

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinik Hamburg–Eppendorf
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Direktor Prof. Dr. med. Wolfgang Berner

**Subjektiver Leidensdruck, Sexualität und Partnerschaft
bei Patientinnen mit Vulvaerkrankungen**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Maren Karg

aus Mayen

Hamburg 2003

Angenommen von dem Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am: 15.12.03

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. H. Richter-Appelt

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. F. Jänicke

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: Prof. Dr. U. Koch-Gromus

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Einführung in die Thematik und Überblick über vorliegende Arbeit	3
1.2	Gynäkologische Grundlagen zur Vulva und deren Erkrankungen.....	4
1.2.1	Anatomie und Biologie der Vulva.....	4
1.2.2	Nomenklatur der Vulvaerkrankungen	6
1.2.3	Diagnostik im Rahmen der gynäkologischen Dysplasiesprechstunde	8
1.2.4	Gynäkologische Grundlagen zu den Diagnosegruppen in vorliegender Arbeit....	9
1.2.5	Perspektiven	36
1.3	Psychoanalytische Aspekte zur Entwicklung der weiblichen Körperwahrnehmung und deren Störungen.....	38
1.3.1	Entwicklung des Körperselbst und seine Beeinflussbarkeit durch Krankheit.....	38
1.3.2	Die Psychodynamik chronisch-körperlichen Schmerzes	39
1.3.3	Die Psychodynamik dermatologischer Erkrankungen	43
1.4	Erläuterung und kritische Betrachtung traditioneller psychoanalytischer Theorien bezüglich sexueller Identitätsentwicklung und Weiblichkeit	45
1.5	Die Bindungstheorie und ihr Einfluss auf Partnerschaft	55
1.6	Die ambivalente Bedeutung der Vulva.....	57
1.7	Die Rolle der Psychosomatik bei Vulvaerkrankungen.....	59
1.8	Beeinträchtigung diverser Lebensbereiche der Frau durch die Vulvaerkrankung	64
1.8.1	Körpererleben	65
1.8.2	Sexualität	66
1.8.3	Partnerschaft	69
1.9	Einführung in die Fragestellung	70
2	Methoden.....	72
2.1	Beschreibung des Patientinnenkollektivs und der Teilstichproben.....	72
2.2	Untersuchungsmethode	73
2.3	Statistische Methoden.....	81
3	Ergebnisse	82
3.1	Deskriptive Beschreibung der Stichprobe	82
3.1.1	Demographische Merkmale.....	82
3.1.2	Gynäkologischer Status	87
3.1.3	Allgemeiner Gesundheitsstatus	91
3.1.4	Vulvabeschwerden	94

3.2	Vergleich der einzelnen Behandlungsgruppen hinsichtlich Partnerschaft, Sexualität, subjektivem Leidensdruck und Einstellung zum eigenen Körper unter Berücksichtigung des Alters.....	111
3.2.1	Bindungstyp in der Partnerschaft	112
3.2.2	Zufriedenheit mit dem Sexualleben.....	120
3.2.3	Subjektiver Leidensdruck	122
3.2.4	Einstellung zum eigenen Körper	125
3.3	Überprüfung der Zusammenhänge zwischen subjektivem Leidensdruck und Bindungstyp in der Partnerschaft, Zufriedenheit mit der Sexualität, Einstellung zum eigenen Körper und Schweregrad der Vulvaerkrankung	126
3.3.1	Bindungstyp in der Partnerschaft	126
3.3.2	Zufriedenheit mit der Sexualität.....	128
3.3.3	Einstellung zum eigenen Körper	130
3.3.4	Schweregrad der Vulvaerkrankung	131
3.4	Sexuelle Funktionsstörungen.....	132
3.5	Statistische Vorhersage des Leidensdrucks.....	135
4	Diskussion.....	139
5	Zusammenfassung	159
6	Literaturverzeichnis	162
	Tabellenverzeichnis.....	170
	Diagrammverzeichnis.....	172
	Anhang.....	174

1 Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik und Überblick über vorliegende Arbeit

Das öffentliche Interesse an medizinischen Themen und das Bewusstsein für Gesundheit und Krankheit haben in den letzten Jahren bemerkenswert zugenommen. Dazu haben nicht zuletzt die Medien in Form von Gesundheitsmagazinen, Internetforen und Ratgeber in den Printmedien beigetragen, aber auch Interessenverbände machen durch Öffentlichkeitsarbeit in zunehmendem Maße auf die Problematik einzelner Krankheitsbilder aufmerksam.

Aufklärung der Bevölkerung über Erkrankungen und entsprechende Hilfsangebote für Betroffene haben in begrüßenswerter Weise zugenommen und verfolgen die Absicht, zu informieren, Berührungsängste abzubauen und Stigmatisierungen entgegenzuwirken.

Wenig Berücksichtigung haben dabei bisher die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane gefunden. Während die Notwendigkeit einer regelmäßigen gynäkologischen Untersuchung der Zervixschleimhaut sowie der weiblichen Brust zwecks Malignomprävention mittlerweile steigenden Bekanntheitsgrad erlangt hat, sind speziell die Erkrankungen der Vulva bislang kein Thema öffentlichen Interesses. Schon die Benennung der Vulva außerhalb der medizinischen Terminologie bereitet Schwierigkeiten, die weitverbreitete Unkenntnis anatomischer Gegebenheiten führt zu Unsicherheiten und die Assoziation der Vulva mit Sexualität und weiblicher Intimität macht sie zu einem Tabuthema.

Die klinische Erfahrung in der gynäkologischen Sprechstunde hat jedoch gezeigt, dass ein nicht unerheblicher Anteil des gynäkologischen Patientenguts von Erkrankungen der Vulva betroffen ist und dass sich diese Patientinnen durch einen besonders ausgeprägten Leidensdruck auszeichnen. Die Gründe hierfür scheinen neben der Belastung durch die eigentliche Symptomatik in der Beeinträchtigung zahlreicher Lebensbereiche der betroffenen Frauen zu liegen. Dies sind vermutlich vor allem Beeinträchtigungen von Körpererleben, Sexualität, Partnerschaft sowie eingeschränkter Freizeitaktivität und sie werden nicht zuletzt durch den Umstand erschwert, dass die Frauen nicht die Möglichkeit haben, offen über ihre Beschwerden und Einschränkungen zu sprechen, da sie fürchten, auf Unverständnis, Scham und Tabus zu treffen.

Die Beschwerden erweisen sich häufig als äußerst therapieresistent und erscheinen überdurchschnittlich häufig psychisch überlagert, sodass sich die betroffenen Frauen in

ihrer Lebensqualität erheblich reduziert fühlen. Weiterhin fiel auf, dass die Patientinnen oft von zahlreichen Arztwechslern berichteten, sich häufig unverstanden und unzureichend behandelt fühlten und als „schwierige Patienten“ galten.

All diese Gesichtspunkte gaben Anlass zu vorliegender Arbeit, die sich mit der Untersuchung des Leidensdrucks von Patientinnen mit Vulvaerkrankungen befassen soll und in Zusammenarbeit dem Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und der gynäkologischen Dysplasiesprechstunde der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurde.

Die Arbeit beruht auf einem Fragebogen, der von Patientinnen mit Vulvaerkrankungen beantwortet wurde und sowohl körperliche Beschwerden erfasste als auch Beeinträchtigungen der Bereiche Körpererleben, Sexualität und Partnerschaft und den daraus resultierenden Leidensdruck.

Im vorangestellten Theorieteil vorliegender Arbeit werden zunächst die gynäkologischen Hintergründe der Vulvaerkrankungen erläutert. Es folgen psychoanalytisch orientierte Ausführungen über weibliche Körperwahrnehmung, sexuelle Identitätsentwicklung und Weiblichkeit, sowie bindungstheoretische Konzepte und deren Einfluss auf die Partnerschaft. Auf diesem theoretischen Hintergrund aufbauend sollen anschließend speziell die Vulvaerkrankung und deren Einflüsse auf Körpererleben, Sexualität und Partnerschaft der betroffenen Frau sowie psychosomatische Aspekte bei Vulvaerkrankungen erörtert werden.

Insgesamt wird die Arbeit bemüht sein, sowohl körperliche als auch psychische Aspekte der Vulvaerkrankungen zu berücksichtigen und den resultierenden Leidensdruck im psychosomatischen Sinne zu erfassen.

1.2 Gynäkologische Grundlagen zur Vulva und deren Erkrankungen

1.2.1 Anatomie und Biologie der Vulva

Die Vulva bezeichnet das äußere weibliche Genitale und umfasst große und kleine Schamlippen (*Labiae majorae et minorae*), Clitoris, Bartholin-Drüsen, Schamhügel (*Mons pubis*), sowie Scheidenöffnung (*Introitus vaginae*) und Harnröhrenöffnung (*Ostium urethrae externum*).

Die Vulva ist im Bereich der großen Labien vom verhornenden Plattenepithel der äußeren Haut bedeckt. Die großen Labien sind fettreiche Bindegewebswülste mit mäßigem Gefäßreichtum und im äußeren und seitlichen Umfang mit allen Anhangsgebilden der Haut, mit Haarfollikeln, Schweiß- und Talgdrüsen ausgestattet. Nach medial geht das verhornende Plattenepithel fließend in ein nur noch angedeutet verhornendes Epithel über. Die kleinen Labien sind demgegenüber aus fettfreiem, sehr gefäß- und nervenreichem Bindegewebe mit reichlich elastischen Fasern aufgebaut. Auf der Außenseite sind sie von angedeutet verhornendem Plattenepithel mit Talg- und Schweißdrüsen, auf der Innenseite von einem nichtverhornenden Plattenepithel mit intrazellulärer Keratohyalineinlagerung bedeckt. Talgdrüsen sind hier nur spärlich, Schweißdrüsen reichlich vorhanden.

Den Scheidenvorhof, das Vestibulum vaginae, umgibt ein Schwellkörpersystem, die Bulbi vestibuli, die sich nach ventral durch den Plexus cavernosus communicans mit den Schwellkörpern der Clitoris vereinigen. In das Vestibulum vaginae münden die Ausführungsgänge der Bartholin-Drüsen, die ein grauweißes, mäßig visköses Sekret absondern. Das System der Glandulae vestibulares minores liegt über die gesamte Wand des Vestibulums verstreut und sezerniert ein mäßig visköses Sekret zwischen Harnröhrenöffnung und Introitus vaginae. Die volle Entwicklung der Organe des Vestibulums erfolgt erst im Laufe der Pubertät. Dabei sind aber neben der hormonellen Stimulation nervale Impulse mitbestimmend, wie sie mit der sexuellen Aktivität einhergehen. Bei sexueller Stimulation bildet das Schwellkörpersystem ein weich-elastisches Polster. Gleichzeitig wird der gesamte Drüsenapparat des Vestibulums zur Sekretion angeregt.

Aufbau und Funktion und damit die Biologie der Vulva erklären die Besonderheiten der Erkrankungszustände dieses Organs:

Die Vulva ist Teil der äußeren Haut und damit bei typischen Hauterkrankungen mitbetroffen. Die Innervation der Vulva und die dichten Nervenplexus zeichnen sie weiterhin vor anderen Regionen der äußeren Haut aus. Das macht auch verständlich, dass der Pruritus vulvae bei fast allen Erkrankungen dieses Organs im Vordergrund steht. Des Weiteren zeichnet sich die Vulva nach der Achselhöhle als Region der größten Schweißbildung aus. Hinzu treten Sekrete aus dem Vestibulum und Absonderungen aus der Vagina, die als Fluor vaginalis bezeichnet werden und durch psychologische Faktoren verstärkt werden können. Bei der großen Flüssigkeitsabsonderung im Vulvabereich kann

das Tragen zu enger Kleidung und die Anwendung von Deodorantien die Entstehung eines dauerhaft feuchten Milieus fördern und damit zu einem unspezifischen Dauerreiz führen. Das Vulvaepithel verfügt über Hormonrezeptoren für Östrogene, Progesteron und Androgene, sodass die Vulva den physiologischen wie auch den pathologischen hormonellen Schwankungen des weiblichen Organismus unterliegt und mit entsprechenden Veränderungen reagiert (KAISER u. PFLEIDERER, 1989).

All diese Eigenschaften der Vulva machen sie zu einem komplexen und sensiblen Organ und können zur potentiellen Entstehung zahlreicher und ebenso komplexer pathologischer Veränderungen beitragen. Im Folgenden soll kurz auf die Nomenklatur dieser Erkrankungen eingegangen werden.

1.2.2 Nomenklatur der Vulvaerkrankungen

Nachdem das Fehlen einer einheitlichen Terminologie in Bezug auf die Vulvopathologien lange Zeit zu Kommunikationsschwierigkeiten in gynäkologischen Fachkreisen geführt hatte, erkannte man 1975 die Notwendigkeit, sich auf eine standardisierte internationale Nomenklatur zu einigen und somit eindeutige Diagnostik, Vergleichbarkeit von Studienergebnissen und interdisziplinäre Verständigung zu ermöglichen. Auf dem ISSVD (International Congress of the International Society for the Study of Vulvar Disease) einigte man sich 1975 auf folgende Einteilung, die zwar inzwischen überarbeitet wurde, an dieser Stelle jedoch erwähnt werden soll, weil sie mitunter noch immer in der Literatur Verwendung findet:

1. Vulvadystrophien

(als nicht näher klassifizierte Alteration der Oberflächenarchitektur, die fokal oder diffus, hypertroph oder atroph, mit oder ohne Hautcoloritveränderung imponiert)

a.) Hyperplastische Dystrophie

- ohne Atypie
- mit Atypie

b.) Lichen sclerosus

c.) Gemischte Dystrophie

(als Lichen sclerosus mit fokaler epithelialer Hyperplasie)

- ohne Atypie
- mit Atypie

2. Vulvaatypien

(als Dysplasie oder atypische Hyperplasie)

- ohne Dystrophie
- mit Dystrophie

3. Morbus Paget

(als eigenständiges Krankheitsbild mit pathognomischer Histologie zu differenzieren vom Carcinoma in situ)

4. Carcinoma in situ des Plattenepithels

(als papulöse oder makulöse, vereinzelte oder multiple, hyperpigmentierte, lichenifizierte oder hyperkeratotische Bezirke der Haut oder Schleimhaut)

(FRIEDRICH, 1976).

Diese doch recht komplexe und in Teilen missverständliche Terminologie wurde 1987 auf dem ISSVD durch eine neue Nomenklatur ersetzt, die bis zum heutigen Tag Gültigkeit besitzt und als Grundlage für Diagnostik, wissenschaftliche Veröffentlichungen und interdisziplinäre Kommunikation verbindlich ist. Im Rahmen dieser aktuellen Nomenklatur werden folgende Entitäten unterschieden:

1. nicht-neoplastische Veränderungen

(hierzu zählen nur noch Krankheitsbilder ohne Atypien, die demnach keine Präkanzerosen darstellen)

- a.) Plattenepithelhyperplasie (= squamöse Zellhyperplasie)
- b.) Lichen sclerosus et atrophicus
- c.) andere Dermatosen

2. Vulväre intraepitheliale Neoplasien (VIN) Grad I-III

(atypische Epithelproliferation unterschiedlichen Schweregrades)

- a.) squamös
 - VIN 1 : leichte Dysplasie
 - VIN 2 : mäßige Dysplasie
 - VIN 3 : schwere Dysplasie

- b.) nicht-squamös
 - intraepithelialer Morbus Paget
 - Melanoma in situ

(RIDLEY, 1990).

1.2.3 Diagnostik im Rahmen der gynäkologischen Dysplasiesprechstunde

Vorliegende Arbeit basiert auf einer Befragung von Patientinnen, die sich in der gynäkologischen Dysplasiesprechstunde der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf mit Vulvabeschwerden vorstellten und nach eingehender Untersuchung bestimmten Diagnosegruppen zugeteilt wurden, die unten näher erläutert werden sollen. Zunächst aber soll kurz auf das diagnostische Procedere im Rahmen der Dysplasiesprechstunde eingegangen werden, welches der Zuteilung zu den Diagnosegruppen zugrunde liegt.

Stellt sich eine Patientin mit Vulvabeschwerden vor, so erfolgt nach eingehender Anamneseerhebung zunächst eine Inspektion der gesamten Vulva, der Urethra, des Introitus, der Vagina, der Portio, der Dammregion sowie des Anus.

Es schließt sich die Palpation der gesamten Vulva, der Vagina, des inneren Genitale, des Anus und Rektums, der Beckenwand sowie der Inguinalregion an.

Ein weiterer wichtiger Pfeiler der Diagnostik ist die Vulvoskopie. Sie ermöglicht neben der Begutachtung von Vulnerabilität, Pigmentveränderungen und Lokalisation von Läsionen auch eine Beurteilung von Gefäßtypen im Vulvabereich, die sich in Punktierung oder Mosaikbildung äußern können. Letztere sind nach Auftragen von NaCl und Betrachtung durch einen Grünfilter besonders gut sichtbar.

Nach Auftragen 3-5%iger Essigsäure erfolgt die Begutachtung von Farbe, Gefäßen (Mosaik, Punktierung) und Oberflächenrelief (Vergrößerung, Erosionen, Ulkusbildung) der Vulva, sodass repräsentative Biopsie-Areale determiniert werden können.

