktnahme gefördert, die auf die Dauer zu einer besseren Wahrnehmung desselben führt. Die Patientin soll informiert werden, dass es sich bei der Creme nicht um ein Gleitmittel handelt, dass die Behandlung erst nach einem Monat spürbare Veränderungen zeigt und dass die Wirkung nach Absetzen der Behandlung allmählich wieder nachlässt.

Hormonfreie Hilfsstoffe, wie weiter oben aufgeführt, sind teilweise in Untersuchungen der Östrogen-therapie ebenbürtig und können z.B. Brustkrebspatientinnen angeboten werden. Auch eine perorale Vitamin-D₃-Substitution scheint sich positiv auf die Atrophie auszuwirken (Castelo-Branco 2005).

Spezielles in der Postmenopause

Östrogen hält den Kollagengehalt, die Dicke, die Elastizität und die Barrierefunktion der Vaginalschleimhaut aufrecht und fördert durch saure Mucopolysaccharide und Hyaluronsäure das feuchte Klima (mehr dazu bei Castelo-Branco 2005). Die oberflächlichen Vaginal-epithelzellen reifen unter Östrogeneinfluss und enthalten Glycogen – den Ausgangsstoff, aus dem die Döderleinbakterien der Vagina Milchsäure und H₂O₂ produzieren, womit sie die vaginale Flora kontrollieren und auch vor Harnwegsinfekten schützen. Entsprechend führt ein Östrogenmangel zu einer Abnahme der Zellreife, Elastizität, Wanddicke, Durchblutung und Feuchtigkeit der genitalen Schleimhäute, die dann Brennen, Juckreiz und Dyspareunie zur Folge haben kann. Der Anstieg des pH-Wertes führt zu einer erhöhten Anfälligkeit für vaginale und Blasenentzündungen, die ebenfalls durch Östrogenmangel bedingte Atrophie der Urethralwand zu Reizblasenbeschwerden.

Der Östrogenspiegel ist jedoch nicht allein bestimmend für die Alterung der Genitalschleim-

häute. So trägt zum Beispiel Rauchen wesentlich dazu bei, auch Nulliparität scheint ein Risikofaktor zu sein (Castelo-Branco 2005). Frauen mit einer höheren Frequenz von sexueller Erregung weisen weniger genitale Atrophie auf – dank der besseren Durchblutung und evtl. auch dank gewisser Stoffe im Sperma.

Eine beginnende Atrophie mit Rückgang der Lubrikation bei sexueller Erregung und gesteigerter Empfindlichkeit der Vagina tritt bei ca. 15% der Frauen schon vor der letzten Monatsblutung auf. Nach der Menopause, bisweilen auch erst Jahre später, erleben nahezu die Hälfte der Frauen atrophiebedingt Urindrangsymptomatik, verminderte Lubrikation und/oder Dyspareunie (Mac Bride 2010). Bemerkenswert ist, dass auch 10% der Frauen unter systemischer HRT Atrophiebeschwerden haben. Wenn wir bedenken, dass aufgrund der hohen Lebenserwartung Frauen etwa einen Drittel ihres Lebens in der Postmenopause verbringen, so ist das Thema von grosser klinischer Relevanz.

Bei der Behandlung kommen die oben beschriebenen hormonellen und nicht-hormonellen Substanzen in Frage. Selbstverständlich kann es auch sinnvoll sein, eine sexologische Beratung anzubieten, gerade wenn die Dyspareunie störende Folgen für andere Komponenten der Sexualität nach sich zieht, oder wenn die Sexualität schon vorher beeinträchtigt war. Im Praxisalltag ist aber in vielen Fällen das Problem durch die lokale Therapie genügend zu bewältigen.

Nicht nur allfällige Beschwerden, auch die Veränderung des Aussehens des Geschlechts mit der Menopause erfordert eine Anpassungsleistung. Die äusseren Labien verlieren an Fettgewebe, die inneren schrumpfen und verschwinden teils fast ganz, der Eingang der Vagina liegt frei. Je mehr aber die Frau ihr Geschlecht auch weiterhin als lustpendenden Teil ihres Körpers erlebt, desto eher kann sie eine freundschaftliche Beziehung dazu aufrechterhalten, auch wenn es sich vom gesellschaftlichen Schönheitsideal entfernt, und desto besser gelingt die Anpassung. Die physiologischen Voraussetzungen hierzu sind günstig, denn die Sensibilität des Geschlechts bleibt erhalten und auch der Erregungsreflex wird praktisch nicht beeinträchtigt durch die Menopause.

Das Gegenteil einer Verengung des Geschlechts, nämlich Senkungs- und Prolapsbeschwerden, insbesondere bei Frauen, die geboren haben, können sich auch einschränkend auswirken auf das sexuelle Erleben. Nebst der lokalen Östrogenisierung bringen hier bisweilen auch chirurgische Eingriffe eine Verbesserung. Über die Wirkungen und Nebenwirkungen der Genitalchirurgie berichten wir an anderer Stelle.

Spezielles im hohen Alter

Ist die Scheide über Jahre nicht beansprucht worden

durch vaginale Stimulation oder Geschlechtsverkehr, lassen sich im hohen Alter manchmal ausgeprägte Schrumpfungerscheinungen beobachten, die eine unvorbereitete Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs sehr schmerzhaft machen oder verunmöglichen können. Hierbei handelt es sich nicht um Vaginismus sondern um einen Verlust der Elastizität des Bindegewebes. Prinzipiell sollte sich diese über Selbstmassagen mit topischem Östrogen und Dilatoren mit der Zeit wieder genügend herstellen lassen. Auch hier hilft Beckenbodentraining zur Förderung der Durchblutung.

Spezielles beim Stillen

In der Zeit nach Geburt ihres Kindes muss sich die Frau einer Reihe von Herausforderungen stellen, die auch auf das sexuelle Erleben Auswirkungen haben können. Sehr einschneidend sind hierbei oft die genitalen Schmerzen. Diese sind mehrheitlich mit der Stillatrophie verbunden, während Dammschnitte und -risse meist rasch und gut verheilen. Einzig ausgedehnte dritt- oder viertgradige Risse sind häufiger mit Beschwerden beim Verkehr assoziiert. Sowohl die Wundheilung als auch die Atrophie profitieren von topischer Östrogenbehandlung.

In der Stillzeit ist die Frau auch konfrontiert mit einer Reihe von unerotischen Auseinandersetzungen mit dem eigenen Körper. Diese reichen von Netzhöschchen und Wochenbettsbinden über beunruhigenden Haarausfall bis hin zu allerlei unerwünschten Veränderungen im Körperbild. Sie können bei entsprechender Disposition das weibliche Selbstwertgefühl und die Lust an sexuellen Interaktionen einschränken. Die Stimulation der Brustwarzen beim Stillen kann den sexuellen Erregungsreflex auslösen, was von manchen Frauen sehr ambivalent erlebt wird oder so mit Schuldgefühlen belastet ist, dass sie sich die Brust während der Stillzeit als Erregungsquelle verbieten. Manche sexuelle Beschwerden wie Verlust des Begehrens oder sekundärer Vaginismus nehmen in dieser Zeit ihren Anfang. Vorbestehende Einstellungen und Erfahrungen mit der Sexualität prägen die Fähigkeit der Frau, sich auch in dieser Phase als sinnliche, sexuell lustvolle und ganze Frau zu erleben. Die topische Östrogenbehandlung stellt dabei eine einfache und wirkungsvolle Unterstützung dar, die den Frauen, z.B. anlässlich der Geburtsnachkontrolle, grosszügig angeboten werden sollte.

Spezielles bei Brustkrebs

Die neueren Brustkrebstherapien mit Aromatasehemmern führen zu weitaus drastischeren Hormonmangelercheinungen, als dies durch Chemotherapie und Tamoxifen bislang der Fall war. Für die betroffenen Frauen kommen die Veränderungen manchmal sehr

plötzlich und unerwartet. «Es ist, wie wenn ein Schalter umgelegt worden wäre.» Dabei ist nicht nur die starke Atrophie problematisch, sondern oft auch Veränderungen des Körperschemas, bei denen der Körper als nicht mehr zu einem selbst gehörend erlebt wird, Berührungen nicht die gleichen Wahrnehmungen auslösen, und der Erregungsreflex nicht in gleicher Weise auslösbar erscheint. Eine ausgeprägte Dyspareunie und andere Beeinträchtigungen der Sexualität können die Folge sein. Da betreuende ÄrztInnen die Bedeutung der Sexualität im Kontext von Krebserkrankungen oft als untergeordnet betrachten und nicht danach fragen, bleibt die Patientin mit ihrem Leiden allein und gibt sich möglicherweise selbst die Schuld für ihr «Versagen». Das Gespräch über die diesbezüglichen Nebenwirkungen der Chemo- und insbesondere Antihormontherapie gehört aber bereits bei der Vorbesprechung der Behandlung genauso dazu wie das Erwähnen von Haarausfall etc. Gerade die Schmerz- bekämpfung lässt sich durch möglichst östrogenarme Massnahmen, wie oben beschrieben, relativ einfach durchführen und kann von jedem Hausarzt in die

Wege geleitet werden. Zu einer phasenweisen topischen Östrogenbehandlung ist zu sagen, dass sie sich etwa ähnlich auf das Rezidivrisiko auswirkt wie wenn die Patientin täglich ein Glas Rotwein trinkt. Um wieder mehr daheim zu sein in ihrem Körper, kann eine Sexualtherapie über Wahrnehmungs-, Atmungs- und Bewegungsübungen ähnlich wie bei der Anorgasmie oder bei vermindertem Begehren zu einem Aufbau des Körperschemas und einer Zunahme des Lusterlebens führen. Oft braucht dies keine lange Therapie, ein paar Konsultationen reichen aus. In der Praxis kann bereits bei der Verschreibung von Pflegegels angeregt werden, dass die Frau sich täglich ein bisschen Zeit nimmt, diese bewusst aufzutragen und sich dabei auf die Wahrnehmungen ihres Geschlechts zu konzentrieren – langsame, variable Berührungen sind geeignet, die Synapsen der somatosensorischen Landkarte wieder herzustellen. In gleichem Sinn können auch andere Handlungen genutzt werden für das Ganzkörpergefühl, z.B. das Auftragen von Bodylotion, Duschen, sportliche Aktivitäten.

Anhang 1: Literatur

1. Sexualentwicklung

Bischof-Köhler D. (2006). *Von Natur aus anders. Die Psychologie der Geschlechtsunterschiede*. Kohlhammer Verlag Stuttgart

Largo R. (1993). *Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht*. Carlsen Verlag Hamburg

Uhlmann E. (2004). *Die psychosexuelle weibliche Entwicklung aus psychoanalytischer Sicht*. In: Beckermann, Perl (Hrsg.). *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe* Band 1. Schwabe Verlag Basel

2. Vaginismus

Binik YM, Reissing E, Pukall C, Flory N, Payne KA, Khalife S. (2002). The female sexual pain disorders: genital pain or sexual dysfunction? *Arch Sex Behav*. 2002 Oct;31(5):425-9.