Zusätzlich kann ein Collins-Test angeschlossen werden, bei dem zunächst 1%ige Toluidinblau-Lösung auf die gesamte Vulva aufgetragen und nach einer Einwirkzeit von ca. 3 Minuten mit 2%iger Essigsäure wieder entfernt wird. Proliferationsaktive Bezirke bleiben blau, da sich dort Zellkernsubstanzen stärker anfärben als im übrigen Gewebe.

Toluidinblaue Bezirke sind somit verdächtig auf entzündliche Veränderungen, gutartige Ulzerationen oder neoplastische Befunde (FEIGE, 1997).

Ergeben sich Hinweise auf ein infektiöses Geschehen, so werden zudem bakteriologische Untersuchungen bzw. eine HPV-Diagnostik durchgeführt.

Als nächster diagnostischer Schritt wird eine Zytologie des Vulvaepithels durchgeführt. Die Zellentnahme erfolgt mit speziellen Bürstchen, einem NaCl - getränkten Watteträger oder einem flachen Skalpell. Eine Nativzytologie kann bei entzündlichen Läsionen wichtige Hinweise auf ein infektiöses Geschehen liefern.

Abschließend wird zu diagnostischen Zwecken eine Biopsie verdächtiger Areale der Vulva entnommen. Sie sollte in Form einer Stanzbiopsie durchgeführt werden, da bei der Knipsbiopsie aufgrund des resultierenden keilförmigen Biopsats das Fehlen der Biopsiebasis von Nachteil ist. Die histologische Aufbereitung des Biopsats kann wichtige Hinweise auf Atrophie, Dystrophie, Keratose und Atypiegrad liefern und trägt somit entscheidend zur Diagnosesicherung bei.

Hat die Patientin diese umfassende Diagnostik im Rahmen der Dysplasiesprechstunde durchlaufen und ist ihre Diagnose auf diesem Wege hinlänglich gesichert, so werden gemeinsam mit der Patientin, idealerweise unter Einbeziehung ihres Partners, therapeutische Maßnahmen erwogen und eingeleitet.

1.2.4 Gynäkologische Grundlagen zu den Diagnosegruppen in vorliegender Arbeit

In der gynäkologischen Dysplasiesprechstunde der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf waren die behandelnden Gynäkologen wiederholt auf den auffallend hohen Leidensdruck der Patientinnen mit Vulvaerkrankungen aufmerksam geworden. Ziel vorliegender Arbeit ist es, diese Patientinnengruppe und den aus den Vulvaerkrankungen resultierenden Leidensdruck näher zu untersuchen.

Dazu wurden die betroffenen Patientinnen entsprechend den in der Sprechstunde am häufigsten vorkommenden Vulvaerkrankungen den folgenden 4 Diagnosegruppen zugeteilt:

1. Vulvodynie (ICD-H83.0)
2. Kondylomatose (ICD-A63.0)
3. Lichen sclerosus (ICD-L90.0)
4. Vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN) Grad I-III (ICD-N90.0).

Im Folgenden soll eine Definition der 4 oben aufgeführten Krankheitsbilder sowie ein Überblick über deren Symptome, Diagnostik, Ätiologie und Therapie gegeben werden.

Vulvodynie (ICD-H83.0)

Definition

Die International Society for the Study of Vulvar Disease (ISSVD) führte 1983 den Begriff „Vulvodynie“ ein und bezeichnet damit chronische Empfindungsstörungen der Vulva, insbesondere jene, die durch Brennen, Stechen, Reizung oder Rauigkeit charakterisiert sind. Häufig geht dieser Symptomenkomplex zusätzlich mit einem Pruritus vulvae einher (FISCHER et al., 2000).

Die Beschwerden können akut einsetzen oder chronisch progredient verlaufen, permanent oder intermittierend auftreten, fokal oder diffus lokalisiert sein und mittelgradige bis schwere Schmerzintensität erreichen. Diverse Stimuli, die zu Druck auf den Vulvabereich führen, können die Beschwerden auslösen, so beispielsweise sexuelle Kontakte, die Verwendung von Tampons, gynäkologische Untersuchungen, enge Kleidung, aber auch sportliche Aktivitäten und sitzende Tätigkeiten können die Schmerzen provozieren (MASHEB et al., 2000). Daraus wird deutlich, dass die Vulvodynie mit verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit, mit Einschränkungen der alltäglichen Aktivitäten und mit sexuellen Funktionsstörungen einhergehen kann und somit eventuell zu erheblichen Einbußen in Bezug auf Lebensqualität und psychisches Wohlbefinden führt (METTS, 1999).

Epidemiologie

Betroffen sind überwiegend Frauen im gebärfähigen Alter, grundsätzlich kann die Erkrankung jedoch in jedem Alter auftreten.

In den letzten Jahren wurde von einem deutlichen Anstieg an Vulvodynie-Erkrankungen berichtet, obwohl noch keine genauen Zahlen für die Prävalenz bekannt sind (DAVIS et al., 2000). In den USA schätzt man die Prävalenz auf 200.000 betroffene Frauen; dort waren bis zu 15% der gynäkologischen Konsultationen auf eine Vulvodynie-Erkrankung zurückzuführen (FISCHER et al., 2000).

Subtypen

Die Vulvodynie lässt sich in mehrere Subtypen unterteilen. Es lassen sich verschiedene Symptomenkomplexe der Vulvodynie zuordnen, wobei die Meinung der Autoren darüber auseinandergeht, wie weit die Definition der Vulvodynie zu fassen sei, sodass jeweils eine unterschiedlich große Anzahl an Subtypen unterschieden wird.

Einige Autoren subsumieren unter der Diagnose Vulvodynie auch Vulvaerkrankungen infektiöser Genese, mykotische Infektionen und Herpes genitalis. Vielfach werden auch Dermatosen, die sich an der Vulva manifestieren, wie beispielsweise bullöse Autoimmunerkrankungen, Lichen sclerosus, Psoriasis, Erythema exudativum multiforme oder erosiver Lichen ruber der Vulvodynie zugeordnet (FISCHER et al., 2000).

Andere Autoren jedoch definieren die Vulvodynie im engeren Sinne als chronisches Schmerzsyndrom im Vulvabereich ohne infektiöse Ursachen sowie ohne morphologisches Korrelat bei der klinischen Untersuchung. In diesem Sinne ergeben sich zwei Subtypen der Vulvodynie:

1. die „Vulvavestibulitis“ und
2. die „essentielle/dysästhetische Vulvodynie“ (NUNNS, 2000; GIBBONS, 1999).

Zu 1.: Vulvavestibulitis

Die „Vulvavestibulitis“, auch als „fokale Vulvitis“ bezeichnet, kennzeichnet eine umschriebene schmerzhaft Berührungsempfindlichkeit der Schleimhaut im Vestibulum vaginae, die von Erythemen unterschiedlichen Ausmaßes in der Umgebung der Drüsenausführungsgänge begleitet ist. Histologisch handelt es sich um eine chronische oberflächliche Entzündungsreaktion mit einem überwiegend aus Lymphozyten und Plasmazellen bestehenden Infiltrat (FISCHER et al., 2000). Die unspezifische Entzündung ist im subepithelialen Bindegewebe und in Umgebung der kleinen vestibulären Drüsen lokalisiert, die selbst aber nicht in die entzündliche Reaktion einbezogen sind (LÖNING et al., 2001).

Anamnestisch lässt sich häufig ein Beschwerdemaximum während des Koitus ermitteln; die Folge ist eine Dyspareunie mit entsprechenden psychosozialen Auswirkungen (LÖNING et al., 2001). Aber auch andere körperliche Aktivitäten, das Einführen von Tampons und das Tragen enger Kleidung können schmerzbedingt eingeschränkt sein.

Bei der klinischen Untersuchung ist im Swab-Test eine schmerzhaft Überempfindlichkeit des Vestibulums besonders im Bereich der Bartholin-Drüsen charakteristisch. Mittels Vulvoskopie sind möglicherweise 3-10 mm große fokale Erytheme sichtbar. Weitere diagnostische Maßnahmen wie der Essigsäuretest zum Ausschluss einer HPV-Infektion, Abstriche und Vulvoskopie sollten zwar routinemäßig durchgeführt werden, sind jedoch bei der klassischen Vulvavestibulitis meist ohne Befund. Gleiches gilt für die Biopsie, die lediglich zum differentialdiagnostischen Ausschluss einer Dermatose oder eines malignen Geschehens indiziert sein kann (GIBBONS, 1999).

Zu 2.: Essentielle/Dysästhetische Vulvodynie

Die „essentielle Vulvodynie“ bezeichnet ein chronisches Schmerzsyndrom der Vulva, bei dem es zu brennenden, kribbelnden oder stechenden Schmerzen im Vulvabereich kommt. Im Gegensatz zur Vestibulitis sind die Beschwerden nicht fokal begrenzt, sondern haben vielmehr neuralgisch-diffusen Charakter sowie Ausstrahlungstendenz in die Perianalregion (NUNNS, 2000). Bei den betroffenen Patientinnen findet sich häufig eine diffuse Hyperästhesie im Vulvabereich, d.h. eine dem Stimulus unangemessen starke Schmerzempfindung, sodass bereits eine leichte Berührung als schmerzhaft empfunden wird. Außerdem kommt es zur Allodynie, d.h. die aus einem Stimulus resultierende Empfindungsqualität entspricht nicht dem gesetzten Reiz, sodass beispielsweise Berührung als ein Brennen empfunden wird (DAVIS et al., 1999).

Das Beschwerdemaximum steht, anders als bei der Vestibulitis, weder mit dem Geschlechtsverkehr noch mit anderen Aktivitäten in Zusammenhang; die Schmerzen sind vielmehr permanent und mit annähernd konstanter Intensität vorhanden. Die Patientinnen klagen häufig über Begleitsymptome wie Erschöpfung, Schlaflosigkeit und Libidoverlust (GIBBONS, 1999).

Diagnostisch ergeben sich lediglich anamnestische Hinweise, histologisch wie auch bei der körperlichen Untersuchung finden sich lokal keine pathologischen Veränderungen.

Dennoch sollten auch hier aus differentialdiagnostischen Erwägungen heraus Abstrich, HPV-Test, Vulvoskopie sowie eventuell eine Biopsie zum Ausschluss einer Dermatose bzw. eines Malignoms erfolgen. Bei der klassischen Form der „essentiellen Vulvodynie“ werden sich dabei jedoch keine pathologischen Befunde ergeben (GIBBONS, 1999), sodass sich der Gynäkologe letztendlich mit einer schmerzgeplagten und psychisch stark belasteten Patientin konfrontiert sieht, die häufig schon zahlreiche Kollegen konsultiert hat,

bei der jedoch trotz eingehender Diagnostik kein morphologisches Korrelat ihrer Beschwerden verifizierbar ist.

Ätiologie

Die Ätiologie der Vulvodynie-Syndrome ist weitgehend ungeklärt. Zahlreiche Arbeitsgruppen beschäftigen sich jedoch mit der Thematik und haben im Rahmen der Ursachenforschung diverse Hypothesen entwickelt.

Zunächst ging man von einer Hyperreagibilität gegen *Candida albicans*-Antigene bzw. HPV-Antigene aus. Diese Hypothese wird nach zahlreichen Studien jedoch heute kontrovers diskutiert, da sich weder ein histologischer Hinweis auf immunologische Reaktionen der Haut betroffener Frauen auf entsprechende Antigene fand, noch eine erhöhte Infektionsrate mit *Candida* bzw. HPV der Vulvodynie-Patientinnen gegenüber gesunden Kontrollgruppen bestätigt werden konnte (GIBBONS, 1999).

Andere Theorien machen Calcium-Oxalat-Kristalle aus dem Urin als auslösende Faktoren der Symptome verantwortlich (SOLOMONS et al., 1991).

Auch Anhebung des normalen Scheiden-pH-Wertes durch exzessive Hygiene oder durch Verwendung irritativer Substanzen (wie 5-Fluorouracil zur Lokalthherapie von *Kondylomata acuminata*) wurden ursächlich vermutet (FISCHER et al., 2000). Tatsächlich weisen einige Patientinnen anamnestisch rezidivierende Infektionen und Dermatitis im Genitalbereich auf, zu deren Therapie wiederholt topische Steroide, Antimykotika und diverse andere Präparate lokal appliziert wurden, die bei hochfrequentem Gebrauch potentiell irritativ wirken könnten (GIBBONS, 1999).

Perimenstruelle Verschlechterung der Symptome sowie die bei betroffenen Frauen festgestellten niedrigen Serumöstrogenspiegel haben zu der Annahme geführt, dass auch hormonelle Faktoren zur Symptomatik beitragen. So haben Frauen, die vor dem 17. Lebensjahr eine orale Kontrazeption beginnen, ein 11fach erhöhtes relatives Risiko, eine Vulvodynie zu entwickeln (NUNNS, 2000).

Da als anatomisches Korrelat der Nozizeption intraepidermale Nervenfasern im Vulvabereich gelten, wird als Ursache der Vulvodynie auch eine neurale Hyperplasie diskutiert. Die Hyperästhesie und Allodynie wäre somit die Folge vermehrt vorhandener Nervenendigungen im Vulvabereich (DAVIS et al., 1999).

In jüngster Zeit wurde der Hypothese einer Beteiligung der Beckenbodenmuskulatur vermehrt Aufmerksamkeit entgegengebracht. Bei den betroffenen Frauen wurde, über eine

Kontraktion des M.levator ani als reflektorische Reaktion auf Schmerzreize im Vulvabereich hinaus, auch ein erhöhter Grundtonus des Beckenbodenmuskels gemessen sowie eine verlangsamte Entspannung desselben nach Abklingen des Schmerzstimulus registriert. Ob diese anhaltende Verkrampfung des Beckenbodens für die Vulvodynie ätiologische Bedeutung hat, wird sich im Rahmen weiterer Studien herausstellen müssen, es wird jedoch bereits über vielversprechende Therapieansätze mittels Biofeedback berichtet (NUNNS, 2000).

Schließlich sei noch erwähnt, dass die Vulvodynie ursprünglich als psychosomatisches Krankheitsbild angesehen wurde (DAVIS et al., 1999). Dem entspricht der auffallend große Leidensdruck sowie der chronische und häufig therapieresistente Charakter der Beschwerden bei fehlendem Untersuchungsbefund. SCHOVER et al. (1991) fanden in einer Studie, dass bei einigen betroffenen Frauen der Beginn ihrer Vulvabeschwerden in Zusammenhang mit einer belastenden Lebenssituation stand wie z.B. einer Partnerschaftskrise. Er postulierte, ein aus Besorgnis oder partnerschaftlichen Unzufriedenheit resultierender Mangel an sexueller Erregung könne zu unzureichender Lubrikation beim Geschlechtsverkehr und damit zu vulvovaginaler Irritation führen, woraus sich letztendlich auf Dauer eine chronische Vulvasymptomatik entwickeln könne (SCHOVER et al., 1991).

Die Definition der Vulvodynie als rein psychosomatisches Krankheitsbild ist jedoch sehr umstritten, zumal im Rahmen von Studien auch zahlreiche (oben aufgeführte) somatische Erklärungsansätze etabliert werden konnten. Es scheint daher angebracht, die Vulvodynie als multifaktorielle Erkrankung zu verstehen. In diesem Sinne handelt es sich um ein Zusammentreffen diverser somatischer Auslöser, deren genaue Identifizierung noch Gegenstand weiterer Forschung sein muss, mit einer gewissen psychischen Disposition, die betroffene Frauen laut NUNNS et al. (1997) in Form einer stressempfindlichen Persönlichkeitsstruktur für Schmerzwahrnehmung und -chronifizierung besonders empfänglich macht.

Einig ist man sich hingegen darüber, dass die chronischen Vulvabeschwerden bei den Vulvodynie-Patientinnen einen erheblichen Leidensdruck hervorrufen, da ihre alltäglichen Aktivitäten, ihre körperliche Leistungsfähigkeit, ihre Sexualität und ihr psychisches Wohlbefinden durch die Erkrankung häufig stark beeinträchtigt sind (METTS, 1999).

Therapie

Ebenso vielfältig wie die ätiologischen Erklärungsversuche für die Vulvodynie ist auch das Spektrum der Therapieansätze bezüglich dieser Erkrankung. Eine generelle Therapieempfehlung gibt es nicht (FISCHER et al., 2000).

Die erste Maßnahme sollte in jedem Fall eine umfassende Aufklärung der Patientin über ihre Erkrankung sein. Dabei ist es wichtig, der Patientin zu vermitteln, dass ihre Beschwerden, trotz des in vielen Fällen fehlenden Untersuchungsbefundes, ernstgenommen werden, dass es möglicherweise jedoch auch einige Zeit und Compliance erfordert, den individuell wirksamen Therapieansatz zu ermitteln, da zur Zeit noch keine universell wirksame und definitive Heilung garantierende Therapie zur Verfügung steht. Außerdem sollte darauf hingewiesen werden, dass die Anwendung potentieller Allergene und irritativer Substanzen im Genitalbereich, wie beispielsweise Seifen, Lotiones, Deodorantien etc. zur Aggravation der Symptome beitragen kann und auf diese Substanzen zugunsten einer Intimhygiene mit reinem Wasser bzw. allergenfreien Detergentien verzichtet werden sollte.

Anschließend sollten eventuell zusätzlich vorhandene Infektionen im vulvovaginalen Bereich durch den Einsatz von Antimykotika bzw. Antibiotika behandelt werden (GIBBONS, 1999). Der Einsatz topischer Steroide zur Therapie vulvärer Dermatitiden sollte äußerst sparsam und zeitlich begrenzt gehandhabt werden, da es bei unkritischer Anwendung durch eventuelle Nebenwirkungen an der Vulvahaut zur Verschlimmerung der Beschwerden kommen kann (METTS, 1999).

Zur rein symptomatischen Schmerzbekämpfung hat sich die Applikation von Lokalanästhetika (z.B. Lidocain) in Form von Salbe oder lokaler Injektion im Vulvabereich bewährt (FISCHER et al., 2000).

Einige Autoren befürworten eine oxalatarme Diät bzw. die regelmäßige Einnahme oralen Calciumcitrats zur Neutralisierung von Oxalat im Urin, welches sie als irritativen Faktor für die Pathogenese der Vulvodynie mitverantwortlich machen (SOLOMONS et al., 1991). Andere Autoren, die die Hypothese eines Östrogenmangels als Ursache der Vulvodynie befürworten, plädieren für eine Therapie mittels lokal applizierter Östrogen-Salbe. Deren Wirksamkeit konnte zwar bislang nicht wissenschaftlich belegt werden, GIBBONS (1999) berichtet jedoch über Erfolge insbesondere bei postmenopausalen Frauen.

Obwohl eine Beteiligung des HPV-Virus an der Pathogenese der Vulvodynie in bisherigen Studien nicht belegt werden konnte, hat sich die intravestibuläre bzw. intramuskuläre Injektion von alpha-Interferon (MARINOFF et al., 1993) sowie auch von beta - Interferon (BORNSTEIN et al., 1993) in einem Teil der Fälle, und hier besonders bei parallel bestehender HPV-Infektion, als wirksam erwiesen. Zu beachten sind jedoch bei intramuskulärer Injektion die doch zum Teil erheblichen grippalen Nebenwirkungen dieser Therapievariante (GIBBONS, 1999).

Um die nervale Komponente der chronischen Vulvaschmerzen zu kupieren, werden häufig erfolgreich trizyklische Antidepressiva (Amitriptylin) eingesetzt. Die erforderliche Einnahmedauer, um therapeutische Erfolge zu erzielen, liegt Studien zufolge durchschnittlich bei 7 Monaten (METTS, 1999).

Der Einsatz von Gabapentin, einem Wirkstoff, der sich in der Behandlung neuropathischer Schmerzen bewährt hat, zur Therapie der Vulvodynie ist laut einer Studie von BEN-DAVID et al. (1999) erfolgversprechend, muss aber noch weiter wissenschaftlich untermauert werden.

Sollten alle konservativen Therapieversuche ohne Erfolg bleiben und die Symptomatik langfristig persistieren, so kann eine operative Herangehensweise in Erwägung gezogen werden. Zum einen kann eine Laservaporisation betroffener Vulvaareale durchgeführt werden, zum anderen besteht als ultima ratio die Möglichkeit einer Vestibulektomie. Dabei werden in sogenannter Woodruff - Technik Hymen und Vestibulum reseziert, die unteren Vaginateile mobilisiert und zur Defektdeckung herangezogen (McCORMACK et al., 1999). Laut MANN et al. (1992) profitieren 60-89 % der Patientinnen von einer solchen Operation. Postoperative Komplikationen in Form von Hämatombildung, Wundheilungsstörungen in diesem stark strapazierten Bereich, Narbenstrikturen und daraus resultierende sexuelle Funktionsstörungen (MASHEB et al., 2000) sowie eine mögliche postoperative Persistenz der ursprünglichen Symptome machen den operativen Eingriff zu einer Therapiemaßnahme, die nur schweren Fällen vorbehalten bleiben sollte und die sorgfältiger Abwägung bedarf (METTS, 1999). Es sei explizit darauf hingewiesen, dass auch nach lokaler Exzision der vestibulären Schleimhaut Rezidive auftreten (LÖNING et al., 2001).

Ergänzend zu medikamentösen und operativen Maßnahmen können die Patientinnen von physikalischen Therapien wie beispielsweise Beckenbodenmuskeltraining und dem Einsatz von Biofeedback-Methoden profitieren. Im Rahmen dieser Verfahren haben die

Patientinnen die Möglichkeit, Übungen zur Kräftigung und Entspannung der Beckenbodenmuskulatur zu erlernen, die langfristig zu einer Schmerzreduktion beitragen sollen (METTS, 1999).

Psychische Aspekte

Bei allen Bemühungen um die körperliche Genesung der Patientinnen, sollte auch die psychische Komponente ihres Leidensdrucks Berücksichtigung finden. Hier ist nicht nur die oben erwähnte ausführliche Information der Patientinnen über ihr Krankheitsbild und mögliche Therapieoptionen von entscheidender Bedeutung. Bei Bedarf kann auch die Vermittlung an eine Selbsthilfegruppe hilfreich sein, bzw. eine Inanspruchnahme professioneller psychotherapeutischer Hilfe in Erwägung gezogen werden. In diesem Kontext hat sich die Zusammenarbeit mit psychosomatischen, psychiatrischen und sexualtherapeutischen Fachabteilungen bewährt, mit deren Hilfe die Patientinnen die Möglichkeit haben, ergänzend zu somatischen Therapiemaßnahmen die psychischen Aspekte ihrer Erkrankung zu bearbeiten und somit deren Bewältigung aktiv mit voranzutreiben. Die Erfahrung in der gynäkologischen Praxis hat gezeigt, dass es sinnvoll sein kann, den Partner der Patientin in aufklärende und eventuell auch therapeutische Gespräche einzubeziehen, zum einen, um ihn über die Erkrankung seiner Partnerin zu informieren und ihn an deren Bewältigung zu beteiligen, zum anderen, um eine eventuell resultierende sexuelle Problematik frühzeitig zu thematisieren und zu bearbeiten.

Kondylomatose (ICD-A63.0)

Definition

Die Kondylomatose bezeichnet das Auftreten multipler benigner Genitalwarzen, auch „Feigwarzen“ oder „Condylomata acuminata“ genannt. Sie wird durch eine Infektion mit Humanen Papilloma-Viren (HPV) hervorgerufen, welche durch sexuellen Kontakt übertragen werden, sich in Plattenepithelzellen vermehren und über eine verstärkte Zellproliferation die Warzenbildung induzieren (FEIGE, 1997).

Aufgrund des sexuellen Übertragungsweges zählen häufig wechselnde Sexualpartner, ungeschützter Verkehr, aber auch Immunsuppression (beispielsweise durch eine HIV-Infektion) zu den Risikofaktoren der Erkrankung.

Ätiologie

Von den mehr als 80 inzwischen bekannten Genotypen Humaner Papilloma-Viren wurden als Auslöser der Kondylome die Typen HPV 6 bzw. HPV 11 identifiziert, die auch als „low risk“-HPV-Typen bezeichnet werden. In 30 % der Fälle konnten jedoch in den benignen Genitalwarzen zusätzlich Viren gefunden werden, die der „high risk“-Gruppe angehören. Als „high risk“-HPV-Typen gelten die potentiell onkogenen Typen HPV 16, 18, 31, 33 und 35, die regelmäßig in zervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN), in invasiven Karzinomen der Zervix sowie in vulvären intraepithelialen Neoplasien (VIN) anzutreffen sind. Das bedeutet, dass auch die sogenannten benignen Genitalwarzen potentiell onkogene Virustypen enthalten und übertragen können (VON KROGH et al., 2000).

Subtypen

Von der „klinisch manifesten“ Form der HPV-Infektion, die sich in Form der makroskopisch sichtbaren Kondylomatose äußert, unterscheidet man eine „subklinische Infektion“, bei der flache Kondylome entstehen, die nur kolposkopisch oder zytologisch sichtbar sind, sowie eine „latente Infektion“, die bei fehlendem morphologischem Befund nur mittels Virus-DNA-Hybridisierung nachweisbar ist (FEIGE, 1997).

Lokalisation

Die häufigste Lokalisation der Genitalwarzen bei der Frau sind die kleinen und großen Labien, Klitoris, Urethralöffnung, Perineum, Analregion, Vestibulum, Introitus, Hymen, Vagina und Ektozervix (VON KROGH et al., 2000).

Epidemiologie

Zur Prävalenz wird angegeben, dass in Europa und den USA etwa 1 % der sexuell aktiven Erwachsenen zwischen dem 15. und 45. Lebensjahr unter genitoanalen Warzen leiden (GROSS et al., 2001). Die genitale Durchseuchung mit dem HPV-Virus bei sexuell aktiven Frauen liegt bei mindestens 10% (FEIGE, 1997). Damit sind die HPV-Infektionen in den USA die zweithäufigste Infektionskrankheit (GROSS et al., 2001). Epidemiologische Studien zeigen für die letzten 3-4 Jahrzehnte eine 2.5- bis 8fache Zunahme der jährlichen Inzidenz klinisch manifester Kondylome bei beiden Geschlechtern. Die Neuerkrankungsrate wird auf 500 000 bis 1 Mio./Jahr geschätzt (CHUANG et al, 1987).

Morphologie

Makroskopisch handelt es sich bei den Kondylomen um stecknadelkopfgroße Papeln von rötlicher, grau-bräunlicher oder weißlicher Farbe, die meist in Vielzahl (5 bis zu über 15) auftreten, einen Durchmesser von ca. 1-10 mm aufweisen und zur Beethbildung neigen. Eine Tendenz zu konfluierender Plauebildung ist besonders bei immunsupprimierten Patienten und Diabetikern zu beobachten (VON KROGH et al., 2000).

Histologisch zeigen die Kondylome einen fibroepitheliomatösen Aufbau. Die virusbefallenen Epithelzellen imponieren als Koilozyten mit klaffender, perinukleärer Vakuole und heterochromatischem Kern (RIEDE et al., 1998). Des Weiteren ist eine Akanthose, Parakeratose, Hyperkeratose und prominente Hypergranulose nachweisbar. Auch besteht meist eine starke Basalishyperplasie mit verlängerten und kolbig verbreiterten Reteleisten. In der Dermis findet sich ein chronisches unspezifisches Entzündungsinfiltrat (LÖNING et al., 2001).

Entartungstendenz

Kondylome mit ausgeprägten Kernatypien der Koilozyten, atypischen Mitosen und chromosomaler Aneuploidie werden als „atypische Kondylome“ klassifiziert und treten vor allem in Verbindung mit einer Infektion durch die „high risk“-HPV-Typen 16,18,31 und 33 auf. Derartige Läsionen machen < 5% der Kondylome aus und werden den „High grade“-Dysplasien zugerechnet. Differentialdiagnostisches Merkmal in der Abgrenzung gegenüber der VIN ist neben dem papillomatösen Aufbau die geringe Zahl atypischer Mitosen, außerdem die erhaltene Schichtung und die Präsenz zahlreicher Koilozyten (LÖNING et al., 2001).

Symptomatik

Symptome wie genitoanaler Juckreiz, Brennen oder Kontaktblutungen können auftreten, meist sind die Genitalwarzen jedoch asymptomatisch. Nicht selten klagen die Patientinnen über psychische Probleme wie Krebsangst, Schuldgefühle und Sorgen um die Fertilität (GROSS et al., 2001). Auch kosmetisch können die Kondylome als sehr störend empfunden werden und sich in der Folge gegebenenfalls beeinträchtigend auf Körperbild und Sexualität auswirken.

Diagnostik

Die Diagnose wird in fast allen Fällen im Rahmen der Inspektion gestellt. Dabei erscheint das kondylomatöse Epithel leicht erhaben und bei stärkerer Verhornung perlmuttartig; je nach Anordnung und Gefäßreichtum der Stromapapillen können zudem punktierte oder mosaikartige Muster hervortreten (LÖNING et al., 2001). Unter den diagnostischen Verfahren hat sich neben der zytologischen Aufarbeitung eines Abstrichs sowie einer Kolpo-, Urethro- und Anoskopie vor allem bei subklinischen Läsionen der Essigsäure-Test bewährt. Dazu wird ein in 3-5%iger Essigsäure getränkter Wattetupfer auf betroffene Hautbezirke aufgetragen. Die positive Essigsäurereaktion ist durch eine scharf begrenzte Weißfärbung der infizierten Haut mit sichtbaren Gefäßen gekennzeichnet (GROSS et al., 2001). Bei Anwendung der Jodprobe wird deutlich, dass die Läsionen vielfach noch Glykogen enthalten, sodass das Bild eines jodpositiven Mosaiks entsteht (LÖNING et al., 2001).

Bei unklaren Befunden sollte ergänzend eine Biopsie zur histologischen Abklärung durchgeführt werden (GROSS et al., 2001).

Therapie

Die Wahl des Therapieverfahrens ist abhängig von Morphologie und Ausdehnung der Kondylome. Außerdem sollte bei der Therapieplanung berücksichtigt werden, dass auch ohne Therapie eine Spontanheilung in 20-30 % der Fälle zu beobachten ist, sodass man sich zunächst gegebenenfalls für ein abwartendes Verhalten entscheiden kann (FEIGE, 1997). Zu beachten ist dabei jedoch, dass die Patientin über eine mögliche Ansteckungsgefahr ihres Sexualpartners durch Virusausschleusung beim Geschlechtsverkehr aufzuklären ist.

Bei längerer Persistenz oder großer Ausdehnung der Befunde bzw. auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin ist jedoch die Einleitung einer Therapie indiziert.

Man unterscheidet dabei zum einen die ärztlich verordnete Selbsttherapie, die auf Anweisung des Arztes von der Patientin selbst durchgeführt wird und besonders bei neu aufgetretenen, wenig verhornten Läsionen Anwendung findet. Zum anderen stehen ärztlich durchgeführte Therapiemethoden zur Verfügung.

An medikamentösen Therapieoptionen, die als ärztlich verordnete Selbsttherapie durchgeführt wird, hat sich die lokal zytotoxische Behandlung mit 0.5 %iger Podophyllotoxin-Lösung oder 0.15 %iger Podophyllotoxin-Creme bewährt, welche die

mitotische Zellteilung inhibieren und zu einem nekrotischen Zerfall der Kondylome führen. Des Weiteren wird zur Selbsttherapie 5%ige Imiquimod-Creme empfohlen, einem lokalen Immunstimulans, welches eine vermehrte Ausreifung von T-Lymphozyten induziert und bei primär erfolgreichem Ansprechen der Therapie in Studien vergleichsweise niedrige Rezidivraten (16%) im weiteren Krankheitsverlauf erkennen ließ (GROSS et al., 2001).

Allerdings kann die lokale Applikation dieser Medikamente schmerzhafte Erosionen sowie brennende und juckende Missempfindungen im Behandlungsgebiet hervorrufen und daher zu mangelhafter Compliance seitens der Patientin führen (VON KROGH et al., 2000).

An ärztlich durchgeführten Therapieoptionen ist die Applikation 85%iger Trichloressigsäure zu nennen, deren Anwendung zu Zellnekrosen führt und sehr gute Resultate bei kleinen, unverhornten Condylomata acuminata im Schleimhautbereich erzielt. Die Behandlung kann zwar schmerzhaft sein, die Läsionen heilen jedoch ohne Narbenbildung ab. Im Gegensatz zu den genannten zytotoxischen bzw. immunstimulierenden Substanzen kann dieses Verfahren außerdem sicher während der Schwangerschaft angewendet werden.

Außerdem kann eine Kryosation in Form von Kälteanwendung mit flüssigem Stickstoff in offenem (Spray bzw. Wattetupfer) oder geschlossenem Verfahren (Kontaktkryotherapie) erwogen werden. Den geringen Kosten und der einfachen Handhabung dieses Verfahrens steht jedoch eine hohe Rezidivrate (75 %) gegenüber.

An chirurgischen Maßnahmen stehen die Exzision in Lokalanästhesie mittels scharfem Löffel, Kürettage, Scherenschlag oder elektrischer Schlinge zur Verfügung.

Bei ausgedehnten und rezidivierenden Befunden besteht die Indikation zur Therapie mit Elektrokauter oder CO₂-Laser, wobei sich besonders die Laservaporisation aufgrund der geringen Narbenbildung als vorteilhaft erwiesen hat. Bei diesem Verfahren wird das betroffene Gewebe mittels Laser in mehreren Sitzungen verdampft und postoperativ mit guten kosmetischen Ergebnissen reepithelialisiert. Von Vorteil ist hier der sofortige Behandlungseffekt. Zur Vermeidung von Sicherheitsproblemen während des Eingriffs durch mögliche infektiöse Viruspartikel im bei der Verdampfung entstehenden Rauch sollte für Rauchabsaugung und Schutzkleidung des Operationsteams gesorgt werden (GROSS et al., 2001).

Zur adjuvanten Lokalthherapie nach Abtragung externer genitoanaler Warzen mit Elektrokauter oder Laser wird die Selbsttherapie mit Interferon-beta-Gel empfohlen. Zu

beachten ist hierbei, ebenso wie bei Podophyllotoxin und Imiquimod, die Kontraindikation während der Schwangerschaft sowie bei Immunsuppression (GROSS et al., 2001).