Ghazizadeh S, Nikzad M. (2004) Botulinum toxin in the treatment of refractory vaginismus. *Obstet Gynecol*. 2004 Nov;104(5 Pt 1):922-5.

Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. (2003). Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther*. 2003 Jan-Feb;29(1):47-59.

Reissing ED, Binik YM, Khalife S, Cohen D, Amsel R. (2004). Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav*;33(1):5-17.

Van der Velde J, Everaerd W. (2001a). The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus. *Behav Res Ther*. 2001 Apr;39(4):395-408.

Van der Velde J, Laan E, Everaerd W. (2001b). Vaginismus, a component of a general defensive reaction. an investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion-inducing film excerpts in women with and without vaginismus. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001;12(5):328-31.

Weijmar Schultz W, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld J (2005). Women's Sexual Pain and its management. *J Sex Med* 2005 May;2(3):301-16.

3. Dyspareunie

Archer DF. (2010) Efficacy and tolerability of local estrogen therapy for urogenital atrophy. *Menopause*. 2010 Jan-Feb;17(1):194-203.

Berglund AL, Nigaard L, Rylander E. (2002). Vulvar pain, sexual behavior and genital infections in a young population: a pilot study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002 Aug;81(8):738-42.

Bond CM, Watson MC; Grampian Evidence Based Community Pharmacy Guidelines Group. (2003). The development of evidence-based guidelines for over-the-counter treatment of vulvovaginal candidiasis. *Pharm World Sci*. Aug;25(4):177-81.

Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Morin C, Blanchette C. (2002). Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: a case-control study. *Am J Epidemiol*.;156(3):254-61.

Brauer M, ter Kuile MM, Laan E, Trimbos B. (2009) Cognitive-affective correlates and predictors of superficial dyspareunia. *J Sex Marital Ther*. 2009;35(1):1-24

Campbell CM, Edwards RR. (2009). Mind-body interactions in pain: the neurophysiology of anxious and catastrophic pain-related thoughts. *Transl Res*. 2009 Mar;153(3):97-101.

Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Villero J, Nohales F, Juliá MD. (2005) Management of post-menopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Maturitas*. 2005 Nov 15;52 Suppl 1:S46-52. Epub 2005 Sep 1.

Dennerstein GJ, Ellis DH. (2001). Oestrogen, glycogen and vaginal candidiasis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. Aug;41(3):326-8.

Elmerstig E, Wijma B, Berterö C. (2008). Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain? *J Adolesc Health*. 2008 Oct;43(4):357-63.

- Elmerstig E, Wijma B, Swahnberg K. (2009). Young Swedish women's experience of pain and discomfort during sexual intercourse. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(1):98-103.
- Eschenbach, DA (2000). Infectious vaginitis. In J. J. Sciara (Ed.), *Gynecology and obstetrics* (pp. 1–18). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005 Nov 1;123(1):9-16. Empfohlene Literatur
- Farage MA, Galask RP. (2005). Vulvar vestibulitis syndrome: a review.
- Ferrer J. (2000). Vaginal candidosis: epidemiological and etiological factors. *Int J Gynaecol Obstet.* Dec;71 Suppl 1:S21-7.
- Fitzpatrick CC, DeLancey JOL, Elkins TE, McGuire EJ. (1993) Vulvar vestibulitis and interstitial cystitis: A disorder of urogenital sinus-derived epithelium? *Obstet Gynecol*; 81: 860-862.
- Goetsch MF. (1991) Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *Am J Obstet Gynecol*;164(6 Pt 1):1609-14; discussion 1614-6.
- Jeavons HS. (2003). Prevention and treatment of vulvovaginal candidiasis using exogenous Lactobacillus. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003 May-Jun; 32(3):287-96.
- Lacour M, Zunder T, Huber R, Sander A, Daschner F, Frank U. (2002). The pathogenetic significance of intestinal *Candida* colonization – a systematic review from an interdisciplinary and environmental medical point of view. *Int J Hyg Environ Health.* 2002 May;205(4):257-68.
- Landry T, Bergeron S. (2009). How young does vulvovaginal pain begin? Prevalence and characteristics of dyspareunia in adolescents. *J Sex Med.* 2009 Apr; 6(4):927-35.
- Lotery HE, McClure N, Galask RP (2004). Vulvodynia. *Lancet*, 363: 1058-60.
- Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. (2010). Vulvovaginal atrophy. *Mayo Clin Proc.* 2010 Jan;85(1):87-94.
- Mense S. (1993). Nociception from skeletal muscle in relation to clinical muscle pain. *Pain.* 1993 Sep; 54(3):241-89.
- Patel DA, Gillespie B, Sobel JD, Leaman D, Nyirjesy P, Weitz MV, Foxman B. (2004). Risk factors for recurrent vulvovaginal candidiasis in women receiving maintenance antifungal therapy: results of a prospective cohort study. (*Am J Obstet Gynecol.* 2004 Mar; 190(3):644-53.
- Pirotta M, Gunn J, Chondros P, Grover S, O'Malley P, Hurley S, Garland S. (2004). Effect of lactobacillus in preventing post-antibiotic vulvovaginal candidiasis: a randomised controlled trial. *BMJ.* 2004 Sep 4;329 (7465):548.
- Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens M, Danna P, Hooton TM, Rompalo A, Sperling M, Livengood C 3rd, Horowitz B, Von Thron J, Edwards L, Panzer H, Chu TC (2004). Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. *N Engl J Med.* Aug 26;351(9):876-83.
- Spinillo A, Pizzoli G, Colonna L, Nicola S, De Seta F, Guaschino S. (1993). Epidemiologic characteristics of women with idiopathic recurrent vulvovaginal candidiasis. *Obstet Gynecol.* May;81(5 (Pt 1)):721-7.
- Tympanidis P, Casula MA, Yiangou Y, Terenghi G, Dowd P, Anand P. (2004) Increased vanilloid receptor VR1 innervation in vulvodynia. *Eur J Pain*; 8(2):129-33.

Anhang 2: Immunabwehr und Ernährung bei rezidivierenden Candida-Infektionen

Hester Ladewig, Naturopathic Doctor

Candida albicans ist bei gesunden Menschen nachweisbar auf der Haut, im Mund, an der Vaginalschleimhaut, im Stuhl und im Blut. In geringer Anzahl hat sie keine schädlichen Auswirkungen. Die Abwehrmechanismen des gesunden Körpers halten die Erregerzahl im harmlosen Bereich. Eine Störung der Mikroflora aus jeglichen Gründen kann jedoch zu pathologischem Pilzwachstum führen, dann kann *Candida albicans* zu einer schwer kontrollierbaren Infektion werden.

Natürliche Verteidigungsmechanismen gegen *Candida* schliessen die endogene Vaginalflora ein, die Darmflora, Phagozytose durch Neutrophile und Macrophagen, Antikörperproduktion, Heat shock Proteine (Immunsystem!) und eine intakte Schleimhautbarriere. Diese Faktoren müssen daher für die erfolgreiche Behandlung von *Candida*-Infektionen berücksichtigt werden.

Die Vaginalflora wird in der Pubertät aufgebaut. Sie besteht vorwiegend aus Laktobazillen, aber auch eine Reihe anderer Bakterien, von denen einige schützend, andere in zu grosser Anzahl potenziell pathogen sind. Nach der Menopause ist die Flora vermindert, während eine normale Schwangerschaft kaum einen Einfluss hat. Die Vaginalflora wird stark beeinflusst durch Mikroorganismen aus der Perianalregion, der Hautflora und der Darmflora. Weitere Einflussfaktoren auf das mikro-ökologische System der Vagina sind Antibiotikabehandlungen, Kontrazeptiva, Immunsuppressoren, Hygienegewohnheiten, Hormone und sexuelle Aktivitäten. Therapeutika, die die Vaginalflora unterstützen, schliessen probiotische Scheidenzäpfchen und Tampons ein sowie Spülungen, die den sauren pH der Scheide fördern. Hierbei muss beachtet werden, dass das alleinige Behandeln der Vaginalflora ohne gleichzeitiges Ausbalancieren der Darmflora oft nicht genügt, da der Einfluss der gastrointestinalen Mikroorganismen auf die Zusammensetzung der Vaginalflora und auf das Immunsystem so gross ist. Die Darmflora ihrerseits kommt aus dem Gleichgewicht durch Antibiotika, Chemotherapie, Immunsuppressoren, Stress und eine Diät, die reich ist an stärkeartigen Kohlehydraten, insbesondere Weissmehl und Zucker. Daher kann das Regenerieren der Darmflora mit Probiotika und einer nährstoffreichen Diät, die verarbeitete und raffinierte Lebensmittel vermeidet, ein

wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen *Candida*-Behandlung sein.

Interessant ist auch, dass Zuckerkonsum das *Candida*-Wachstum fördert. *Candida* braucht bestimmte Zucker (Sukrose, Dextrose, Maltose, Galaktose, Xylose und Trehalose), andere jedoch nicht (Melibiose, Zellobiose, Inositol, Raffinose, Dulcitol). Manche Individuen bemerken rezidivierende Beschwerden wie Juckreiz und Brennen sogar beim Verzehr von Obst. In der Initialphase der Behandlung ist es ratsam, alles, was zu einem raschen Blutzuckeranstieg führt, zu vermeiden. Nahrungsmittel, die vermieden werden sollten, sind raffinierter Zucker und Speisen, die diesen enthalten, Weissmehl und dessen Produkte (Backwaren, Teigwaren, Weissbrot), Fruchtsäfte und tropische Früchte (Ausnahme: Papaya). Die Auswirkung von Früchten auf die Symptomatik ist individuell sehr unterschiedlich. Ein Auslassversuch kann gemacht werden, wenn die übrigen Diät- und Behandlungsmassnahmen nicht genügen. Ist die Diät abwechslungsreich mit vielen verschiedenen Gemüsen und Gewürzen, dann steigt die Bereitschaft, sie auch über ein paar Wochen beizubehalten.

Bei Wunsch nach natürlichen Antimykotika: z.B. *Tropaeolum majus* (Ceres), Lapacho/Pau D'Arco (als Tee), Pefrakehl (Pefrakehl D4 Kaps./D3 Zäpfchen Sanum), Albicansan (Albicansan D4 Kaps. Sanum), Sanukehl Cand (Sanukehl Cand D6 Tropfen Sanum).

Das Immunsystem ist ein Thema für sich! Eine ganze Reihe von Faktoren können das Immunsystem belasten, unter anderem Schlafmuster, chronischer Stress, einseitige Ernährung mit Nährstoffmangel oder übermässiger Konsum verarbeiteter Lebensmittel, Verdauungsprobleme, und der regelmässige Medikamentenkonsum (Antibiotika, Pille, Schmerzmittel). Orale Kontrazeptiva beispielsweise können nebst anderen Spurenelementen den Zinkspiegel im Körper senken – Zink ist seinerseits aber wesentlich für das Immunsystem. Die zusätzliche Einnahme von Zink kann für Pillenkonsumentinnen mit rezidivierenden Infektionen daher sehr empfehlenswert sein. Da der

Darm und die Vagina ein gemeinsames Schleimhaut-immunsystem haben, hat die Darmgesundheit einen direkten Einfluss auf die vaginale Immunabwehr. Darum trägt auch die Unterstützung der Darmflora zur vaginalen Gesundheit bei.

Die Schleimhautbarriere der Vagina wird durch viele Faktoren beeinflusst, unter anderem durch Hormone, durch mechanische Belastung bei sexuellen Aktivitäten, durch die Muskelspannung des Beckenbodens und durch Hygienefaktoren. Diese sollten bei hartnäckigen Candida-Infektionen zusätzlich zu den oben genannten berücksichtigt werden. Denn hier verspricht ein multifaktorieller Therapieansatz den besten Erfolg. Immunkompetenz, eine ausgeglichene Vaginal- und Darmflora und eine intakte Vaginalschleimhaut sind die Eckpfeiler der vaginalen Gesundheit.

Empfohlene Literatur:

1. Abbas A, Lichtman A, Pillai S: Cellular and Molecular Immunology 6th ed. Philadelphia, USA: Saunders Elsevier.

2. Bradford R, Allen H: Candida albicans as a Common Pathogen. Townsend Letter for Doctors & Patients June 2000: 54-56.

3. Jonkers D, Stockbrügger R: Unexplained Diarrhoea, Candida in Faeces. Aktuel Ernaehr Med 2003; 28:87-92

4. Gudat W. et al: Candida albicans, Hohenheimer Konsensus zum Stellenwert der Schleimhautbesiedlung im Gastrointestinaltrakt. Z.Allg.Med. 1998;74: 782-785.

5. Neumann G: Vaginale Dysbiose: Diagnose und Einsatz von Probiotika im Rahmen des Menstruationsschutzes.

6. Takahashi I: Gut as the Largest Immunologic Tissue. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition 23; 5:S7-S12

Anhang 3: Neuromuskuläre Dysregulation bei Sexualfunktionsstörungen

Dr. med. Kurt Mosetter

Zusammenfassung

Genitale Schmerzsyndrome und manche sexuellen Probleme sind eng mit neuromuskulären Symptomatologien verwoben. Rückenschmerzen, Muskelschmerzen und Gelenkfunktionseinschränkungen, Kopfschmerzen, Migräne oder Occlusionsstörungen sind typischerweise Ausdruck und Signalträger stressgezeichneter Patienten, welche auch unter Sexualfunktionsstörungen leiden.

Das Auftreten von sexuellen Funktionsstörungen und Genitalschmerzen wird durch eine chronisch verspannte Muskulatur begünstigt. Insbesondere gilt dies für erhöhte muskuläre Ruhespannungen im Bereich des M. iliopsoas, der Adduktoren, des M. piriformis und der Bauchmuskulatur.

Ein dauerhaft erhöhter, dysregulierter Muskeltonus, Entgleisungen des autonomen Nervensystems mit hohem Sympatikotonus und reduzierten N.-vagus-Aktivitätsmustern korrelieren mit beeinträchtigter Propriozeption und gestörter Interozeption. Diese Wahrnehmungsstörungen des eigenen Körpers, Verzerrungen des Körperempfindens und eine reduzierte

Integration des Muskelsinnes prägen nicht nur die Aktivitätsmuster des Körpers, sondern auch die des Gehirns/ZNS und des psychoemotionalen Erlebens. So spiegeln sich stressassoziiertes körperliches und psychisches Erleben und spannungsgezeichnete sexuelle Erfahrungen in neuronalen Aktivitätsmustern im Gehirn – genauso wie sie sich umgekehrt in die Körperlandschaft projizieren.

Dank therapeutischer Zugangswege über den motorischen Flügel der Störungen bietet das Konzept der Myoreflextherapie flankierend zur Sexualtherapie und psychologischen Medizin entscheidende regulative Lösungen. Neuromuskuläre Balance, Tonussymmetrie und manualtherapeutische Interventionen in Richtung Körperentstressung ermöglichen eine grundlegende Entspannung des Muskelsystems, der Interozeption und der neuronalen Stressorchester.

Die Myoreflextherapie ermöglicht damit einen Zugewinn an Körperwahrnehmung, an Stabilität im Körper selbst und eine somatopsychische Entlastung, die die Sexualtherapie entscheidend unterstützen können.

Neuromuskuläre Dysregulation bei sexuellen Problemen

Frau R.

Frau R. stellt sich im September 2009 erstmals in der Praxis vor. Sie wirkt sehr erschöpft, verzweifelt und ist gezeichnet durch einen sehr leidenden Gesichtsausdruck. Die mimische Muskulatur und Kau-muskeln sind angespannt und wirken eingefroren. Frau R. berichtet über ihre «Angst vor der multiplen Sklerose». Eine Vielzahl neurologischer, psychiatrischer, orthopädischer, gynäkologischer und internistischer Konsultationen hatte diese Diagnose in den Raum gestellt. Bisher sei eine Liquorpunktion und MRI zwar noch unauffällig – aber die Symptome wären typisch.

Frau R. klagt über Schmerzen und Sensibilitätsstörungen in den Armen und Händen mit besonders scharfem Schmerz in den Fingern. Genauso überempfindlich, schmerzhaft und kribbelnd sind häufig auch die Beine und Füße bis in die Zehen. Den schlimmsten Schmerz beschreibt Frau R. jedoch in der Genitalregion, im Unterbauch und in der oberen Innenseite der Oberschenkel: «wie heiße Glasscherben», «verbrannt», «offen», «verletzt», «wund», «grausam» und «nicht mehr auszuhalten» fühlen sich die Schmerzen an. Diese Schmerzen «übertreffen alles» – über 24 Stunden, auch nachts. Kein Medikament, weder Kortison noch Methotrexat, Voltaren, Ibuprofen, Tramal oder Antiepileptika

hätte auch nur eine Spur Linderung gebracht. Selbst Valium und Antidepressiva haben nicht geholfen.

Immer wieder sind auch die Gesichtshälften links oder rechts sowie die Augen von solchen «Scherbenschnitt»-artigen, «brennend-bohrenden» Schmerzen angegriffen. Manchmal könne sie sich sogar nicht einmal die Haare kämmen – «so verletzt» fühle sich der ganze Kopf an.

Immer wieder werde sie dann auch von einem schmerzenden Schwindelgefühl überfallen; «wie wenn der Boden unter den Füßen wegkippen würde», wie «Nebel im Kopf» beschreibt Frau R. die Empfindungen. Auf Nachfrage berichtet Frau R., dass Geschlechtsverkehr und selbst Berührung seit über 3 Jahren unmöglich geworden seien. Sie fühle sich so «entstellt» und habe überhaupt keine Freude mehr an jeglicher Sexualität.

Irgendwie sei ihr auch die Kontrolle über das «Essen» verloren gegangen. Mit den Schmerzen habe sie 11 kg zugenommen. Zu Beginn habe sie das Gefühl gehabt, dass Süßes die Schmerzen beruhigen könne. Obwohl es eigentlich nichts nütze, könne sie manchmal einfach nicht anders als 2 Nutellabrote, Schokoladeeis oder Kuchen zu essen. Manchmal brauche sie sogar nachts eine Limonade. Wie sind solche Beschwerden zu erklären und einzuordnen? Wie entwickeln sie sich? Ist eine erfolgreiche Therapie möglich? Wenn ja, wie?

Individuelle Ätiologie und Symptomkonstellationen

Die Komplexität der Symptomatik und die Variabilität von sexuellen Problemen, Genitalschmerzen und damit vergesellschafteten psycho-physischen Stressmustern stellen eine besondere Herausforderung dar.

Die Symptome reichen von Verlust des Begehrens, Genitalschmerz, Dyspareunie, Dysmenorrhoe, rezidivierender oder chronischer Cystitis, Vulvovaginitis bis zur Infertilität. Ätiologie, Schwere, Progredienz und fachübergreifende Symptomatologien erfordern dabei eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Voraussetzung sind differenzierte Kenntnisse aus der modernen Stressforschung, denn das Spektrum der genannten Beschwerden wird beeinflusst von heterogenen, vielschichtigen Stress- und Schmerzmustern (Foerster u. Fahrenberg 2000, Fries u.a. 2005).

Nebst der persönlichen Lerngeschichte trägt jeder Patient zudem eine unbekannte Zahl hochindividueller Krankheitsdeterminanten, Kompensationsmechanismen und reparativer Variablen in sich, ebenso wie individuelle psychische und physiologische

Organisationsmuster. Auch seine genetischen und epigenetischen Profile, seine biochemischen, neurobiologischen und neuromuskulären Gestaltmuster sind individuell angelegt und ausgeprägt (Abb. 1).

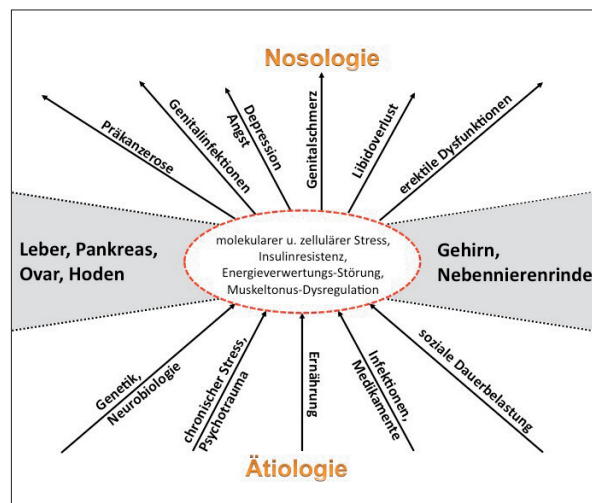


Abb. 1: Erläuterungen im Text.

Das Gelingen der Balance und Homöostase auf molekularer und hormoneller Ebene ist dabei eng mit der Kontrolle, Steuerung und Interaktion zentralnervöser Areale verwoben. Dysbalancen und Entgleisungen innerhalb dieser Systeme können zu einer Vielzahl oft wenig verstandener Stress- und Krankheitsmuster führen. Dabei können verschiedene Ebenen betroffen sein und Symptome entwickeln (Abb. 2).