Mit einer systemischen Interferontherapie sollen auch latente HPV-Infektionen erfasst werden. Wegen ihrer potentiellen Nebenwirkungen und der noch nicht ausreichend belegten Erfolge wird die Interferontherapie bevorzugt bei häufigen Rezidiven in Kombination mit der Laservaporisation eingesetzt.

Bei allen genannten Methoden handelt es sich um eine symptomatische Therapie, da sich das Virus aufgrund der Ausbreitung über den gesamten unteren Genitaltrakt und in Hautbereiche außerhalb der sichtbaren Warzen nicht komplett eliminieren lässt.

Nach 3 Monaten ist bereits mit einer Rezidivrate von 25 % zu rechnen. Daher sollten im Anschluss an die jeweiligen Therapiemaßnahmen kolposkopische und zytologische Kontrollen (zunächst in 3- bis 6-monatigen Abständen) erfolgen, um Rezidive oder einen eventuellen Progress der Erkrankung nicht zu übersehen (LÖNING et al., 2001).

Für die Rezidivneigung wird auch der sexuelle Übertragungsmodus verantwortlich gemacht, so dass eine Untersuchung bzw. die Behandlung des Partners bei entsprechenden Symptomen notwendig ist (FEIGE et al., 1997). Bei wechselnden Sexualpartnern sollte die Patientin zur Verwendung von Kondomen angehalten werden, obwohl darauf hingewiesen werden muss, dass auch diese keinen absolut sicheren Infektionsschutz des Partners gewährleisten können (VON KROGH et al., 2000).

Psychische Aspekte

Daraus wird ersichtlich, dass die Patientin nicht nur unter den kosmetischen Folgen der Genitalwarzen leidet, sie ist überdies durch das ständige Bewusstsein ihrer Infektiösität eventuell auch in ihrer Sexualität nachhaltig gehemmt. Für den Fall, dass sie ihren Partner durch sexuelle Kontakte infiziert hat, können starke Schuldgefühle bei der betroffenen Frau resultieren. Auch wiederholt notwendige therapeutische Eingriffe im Genitalbereich, die zum Teil unter Schmerzen ausheilen und keine Rezidivfreiheit garantieren können, wirken sich oft psychisch sehr belastend aus. Darüber hinaus sind Patientinnen, bei denen zusätzlich die genannten potentiell onkogenen HPV-Typen nachgewiesen werden konnten, häufig sehr angstgeplagt in Bezug auf eine mögliche maligne Entartung. Daher sind auch bei dieser Patientinnengruppe neben einer engmaschigen Kontrolle des gynäkologischen Befundes eine eingehende Aufklärung und Beratung notwendig. Da oft auch psychische und sexuelle Konflikte Berücksichtigung finden müssen, ist gegebenenfalls die

Überweisung an eine sexualtherapeutisch qualifizierte Gynäkologie oder an einen Psychotherapeuten zu empfehlen.

Lichen sclerosus (ICD-A63.0)

Definition

Der Lichen sclerosus der Vulva (ehemals auch bezeichnet als „Kraurosis vulvae“ bzw. „atrophische Vulvadystrophie“) fällt oben dargelegter Nomenklatur des ISSVD zufolge unter die Gruppe der nicht-neoplastischen Veränderungen im Vulvabereich. Es handelt sich um eine benigne Hauterkrankung, der laut ISSVD eine „Reifestörung“ zugrunde liegt, deren genaue Ätiologie jedoch noch nicht zufriedenstellend geklärt ist (SINHA et al., 1999). Den Lichen sclerosus kennzeichnet eine progrediente Ausdünnung der Epidermis und ein subepitheliales Ödem mit Fibrineinlagerung und chronisch – entzündlicher Reaktion (RIETHDORF, 2001).

Lokalisation

Der Lichen sclerosus kann sich sowohl genital (in 85-98 % der Fälle) als auch extragenital (zu 15-20 %) manifestieren. Im Genitalbereich sind die Läsionen meist 8-förmig um Vulva und Anus herum angeordnet, können sich jedoch auch diffus über die gesamte Vulva- und Perianalregion ausbreiten. Extragenital sind bevorzugt Oberschenkelinnenseiten, submammäre Regionen, Nacken, Schultern und Handgelenke in Form von fokalen oder diffus-ausgedehnten Läsionen betroffen (POWELL et al., 1999).

Epidemiologie

Vom genitalen Lichen sclerosus sind Frauen ca. 6 mal häufiger betroffen als Männer. Meist erkranken postmenopausale Frauen in der 5.-6. Lebensdekade, aber auch prämenopausale Frauen und junge Mädchen können einen Lichen sclerosus entwickeln (ACHESON et al., 2000). Zur Prävalenz liegt eine Schätzung vor, der zufolge einer von 300-1000 Patienten, die sich in dermatologische Behandlung begeben, an einem Lichen sclerosus erkrankt sind. POWELL et al. (1999) zufolge hatte der Lichen sclerosus unter postmenopausalen Frauen eine Inzidenzrate von 14 pro 100.000 pro Jahr. 85-98% aller

Erkrankten leiden dabei unter anogenitaler Manifestation des Lichen sclerosus (POWELL et al., 1999).

Morphologie

Bei den Läsionen handelt es sich um makroskopisch pergamentartige Hautareale mit nivelliertem Hautrelief und rarifiziertem Subkutangewebe (FEIGE, 1997). Zuweilen kommen auch erythematöse Läsionen vor (RIETHDORF, 2001). Innerhalb und in der Umgebung der fragilen weißlichen Plaques können sich Purpura, Erosionen, Fissuren bis hin zu Ulzerationen bilden, die meist sekundären Kratzartefakten infolge des Pruritus entsprechen und sehr schmerzhaft sein können. Selten finden sich auch Teleangiektasien oder hämorrhagische Blasen am Rand der Läsionen (POWELL et al., 1999). Sklerosierung und Vernarbung kann bei langen Krankheitsverläufen zu Strikturen und Adhäsionen führen, sodass sich Strukturveränderungen im Vulvabereich ergeben. Auf diesem Wege kann eine Fusion der Labien entstehen, die zu einem Miktionsprobleme verursachen und zum anderen infolge eines stenosierten Introitus vaginae sexuelle Kontakte erschweren bzw. unmöglich machen kann (POWELL et al., 1999).

Das histologische Bild ist vom Alter der Erkrankung, von traumatischen Irritationen und von der Behandlung abhängig. Frühe Läsionen sind durch ein papilläres Ödem und ein bandförmiges lymphozytäres Infiltrat gekennzeichnet, wobei die Basalzellschicht vakuolig degeneriert ist. In späteren Stadien kommt es zur Sklerosierung der papillären Dermis mit wechselnder Intensität der lymphozytären Infiltrate, zur Abflachung der Epidermis, zum Verlust der Reteleisten sowie zur Reduktion bzw. zum Fehlen der elastischen Fasern des betroffenen Korioms (RIETHDORF, 2001).

Entartungstendenz

Die betroffenen Bezirke haben das Potential maligne zu entarten, sodass eine langfristige und regelmäßige (histologische) Kontrolle der Läsionen geboten ist. Der genitale Lichen sclerosus ist keine unmittelbare Präkanzerose; es handelt sich vielmehr um eine prädisponierende Erkrankung, bei der laut Literatur in etwa 5 % der Fälle über die verschiedenen Dysplasievorstufen mit einem Übergang in ein Vulva-Karzinom gerechnet werden muss (FEIGE, 1997).

Symptomatik

Die Symptomatik des Lichen sclerosus besteht in einem häufig intensiven Pruritus, in dessen Zusammenhang das Köbner-Phänomen auftreten kann, d.h. durch Kratzen und Manipulation im Genitalbereich wird das Auftreten neuer Läsionen provoziert. Außerdem klagen die betroffenen Patientinnen über ein Gefühl des Wundseins, über Schmerzen bei der Defäkation sowie über Dysurie und Dyspareunie. Auch können oben beschriebene Fissuren und Ulzerationen bereits in Ruhe äußerst schmerzhaft sein (POWELL et al., 1999). Auf psychischer Seite können durch die körperlichen Symptome Körperbild und sexuelle Funktion beeinträchtigt sein sowie Ängste vor einer malignen Entartung entstehen (ACHESON et al., 2000).

Asymptomatische Verläufe, bei denen die Diagnose allein aufgrund von gynäkologischen Untersuchungsbefunden gestellt wurde, sind ebenfalls möglich (POWELL et al., 1999).

Diagnostik

Diagnostisch wird man neben Inspektion, Palpation und Kolposkopie auch eine Nativzytologie durchführen, um ein akut infektiöses Geschehen auszuschließen. Letztendlich richtungsweisend ist jedoch die Biopsie, die als Knips-, Stanz- oder Exzisionsbiopsie unter Lokalanästhesie durchgeführt werden kann und deren histologische Aufarbeitung schließlich die Diagnosestellung eines Lichen sclerosus erlaubt (FEIGE, 1997).

Ätiologie

Die Ätiologie des Lichen sclerosus ist noch ungeklärt, es wurden jedoch diesbezüglich zahlreiche Studien durchgeführt und Hypothesen formuliert, über die an dieser Stelle ein kurzer Überblick gegeben werden soll.

Beim Lichen sclerosus handelt es sich um eine prädisponierende Erkrankung für die Entwicklung eines Vulvakarzinoms. Basierend auf der These, dass der Onkogenese eine Dysregulation der Zellzykluskontrolle zugrunde liegt, untersuchten ROLFE et al. (2001) die Expression entsprechender Kontrollproteine in Lichen sclerosus-Läsionen. Die erhobenen Daten zeigten, dass eine vermehrte Expression des Proteins Cyklin D1 zu verminderter Aktivität des Retinoblastom-Proteins pRb führt, welches für den Zellzyklusarrest zuständig ist, sodass sekundär einer ungehemmten Zellproliferation Vorschub geleistet wird. ROLFE et al. (2001) stellten in 50 % der von ihnen untersuchten

Lichen sclerosus-Läsionen eine vermehrte Expression des Cyklin D1-Proteins fest und schlussfolgern daraus, dass eine erhöhte Expression von Cyklin D1 für die Entstehung der Läsionen sowie für deren maligne Transformation mitverantwortlich sein könnte.

CARLSON et al. (2001) fanden in ihren Studien vermehrte Genmutationen für das p53 - Protein, welches ebenfalls für die Zellzykluskontrolle zuständig ist, indem es die Mitoserate reguliert. CARLSON et al. (2001) gehen davon aus, dass Veränderungen dieses Proteins zu Fehlregulationen des Zellzyklus führen, die in der Entstehung eines Lichen sclerosus und seiner potentiellen neoplastischen Transformation resultieren können.

Diese Hypothese wird durch ROLFE et al. (2001) gestützt, die in ihren Studien ebenfalls eine erhöhte p53 - Expression in Lichen sclerosus-Läsionen feststellten. Zudem fanden sie eine verstärkte Anfärbbarkeit der Läsionen für Ki67, was bestätigend auf eine gesteigerte Zellproliferation durch unkontrollierte Mitoseaktivität hindeutet.

BERGER et al. (2000) fanden im Rahmen ihrer Studie eine drastisch reduzierte Anzahl retinoidsensibler RAR-alpha-Rezeptoren in von Lichen sclerosus befallener Vulvahaut. Retinoide wirken proliferationsfördernd auf Hautzellen und modifizieren deren Differenzierung. Um ihre Wirkung entfalten zu können, sind die Retinoide auf die Vermittlung durch RAR-alpha-Rezeptoren angewiesen. Ein Mangel dieser Rezeptoren kann demzufolge laut BERGER et al. (2000) die Wirkung der Retinoide reduzieren und somit eine abnorme Zelldifferenzierung und dystrophe Veränderungen der Vulvahaut, wie sie beim Lichen sclerosus zu beobachten sind, verursachen.

Einige Autoren interpretieren den Lichen sclerosus als eine Reifestörung der Kollagenfibrillen der Vulvahaut. FARRELL et al. (2001) beobachteten eine verminderte Quervernetzung der Fibrillen, Durchmesservariationen der Fibrillen als Indikator unzureichender Ausreifung, sowie das vereinzelte Auftreten leerer Kollagenschläuche. Des Weiteren fanden sie einen reduzierten Elastinanteil in betroffenen Hautbezirken. Als Ursache der Reifestörung vermuteten FARRELL et al. (2001) entweder eine überschießende Proteaseaktivität oder eine Fehldistribution der glukosaminoglykanhaltigen Grundmatrix.

In einer weiterführenden Studie konnten FARRELL et al. (2001) in der von Lichen sclerosus betroffenen Haut vermehrt TGF-beta nachweisen. Es handelt sich hierbei um einen Wachstumsfaktor, der nach Hautverletzungen freigesetzt wird und stark chemotaktisch auf neutrophile Granulozyten, T-Lymphozyten, Monozyten und Fibroblasten wirkt. Die Fibroblasten werden in der Folge zu vermehrter Produktion

extrazellulärer Matrix angeregt. Ist die Menge an TGF-beta pathologisch erhöht, so kommt es zu einer überstürzten Produktion unreifen Kollagens und zur fehlerhaften Verteilung der Glukosaminoglykane, wie sie nach FARRELL et al. (2001) beim Lichen sclerosus zu beobachten ist.

Umstritten ist die These, der zufolge der Lichen sclerosus als eine genitale Manifestation der Morphea aufzufassen ist. Beide Krankheitsbilder zeigen eine gesteigerte Kollagensynthese, wobei der Lichen sclerosus zusätzlich eine vermehrte Glukosaminoglykan -Produktion aufweist, die bei der Morphea nicht zu beobachten ist. Beide Erkrankungen wurden auf gemeinsame Auslöser hin untersucht, wie beispielsweise bakterielle Infektionen, Borrelien sowie HLA-assoziierte Autoimmunprozesse. Keiner von ihnen konnte jedoch mit befriedigender Sicherheit bestätigt werden. FARRELL et al. (2000) fanden dennoch in ihrer Studie eine auffallend häufige Koexistenz beider Krankheitsbilder und empfehlen eine solche im Einzelfall stets auszuschließen.

Für eine Beteiligung immunologischer Faktoren an der Pathogenese des Lichen sclerosus sprechen zum einen das Auftreten eines T-lymphozytenreichen Infiltrats, wie es auch bei anderen Immunerkrankungen (z.B. Lupus erythematoses, Erythema multiforme etc.) anzutreffen ist, zum anderen die vermehrten intraepidermalen Langerhans-Zellen, die gesteigerte Zytokinproduktion, das gute Ansprechen auf Steroide und das familiär gehäufte Auftreten. Bei 44 % der betroffenen Frauen konnte mindestens ein Autoantikörper nachgewiesen werden, 21 % litten unter mindestens einer (weiteren) Autoimmunerkrankung wie Vitiligo, Morphea, Alopecia areata, perniziöser Anämie, Diabetes Typ 1, etc. In neueren Studien konnte des Weiteren bei 78 % der Betroffenen eine HLA DQ7-Assoziation nachgewiesen werden (SCURRY, 1999), was ebenfalls eine Beteiligung immunologischer Faktoren an der Pathogenese nahe legt.

Da in Studien gezeigt werden konnte, dass Lichen sclerosus-Läsionen der Vulvahaut ausheilten, wenn sie an den Oberschenkel transplantiert wurden, und dass umgekehrt gesunde Haut, wenn sie in erkrankte Vulvaregionen verpflanzt wurde, innerhalb kurzer Zeit entsprechende Läsionen entwickelte, folgert SCURRY (1999), dass neben der genetisch-immunologischen Komponente auch lokale Faktoren in der Vulvaregion, wie Urin, Vaginalsekret und Smegma zur Pathogenese beitragen. So ließe sich auch die hohe Rezidivrate nach operativen Maßnahmen erklären, da auch nach erfolgter Vulvektomie eine Exposition der verbleibenden Haut im Vulvabereich gegenüber lokalen Faktoren bestehen bleibt.

Das gehäufte Auftreten eines genitalen Lichen sclerosus in Verbindung mit oder in Folge von Erkrankungen, die Juckreiz hervorrufen, wie beispielsweise vulvovaginale Candidiasis, Trichomonaden-Infektionen, Harnwegsinfektionen, Diabetes und Adipositas, legen einen kausalen Zusammenhang der Erkrankung mit Kratzeffekten nahe. Treffen demzufolge äußere irritative Faktoren mit der entsprechenden immunologischen Disposition zusammen, so kann es zur Manifestation eines Lichen sclerosus kommen. Exzessives Kratzen und Manipulieren kann dann im Sinne des oben bereits erwähnten Köbner-Phänomens zur Provokation weiterer Läsionen führen und letztendlich in einen Teufelskreis einmünden, in dessen Rahmen der Pruritus nicht mehr nur Folge, sondern auch Ursache des Lichen sclerosus wird (SCURRY, 1999).