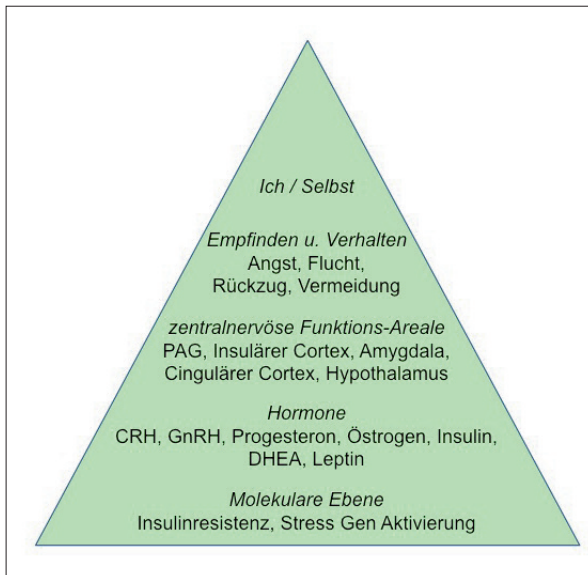


Abb. 2: Erläuterungen im Text

Störungen von aussen und innen und entsprechende individuelle Stressmuster können zu vordergründig schwer überschaubaren, heterogenen pathologischen Regulationsprozessen zwischen zentralem Nervensystem, Immunsystem, Muskelsystem und dem gesamten peripheren System (Muskelsinn, Sympathikus, Parasympathikus, enterisches Nervensystem) führen. Periphere körperliche Ereignisse prägen das autonome, das somatische sowie das enterische Nervensystem; ferner beeinflussen sie alle im Dienste der Stressverarbeitung stehenden Hirnareale fundamental. Die zentralen Verarbeitungszentren zeichnen sich ihrerseits durch funktionelle Diversität und weitverzweigte Vernetzung aus. Darum erfordert ein Verständnis der Kausalität der Pathogenese ein Denken in Gleichgewichten und Vernetzungen. Die klinische Erfahrung zeigt immer wieder, dass monokausale Krankheitskonzepte vor diesem Hintergrund genauso wie lineare Therapieansätze oft versagen.

Körper-Stress

Grundlegende therapeutische Interventionsmöglichkeiten bei stressassoziierten Sexualfunktionsstörungen leiten sich aus der Körperperipherie ab. Ein besonders auffälliges und zugängliches Regelsystem bietet dabei der neuromuskuläre Flügel. Die Muskulatur ist zugleich Ausdrucks-, Handlungs- und Wahrnehmungs-

Organ. Muskelsinn (Tiefensensibilität) und Interozeption (= Körperinnenwahrnehmung) bieten so einen sehr weitreichenden therapeutischen Zugang.

Jedes Erleben geht gleichsam unter die Haut und nimmt im Muskelsystem Gestalt an. So ducken wir uns, richten uns auf oder machen uns klein. Innere und äussere Ereignisse und Bedingungen der Umwelt führen zu unbewussten, unwillkürlichen Aktivierungen des neuromuskulären Systems in Richtung Aufrichtung und Entspannung oder in Richtung Flucht-, Kampf- und Totstell-Verhalten. So lässt sich das Befinden des Körpers über dessen neuromuskuläre Aktivierungsmuster lesen – und entsprechend zielgerichtet behandeln.

Damit können etwa Regulationen des autonomen Nervensystems mit Sympathikolyse und Vagusstimulation erreicht werden, oder die regulative Aktivierung spinaler Verschaltungsmuster und der Trigemini-Nerv-Muskel-Schleifensysteme.

«Traumata» und Pathogenese

Bisweilen ergeben sorgfältige Anamnesen und Befunderhebungen, dass sexuelle Probleme und genitale Schmerzsyndrome nicht aus unbelasteter Vorgeschichte heraus entstehen. Häufig klagten die Betroffenen auch über «Begleitsymptome» wie Rückenschmerzen, Müdigkeit, Kopfschmerz und Leitungsminderungen, oder auch über psycho-vegetative Symptome, Ängste, Schlafstörungen und depressive Verstimmungen.

Besonders aufschlussreich sind bei den ersten Konsultationen die Körperhaltung, das Bewegungs- und Gangverhalten sowie die Gestik und Mimik. Regelmässig imponieren «Beugehaltungen» im Becken mit Hohlkreuzhaltung in der Lendenwirbelsäule. Die Muskelgruppen der Adduktoren sind übermässig angespannt und korrelieren mit übermässig nach innen aktivierten Knie- und Hüftstellungen. Die Schulterpartie ist dabei nach innen rotiert und das Genick wirkt eingezogen (Abb. 3).



Abb. 3:
«Beugehaltung»

Palpation und körperliche Untersuchung offenbaren gravierende Funktionseinschränkungen mehrerer Gelenkebenen. Der Bewegungsumfang im Becken und in der unteren Extremität ist genauso reduziert wie im Bereich der Halswirbelsäule. Speziell die Kopfgelenke und der craniocervicale Übergang sind oft deutlich in mehreren Funktionen stark eingeschränkt.

Analog sind alle Beugemuskeln auch in Ruhe überaktiv und durch einen erhöhten Muskeltonus geprägt. Klassisch sind so die vorderen Hals- und Atemmuskeln, die Treppenmuskeln (Mm. scaleni), die Brustmuskeln (Mm. pectoralis major und minor), die Bauchmuskeln (M. rectus abdominis), der Hüftbeuger (M. iliopsoas), der Hüftspanner (M. tensor fasciae latae) und die ischiocruralen Muskeln (M. biceps femoris, M. semimembranosus) deutlich verkürzt.

Diese relative Verkürzung der tonischen Muskelgruppen geht typischerweise mit einer relativen Schwäche phasischer Muskeln einher, z.B. der Gesäßmuskeln und des M. vastus medialis. Die Schwäche der Gesäßmuskeln (M. gluteus max.) und des inneren Oberschenkelstreckers (M. vastus medialis) führt zu einem motorischen und sensorischen Stabilitätsverlust. Die Folge sind Gangunsicherheit und kompensatorische Verlagerung der Körperschwerpunktmitte nach unten durch Sich-klein-Machen in gebeugter Haltung.

Auf Nachfragen berichten die Betroffenen in vielen Fällen über «frühere» Unfälle, Stürze oder belastende einseitige Alltagshaltungsmuster und Stereotypen. Kindheitserlebnisse, lange zurückliegende Stürze, Alltagsstereotypen oder chronischer Stress können nicht als Einzelereignisse isoliert betrachtet werden: Die Kumulierung der Erlebnismuster des Erstschlages und dessen Kompensation, weiterer chronischer Alltagsbelastung und den damit verbundenen Schonhaltungen, eines Zweitschlages mit Dekompensation führt schliesslich zum individuellen Krankheitsmuster.

Entsprechende Symptome manifestieren sich dabei in sehr unterschiedlichen Körperregionen und Organen. Die heterogenen Symptome erfahren übergreifende System-Verbindungen über die Muskel-Nerv-Organverschlussmuster. Genitalschmerz korreliert so sehr häufig mit chronischem Hypertonus der Nackenmuskulatur und Überaktivierungen des sympathischen Flügels des autonomen Nervensystems.

Signifikant gekoppelt hiermit sind verspannte kontrakte Kaumuskeln. Beissen und Knirschen sind dabei Ausdruck von «Körper-Stress». Für ein tieferes und fachspezifisches Verständnis dieses «Körperstresses» ist ein Blick auf die funktionelle Anatomie und die «Dynamik unter der Haut» sehr hilfreich.

Merke: Genitalschmerz korreliert sehr häufig mit chronischem Hartspann der Nackenmuskulatur, Kaumuskelverspannung und Überaktivierungen des sympathischen Nervensystems.

Die Rolle der Muskulatur der Beckenregion

Schlüsselmuskeln im Becken

Das Muskelsystem des Iliopsoas gestaltet eine dynamische «Einfassung» der Beckenorgane (Abb. 4). Sein muskulärer Hypertonus und relative Verkürzung führt zu Affektionen von allen Urogenitalorganen und Irritationen der Beckenbodenmuskulatur. Kontrakte Elemente dieses tonischen Muskelsystems können filigrane Beckenbodenmuskeln im wahrsten Sinne des Wortes ausschalten.

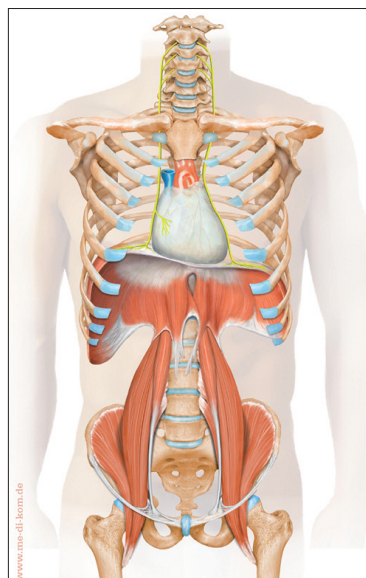


Abb. 4: Muskelsystem des Iliopsoas und Zwerchfell (mit freundlicher Genehmigung von me-di-kom.de)

Verkürzungs- und spannungsassoziierte Schmerzen können an jeder Stelle dieser Muskeln auftauchen und «wandern». Neben klassischen Rückenschmerzen über die Regionen Th12 bis L4, Hüftgelenksbeschwerden und tiefem Leistenschmerz um die Region des kleinen Rollhügels (trochanter minor) können auch Genitalbeschwerden, tiefe Unterbauchschmerzen und Organ-Insuffizienzen ausgelöst werden. Über muskuläre Dysbalancen des Iliopsoas werden zudem die Nervenäste des Plexus lumbalis (Innervation des urogenitalen Bereichs) gereizt. Hieraus kann ein Muskel-Nerv-Muskel-Teufelskreis entstehen.

Bauchmuskeln

Speziell das System des M. obliquus internus projiziert mit verspannten Fasern direkt in das Leistenband und den M. cremaster (Hodenhebermuskel). Hoden-

schmerz, Genitalschmerzen, Prostatareizungen und Eingeweideschmerzen können so über entgleiste Muskulaturen verursacht werden.

Verspannte Fasern des M. rectus abdominis (gerader Bauchmuskel) können mit ihren Übergängen ans Schambein Schambeinschmerzen, Symphysenstörungen und Fehlfunktionen des M. pyramidalis mitgestalten. Resultierende Schambeinschmerzen projizieren direkt in die Genitalorgane und in den Beckenboden.

M. piriformis

Die Fasern des tiefen «Birnenmuskels» ziehen vom grossen Rollhügel des Hüftknochens (trochanter major) direkt in das kleine Becken. Ihr direkter Kontakt mit den Beckenbodenmuskeln, speziell dem M. levator ani, kann eine Vielfalt an Beckenbodenbeschwerden, Beckenbodeninsuffizienz, Schmerzzuständen im kleinen Becken und sexuelle Dysfunktionen verursachen. Muskulär-neurogen können die Funktionsengstellen dieses Muskels gemeinsam mit dem M. obturatorius internus die Nervenäste des Plexus sacralis irritieren. Die Versorgung, Durchblutung und Funktion des Nervus pudendus (Schammernerv) hängt so von einer balancierten neuromuskulären Funktion des M. piriformis und des M. obturatorius internus sowie ihrer Mit- und Gegenspieler ab.

Adduktoren

Die Muskelgruppen der Adduktoren bilden einen grossen Anteil der inneren Oberschenkel-Muskulatur mit Übergängen in die Region des kleinen Beckens, des Gesässes und des Schambeins. So zieht der M. pectineus direkt an die äussere Schambeinkante. Funktionsstörungen dieser Muskelgruppen führen zu Schmerzen an der Innenseite der Oberschenkel, Verspannungen und Funktionsblockaden bei Abspreizbewegungen, Schambein- und Genitalschmerzen.

Im Schutz der Adduktoren verläuft das sensible Nervengeflecht des N. obturatorius und des N. genitofemoralis. Verspannte Adduktoren können hier Störungen wie Sensibilitätsverluste, Reithosenanästhesie, Hypersensibilität und «ver-rückte Schmerzen» durch biomechanisch-muskuläre Kompression der sensorischen Fasern verursachen.

«Stressorchester»

Muskeln sind ausser den direkten anatomischen Innervationen und isoliert abrufbaren Reflexen konkret nie einzeln und isoliert aktiv. In ihrer Aktivierung sind sie integraler Bestandteil von übergeordneten Bewegungsmelodien. Der psychoemotionale Zustand der jeweiligen Person wirkt sich bestimmend auf sie aus und umgekehrt.

Adduktoren, Hüftbeuger, Bauchmuskeln, Zwerch-

fell, Brustmuskeln, die Beuger der Beine und der Arme und auch die Treppenmuskeln mit den Kaumuskeln sind in Stress-Mustern miteinander synchronisiert. Bei dauerhafter, latenter Bedrohung des Organismus werden sie im Dienste von Schutz und Überleben von zentraler Stelle superschnell aktiviert.

In Schutz- und Flucht-assoziierten Erlebnis- und Handlungsmustern werden alle erwähnten Muskeln durch Aktivierung der Amygdala, der Basalganglien (Mosetter u. Mosetter 2005) und des zentralen Höhlengrau angesteuert und synchronisiert (Abb. 5). Die Basalganglienschleife, die Amygdala und das periaquäduktale Grau steuern so ganze Muskelmelodien und spielen eine gewichtige Rolle für die Haltung. Die Nervenzellnetzwerke des periaquäduktalen Grau waren bisher nur für ihre Aktivitäten in Schmerzprojektion und Schmerzverschaltung bekannt. Seit wenigen Jahren erst wissen wir um ihr Mitwirken im Dienste der Interozeption.

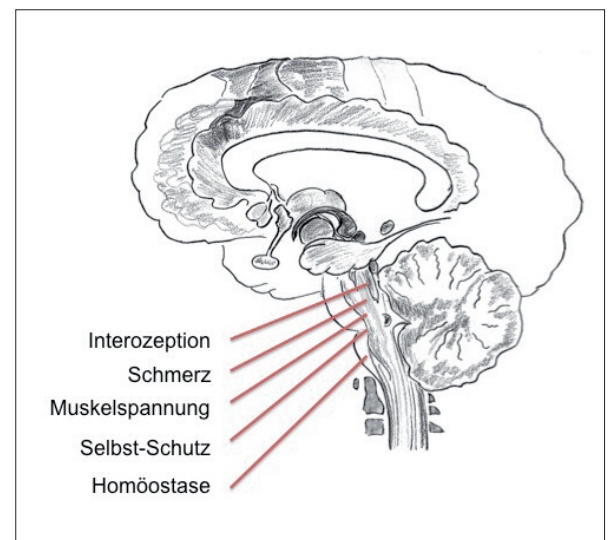


Abb. 5

Muskelhypertonus, Muskelschmerz, Genitalschmerz, Schonhaltungen, Wahrnehmungsdefizite und -verzögerungen, Homöostasestörungen und Sexualfunktionsstörungen finden hier einen gemeinsamen Dirigenten. So wird verständlich, dass bedrohliche, stress-assoziierte oder von Schmerz gezeichnete Erlebnisse Verspannungen, Einschränkungen und eine zentralnervöse Drosselung des sexuellen Erlebens und der Fortpflanzung bewirken. Chronische Anspannung, Angst und Beklemmungsgefühle können sich im sexuellen Erleben und in den Genitalorganen widerspiegeln.

Sehr viele autonome körperliche Verschaltungen entziehen sich willkürlichen und kognitiven Kontrollversuchen. Primäre Emotionen und Gefühle gehen in Schreckreflexzeiten (weniger als 30 ms) nicht nur unter die Haut, sondern sie prüfen Haltung, Muskula-

rität und Organfunktion gleichermaßen superschnell. Jede Emotion wird dabei über ihre Körperlichkeit erlebbar und spürbar und manifestiert sich in «Körper-Bildern». Die Art und Weise des Fühlens, des In-Beziehungen-Tretens und Agierens orchestriert die Verschaltungen des zentralen Nervensystems. Funktionen prägen so die strukturellen Prozesse mit. Damit sind Verzerrungen des Körper-Selbst der Selbstregulationen zugänglich und potenziell reversibel.

Interozeption und körperliche Selbstwahrnehmung

Im Gegensatz zu unseren klassischen Sinnessystemen der Exterozeption (also unseren fünf Sinnen, die Informationen der Aussenwelt aufnehmen), wurde den Funktionen und Strukturen der Interozeption lange Zeit weniger Bedeutung beigemessen. Neuroanatomisch konnten in den letzten Jahren interozeptive, thalamocorticale Strukturen entschlüsselt werden, die körperliche Afferenzen wie Hunger und Durst, Temperaturempfinden, das Befinden der Organe und Gefässe und Schmerzen verschalten. Diese Informationen gelangen dann insbesondere in den insulären und in den anterioren cingulären Cortex. Wie die Empfindung Hunger wird Schmerz hier also nicht über somatosensorische, exterozeptive Bahnen verschaltet, sondern als Innen- und Selbstwahrnehmung. (Brooks u.a. 2005; Craig 2002, 2003, 2003b, 2003c, 2009; Lumb 2002; Solms 2005)

Aktivitäten des autonomen Nervensystems, Informationen über die Homöostase der Organe und körperliche Belange, neuromuskuläre Hintergründe des Muskelsystems sowie die grundlegenden Verhältnisse des Energiestoffwechsels gehören damit zum Spektrum des Sinnessystems des Körperinneren.

Somato-psychische neuromuskuläre Muster und die Einflussmöglichkeiten der Myoreflextherapie

Eine gestörte, gestresste, aus der Balance geratene Interozeption (mit ihren dysfunktionalen «Repräsentationen» im neuronalen Netzwerk, bei «Führungsverlust» des insulären Cortex) kann mit einer ganzen Serie klinischer und psychischer Störungen einhergehen: Depression, Angst, Essstörungen, Störungen des Körper-Selbst und der Körper-Sollgrößen zeigen ebenso Störungen und Verzerrungen der Leiblichkeit auf wie scheinbar rein somatische Schmerzen.

Das verborgene, uns so selbstverständliche System unserer Körperlichkeit und Homöostase sowie deren Aktivierungsmuster in neuronalen Feldern (hier im Besonderen der vordere insuläre Cortex, AIC) spielen eine grundlegende Rolle bei der Gestaltung von körperlichen und psychomentalen Handlungs- und

Erlebnisweisen. Die Entdeckung und Beachtung der Interozeption hilft nicht nur beim Verständnis von komplexen Sachverhalten, sondern ermöglicht auch das Ableiten einer kausalen Behandlung.

Aufgrund der engen Verwobenheit der Interozeption, des autonomen Nervensystems und der Koordination und Balance der Muskulatur bieten sich diese Systeme auch unmittelbar für den therapeutischen Zugang an. Myoreflextherapeutische Spürhilfe und die Induktion von Tonussymmetrien geschehen in der Peripherie manuell; z.B. über den Zugriff zu Sensoren der Motorik (Muskelspindeln und Golgi-Sehnenorgane) sowie über regulative Nervenschaltzentren in der Tiefe der vorderen Halsmuskulatur mit sympathikolytischer und vagotoner Stimulation (über das Ganglion cervicale craniale oder – im Bereich der unteren Halswirbelsäule – über das Ganglion stellatum). Weiterhin können Therapiestrategien über muskuläre kinetische Ketten im Muskelsystem in die entsprechenden körperlichen Kraftvektor-Gleichgewichte eingreifen.

Für die Behandlung geht es dabei jedoch nicht nur um die Regulation von Spannungen in der querstreiften Muskulatur. Vielmehr geht es um die Regulation der grundlegenden Parameter komplexer Gesamtleistungen wie Selbst- und Umweltgefühl und um emotionale und psychom mentale Regulation.

Körper-Stress: Muskuläre, neuronale und molekulare Dysbalancen

Es sind unsere Körperwahrnehmungen und «somatische Marker», die bei der Entstehung von Emotionen «als automatische Gedächtnisstütze» dienen (Damasio 2001). Die «unangenehme Empfindung im Bauch» vermag in bestimmten Situationen «Signale abzugeben wie ‹Gefahr!› oder ‹Tu es unbesorgt!›» (ebd.; vgl. Damasio 2000).

Die interozeptiven Leistungen, das körperlich-psychische Befinden und seine «somatischen Marker» finden ihr Korrelat in neuromuskulären Spannungsmustern sowie in der vegetativen Stress-Disposition.

Sympathikus: Chronische Anspannung mit hoher Sympathikusaktivität aktiviert in allen Organen und Geweben des Körpers A-delta- und C-Fasern. Gleichzeitig wird der Energieumsatz erhöht und die Muskulatur in Richtung Hypertonus voraktiviert.

Energiebilanz, Homöostase und Muskeltonus sind wichtige Komponenten der Interozeption.

Dieses innere Regulationssystem wird ebenso wie äussere schmerzhaft und schädigende Einflüsse über die (bisher nur dem Schmerz zugeordneten) A-Delta- und C-Fasern verschaltet. Diese Fasern aktivieren die zentralen Schmerzbahnen (Tractus Spinothalamikus ventralis u. lateralis). Auch diese stehen im

Dienste des Regulationssystems der Interozeption. Im Stammhirn finden die Projektionen Eingang und Modulation im Periaquäduktalen Grau (PAG). Über Thalamuskern (Ncl. ventralis post. lat., Ncl. centromedianus) finden weitere Verarbeitungen im insulären Cortex, dem cingulären Cortex und den somatosensiblen Rindenfeldern S I und S II statt.