Therapie

Entsprechend der vielfältigen ätiologischen Hypothesen existiert auch für den Lichen sclerosus ein breites Spektrum an Therapieansätzen. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass eine kurative Behandlung der Erkrankung bis heute nicht möglich ist, sodass zur Zeit ausschließlich symptomatische Therapieformen zur Verfügung stehen. Neben einer sorgfältigen und allergenarmen Intimhygiene steht besonders die Behandlung mit hochpotenten topischen Steroiden (Clobetasol 0.05 %) im Vordergrund, die zunächst für 2-3 Monate hochdosiert appliziert werden, nach Besserung der Symptomatik jedoch ausgeschlichen werden sollten, um schließlich nur noch bei Bedarf angewendet zu werden. Auf diese Weise werden Nebenwirkungen wie zusätzliche Hautatrophiesierung bzw. potentielle systemische Nebenwirkungen vermieden (POWELL et al., 1999). In verschiedenen Studien konnte eine Besserung der Symptomatik in 90-100% der Fälle erzielt werden, sodass Steroide heute als Therapie der Wahl gelten (KÜNG, 2000). Da unter Anwendung der hochpotenten Steroide häufig Mykosen auftreten, die den Pruritus verstärken und die differentialdiagnostische Abgrenzung zum Grundleiden oft noch zusätzlich erschweren, empfiehlt sich zu Beginn der Behandlung der prophylaktische Einsatz eines Antimykotikums (KÜNG, 2000). Bei gleichzeitig bestehender bakterieller Infektion ist die zusätzliche Anwendung topischer Antibiotika möglich (POWELL et al., 1999). Progesteron 2% lokal als Creme galt lange Zeit als etablierte Therapiemethode, zeigte jedoch in neueren Studien keinen Vorteil gegenüber Plazebopräparaten, sodass seine

Anwendung zur Behandlung des Lichen sclerosus in der zurzeit verfügbaren Literatur keinen Rückhalt findet.

Ähnlich verhält es sich mit Testosteron 2%, welches sich ebenfalls im Vergleich zu Plazebopräparaten als wenig vorteilhaft herausgestellt hat und darüber hinaus in bis zu 40% der Fälle systemische androgenisierende Nebenwirkungen wie Hirsutismus, Akne, Klitorisvergrößerung, Heiserkeit und sekundäre Amenorrhö hervorruft.

Therapieversuche mit systemischen bzw. lokalen Retinoiden, Antihistaminika oder lokalen Cyclosporinen konnten zwar mäßiggradige Erfolge verzeichnen, sind jedoch der Steroidtherapie deutlich unterlegen (KÜNG, 2000).

Galt ein chirurgisches Vorgehen auch lange Zeit (und in einigen Lehrbüchern bis heute) als ultima ratio in der Therapie des Lichen sclerosus, so wird diese Vorgehensweise heute in aktuellen Veröffentlichungen zunehmend in Frage gestellt. Eine chirurgische Behandlung in Form von Vulvektomie, Kryochirurgie oder Laserablation gilt heute deshalb als problematisch, da sie zum einen häufig mit Verstümmelung einhergeht, die zu erheblicher psychischer Belastung und Beeinträchtigung der Sexualität führt und zum anderen mit einer hohen Rezidivrate behaftet ist (KÜNG, 2000). SCURRY (1999) spricht in diesem Zusammenhang von einer Rezidivrate von 70-80 % nach Vulvektomie. Chirurgische Interventionen zur Therapie eines Lichen sclerosus sollten aus diesen Gründen Einzelfällen vorbehalten bleiben (KÜNG, 2000).

Bei allem Streben nach symptomatischen Therapieerfolgen bleibt weiterhin unklar, ob eine Progredienz des Lichen sclerosus sowie das Risiko einer malignen Entartung unter Therapie vermindert werden können und ob auch asymptomatische Patientinnen einer Behandlung unterzogen werden sollten (KÜNG, 2000). Die Klärung dieser Frage könnte ein lohnenswerter Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

Abschließend sei noch erwähnt, dass auch die durch den Lichen sclerosus häufig entstehenden sexuellen Funktionsstörungen therapeutische Beachtung finden sollten. Durch Sklerosierung, konsekutive Verengung des Introitus und Provokation schmerzhafter Rhagaden durch den Geschlechtsverkehr kommt es häufig zu einer schmerzbedingten Vermeidungshaltung der Patientin gegenüber sexuellen Kontakten. Aus ärztlicher Sicht lässt sich sagen, dass sich eine konsequente Dehnung des Introitus im Rahmen regelmäßigen Geschlechtsverkehrs eher vorteilhaft auf den Krankheitsverlauf auswirkt, indem auf diese Weise einer progressiven Sklerosierung vorgebeugt wird. Eine

regelmäßige Pflege betroffener Vulvabereiche, vor allem der besonders vulnerablen hinteren Introitusregion, mit rückfettenden Hautcremes ist anzuraten, um Schmerzen beim Geschlechtsverkehr zu lindern und einer Rhagadenbildung vorzubeugen.

Psychische Aspekte

Neben diesen praktischen Empfehlungen ist es jedoch auch wichtig, auf psychische Beeinträchtigungen einzugehen, die durch körperliche Einschränkungen und Schmerzen sowie durch Ängste und Befürchtungen der Patientin bezüglich ihrer Erkrankung entstehen können und sie möglicherweise auch in ihrer Sexualität einschränken. Da die sexuelle Dysfunktion der betroffenen Frau auch innerhalb ihrer Partnerschaft zu einem problematischen Thema werden kann, empfiehlt es sich, den Partner in beratende Gespräche einzubeziehen.

Vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN) (ICD-N90.0)

Definition

Bei der VIN handelt es sich um die häufigste prä-maligne Erkrankung der Vulva (LÖNING et al., 2001). Entsprechend der Einteilung des ISSVD werden leichte bis mäßige Dysplasien im Vulvabereich als VIN I bzw. VIN II bezeichnet und von der schweren Dysplasie bzw. dem Carcinoma in situ, die zu der VIN III zusammengefasst werden, abgegrenzt. Ferner werden der VIN III der M. Bowen, der M. Paget und die Erythroplasia Queyrat zugeordnet.

Demzufolge werden Veränderungen, die früher als „hyperplastische Dystrophie mit Atypie“ oder „gemischte Dystrophie mit Atypie“ bezeichnet wurden, heute unter der Bezeichnung VIN subsumiert (ANDERS et al., 2000).

Lokalisation

Die häufigste Lokalisation der VIN sind die Labiae minoraе, wobei in den meisten Fällen eine Multifokalität vorliegt. Auch die Zervix kann einbezogen sein. Bei einem perinealen Befall ist eine Ausdehnung bis in den Anus möglich (ANDERS et al., 2000).

Epidemiologie

Die Inzidenzrate ist seit Mitte der 70er Jahre deutlich steigend und hat sich seit Mitte der 80er Jahre fast verdoppelt. Als Grund dafür wird sowohl eine steigende Infektionsrate mit HPV (v.a. Typ 16 und 33) vermutet, als auch eine größere diagnostische Trefferrate durch Biopsien anlässlich von Vorsorgeuntersuchungen (RIETHDORF, 2001). Derzeit ist mit einer Inzidenzrate von 7:100.000 Frauen zu rechnen. Betroffen sind vor allem postmenopausale Frauen, wobei die Tendenz zu einem prämenopausalen Auftreten der Erkrankung steigend ist (ANDERS et al., 2000).

Morphologie

Makroskopisch finden sich flache oder leicht erhabene, selten auch exulzerierte Läsionen von rötlicher oder weißlicher Färbung (ANDERS et al, 2000). Die Läsionen sind oft girlandenförmig und ekzematös verändert und können im Sinne einer Verhornung mit weißlichen Schuppen bedeckt sein (FEIGE, 1997). Pigmentierte Läsionen entsprechen häufig einer VIN III (ANDERS et al, 2000).

Histologisch wird die Graduierung der VIN in Abhängigkeit vom Ersatz des normalen Plattenepithels durch proliferative atypische Zellen vorgenommen. Charakteristisch sind eine gestörte Epithelschichtung und -ausreifung mit Para- oder Dyskeratose sowie ein Polaritätsverlust der atypischen Zellen, die pleomorphe, irregulär begrenzte und hyperchromatische Zellkerne mit vergrößerter Chromatinstruktur enthalten. Bei der VIN I beschränken sich die atypischen Zellen auf das untere Drittel des Epithels, während sie sich bei der VIN II bis in das mittlere Drittel erstrecken. Reine Formen der VIN I sind selten und aufgrund der z.T. diskreten Veränderungen eine diagnostische Herausforderung. Auch eine reine VIN II findet sich selten, tritt jedoch häufig in Kombination mit einer VIN III auf (LÖNING et al., 2001). Die VIN III zeigt einen vollständigen Ersatz des Plattenepithels durch atypische Zellen.

Die oft schwierige Abgrenzung gegenüber invasiven Neoplasien erfolgt durch die bei der VIN III erhaltene Basalmembran mit deutlicher Epithel-Stroma-Grenze (ANDERS et al, 2000). Infolge der radialen Ausbreitung der atypischen Zellen werden in 20-30% der Fälle die Hautanhangsgebilde miteinbezogen, wodurch ein invasives Wachstum vorgetäuscht werden kann (RIETHDORF, 2001).

Entartungstendenz

Laut ROUZIER et al. (2001) findet sich bei 70-80% der Patientinnen mit invasivem Vulvakarzinom eine VIN unmittelbar an das Karzinom angrenzenden Gewebe. MUDERSPACH et al. (2000) zufolge geht den meisten, wenn nicht gar allen invasiven Vulvakarzinomen eine VIN voraus. Da der genaue Ablauf der malignen Transformation einer VIN in ein Vulvakarzinom bis heute jedoch weitgehend ungeklärt ist, lässt sich das Risiko für die maligne Entartung einer VIN nur schwer abschätzen; es wird dennoch von den meisten Autoren mit ca. 5 % angegeben (ACHESON et al., 2000).

Subtypen

Je nachdem, ob die VIN mit einer HPV-Infektion vergesellschaftet ist, unterscheidet man 2 Typen der VIN:

die „klassische/undifferenzierte“ HPV-positive VIN, die häufig bei jungen Frauen auftritt und die „differenzierte“ HPV-negative VIN, von der überwiegend postmenopausale Frauen betroffen sind.

Der Unterscheidung dieser beiden Typen kommt vor allem prognostische Bedeutung zu: ROUZIER et al. (2001) fanden in einer Studie, dass sich die Prognose der Patientinnen mit Vulvakarzinomen unterschied, je nachdem, welchen Typ der VIN das Gewebe in der Umgebung ihres Vulvakarzinoms aufwies. Demnach hatten Frauen mit einer dem Vulvakarzinom benachbarten HPV-positiven „undifferenzierten VIN“ eine bessere Prognose als Patientinnen mit HPV-negativer „differenzierter VIN“ in angrenzenden Bereichen.

Symptomatik

Die Symptomatik der VIN wird von den betroffenen Patientinnen sehr unterschiedlich angegeben. Häufig klagen die Frauen über ein unspezifisches Gefühl des Wundseins, Brennens, Stechens oder der Überempfindlichkeit im Vulvabereich, welches von einem mitunter intensiven Juckreiz begleitet sein kann. In einigen Fällen haben die Patientinnen den Eindruck, ihr Genitale sei geschwollen bzw. knotig verändert und berichten über Beschwerden beim Geschlechtsverkehr. Es sind jedoch auch asymptomatische Verläufe der Erkrankung beschrieben worden (ACHESON et al., 2000).

Diagnostik

Diagnostisch steht bei der Früherkennung präneoplastischer Veränderungen der Vulva die sorgfältige Inspektion mittels Vulvoskopie im Vordergrund. Das Auftragen von Essigsäure sowie der Collins-Test mittels Toluidinblau-Lösung wird zwar nach wie vor häufig durchgeführt, ist jedoch laut aktueller Literatur wenig hilfreich, da sich auch kleinere Epitheldefekte unspezifisch essigweiß bzw. toluidinblau anfärben können und somit eine Interpretation des Untersuchungsbefundes erschwert wird (KÜPPERS, 2000).

Stattdessen empfiehlt es sich, suspekte Veränderungen, insbesondere persistierende pigmentierte und nicht-pigmentierte Hyperkeratosen und Ulzerationen, durch eine Stanzbiopsie histologisch abzuklären. Die Probeentnahme erfolgt unter Lokalanästhesie mittels steriler Hautstanze, bzw. bei Verdacht auf ein invasives Geschehen mittels weiträumiger Exzision des betreffenden Areals unter Allgemeinanästhesie (ACHESON et al., 2000).

Ätiologie

Die Ätiologie der VIN als häufigste prä maligne Erkrankung der Vulva sowie der Mechanismus, in dessen Rahmen die VIN in ein invasives Vulvakarzinom übergehen kann, sind noch nicht vollständig geklärt.

Die Karzinogenese wird heute als ein mehrstufiger Prozess betrachtet, der durch die Akkumulation genetischer Defekte initiiert wird und der direkte Auswirkung auf diejenigen Gene hat, die für Zellteilung und Zelltod verantwortlich sind. Als Ursache nimmt man eine genetische Instabilität an, die zu multiplen Mutationen dieser Gene führt (CARLSON et al., 2000), sodass eine Dysregulation im Zellzyklus letztendlich über ein unkontrolliertes Zellwachstum zur malignen Transformation des Gewebes führt (ROLFE et al., 2001).

Als Risikofaktoren für die Entstehung der VIN, die als monoklonale Neoplasie zu interpretieren ist, gelten laut ROSENTHAL et al. (2001) das Rauchen, eine längerfristige Immunsuppression sowie eine Infektion mit dem Humanen Papilloma Virus (HPV). HPV haben für Entstehung und Progression von intraepithelialen Neoplasien der Vulva eine ähnlich zentrale Bedeutung wie bei der Genese des Zervixkarzinoms und seiner Vorstufen (IKENBERG, 2000).

So fanden HORDING et al. (1991) in 12 von 15 untersuchten VIN eine HPV-Infektion, bei VAN BEURDEN et al. (1995) waren 95% der 48 von ihnen untersuchten VIN HPV-

positiv, bei IKENBERG (2000) stellte sich in 89% der 76 untersuchten VIN eine HPV-Assoziation heraus. Dies unterstützt laut IKENBERG (2000) das Konzept, demzufolge die Mehrzahl der VIN HPV-assoziiert sind.

Für eine HPV-assoziierte maligne Transformation werden die HPV-Onkoproteine E6 und E7 verantwortlich gemacht, die an verschiedenen Stellen in den Zellzyklus eingreifen. Auf diese Weise werden wichtige Kontrollmechanismen der Mitose modifiziert oder übergangen, sodass es zu einer Dysregulation des Zellzyklus kommt. In der Folge kann eine durch E6 und E7 hervorgerufene fehlerhafte Synthese von Zentrosomen und Spindelpolen zu chromosomalen Aberrationen während der Mitose und damit zu Aneuploidie und chromosomaler Instabilität führen.

E6 des HPV 16 ist zudem in der Lage, das p53-Protein in einem Komplex zu binden, sodass dieses seine Fähigkeit verliert, negativ regulierend (d.h. anti-onkogen) auf die Zellproliferation einzuwirken (CARLSON et al., 2001).

Diese Eingriffe in die Regulation des Zellzyklus durch HPV-Onkoproteine stellen einen zentralen Erklärungsansatz für die Entstehung intraepithelialer Neoplasien im Vulvabereich dar.

Therapie

Die Therapie der VIN erfolgt operativ, sollte jedoch - insbesondere bei jüngeren Patientinnen – so schonend wie möglich durchgeführt werden. Das Ziel ist dabei, mit minimalen invasiven Operationstechniken eine maximale Effektivität bei möglichst geringer postoperativer Morbidität zu erreichen und dabei Anatomie und sexuelle Funktion der Vulva zu erhalten (KÜPPERS, 2000).

Bei umschriebenen Veränderungen der Vulva bietet sich die lokale Exzision, bei ausgedehnten Veränderungen das Prinzip der „skinning vulvectomy“ mittels Skalpell an. Immer häufiger wird bei der operativen Behandlung der VIN jedoch heute der CO₂-Laser eingesetzt, mit dem unter kolposkopischer Sicht das Gewebe sowohl geschnitten als auch verdampft werden kann.

Die am häufigsten gewählte Therapieoption ist die Laserexzision bzw. die Exzision mit dem Skalpell, wenn Veränderungen der Vulva vorliegen, die zum Ausschluss eines frühinvasiven Tumorwachstums einer subtilen histologischen Abklärung bedürfen. Die laserchirurgische Exzision erfolgt unter kolposkopischer Sicht und kann bei Bedarf mit

einer Vaporisation kombiniert werden. Der Wundverschluss erfolgt durch möglichst spannungsfreie Adaptation der Wundränder mittels Einzelknopfnähten (KÜPPERS, 2000). Die Vaporisation hat den Vorteil, dass sie eine Entfernung ausgedehnter oder multipler Befunde ohne eine verstümmelnde Operation ermöglicht und zudem zu einer weniger ausgeprägten Narbenbildung führt. Die Wundflächen müssen nicht durch adaptierende Nähte oder Verschiebelappen verschlossen werden, sondern reepithelialisieren mit meist guten kosmetischen Ergebnissen. Bei stark ausgedehnten Befunden ist eine mehrzeitige Vaporisations-Behandlung zur Vermeidung von Wundheilungsstörungen ratsam. Nachteilig ist, dass nach der Vaporisation eine histologische Beurteilung des entfernten Gewebes nicht mehr möglich ist, sodass die Gefahr besteht, dass kleine invasive Karzinome übersehen und nachfolgend unzureichende Therapiemaßnahmen ergriffen werden. Eine gewissenhafte präoperative Diagnostik zum Ausschluss eines malignen Geschehens mittels histologischer Untersuchung repräsentativer Biopsien ist daher obligat (KÜPPERS, 2000).