Diese Aktivierungsmuster des PAG werden synchron von sympathikotonen Aktivitäten des peripheren Nervensystems geprägt. «Peripherer» Körperstress führt über diese Relaisstation zur akzentuierten Aktivität des rechten insulären Cortex und von dort zu überwiegenden Nervenzellaktivitäten im rechten präfrontalen Cortex.

Diese Aktivitätsshifts sind bekannt aus der Depressions- und Traumaforschung. Depressivität, Hilflosigkeit und Rückzugsverhalten und auch Veränderungen des sexuellen Erlebens sind mit diesen Aktivitätsmustern (diesem neuronalen Orchester) assoziiert.

Parasympathikus: Ausgeglichene körperliche und emotionale Anspannung und Entspannung, eine ökonomische Energiebilanz (mit entstresser Leberfunktion, s.u.) akzentuieren eine ausbalancierte Führung des parasympathischen Nervensystems. Über die Verzweigung des N. vagus beeinflusst dieser Zustand einer gelingenden und belastbaren Homöostase die Aktivitätsmuster unseres Gehirnes.

So werden PAG, Amygdala und Basalganglien beruhigt. Kerngebiete für somatische Marker (z.B. Nucleus parabrachialis des Hirnstammes und ventrale Thalamuskern) werden relativ bevorzugt aktiviert. Auf der nächsten Ebene dominieren sodann Aktivitäten des linken insulären, des cingulären sowie des linken präfrontalen Cortex. (Craig, a.a.O.).

Limbisches System: Ein Übermass an Stress belastet den Körper, die Psyche und die Leistungen des Gehirns. Dies resultiert zu Beginn in Funktionsstörungen; chronischer Stress macht schliesslich krank (Rensing u.a. 2006; Servan-Schreiber 2004).

Neben den neuronalen Repräsentationsarealen des insulären und cingulären Cortex sind vor allem die Kerngebilde des Stressdirektors Hypothalamus von besonderer Bedeutung. Für die Regulation und Aktivierung von Sexualverhalten, Essverhalten (Appetit und Sättigungsgefühl), Schlafverhalten sowie Aversions- und Aggressionsverhalten ist der Hypothalamus ein integrierendes Verarbeitungsmodul.

Auch Steuerkomponenten für den Energiehaushalt, die Zuckerverwertung und den Insulinstoffwechsel, für Gedächtnis und Merkfähigkeit sowie für die mehrdimensionalen Beruhigungssysteme im Körper und Gehirn sind in den Kerngebieten des Hypothalamus vertreten. Die die Sexualhormone steuernden

Hormone (GnRH), corticotropes Releasinghormon (CRH), das die Schilddrüse steuernde Releasinghormon (TRH), Insulin und IGF1, Vasopressin (Elektrolyt-haushalt), Oxytozin, Leptin und eine Vielzahl an Neuropeptiden sind gemeinsam mit ihren Messfühlern und Rezeptoren im Hypothalamus angesiedelt.

Neuropeptid Y, Substanz P, Galanin, Neurotensin, und Cholecystokinin stehen dort je nach Bedarf im Dienste neuronaler Reparatur, Immunantwortverhalten oder – in chronischem Stress – für die Schmerzgenerierung. Selbst der Fetthaushalt wird über spezielle Messfühler der Proteinkinase C (PKC)-theta erkannt. Mit der Adenosinmonophosphat-Kinase (AMPK) sind zudem Notstromaggregate des Energiestoffwechsels dort angelegt.

Umweltbedingungen und soziale Interaktionen schlagen sich im Gleichgewichtssystem des Hypothalamus nieder. Zu viel Stress führt zu Ungleichgewichten. Das Potenzial für Kampf, Flucht und andere zum Überleben notwendige Leistungen wird aktiviert. Zugleich wird aber das Immunsystem, die kognitive und Gedächtnisleistungsfähigkeit, das Aufmerksamkeitsverhalten und das körpereigene Beruhigungs- und Lernsystem unterdrückt. Über Veränderungen des Insulin/Leptin-Systems verselbständigt sich das Essverhalten bis hin zur Sucht nach Süßigkeiten und unkontrollierbaren Heisshungerattacken, wie wir dies bei unserer eingangs beschriebenen Patientin gesehen haben.

Weitere mögliche Folgen von Dauerstress sind Störungen der Balance der Sexualhormone und ihrer Vorläufer, mit einer ganzen Reihe von Krankheitsbildern, die von proliferativem Wachstum über das polycystische Ovarsyndrom bis hin zu Insulinresistenz, Diabetes m. und Karzinogenese reichen.

Muskelsyndrome und Energiemangel

Die Muskulatur ist besonders deutlich von funktionierenden Zuckerverwertungsbedingungen und einem stabilem Energiehaushalt abhängig. Über den Insulinrezeptor und den entsprechenden Glukose-4-Transporter (Glut 4) sind die Muskeln zu nahezu 100% von physiologischen Insulinwirkungen abhängig.

Insulinresistenz bedeutet, dass weniger Glukose ins Innere der Muskelzelle gelangt. Dies hat einen relativen ATP-Mangel im Muskelstoffwechsel zur Folge. Muskeln benötigen für die Anspannung und die Entspannung die gleiche Verfügbarkeit von ATP. Wird mehr Energie verbraucht als verfügbar ist, kommt die schnelle An- und Entspannungsfähigkeit ins Stocken.

Wie unter sportlicher Aktivität steigern Laktat und Ammoniak an. (Schulz u. Heck 2006).

Die dynamische Gleichung des Energiehaushaltes verschiebt sich in der folgenden Gleichung nach rechts (Abb. 6).

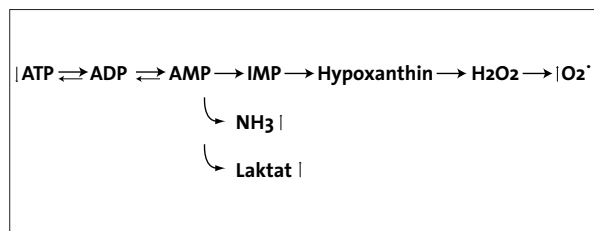


Abb. 6: Erläuterungen im Text

ATP-Mangel führt auf diesem Wege zu einer Acidose, zur Produktion von Ammoniak und (über das Superoxidradikal) zu oxidativem Stress. Für die Muskeln hat dies gravierende Folgen: Zum einen entstehen Muskelhypertonien, vor allem nachts: Die Muskeln bleiben gleichsam auf dem Weg zur Entspannung stecken. Für die entsprechende Relaxation steht nicht mehr genügend ATP zur Verfügung. Ammoniak bewirkt als Zellgift einen zusätzlichen Hypertonus (Ammoniak hemmt die Chloridkanälchen der Gaba-Rezeptoren). Entspannung wird immer schwerer. Und schlimmer noch, Ammoniak, Laktat und muskuläre Hypertonie können damit ein weiteres Problem herbeiführen: Muskelschmerzen.

Unter Energiemangel-Zuständen leidet aber vor allem das synchronisierte Zusammenspiel des körperlichen Muskelorchesters. Speziell die Muskelentspannungssysteme geraten in Schwierigkeiten. Störungen der antagonistischen Hemmung führen zu gegenläufigen Verspannungen von Agonist und Antagonist. Mangelnde autogene und rekurrente Hemmung führt ebenfalls zur Muskelverspannung. Dies trifft vor allem die tonischen Muskeln. Die phasischen Muskeln erfahren dagegen eine Weichenstellung in Richtung Muskelschwäche. Muskulärer Hypertonus, Muskelschmerzen und begleitende Muskelschwäche belasten gemeinsam die körperliche Wahrnehmungsfähigkeit über den Muskelsinn. Muskelsinn und Interozeption, unser umfassendes Körper-Wahrnehmungsorgan und System des Körper-Selbst, können so grundlegend irritiert werden. Für die Betroffenen wird es zunehmend schwieriger, sich selbst zu spüren, sich aktiv wahrzunehmen, sich zu entspannen und nonverbal zu kommunizieren. Sexologisch interessant ist die Beckenbodenmuskulatur, die in dieser Situation besonders anfällig ist für Schwäche und Insuffizienz bei gleichzeitigem Spür- und Wahrnehmungsverlust.

Myoreflextherapie

Akute und chronische Anspannung, somatoformer Stress bei traumatischen Erlebnissen, vegetative, hormonelle und neurobiologische Stressmuster münden genauso in neuromuskuläre Verspannungen wie molekularer, biochemischer Stoffwechselstress.

Das Muskelsystem seinerseits bietet als Schnittstelle zwischen Wahrnehmung, Ausdruck und Handlung einen eleganten regulativen therapeutischen Interventionsweg.

Das sensible System der Muskulatur sowie vegetative Ganglien bilden dabei die primären Zielgebiete des Behandlungsprozesses.

Körperliche Dysbalancen mit entgleisten muskulären Kraftvektoren manifestieren sich in eingeschränkten und pathologischen Bewegungsgeometrien. In einer regulativen Kreisfigur von körperlich-peripher nach zentral-nervös (Bottom-up) und wieder zurück (Top-down) generiert der Körper ein entsprechendes Stressniveau und psychoemotionales Befinden.

Neuromuskuläre Regulation und Integration können neue Möglichkeiten der Wahrnehmung, des Spürens und Handelns eröffnen. Verlerntes und biografisch Überlagertes kann über körperliche Lern- und Veränderungsprozesse wieder entdeckt werden. (Mosetter u. Mosetter 2006, 2010; Muth u. Bering 2009) Die Interozeption, eigentlich selbstverständlich, aber in der Hektik des Alltags abhanden gekommen, kann wieder zugänglich und erlebbar werden. In einem therapeutischen Dialog des körperlichen Wahrnehmungs- und Bewegungslernens können selbst in der Kindheit zu kurz gekommene neuromuskuläre Erlebnismuster gleichsam nach-gelernt werden. Muskuläre Dysbalancen, neuromuskuläre und biochemische Funktionsirritationen können so ebenso regulierbar werden wie stereotyper Stress und Spannungsmuster. Bewegungs- und Tonus-Symmetrie sowie Regulationsprozesse der peripheren und zentralen Stressachse bieten eine nachhaltig erfolgreiche therapeutische Ergänzung zur Sexualtherapie ebenso wie zur Behandlung von einer Vielzahl anderer Erkrankungen.

Muskelinduzierte Symmetriestörungen sowie chronische und stressgezeichnete Fehl- und Überbelastungen können zu einer Vielfalt von Symptomen wie Schmerzen, vegetativen Dysregulationen, Durchblutungsstörungen, Trigeminus- und Stressaktivierungen, Störungen der Blut-Hirn-Schranke, Weichenstellung in Richtung Immunschwäche und Entzündungen führen. Seelische Belastungen, psychischer und physischer Stress, traumatische Erfahrungen, Organfunktionsstörungen und chronische Überforderungen beantwortet die Muskulatur mit Verspannung (Kampf/Flucht), Erstarrung (*freeze*) oder Totstellverhalten (*collapse*). Speziell in der Region der oberen Halswirbelsäule sowie der Kiefer- und Kaumuskulatur, die sich durch eine sehr hohe Rezeptorendichte auszeichnet, bewirken Verzerrungen in Wahrnehmung und Ausdruck eine besondere Vulnerabilität.

Therapeutisch induzierte körpereigene Regulationen führen insbesondere in diesen Gebieten zu

einer tiefgreifenden Entstressung und Entspannung über die gesamte Wirbelsäule mit sympathikolytischen (entspannenden) und vagoton regulierenden (nach innen vitalisierenden) Effekten. Dadurch, dass über die neuromuskulären Schaltkreise nicht allein peripher am Muskel oder Gelenk gearbeitet wird, sondern zentrale Programme angesprochen werden, können wir in einem weiten Sinne auch von einer Neu- und Reorganisation von peripheren in zentrale Verschaltungen sprechen.

Erfolgreiche wie erfolglose Anpassungsleistungen des Organismus werden wesentlich durch die Aktivitätsmuster des autonomen Nervensystems geleistet. Schneller als das Aufkommen von Emotionen (ca. 60 ms), erst recht viel schneller als bewusst werdende Kognitionsleistungen (200 ms), drückt unser Körper in Zeiteinheiten des Schreckreflexes (20 bis 40 ms) Stressbelastungen aus und spiegelt diese zugleich wider. Klassisch sind der Augenringmuskel (M. orbicularis oculi), die mimische Muskulatur, besonders die superschnell verschaltete Kaumuskulatur und die Nackenmuskulatur. Aber auch die ganzen Beugersysteme reagieren in Synergiemustern durch das vegetative Nervensystem entsprechend ihrer Möglichkeit, sich mit den Aussenreizen auseinanderzusetzen.

Vernetzt in diese Anpassungsleistungen sind sowohl Stress-Schaltungen der Kaumuskulatur (durch Trigeminikerne in Hypothalamus und Amygdala), wie auch entsprechende Gefässengstellungen in neuronale Versorgungsgebiete.

Hohe Sympathikusaktivitäten aus dem neuromuskulären Handlungs- und Energieflügel tragen ebenfalls zu Stress-Partituren der neuronalen Orchester und Botenstoffsysteme bei. Immunsuppression, Immundysfunktion und chronisch rezidivierende Harnwegsinfekte, vaginale Pilzinfektionen und Dysbiosen der urogenitalen Schleimhaut können logische Folgen darstellen.

Strategien der Behandlung

1. Die Begegnung zwischen Therapeut und Patient ist auf einer metakommunikativen Ebene zu suchen. Erfährt der Patient, dass der Therapeut ihn als Gegenüber wahrnimmt und mit ihm kommuniziert (jenseits eines primär technischen, operativen Eingreifens und Reparierens von Störungen), kann diese gegenseitige Aufmerksamkeit und Anerkennung im Sinne eines Spiegelungsprozesses zu einer ergiebigen Größe der weiteren therapeutischen Veränderungen werden. Früheste Prozesse von Lernen, Bindung und intersubjektiver Spiegelung können so wieder aktiv werden.
2. In einem nonverbalen Dialog ist die Sensomotorik das Zielsystem der Myoreflextherapie. Die therapeutische Hand kann hier taktile Spiegel des

betroffenen Organismus werden. Der Referenzpunkt Körper kann so neu wahrnehmen und wahrgenommen werden. Mit der motorsensorischen Reafferenz können Sackgassen und Einbahnstrassen im Organismus, im Erleben des Organismus sowie in verschiedenen Hirnregionen und deren Zusammenspiel neu ausgerichtet und stabilisiert werden.

3. Mit Hilfe der myoreflextherapeutischen Spür- und Wahrnehmungshilfe kann der Patient die neuromuskuläre Seite der Belastung Stück für Stück bearbeiten. In einem konstruktiv-rekonstruktiven Zirkel wird ein Körper-Wissen erarbeitet, das helfen kann, körperliche und seelische Belastungen nachhaltig zu bewältigen. Die therapeutische Dialogebene ist dabei die Senso-Motorik des Körper-Selbst.
4. Die behandelnde Hand am Zwerchfell (siehe Abb. 4) dient dem Patienten als Spür- bzw. Wahrnehmungshilfe, um sein dynamisches Körperzentrum zu spüren und sein Körperschema zu regulieren. Umstellreize führen den Organismus wieder zu einer störungsfreien Selbstregulation – funktionell anatomisch vermittelt in Richtung Iliopsoas, Becken (biomechanisch) und Halswirbelsäule (neurogen, N. phrenicus).
5. Eine zentrale Behandlungsregion ist das Iliacus-Iliopsoas-System. Die genaue individuelle Lokalisation, Dosierung, Stärke und Zeiteinheit der Stimulation sind dabei von entscheidender Bedeutung. Tonusregulation, implizites Lernen, Aufrichtungs- und Ausrichtungsverhalten werden so synchron stimuliert.
6. Das Muskelsystem der Adduktoren steht in klinisch anatomischem Kontakt zur Symphyse mit starken Einwirkungen in die Beckenbodenmuskulatur. Regulationen in allen Ursprüngen und Ansatzregionen der Adduktoren stützen die Aufrichtung und stabile An- und Entspannungsverhältnisse des Beckenbodens. Ausbalancierte Adduktoren sind gleichzeitig Taktgeber in stabile Gang- und Aufrichtungsmuster und gewähren in entspanntem Zustand eine sensible Wahrnehmungsfähigkeit der inneren Oberschenkel.
7. Speziell im Bereich der Kopfgelenke, der Mm. scaleni und der Kaumuskulatur gehen im myoreflextherapeutischen Regelkreis vom Patienten selbst durchgeführte Reaktionsmuster unmittelbar mit sympathikolytischen (entstressenden) Regulationen einher. Die Optimierung der Blutversorgung für Rückenmark und zentrale Areale ist die unmittelbare Folge.
8. In den Verschaltungsmustern der Kaumuskulatur geht es um die unmittelbare Lösung der im entgleisten Zustand zu hohen Trigemini-Stressgrundspannung und damit um eine Veränderung und

Entlastung der neuromuskulären und psychischen Grundregulation hin zur körperlichen Aufrichtung und neuen Ausrichtung. Durch die Reintegration motorischer Aktivitätsmuster können sensorische Dysfunktionen des Trigemino-Thalamus-Neuronennetzwerks rückgekoppelt und integriert werden.

9. Die Wiedergewinnung der Bewegungsfunktionen garantiert die Entlastung eingeschränkter Gelenke, einer dezentrierten Wirbelsäule und dysfunktionaler Organstrukturen. Speziell die craniocervikalen Übergangszonen erfahren dadurch Winkelregulationen und eine Entstressung der auf- und ableitenden Bahnen.
10. Stimulationsmuster der Myoreflextherapie mit simulierten Bewegungen in kinetischen Ketten stellen Bedarfsmeldungen an zentrale Verarbeitungszentren dar. Reize für die Zielfunktionsmarkierung führen motorisch und neuro-biochemisch

durch target derived neurotropic factors zu integrativem Lernen mit neuen Verschaltungsmustern.

11. Verlorene oder entkoppelte sensorische Qualitäten (Taubheit, Parästhesien, Schwäche, Temperaturverzerrungen) können durch motorische Flügel und mechanorezeptive Reize Stück für Stück zurückerobert werden.
12. Behandlungsvorgänge können so physiologische Entwicklungs- und Regenerationsschritte als Lernprozesse in Gang bringen.
13. Die therapeutischen Regulationen führen zu einer neuen Stabilität im körperlichen Selbsterleben. Der eigene Leib, unser körperliches Referenzsystem, verändert sich von einem «unsicheren Ort» zu einem «sicheren Ort». Körpereigene Beruhigungssysteme und parasympathische Reorganisationsaktivitäten können sich wieder entfalten.

Frau R.

Wie geht es Frau R. 6 Monate nach ihrer Erstaufnahme? Frau R. stellt sich im April 2010 zur Zwischenbilanz und weiteren Therapieplanung vor. Sie betritt den Raum in auffallend aufrechter Haltung. Bei dieser Konsultation kommt sie alleine (ohne Begleitung ihres Ehemannes). Unter entspannter Mimik und Gestik berichtet sie, dass es ihr «viel viel besser» gehe. Vor allem die furchtbaren Schmerzen im Genitalbereich, in den inneren Oberschenkeln und im Unterbauch seien seit einigen Wochen nicht wieder aufgetreten. Das Glasscherben-Wundgefühl, die Hitze und das Brennen seien schon vor Weihnachten weggegangen. Auch der Kopf fühle sich viel besser an. Die Augenprobleme sind weitaus seltener und nicht mehr so bedrohlich. Die Arme und Beine sind ebenfalls wieder «in Ordnung». Nur ab und zu verspüre sie noch das Brennen und Wundgefühl unter den Fingernägeln.

Frau R. ist in dieser Therapiestunde viel gesprächiger. Sie erklärt, dass sie jetzt spüre, dass «Stress» ihre Symptome auslösen kann. Sie wisse jetzt auch, dass sie lernen müsse, sich zu entspannen. Nachdem es ihr jetzt viel besser gehe, habe sie vor gut vier Wochen Hilfe bei einer Psychologin gefunden; sie wolle weiter an sich arbeiten. Stolz bemerkt sie, dass sie seit ihrem letzten Besuch acht zusätzliche Kilos verloren habe.

Seit ihrem letzten Besuch in Südamerika könne sie zudem die Gedanken an die erfolglosen Adoptionsgesuche besser ablegen. (Über 3 Jahre haben Herr und Frau R. bei eigener Kinderlosigkeit sich bemüht,

ein Kind zu adoptieren. Trotz vieler Widerstände habe sie sich unbedingt ein Adoptivkind gewünscht.) Jetzt habe sie gemerkt, dass sie erst einmal etwas für sich tun müsse.

Analyse: Die Erkrankung und Symptomatik von Frau R. ist nur durch eine mehrdimensionale Betrachtungsweise verstehbar. In der Anamnese zeigte sich die grosse Bedeutung individueller ätiologischer Parameter.