Bei allen genannten Vorgehensweisen muss die Entfernung der VIN bis ins Korium hinein durchgeführt werden. Dabei ist eine Exzision allseits im Gesunden geboten, d.h. zusammen mit den Veränderungen der intraepithelialen Neoplasie sollte eine mindestens 5 mm breite Hautmanschette des gesunden Gewebes mitentfernt werden (KÜPPERS, 2000). Bei älteren Patientinnen muss im Einzelfall entschieden werden, ob bei einer ausgedehnten flächenhaften Ausdehnung oder einem multifokalen Sitz der VIN die partielle oder einfache Vulvektomie vorzuziehen ist (KÜPPERS, 2000). Dabei handelt es sich um eine einfache Umschneidung der Vulva mit Entfernung der Haut und des subkutanen Fettgewebes (FEIGE, 1997). Aufgrund seines verstümmelnden Charakters und der daraus resultierenden Beeinträchtigung des Körperbildes und der Sexualität sollte dieser Eingriff jedoch Einzelfällen vorbehalten bleiben.

Ein großes Problem stellt, unabhängig von der gewählten Behandlungsmethode, die hohe Rezidivrate der VIN dar. Sie wird in der Literatur mit 10-50 % angegeben, KÜPPERS (2000) erhob nach Standardisierung und Einführung der CO₂-Lasertherapie eine Rezidivrate von 36.6 %.

Trotz dieses Rezidivrisikos ist eine gewissenhafte und wenn nötig wiederholte operative Vorgehensweise zur Vermeidung einer malignen Transformation der VIN in jedem Fall gerechtfertigt. Als Beweis mag angeführt werden, dass JONES et al. (1994) nachweisen konnten, dass von 8 Patientinnen, die keiner spezifischen Behandlung zugeführt wurden, 7

(87.5%) innerhalb von 8 Jahren nach Diagnosestellung ein invasives Plattenepithelkarzinom der Vulva entwickelten. Dem gegenüber entwickelten von 105 adäquat behandelten Frauen lediglich 4 (3.8 %) innerhalb von 7-18 Jahren ein invasives Vulvakarzinom.

Die Durchführung einer primär medikamentösen Therapie hat sich bislang nicht durchgesetzt. Der Einsatz von 5-Fluorouracil, Retinoiden, Imiquimod 5% sowie einer photodynamischen Therapie mit 5-Aminolävulinsäure wurde zwar erprobt, konnte sich aber bisher gegenüber einer operativen Therapie nicht als überlegen oder gleichwertig herausstellen.

Auch adjuvante Therapieverfahren mit Interferon und Retinoiden sind bis heute von untergeordneter Bedeutung geblieben, da sie sich in bisherigen Untersuchungen als nebenwirkungsreich und wenig effektiv erwiesen haben. Es sollte jedoch an einer größeren Fallzahl geklärt werden, ob eine adjuvante Kombinationsbehandlung im Einzelfall bei besonders häufig rezidivierenden Befunden in das Therapiekonzept der VIN aufgenommen werden sollte (KÜPPERS, 2000).

In jedem Fall ist eine langfristige Betreuung und regelmäßige Untersuchung der betroffenen Patientinnen notwendig, um dem Risiko einer möglichen malignen Entartung Rechnung zu tragen.

Psychische Aspekte

Auch hier sollte im Umgang mit dieser Patientinnengruppe die psychische Beeinträchtigung infolge der Erkrankung nicht unterschätzt werden (ACHESON et al., 2000). Der chronische Charakter der Erkrankung, ihr malignes Potential, die wiederholte Notwendigkeit chirurgischer Eingriffe sowie die mögliche Beeinträchtigung von Körperwahrnehmung und Sexualität können bei der Patientinnen einen großen psychischen Leidensdruck erzeugen, der möglicherweise ebenfalls einer Behandlung, in jedem Falle jedoch einer Berücksichtigung durch den Gynäkologen bedarf.

1.2.5 Perspektiven

Aus obigen Ausführungen bezüglich der einzelnen Vulvaerkrankungen wird ersichtlich, dass eine Infektion mit dem HPV-Virus eine bedeutsame Rolle bezüglich der Ätiologie der Vulvaerkrankungen spielt. Während für die Vulvodynie, deren Ätiologie nach wie vor

ungeklärt ist, wiederholt ursächlich eine HPV-Infektion vermutet wurde, die jedoch bisher nicht wissenschaftlich belegt werden konnte, gilt die Beteiligung der HPV-Infektion an der Entstehung der Kondylomatose, der VIN sowie des Zervixcarcinoms bereits als gesichert. Dies erklärt, warum der Entwicklung einer Impfprophylaxe/-therapie gegen das HPV-Virus in den vergangenen Jahren großes wissenschaftliches Interesse galt. Für die Immunprophylaxe wurden DNA-freie Viruspartikel (VLP) entwickelt, die bereits im Tierversuch erprobt wurden. Da VLPs hochspezifisch wirken, müssen verschiedene HPV-Typen in eine effiziente Prophylaxe eingeschlossen werden. Zur Therapie bereits bestehender Läsionen können Impfstoffe verwendet werden, die das Immunsystem zur Abstoßung HPV-positiver Zellen anregen. Da wahrscheinlich auch diese Reaktion typenspezifisch verläuft, wird eine HPV-Diagnostik in der zu behandelnden Läsion (im Rahmen PCR basierter Verfahren) notwendig sein. Derzeit sind verschiedene Impfstoffe in der präklinischen und klinischen Entwicklung; es wird jedoch noch einige Jahre dauern, bis der erste HPV-Impfstoff auf den Markt kommt.

Erwähnt sei hier kurz eine besonders erfolversprechende Studie nach KOUTSKY et al. (2002). In einer Doppelblindstudie wurde 1194 HPV-negativen Frauen innerhalb von 6 Monaten zu 3 Zeitpunkten der zu testende Impfstoff (HPV16 L1 virus-like particle vaccine) bzw. 1198 Teilnehmerinnen ein Placebopräparat verabreicht. Es ergab sich, dass bei 99.7% der Frauen, die den Impfstoff erhalten hatten, eine Serokonversion erfolgte. Der HPV16-Antikörpertiter war dabei im Mittel 58.7mal so hoch wie der Antikörpertiter bei natürlicher HPV16-Infektion. Innerhalb eines Beobachtungszeitraumes von 17.4 Monaten trat bei keiner der Frauen, die den Impfstoff erhalten hatten, eine neue HPV-Infektion auf, unter den Empfängerinnen des Placebo waren es 41 Neuinfektionen, wovon 4 zur Entwicklung einer CIN (cervikalen intraepithelialen Neoplasie) Grad I und 5 zu einer CIN II geführt hatten. Diese Ergebnisse lassen laut KOUTSKY et al. (2002) auf eine ermutigende Effizienz einer Prophylaxe anhand des erprobten HPV16 L1-Impfstoffes schließen, deren Beweis jedoch im Rahmen weiterer Studien noch zu erbringen sei. Außerdem sei es erstrebenswert, einen multivalenten Impfstoff zu entwickeln, der neben HPV16 auch andere häufige HPV-Typen einschließe, um einen Schutz gegen ein möglichst breites Spektrum an HPV-Infektionen zu erreichen. Entsprechende multivalente Vakzinen befinden sich in Entwicklung (KOUTSKY et al., 2002).

Ließen sich die Ergebnisse KOUTSKYs in weiteren Studien bestätigen und in die Praxis umsetzen, so sei laut CRUM (2002) ein entscheidender Durchbruch in der Prävention

maligner Zervix- und Vulvaerkrankungen gelungen, was einen großen Fortschritt für die Frauen und eine signifikante Entlastung für das Gesundheitssystem bedeuten würde (CRUM, 2002).

1.3 Psychoanalytische Aspekte zur Entwicklung der weiblichen Körperwahrnehmung und deren Störungen

1.3.1 Entwicklung des Körperselbst und seine Beeinflussbarkeit durch Krankheit

„Der eigene Körper wird vom Ich ständig kaum bewusst wahrgenommen, in einer Art stiller Präsenz ist er wie ein unauffälliger Begleiter“ (HIRSCH, 1989:1). Der Körper wird also als ein integrierter Teil des gesamten Selbst erlebt.

Grundlage für diese Integration ist eine zugewandte und stimulierende Umwelt in den ersten Lebensjahren, die wesentlich zur „Inbesitznahme der eigenen Körperlichkeit“ (RICHTER-APPELT, 2000:386) beiträgt. MERTENS (1992:55) spricht von einem „körperlichen Handlungsgedächtnis“, in dem die sensomotorischen und affektiven Erfahrungen gespeichert werden“, die dem Kind durch die Pflegeperson zuteil werden. Dabei ist anzumerken, dass sich auch „die Einstellung der Pflegeperson, meist der Mutter, zu ihrem eigenen Körper, ihrer eigenen Sexualität und der Sexualität des anderen Geschlechts, aber auch die Tatsache, ob es sich um ein Wunschkind handelt oder nicht, auf den körperlichen Umgang mit dem Neugeborenen auswirken“ (RICHTER-APPELT, 2000:389) und somit auch dessen erste Körpererfahrungen prägen. Die frühen Körpersensationen beim Wickeln, Baden, Eincremen und Liebkosen sind wichtige äußere Stimuli, die HIRSCH (1989:303) für den Säugling als „den Beginn der Symbolisierung, des Begreifens seiner Selbst, des Körpers und der Umgebung in Vorstellungen und Symbolen“ bezeichnet. Die taktilen und auch visuellen Reizerfahrungen sind nach HIRSCH (1989:4) Voraussetzung für eine notwendige anschließende „Integration eines Gesamtkonzepts, eines Kontinuums der Repräsentanten von Selbst, Körperselbst und äußeren Objekten“, die sich zu einer übergeordneten Einheit des „Selbst-Körperselbst-Gefühls“ verbinden. Dieses beinhaltet sowohl das Einssein *mit* wie auch eine Beziehung *zum* eigenen Körper. Das „kontinuierliche Selbst-Körperselbst-Gefühl ist sehr störanfällig, um so mehr, je mehr in oben skizzierter Differenzierungsphase traumatische Überstimulierung durch innere und äußere Reize oder eine ungenügende mütterliche

Umgebung einwirken. Wie leicht Selbst und Körperselbst auseinanderfallen können, der Körper also (wieder) als äußeres Objekt erlebt werden kann, lässt sich im Falle leichter oder besorgniserregender Erkrankung feststellen“ (HIRSCH, 1989:5).

In Zuständen von Schmerz oder andersgearteten Missempfindungen, wie z.B. Hautjucken, erhält der Körper größere Aufmerksamkeit und wird gerade dann als „etwas vom Ich Getrenntes, als Objekt des Ich“ (HIRSCH, 1989:1), wahrgenommen. Diese erhöhte Aufmerksamkeit kann sich, mitunter ausgehend von an sich unscheinbaren Körpersensationen, steigern, sodass der Körper schließlich als „*einziges* Objekt des Ich, das von allen anderen jedes Interesse abgezogen hat“ (HIRSCH, 1989:1), übrigbleiben kann. Es entsteht folglich eine Kluft zwischen Körper und beobachtendem Ich, zwischen Körperselbst und übrigen Selbstanteilen.

Diese Körper-Selbst-Dissoziation kann einerseits resultieren aus der tiefen Verunsicherung, die eine schwere Erkrankung bei der betroffenen Person hervorruft, die sich mit der Nicht-Intaktheit und Vergänglichkeit des eigenen Körpers konfrontiert sieht und sich durch die Desintegration des Körperselbst zu schützen sucht. Sie kann aber auch auf eine frühe Mutter-Kind-Dyade zurückzuführen sein, in der „sowohl durch einen Mangel an primärer Mütterlichkeit sowie durch mütterliche Überaktivität im Sinne der Überstimulierung eine Integration des Körperselbst nicht gelang. Die resultierende Körper-Selbst-Dissoziation dient dann der Abwehr und Kompensation einer Desintegration des Gesamtself: ein Teil - eben die Körperrepräsentanz – wird geopfert, um das Ganze zu retten, wie es auch für die Psychosomatik beschrieben worden ist“ (KUTTER, 1980:132). So hat dann auch die später- meist in der Adoleszenz, aber auch in der Krise des mittleren Lebensalters- entstehende „Körperpathologie keineswegs nur destruktiven, sondern auch regelmäßig kompensatorischen Bewältigungscharakter“ (HIRSCH, 1989:VI).

1.3.2 Die Psychodynamik chronisch-körperlichen Schmerzes

Wie oben ausgeführt, kann Schmerz, insbesondere in seiner chronischen Form, zu erheblichen Veränderungen in der Selbstwahrnehmung bis hin zu einer Dissoziation zwischen Körperselbst und den übrigen Selbstanteilen führen. Das Ich kann sich im Zuge dessen distanzieren und zum Beobachter des eigenen Körpers werden, der ganz in den Mittelpunkt des Interesses rückt.

An dieser Stelle soll besonders auf psychoanalytische Aspekte chronischer Schmerzzustände ohne erkennbares anatomisch-physiologisches Korrelat eingegangen werden, wie sie dem Leser dieser Arbeit z.B. bei der Diagnosegruppe der Vulvodynie begegnen werden; laut HIRSCH (1989) ist jedoch von Überschneidungen mit organisch begründeten Schmerzzuständen auszugehen.

Die Analyse von Schmerzsymptomatik lieferte das Material zur Entwicklung der Konversionstheorie durch FREUD, die eine Umwandlung psychischer Vorgänge in körperliche konstatiert. Dabei besteht nach FREUD (1995:83) „eine symbolische Beziehung zwischen der Veranlassung und dem pathologischen Phänomen“. „Die psychischen Inhalte werden ins Somatische verschoben (Konversion) und im Körpersymptom symbolisch ausgedrückt, weil sie nicht bewusstseinsfähig sind, zu peinlich, angst- oder ekelregend, und deshalb verdrängt werden müssen. Freud zufolge handelt es sich stets um sexuelle Inhalte, die gerade deshalb so verpönt sein müssen, weil es verborgene, konfliktuöse Wünsche sind“ (HIRSCH, 1989:281-282).

FREUD stellt einen Zusammenhang her zwischen Schmerzerfahrung und Wahrnehmung des eigenen Körpers als äußeres Objekt durch das Ich: „...die Art, wie man bei schmerzhaften Erkrankungen eine neue Kenntnis seiner Organe erwirbt, ist vielleicht vorbildlich für die Art, wie man überhaupt zur Vorstellung seines eigenen Körpers kommt“ (FREUD, 1923:283). In diesem Sinne vermitteln also Schmerz und andere Körpersensationen eine Vorstellung vom eigenen Körper. Dies erscheint insbesondere dann nötig zu sein, wenn in frühen Entwicklungsstadien eine Integration des Körperselbst, durch fehlende Stimulierung oder „körperlich erlebte Angst vor der Trennung von Objekten“ (HIRSCH, 1989:303), nicht erfolgen konnte. Unter dieser Voraussetzung formuliert ROHDE-DACHSER (1986:46) die Notwendigkeit für das Kind, dem die Mutter seine psychische Existenz nicht genügend widerspiegelt, sich einen Spiegel selbst zu schaffen, und zwar „gerade in der Demonstration von Schmerz und Abhängigkeit“ als „ein sozusagen masochistisches Ringen um ein empathisches Objekt“. Analog interpretiert auch HIRSCH den Schmerz als „regressiven Rückgriff“, als Reaktion auf eine gestörte Mutter-Kind-Symbiose, infolge derer die Entstehung der Symbolisierungsfähigkeit durch unterbliebene Bildung innerer und äußerer Körpergrenzen nicht erfolgen konnte. Gelingt die Unterscheidung zwischen Selbst, Körper und äußeren Objekten infolgedessen nicht

oder nur unvollständig, so könnten schmerzhafte Körpersensationen von seelischem Schmerz, wie Angst, Trennungsschmerz, Trauer oder Wut, nur ungenügend differenziert werden, ebenso wenig wie ihr jeweiliger Ursprung: Innen, Außen; Körper oder Mutterobjekt (vgl. HIRSCH, 1989). Kann diese Desomatisierung der Affekte nicht geleistet werden, so kann es dazu kommen, dass der Schmerz instrumentalisiert wird, um „den eigenen Körper mit Hilfe der Konversion zu einem mütterlichen Objekt zu machen, dessen Abwesenheit oder Verlust nicht anders...bewältigt werden kann“ (HIRSCH, 1989:285). Darüber hinaus ist ein solches im Körper entstandenes Objekt geeignet, einen Schutz gegen ein zu bedrohliches symbiotisches Objekt, das z.B. durch einen Partner später wiederbelebt werden kann, zu bilden. So kann der Schmerz einen Ausweg aus einem frühen Ambivalenzkonflikt bilden, zwischen „Abhängigkeitswunsch (das mütterliche Objekt fehlt) und Symbioseangst (das mütterliche Objekt ist bedrohlich)“ (HIRSCH, 1989:285). Um letzterer zu begegnen, bilde der Schmerz für das Selbst eine Grenze, die für „das Selbstgefühl, das Gefühl von Kohärenz und Existenz“ notwendig sei. Der kranke Körper greife somit gewissermaßen „triangulierend“ in die unerträgliche Beziehung zum äußeren Objekt ein, indem er „sich zwischen Selbst und Objekt stellt“ (HIRSCH, 1989:301-303). Es gehe also bei dem Konversionssymptom nicht nur um die symbolische Darstellung eines Konflikts, sondern auch um die Beziehung zu einem geliebten und/oder gehassten Menschen (vgl. HIRSCH, 1989).