Die nach ventral abgerutschte Kopfhaltung, ein relativ «kurzer» Hals, ein auffälliger Witwenbuckel über HWK 7 und Th 1, die Blockbewegung des Schädels mit eingefroren wirkender Halswirbelsäule sowie hochgezogene, einwärts rotierte Schultern deuteten eindrücklich auf mögliche Kopf- oder Wirbelsäulen-Beschleunigungsverletzungen hin. Tatsächlich bestätigte Frau R., dass sie (allerdings vor mehr als 10 Jahren) eine Treppe heruntergefallen und auf ihr Steissbein gefallen war; sie habe sich dabei den Hinterkopf aufgeschlagen. Sie sei aber nicht bewusstlos gewesen und habe auch keine besonderen Beschwerden gehabt. Erst im Prozess der ersten Behandlungen und neuromuskulären Veränderungen war Frau R. in der Lage, über diesen anamnestisch wichtigen Teil zu berichten. (Mosetter u. Mosetter 2005, 2008)

Auf Fragen hinsichtlich möglicher traumatischer Belastungen um die Geburt weiss Frau R. nichts Genaues zu berichten; jedoch sei sie mit ihrer Mutter die ersten Wochen im Krankenhaus gewesen.

Zu Therapiebeginn zeigte die funktionelle Untersuchung der Kopfgelenke, der Kiefergelenke und der Halswirbelsäule gravierende Einschränkungen; die Gelenkebenen Co/C1 waren ohne Funktion. Die Rotation in C1/C2 lag bei weniger als 5°, die Seitenneige in C2/C3/C4 war nahezu nicht möglich. Die Halswirbelsäule war bei ausgeprägtem Muskelhartspann der Nackenmuskulatur eingefroren.

Klinisch neuroanatomisch können unter diesen Bedingungen die auf- und absteigenden Leitungsbahnen des Hirnstammes, der Medulla oblongata und des cervicalen Markes betroffen sein. Relative Dorsalverlagerungen des Dens axis gegen das ventrale Leitungsbahnensystem, Impressionen der dorsalen Leitungsbahnen gegen den hinteren Atlasbogen gestalten das anatomische Bild. Die gleichzeitig steil gestellten Halswirbelkörper 3 bis 6 verursachen auf den Rückenmarkshöhen C2/C3 zusätzliche Impressionen, Perfusionsstörungen und Liquorzirkulations-Asymmetrien. Die Leitungsbahnenirritation der Segmente C1/C2 und C3 sind zudem assoziiert mit Hirnnerven-Affektionen.

Über die neuroanatomischen Verhältnisse können Teilleistungen der Hirnnerven eingeschränkt und dysreguliert sein. Einengungen des N. accessorius (Innervation des M. Sternocleidomastoideus und M. Trapezius) korrelieren mit Einschränkungen der Kopfdrehung und Trapezius-Hartspann; Irritationen des N. vagus mit Sympathikotonus-Übergewicht. Reizmuster des N. Trigemini verursachen neurologische Schmerzen im Gesichtsschädel.

Diese klinisch anatomischen Dysfunktionen sind verwoben mit biomechanischen strukturellen Strangulationsphänomenen des Versorgungssystems der Arteria vertebralis. Je nach Kopfgelenkstellung und Schulter-Arm-Hand-Position bei Über-Kopf-Bewegungen werden funktionelle Durchblutungsstörungen im Stromgebiet der Aa. spinales (Hirnstamm, Aufmerksamkeitszentren, Leitungsbahnen, Hirnnervenkerngebiete), der A. labyrinthi (Innenohr,

Gleichgewichtskerngebiete, N. vestibulocochlearis) sowie der A. cerebellaris inferior (Kleinhirn = Architekt der Bewegung) verursacht.

Interpretation: Belastendes Erleben um die Geburt, früh erlebter Stress, physische Distorsionsbelastung mit Steissbein- und Hinterhaupt-Verletzung sowie psychosozialer Stress um eine erfolglose Adoption münden in der dekompenzierten Symptomatologie gravierender Genitalschmerzen und gestalten ein hoch individuelles komplexes Krankheitsbild

Lösungsintervention: Wiederholte myoreflextherapeutische, neuromuskuläre Regulationen verbessern die Symptomatologie stetig, Schritt für Schritt. Regelmässige Behandlungen der führenden Muskeln der Kopfgelenke, der Halswirbelsäule, der Atemhilfsmuskulatur, des Zwerchfells, der Adduktoren, der Gesässmuskulatur und des M.-Piriformis-Systems leiten die körperliche Regulation und damit Entstressung auf mehreren Ebenen ein.

Parasympatische Regulation über die Behandlung des Rippenbogens (Plexus hepaticus) und der vorderen Halswirbelsäule (N. vagus), Vagusaktivierungen, Sympathikolyse, Trigemini-Entstressungen und Reorganisationen der Interozeption/des Muskel-sinnes fördern und stabilisieren den Behandlungsverlauf.

Frau R. flankiert ihre Behandlung mit recht drastischer Reduktion ihres Zucker- und Kohlenhydratkonsums. Ferner findet Frau R. bereits nach den ersten myoreflextherapeutischen Entlastungen Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe und Entspannungstechniken; die Reflexion und das Durcharbeiten ihrer Krankheitsgeschichte eröffnet Frau R. so neue Selbstkompetenz und ermöglicht das aktive Wiedererlangen der Gesundheit. Selbst die stress-assoziierten biochemischen Veränderungen mit Insulinresistenz, hormoneller Dysregulation, Zuckerwertungsstörung und entrücktem Essverhalten konnten sich wieder normalisieren.

Im Konzept der Myoreflextherapie sind Aspekte der Dynamik des Körperlichen und der Dynamik des Psychischen auf das Engste verwoben. Mit der Integration des seelisch-mental und des neuromuskulären-kör-

perlich/leiblichen Flügels können Dysfunktionen des Körpers, des Immun-Ichs, des Selbsterlebens, des Verhaltens und deren therapeutische Veränderung neu verstanden und eingeleitet werden.

Literatur

- Brooks, J.C.W./Zambreanu, L./Godinez, A./Craig, A.D./Tracey, I. (2005). Somatotopic organisation of the human insula to painful heat studied with high resolution functional imaging. *NeuroImage* 27. 201–209.
- Craig, A.D. (2002). How do you feel? Interoception. The sense of the physiological condition of the body. *Nat Rev Neurosci* 3. 655–666.
- Craig, A.D. (2003). A new view of pain as a homeostatic emotion. *Trends in Neuroscience* 26. 303–307.
- Craig, A.D. (2003b). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Current Opinion in Neurobiology* 13. 500–505.
- Craig, A.D. (2003c). Pain Mechanisms: Labeled Lines Versus Convergence in Central Processing. *Annu. Rev. Neurosci.* 26. 1–30.
- Craig, A.D. (2009). How do you feel – now? The anterior insula and human awareness. *Nature Rev. Neurosci.* 10. 59–70.
- Damasio, A. R. (2000). Ich fühle also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewußtseins. (2. Aufl.) (1999. The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness. New York: Harcourt Brace). Aus dem Englischen von H. Kober. München: List.
- Damasio, A.R. (2001). Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. (6. Aufl.) (1994. Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain. New York: Putnam's Son). Aus dem Englischen von Hainer Kober. München: DTV.
- Foerster, F./Fahrenberg, J. (2000). Motion pattern and posture: correctly assessed by calibrated accelerometers. *Behav Res Methods Instrum Comput* 32 (3). 450–457.
- Fries, E./Hesse, J./u.a. (2005). A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology* 30(10). 1010–1016.
- Lam, M. (2008). Adrenal Fatigue. Online unter: DrLam.com/Adrenal-Fatigue.
- Lumb, B.M. (2002). Inescapable and escapable pain is represented in distinct hypothalamic-midbrain circuits. Specific roles for Delta- and C-nociceptors. *Exp Physiol* 87. 281–286.
- Mosetter, K./Mosetter, R. (2005). Dialektische Neuro-muskuläre Traumatherapie. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin* 2. 31–45.
- Mosetter, K./Mosetter, R. (2006). Myoreflextherapie Band 1: Muskelfunktion und Schmerz. (2. Aufl.; 1. Aufl. 2001). Konstanz: Vesalius.
- Mosetter, K./Mosetter, R. (2008). Traumatische Belastungen: Der Körper als Bühne und szenische Macht. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin* 1. 8–24.
- Mosetter, K./Mosetter, R. (2010). Myoreflextherapie Band 2. Regulation für Körper, Gehirn und Erleben. Konstanz: Vesalius.
- Mosetter, K. (2010, in preparation). Kausale Therapie. Konstanz: Vesalius.
- Muth, K./Bering, R. (2009). Trauma und Schmerz: Evaluation der Myoreflextherapie im Kontext der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin* 3. 25–35.
- Rensing, L./Koch, M./Rippe, B./Rippe, V. (2006). Mensch im Stress. Psyche, Körper, Moleküle. München: Elsevier.
- Schulz, H./Heck, H. (2006). Laktat und Ammoniakverhalten bei erschöpfenden Dauerbelastungen. In: Bartmus, U./Jendrusch, G./Heneke, T./Platen, P. (Hrsg.) (2006). In memoriam Horst de Marées anlässlich seines 70. Geburtstages. Beiträge aus Sportmedizin, Trainings- und Bewegungswissenschaft. Köln: Sportverlag Strauss. S. 97–107.
- Servan-Schreiber, D. (2004). Die neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente. München: Kunstmann.

Solms, M. (2005). Schmerz. Eine neuro-psychoanalytische Perspektive. *Psychotherapie Forum* 13. 143–145.

Zum Autor

Kurt Mosetter (geb. 03.09.1964), Dr. med., Arzt und Heilpraktiker.

Begründer der *Myoreflextherapie*. Gründer und medizinischer Leiter des *ZiT – Zentrum für interdisziplinäre Therapien*. Arbeitsschwerpunkte: Schmerztherapie, Neuromuskuläre Traumatherapie, klinische Anatomie und angewandte Biochemie; Aus- und Weiterbildung *Myoreflextherapie* und *LOGA-Sport*. Gründungsmitglied des *ZiSMed – Zentrum für interdisziplinäre Sexologie und Medizin* (Zürich). Mitinitiator des Kinderkrankenhauses *Gerdi Gutperle Agasthiyar Muni Child Care Centre* (GGAMCCC) in Sahaya Nagar Vellamadam, Südin-dien. Konsiliararzt in den *Paracelsus-Kliniken* (Schweiz).

Kontakt:

ZiT – Zentrum für interdisziplinäre Therapien,

Obere Laube 44, D-78462 Konstanz

Tel. 0049 (0)7531 915 501,

E-Mail: kurt@mosetter.de, www.myoreflex.de