Ergänzend sei noch erwähnt, dass auch die „Introjektion von Schuldgefühlen“ eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit psychogener Schmerzentstehung spielt. In der Folge von Misshandlung, sei sie körperlicher oder psychischer Art, durch eine Bezugsperson, kann es zu einer „Identifikation mit dem Aggressor“ kommen, die es dem Betroffenen ermöglicht, sich der geliebten Bezugsperson weiter verbunden zu fühlen. Die Misshandelte „nimmt die Schuld auf sich, und die Bestrafung für, sowie die Entlastung von dieser Schuld findet sich sehr oft in schmerzhafter Symptomatik, die obendrein die ursprüngliche schmerzhafte Misshandlung reproduziert und so die Verbindung zum und Abhängigkeit vom Misshandler konserviert“ (HIRSCH, 1989:298).

Zusammenfassend tragen also aus psychoanalytischer Sicht besonders das Konversionskonzept, welches die symbolisch-körperliche Manifestation bewusstseinsunfähiger Konflikte und Wünsche beschreibt, sowie die

Objektbeziehungstheorie, die einen kompromisshaften Ausweg aus einer ambivalenten Beziehung zugrunde legt, zu einem Verständnis chronischer Schmerzsyndrome bei.

Es ist oft versucht worden, eine einheitliche Persönlichkeitstypisierung *des Schmerzpatienten* festzulegen; im Folgenden sollen einige dieser Charakteristika erwähnt werden. ENGEL (1959:899-918) fand bei der Untersuchung von Schmerzpatienten „ein großes Maß an bewusster und unbewusster Schuld; eine Geschichte des Leidens und der Niederlagen; Unfähigkeit zu Erfolg (masochistische Charakterstruktur); einen starken Aggressionstrieb, der nicht ausgelebt wird; eine Schmerzentwicklung als Ersatz für Verlust in Beziehungen; einen sadomasochistischen Typ der Sexualentwicklung; Schmerz verursacht durch unbewusste Identifikation mit einem Objekt, sowie psychiatrische Diagnosen wie Konversionshysterie, Depression, Hypochondrie und paranoide Schizophrenie“. RANGELL (1953) setzt das Schmerzsyndrom außerdem in Zusammenhang mit posttraumatischen Reaktionen, Angstzuständen, Sucht und Psychosen. KROEBER (1985) fand unter seinen Schmerzpatienten sowohl depressiv-asthenische Persönlichkeiten bzw. „matte Dysphoriker“ als auch „Aktivisten“, die sich vor allem durch Tüchtigkeit, Pflichtausübung und Klaglosigkeit auszeichneten.

Betrachtet man die Komplexität dieser Zusammenhänge, so ist es wenig verwunderlich, dass sich die Arzt-Patient-Beziehung im Umgang mit chronischen Schmerzpatienten oft äußerst schwierig und für beide Seiten frustrierend gestaltet, zumal sich oben beschriebene Ambivalenz der Patienten nicht selten auch auf die Beziehung zum Arzt erstreckt. „In seinem Selbstverständnis leidet der Schmerzkranken an einer körperlich-organischen Affektion; dieses Verständnis lässt ihm das Gefühl, sein Leben im Griff zu haben, 'wenn die Krankheit nicht wäre'. Er wendet sich voller Erwartung an den hochidealisierten Arzt, der ihm diese Krankheitsauffassung bestätigen, d.h. damit anerkennen soll, dass ein Problem, ein Leiden, eine existentielle Krise vorliegt, dem Patienten aber gleichzeitig das Gefühl der 'Tüchtigkeit' lassen soll. Handelt der Arzt rein auf der organischen Ebene, wird der Erfolg ausbleiben, und der Patient wird sich nicht adäquat behandelt fühlen...und häufig endlose medizinische Maßnahmen bei verschiedenen Ärzten über sich ergehen lassen. Spricht der Arzt dagegen die psychischen Probleme der Lebenssituation und der menschlichen Beziehungen an, wird sich der Patient noch eher missverstanden fühlen, da sein Selbstbild des 'Tüchtigen', wenn auch körperlich Kranken, gefährdet ist und

Hilflosigkeit und regressive Bedürfnisse nicht zugelassen werden können... Der anfänglichen Idealisierung folgt die Entwertung; enttäuscht wendet sich der Patient dem nächsten Arzt zu“ (HIRSCH, 1989:279-280).

1.3.3 Die Psychodynamik dermatologischer Erkrankungen

Abschließend soll in diesem Kapitel über Entwicklung und Störungen der Körperwahrnehmung noch kurz auf die Bedeutung der Haut in diesem Zusammenhang eingegangen werden, zum einen, weil die Haut als Wahrnehmungsorgan für frühe äußere Stimuli wesentlich am oben beschriebenen Integrationsprozess des Körperselbst beteiligt ist, zum anderen, weil sämtliche Vulvaerkrankungen, um die es in dieser Arbeit gehen soll, sich letztendlich an der Haut im Vulvabereich manifestieren und mit entsprechender Symptomatik einhergehen.

Bereits in Redewendungen wie „etwas geht unter die Haut“, „dünnhäutig sein“ oder „aus der Haut fahren“ wird deutlich, dass eine enge Verbindung besteht zwischen der den Körper umgebenden Haut und innerpsychischen Vorgängen.

GIELER (1994) spricht in diesem Sinne von der Haut als „Spiegel der Seele“.

FREUD schreibt in seinem Essay „Das Ich und das Es“, das Ich leite sich letztendlich von körperlichen Wahrnehmungen ab, hauptsächlich von denen, die von der Körperoberfläche herrühren. Es könne somit als mentale Projektion der Körperoberfläche betrachtet werden (vgl. FREUD, 1923).

Die Haut als Sinnesorgan ist also in der Lage, äußere Einflüsse zu filtern und sie dem „Inneren“ zugänglich zu machen und erhält somit sowohl Vermittler- als auch Abgrenzungsfunktion zwischen Selbst und Umwelt.

Unter diesem Gesichtspunkt schuf der Psychoanalytiker ANZIEU (1991) den Begriff des „Haut-Ich“, dem er Funktionen wie Zusammenhalt und Reizschutz der Psyche, Individuationsfunktion des Ich und libidinöse Funktion zuschrieb. SCHUR (1955:107) sieht in Erkrankungen der Haut, besonders wenn sie mit Pruritus einhergehen, Selbstbestrafungstendenzen, die gleichzeitig auf tieferer Ebene auch die „Bestrafung eines äußeren Objekts, gewöhnlich der Mutter“, im Sinne einer aggressiven Abgrenzung bedeuten. SCHUR (1955:107) zufolge ist die Haut, in ihrer „Doppelfunktion als schützendes Integument und Wahrnehmungsorgan, zu einem Teil des eigenen Selbst und

zugleich des äußeren Objekts geworden, sodass es zu einer Wiederverschmelzung von Selbst -und Objektrepräsentanzen kommt“.

Dieses Modell kann auch in späteren Partnerschaften relevant werden, in der ein Partner das äußere Objekt repräsentiert, welches Symbiosewünsche, aber auch Abgrenzungstendenzen hervorruft.

Auch in der Sexualität kommt der Haut, und hier insbesondere der Haut im Genitalbereich, eine wichtige Funktion als dem Organ zu, welches Berührungen wahrnimmt, sie gemäß früherer Erfahrungen filtert, entsprechend dem Bewusstsein zuführt und so maßgeblich an der Bewertung sexueller Erfahrungen beteiligt ist. Auch an dieser Stelle kommt der Haut also eine vermittelnde Funktion zwischen Außen und Innen zu. Umgekehrt kann die Haut jedoch auch innere Empfindungen äußerlich erkennbar machen, denkt man z.B. an das Phänomen des schamhaften Errötens oder der Gänsehaut, die sowohl Ausdruck des Ekels als auch des erregten Wohlempfindens sein kann.

So wird von einigen Autoren auch dem Pruritus genitalis, der häufig äußerst therapieresistent ist, und der mitunter schließlich zu so einschneidenden therapeutischen Maßnahmen wie der Vulvektomie führt, ein solcher Mitteilungscharakter unterstellt. Laut PRILL (1964) sei der Pruritus der Haut im Vulvabereich Ausdruck starker sexueller Abwehr oder aber einer larvierten Onanie als Ersatzhandlung für nicht zu erlangende oder „quantitativ pathologische“ Sexualwünsche.

Nicht bei allen Erkrankungen der Haut (im Vulvabereich) jedoch lässt sich ein solcher linearer und symbolischer Zusammenhang zwischen innerpsychischen Vorgängen und konsekutiver körperlicher Manifestation annehmen. Während bei Beschwerden ohne morphologisches Korrelat ein Forschen nach (unbewussten) psychischen Ursachen nahe liegt, so fällt es vergleichsweise schwer, bei infektiösen oder gar malignen Erkrankungen der (Vulva-)Haut psychische Ätiologien bzw. Begleitfaktoren in den Vordergrund zu stellen. In diesen Fällen ist es allenfalls sinnvoll, das Modell der Psychoneuroimmunologie in die Überlegungen einzubeziehen, demzufolge „die Bereitschaft, auf psychische Belastungen mit körperlicher Dysfunktion zu reagieren auf eine körperlich begründete Disposition zu einer erhöhten Streßreagibilität“ zurückgeführt werden kann (ARNETZ et al, 1985:528). So komme es, laut ARNETZ et al. (1985), in Stresssituationen, in denen ein Kontrollverlust erlebt wird, bei entsprechender Disposition zu einer verstärkten Aktivierung des Hypophysen-Nebennierenrinden-Systems mit konsekutiv dauerhaft unvorteilhafter Aktivierung des endokrinen Systems. Auf diesem Wege werde das

Immunsystem beeinträchtigt und das „Risiko für die Auslösung oder Aufrechterhaltung einer Erkrankung erhöht“ (FRANKENHAUSER, 1982).

Man kann bei den genannten Erkrankungen also von einer multifaktoriellen Genese ausgehen, bei der, unter der Voraussetzung einer entsprechenden körperlichen Disposition, bestimmte psychische Reaktionsmuster auf Stresssituationen ätiologisch eine Rolle spielen können.

1.4 Erläuterung und kritische Betrachtung traditioneller psychoanalytischer Theorien bezüglich sexueller Identitätsentwicklung und Weiblichkeit

Der Ödipuskomplex

In der traditionellen Psychoanalyse bildet die Ödipussituation und deren Verarbeitung das Kernstück psychosexueller Entwicklung und gilt gleichzeitig als vulnerable Phase für die Neurosenentstehung. Die Auslegung und Bewertung Freuds hinsichtlich der ödipalen Problematik ist von modernen Autoren vielfach angefochten worden, soll aber an dieser Stelle einführend kurz erläutert werden.

„Der Ödipuskomplex des Knaben“, so FREUD (1933), „in dem er seine Mutter begehrt und seinen Vater als Rivalen beseitigen möchte, entwickelt sich natürlich aus seiner phallischen Sexualität“ (FREUD, 1933:138). Unter dem Druck der vom Vater ausgehenden Kastrationsdrohung gebe der Junge seine inzestuösen Wünsche auf, um sich mit dem Vater zu identifizieren und dessen Gesetz zu internalisieren. Unter günstigen Bedingungen führe die Entwicklung hier also zum „Untergang des Ödipuskomplexes“, an dessen Stelle ein strenges „Über-Ich“ trete. Im Gegensatz dazu laufe das Mädchen, das die Kastration nicht zu befürchten habe, in den Ödipuskomplex ein „wie in einen Hafen“ (vgl. FREUD, 1933). „Ausgangspunkt dieser Bewegung ist die Entdeckung des Geschlechtsunterschieds und die damit verbundene Enttäuschung an der Mutter, der das Mädchen seine körperliche Minderausstattung (gemeint ist hier der fehlende Penis) anlastet. Auf der Suche nach narzisstischer Restitution wendet es sich nunmehr von der Mutter ab und dem Vater zu, von dem es sich einen Penis und später ein Kind erhofft. Mit der Geburt eines Kindes im späteren Leben der Frau wird dieses narzisstische Ziel erreicht. Motor dieser Entwicklung ist der nie völlig überwundene weibliche Penisneid“ (ROHDE-DACHSER, 1991:5). Bei FREUD (1933) heißt es: „...Mit dem Wegfall der Kastrationsangst entfällt das Hauptmotiv, das den Knaben gedrängt hatte, den

Ödipuskomplex zu überwinden. Das Mädchen verbleibt in ihm unbestimmt lange, baut ihn nur spät und dann unvollkommen ab. Die Bildung des Über-Ich muss unter diesen Verhältnissen leiden, es kann nicht Stärke und Unabhängigkeit erreichen und – Feministinnen hören es nicht gerne, wenn man auf die Auswirkungen dieses Moments für den durchschnittlich weiblichen Charakter hinweist“ (FREUD, 1933:138-139).

Es waren dann aber nicht nur die Feministinnen, die Freuds androzentrierte Interpretation der psychosexuellen Entwicklung kritisierten. Freuds Versuch, das Individuationsmodell weiblicher Entwicklung in ausschließlich patriarchalischem Kontext zu entwerfen, stieß bei zahlreichen Psychoanalytikern der Moderne auf Gegenwehr. Allein die von Freud verwendete Terminologie, bei der von „Kastration“, „Penisneid“ und „Phallischer Phase“ die Rede ist, wenn es um die Beschreibung weiblichen Erlebens geht, scheint fehl am Platze. Sie zeigt bereits bei oberflächlicher Betrachtung, dass es sich um eine phallozentrische Interpretation handelt, bei der die Frau einem männlichen Modell unterworfen wird.

Laut ROHDE-DACHSER (1991) werde der Mann innerhalb dieses „männlichen Mythos“ zur „Krone der Schöpfung“ erhoben, während die Frau, wie Freud sie zeichnete, „zu einem Wesen mit zweitklassigem Geschlecht wird, vom Penisneid geprägt und wegen ihres körperlichen Defizits (dem fehlenden Penis) ein Leben lang auf die narzisstische Restitution durch den Mann angewiesen“ (ROHDE-DACHSER, 1991:58).

Es ist offensichtlich, dass in einem solchen Modell kein Raum ist für die Vorstellung weiblicher Selbstverwirklichung jenseits der traditionellen Frauen- und Mutterrolle.

ROHDE-DACHSER (1991) kritisiert, dass Freuds patriarchalisch orientierter ideologischer Überbau im psychoanalytischen Verständnis der psychosexuellen Entwicklung der Frau auch heute weiterhin ihre Wirkung entfalte, obwohl die Bedingungen in der heutigen modernen Gesellschaft radikal andere seien als zu Beginn des letzten Jahrhunderts, als Freud seine Theorie formulierte (vgl. ROHDE-DACHSER, 1991).

Traditionelles und modernes Verständnis von Weiblichkeit

Die Psychologie der Frau, um deren Beschreibung sich Freud viele Jahre lang bemühte, blieb ihm nach eigenem Eingeständnis stets ein „dunkler Kontinent“ (ROHDE-DACHSER, 1991:1). So postulierte er für beide Geschlechter eine „primäre Männlichkeit,

von der sich mit der Entdeckung des Geschlechtsunterschieds der schwierige Weg des Mädchens in die Weiblichkeit abzuzweigen beginne“ (ROHDE-DACHSER, 1991:9). ROHDE-DACHSER (1991) zufolge berechtigen heutige Erkenntnisse über den Erwerb von Geschlechtsidentität jedoch durchaus dazu, eine „primäre Femität“ des Mädchens anzunehmen und damit die Vorstellung des Mannes als Modell für die Entwicklung beider Geschlechter zu verlassen.

HORNEY (1932:85) geht in ihrer Kritik an Freuds Theorie so weit, den der Frau unterstellten Penisneid als Abwehrversuch des Mannes gegen den angsteinflößenden Aspekt der Vagina und gegen den „Neid des Mannes auf die weibliche Gebärfähigkeit“ zu interpretieren.

JONES (1935:331) entschärft diesen Disput, indem sie den Aspekt des gegenseitigen Neides verlässt und die Ansicht entwickelt, das kleine Mädchen fühle sich „nicht primär aufgrund der Enttäuschung über seine Penislosigkeit zum Vater hingezogen, sondern aufgrund seiner angeborenen Weiblichkeit“. Damit wendet sie sich ab vom Bild der „Frau als Negativ des Mannes, der Frau als Mangelwesen“, hin zu einem neuen Selbstverständnis der Weiblichkeit als autonomes „zweites Geschlecht“ (ROHDE-DACHSER, 1991:58).

Warum aber lassen sich Modelle, die eine eigenständige Entwicklung und Identität der Frau postulieren, sie also als autonomes Subjekt einzuführen versuchen, in traditionelle Theorien so schwer integrieren?

ROHDE-DACHSER (1988:41) spekuliert, dass Weiblichkeit, „die sich als eigenständige, also nicht vom Mann her bestimmte Kraft zu artikulieren sucht“, innerhalb des patriarchalischen Diskurses gefährlich erscheinen müsse. Den Grund dafür sieht sie in der Vielfalt von Weiblichkeitsentwürfen, die aus zahlreichen männlichen Projektionen resultieren und in ihrer Widersprüchlichkeit eine Unberechenbarkeit der Weiblichkeit implizieren. ROHDE-DACHSER (1988:33) beschreibt dieses „Kaleidoskop der Weiblichkeitsentwürfe“ folgendermaßen:

Weiblichkeit könne „Penislosigkeit“ bedeuten, d.h. „Defizienz und Kastration“, sei aber zugleich „Inbegriff von Lust“ und Ziel der Begierde des Mannes. „In seiner scheinbaren Unschuld und Friedfertigkeit kann das Weibliche heuchlerisch und heimtückisch erscheinen“, indem es seine Aggression lediglich verberge, um dann „aus dem Hinterhalt um so erfolgreicher loszuschlagen“. Es könne somit den „Wunsch nach Entlarvung“ wecken. Dann wiederum manifestiere es sich „in mütterlicher Gestalt, überfrachtet mit

Phantasien, Wünschen und Ängsten, die der Imago der 'großen Mutter' gelten“, von der Wohl und Weh des Kindes abhängen. Schließlich verkörpere das Weibliche auch „das Dunkle, Unheimliche und Ungeformte“ (ROHDE-DACHSER, 1988:33). „Im Dunkel ihres Schoßes liegt der Ort unserer Herkunft, und tief im Unbewussten verkörpert er auch die Möglichkeit, dorthin zurückzukehren, von ihm aufgesogen zu werden...“ (ROHDE-DACHSER, 1988:40). Damit werde das Weibliche auch zur Verkörperung des Thanatos, eher zur Metapher des Todes als des Lebens und der Liebe. All dies seien ganz verschiedene Ebenen, die sich nur schwer zusammenfügen, sofern sie nicht überhaupt in einem „disjunkten Verhältnis“ zueinander stehen.

Die Unberechenbarkeit und angsterregenden Aspekte, die diese Weiblichkeitsentwürfe beinhalten, erklären die Gefährlichkeit, die in der männlichen Phantasie von der Weiblichkeit ausgehen und führen zu dem Schluss, dass Weiblichkeit eher der „Eindämmung“ denn der Integration bedarf.

Die Frau, deren Weiblichkeit so zur Projektionsfläche männlicher Phantasien gerät, „tritt also weiterhin als Beziehungsfigur in Erscheinung“, in der sie „Ergänzungsbestimmung“ eines anderen -des Kindes oder des Mannes- ist, „der Weiblichkeit fällt allenfalls eine abgeleitete Identität zu“ (ROHDE-DACHSER, 1988:42).

Das weibliche Genitale und genitale Ängste in der weiblichen Entwicklung

FREUD (1926) zufolge liegt die genitale Angst an der Spitze der Angsthierarchie kindlicher Entwicklung. „Demnach wird Genitalität zum entscheidenden Punkt auf dem Weg zur psychischen Reife; die Anerkennung der Differenz zwischen Männlichkeit und Weiblichkeit, das Erreichen der eigenen relativen Ganzheit gegenüber dem Objekt sowie Konflikttoleranz sind die Erträge dieser Leistung“ (BERNSTEIN, 1990:530).

FREUD (1926) beschreibt, wie bereits oben erläutert, die Ängste der phallischen Phase für Knaben und Mädchen jeweils unterschiedlich. Seiner Interpretation zufolge liegt für Knaben die Angst in der Gefährdung der körperlichen Integrität, insbesondere in der Kastrationsangst, für Mädchen liegt die Gefahr im Verlust des geliebten Objektes. „Nicht erkannt wurde die Rolle, welche die eigenen Genitalien des Mädchens in seiner Entwicklung oder bei der Angsterzeugung spielen“ (BERNSTEIN, 1990:530-531). Freud setzt allein die Ängste und Entwicklungskrisen des Knaben als „Modell für alle

menschlichen Entwicklungskrisen“ voraus und betrachtet zu keinem Zeitpunkt die Einwirkung des Mädchenkörpers auf deren psychische Entwicklung.

Löse man sich aber, laut BERNSTEIN (1990), von der Vorstellung von dem kleinen Mädchen als *un homme manqué*, so liege es nahe, dass aufgrund des körperlichen Unterschieds notwendigerweise auch die entstehenden Ängste, die Entwicklungskonflikte und die Bewältigungsmechanismen des Mädchens sich von denen des Knaben unterscheiden müssen (vgl. BERNSTEIN, 1990).

Einer dieser Unterschiede liege darin, dass das Mädchen keinen leichten Zugang zu seinen Genitalien habe. Sie seien nicht so sichtbar und vollständig taktil zugänglich wie die Genitalien des Knaben, was den „Aufbau einer Repräsentanz“ derjenigen Teile des Körpers erschwere, in denen die „intensivsten Körperempfindungen“ liegen. Eine desexualisierte Manipulation der Genitalien sei nicht wie beim Knaben möglich, sodass das Mädchen keine „taktile, vertraute und sinnliche Kenntnis des eigenen Körpers erwerben könne, die nicht an verbotene Phantasien gebunden ist“ (BERNSTEIN, 1990:535). Diese Unsicherheit im Bezug auf das eigene Genitale spiegle sich auch in der Unfähigkeit vieler Frauen wider, das eigene Genitale zu benennen, sodass auf diffuse Ausdrücke wie „dort unten“ ausgewichen werde.

Da aber, laut BERNSTEIN (1990:535) das Berühren, Sehen, Kontrollieren und Benennen die Ausrüstung für das Kind bilden, „mentale Repräsentanzen seines eigenen Körpers und der Außenwelt“ aufzubauen und das Gefühl der „Kontrolle über sich selbst, über Menschen und Dinge“ zu erlangen, sei dieser Prozess für Mädchen aufgrund ihres schwer zugänglichen Genitales ungleich schwerer als für Knaben. Ebenfalls verwirrend für das Mädchen sei die diffuse Reizausbreitung bei Berührung seines äußeren Genitales. So bleibe die Sinnesempfindung nicht wie beim Knaben lokal konzentriert, sondern breite sich von der Klitoris auf die Vagina sowie auch auf Becken und urethrale und anale Regionen aus. Dies verstärke Gefühle von Unbegrenztheit, Diffusion und Kontrollverlust und erschwere dem Mädchen den „Aufbau einer zentrierten Repräsentanz seiner Genitalien“, die für die Bildung von „Ich-Grenzen“ und einem „stabilen Selbstgefühl“ von entscheidender Bedeutung ist.

Eine weitere Angst des Mädchens, so BERNSTEIN (1990), beziehe sich auf „Themen des Eindringens“. Das Mädchen habe Angst, den Zugang zu seinen Genitalien nicht kontrollieren zu können, da es sich um eine Körperöffnung handelt, die keinem willkürlichen Öffnungs- oder Schließmechanismus unterliegt, wie beispielsweise Mund

oder Anus. Dieser unkontrollierbare Zugang berge die Gefahr der Penetration, wobei das fantasierte Eindringen nicht nur die Furcht vor „Beschädigung des Körperinneren“, sondern auch die Angst vor „Überschreitung der Körpergrenze“ mit sich bringe. Dies sei um so bedeutsamer, als dass diese Ängste erfahrungsgemäß zeitlich mit der analen Phase zusammenfallen, in der das Kind sich intensiv mit der Abgrenzungsthematik beschäftige und um Loslösung und Individuation von der Mutter bemüht sei. Es komme also zum Ambivalenzkonflikt zwischen „genitalen Ängsten“ einerseits, die nach mütterlichem Schutz vor Penetration verlangen, und „Symbioseängsten“ andererseits, die Autonomiebestrebungen in Gang setzen. Es handle sich also um einen Konflikt zwischen dem Bedürfnis nach „Regression und Progression“, zwischen „Abhängigkeit und Autonomie“ (BERNSTEIN, 1990).

Laut BERNSTEIN (1990) kann das Mädchen unterschiedliche Bewältigungsstrategien entwickeln, um unbewältigte genitale Ängste zu kompensieren. Es könne sich dabei z.B. um eine Projektion nach außen im Sinne einer „Externalisierung der innerlichen Körperkonfusion“ handeln. Die Beschäftigung mit manipulierbaren äußeren Objekten diene hier der „Konkretisierung, Kontrolle und Bewältigung des undefinierten Inneren“. Weitere Bewältigungsstrategien bestehen nach BERNSTEIN (1990:543) in Regression und Identifizierung mit dem mütterlichen Objekt sowie in Verzicht auf Sexualität.

„Ist das Mädchen jedoch in der Lage, seine frühen genitalen Ängste zu integrieren, sich mit der Mutter zu identifizieren, mit ihr in ihrer Weiblichkeit eins zu sein, *und* sich zugleich mit einem Vater zu identifizieren, der es zum einen als weibliches Individuum betrachtet, zum anderen aber auch seine Identifizierung mit ihm erleichtert, indem er seine Differenzierung gegenüber der Mutter sichert, dann wird es entwicklungsgemäß in der Lage sein, sich auf den gefahrenvollen Rivalitätscharakter des Ödipalen einzulassen, die Ängste und Enttäuschungen dieser Phase zu ertragen und echte Genitalität zu erreichen“ (BERNSTEIN, 1990:557).

Das Mädchen sei auf diesem Weg, im Gegensatz zum Knaben (,der bezogen auf sein Genitale an Sichtbarkeit, Tastbarkeit und Manipulierbarkeit gewöhnt ist), darauf angewiesen, sich auf Vertrauen, Abhängigkeit und Identifizierung zu verlassen. Dies trage wiederum zur „Objektverankerung der Mädchenexistenz bei, die ein schon seit langem beobachtetes weibliches Merkmal ist“ (BERNSTEIN, 1990:556).

Bei aufmerksamer Lektüre der psychoanalytischen Theorien bezüglich weiblicher Genitalität fällt auf, dass in diesem Zusammenhang vornehmlich von der Vagina als dem weiblichen Geschlechtsorgan die Rede ist. So wird dem Mann ein gut zugängliches äußeres Genitale attestiert, wohingegen bei der Frau nahezu ausschließlich von einem im Körperinneren verborgenen, schwer zugänglichen Genitale im Sinne einer Körperöffnung die Rede ist, um deren Schutz vor Penetration das Mädchen im Laufe seiner Entwicklung bemüht sein muss. Bei all dieser Beschäftigung mit der „Bewältigung des undefinierten Inneren“ (BERNSTEIN, 1990) wird jedoch vernachlässigt, dass die Frau sehr wohl auch ein durchaus zugängliches äußeres Genitale, nämlich die Vulva, besitzt, der bislang innerhalb des psychoanalytischen Diskurses über Weiblichkeit und weibliche Genitalität allenfalls eine untergeordnete Rolle zukommt. Dies erscheint allein von daher unangemessen, als dass die Vulva die Klitoris einschließt, der eine entscheidende Rolle für die Sexualität der Frau zukommt. Darüber hinaus ist die Vulva, wenn auch nicht so exponiert wie das männliche Genitale, durchaus sichtbar und damit Teil der äußeren Körperrepräsentanz der Frau. Gerade anhand der in dieser Arbeit zur Diskussion stehenden Vulvaerkrankungen und dem daraus resultierenden Leidensdruck der betroffenen Patientinnen wird deutlich, dass neben dem inneren verborgenen Genitale auch dem äußeren Genitale der Frau (nämlich der Vulva) vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte, wenn es um weibliche Genitalität und Identität geht.

Weibliche Sexualität

Die Organisation der Sexualität unter dem Primat der Genitalien und die gesicherte Identität als Frau oder als Mann werden laut BECKER u. GSCHWIND (1996) nach psychoanalytischer Auffassung in der zweizeitigen Entwicklung des Sexuallebens, d.h. der Libido- und Ich -Entwicklung von der Geburt an bis zum Ende der Adoleszenz erworben. „Die Triebgeschichte von Libido und Aggression und die Ich-Entwicklung, beide in ihrer Wechselbeziehung und im Kontext der Objektbeziehungen, formen die dem erwachsenen Subjekt eigene Sexualität. Ungerichtete primärprozesshafte Triebregungen im Es (das Sexuelle) werden vom Ich im Sekundärprozess zu Triebwünschen (die Sexualität) organisiert, deren Realisierung dann das Ich unter der Berücksichtigung von Über-Ich und Ich-Ideal gewährleisten soll“ (BECKER u. GSCHWIND, 1996:639). Dabei werde die in Objektbeziehungen sich organisierende Sexualität geprägt durch die individuelle

Entwicklung von der „infantilen Abhängigkeit vom Objekt zur erwachsenen sexuellen Besetzung von Objekten“ (BECKER u. GSCHWIND, 1996:639). Ein weiterer die Organisation von Sexualität beeinflussender Faktor sei der Narzissmus und damit die Bedeutung der Autonomie für das Subjekt. Die infantile Objektbesetzung in der Symbiose und die Konflikte der Lösung aus der Dyade seien erste Stationen der Libido- und Ich-Entwicklung. „Die oralen und analen Modi der libidinösen Besetzung der Teilobjekte und die Triebbefriedigung, die von diesen gewährt oder versagt wird, wirken auf die Triebwünsche zurück und beeinflussen so ihr Tribschicksal und ihren Stellenwert für die narzisstische Integrität des sich bildenden Ich und die Qualität seiner Objekt- und Selbstrepräsentanzen“ (BECKER u. GSCHWIND, 1996:639). Verschmelzungswunsch und -angst der frühen Situation werde abgelöst von inzestuösen Wünschen, woraufhin die frühkindliche Sexualität im Ödipuskomplex ihren Höhepunkt und in dessen Überwindung ihr Ende finde. In der sich anschließenden Latenz stellen sich für die Ich-Entwicklung keine neuen Triebkonflikte. Erst in der frühen und eigentlichen Adoleszenz werden die Triebwünsche wieder zu Anforderungen in der Entwicklung des Ich. Der Trieb wende sich zur Genitalität, die Libidoobjekte verschieben sich zu den nicht-inzestuösen und (in der Regel) heterosexuellen (vgl. BECKER u. GSCHWIND, 1996).

BECKER und GSCHWIND (1996) bemerken abschließend, die psychosexuelle Entwicklung bei Mann und Frau sei gleich und ungleich zugleich. Beide müssen sie die im Es ungerichteten Triebregungen zu Triebwünschen organisieren, deren Befriedigung das Ich erfüllen soll. Die Objektbeziehungen, in denen sich dieser Prozess entfalte, sei aber vom Geschlecht bestimmt, schon ehe ein Bewusstsein vom Unterschied der Geschlechter vorhanden sei. So ist die gesellschaftliche Komponente des Geschlechtsunterschieds, der sich laut REICHE (1990) in der „Ungleichheit in der Verteilung von sozialen und ökonomischen Herrschaftspositionen“ äußert, an der Organisation von Trieb- und Ich-Entwicklung beteiligt und bestimmt die Geschlechterbeziehungen mit.

Dass der Frau schon früh ein eigenes Wünschen und Begehren und eine eigene Sexualität abgesprochen wurde und dass die phallogozentrische Weiblichkeitskonstruktion auch in sexueller Hinsicht eine lange Tradition hat, belegen wiederum Ausführungen FREUDs im Zusammenhang mit dem Ödipuskomplex: „Das Weib anerkennt die Tatsache seiner Kastration und damit auch die Überlegenheit des Mannes und seine eigene Minderwertigkeit, aber es sträubt sich auch gegen diesen unliebsamen Sachverhalt.“ Einen möglichen Ausweg für die Frau sieht FREUD in der „allgemeinen Abwendung von

Sexualität. Das kleine Weib, durch den Vergleich mit dem Knaben geschreckt, wird mit seiner Klitoris unzufrieden, verzichtet auf seine phallische Bestätigung und damit auf die Sexualität überhaupt wie auf ein gutes Stück seiner Männlichkeit auf anderen Gebieten“ (FREUD, 1931:522).

Bei DEUTSCH (1925) heißt es in diesem Zusammenhang, das Mädchen erfahre in seiner phallischen Phase ein „Genitaltrauma“, das darin bestehe, dass es für seine Triebabfuhr kein geeignetes Organ habe, was in sexueller Hinsicht zu einem Umschlag von Aktivität in Passivität führe. DEUTSCH (1925) sieht den Sexualakt als „ersten Akt der Mutterschaft“. Sie unterstreicht dabei die komplementären Rollen von Mütterlichkeit und Sexualität und glaubt, dass „ein großer Teil der weiblichen Genitalität in der reproduktiven Funktion aufgehe“. Ihr zufolge führt der weibliche Masochismus dazu, dass Frauen den Koitus „eher ertragen als genießen“ und dass er im übrigen ermöglicht, die Schmerzen im Zusammenhang mit der reproduktiven Funktion leichter hinzunehmen (DEUTSCH, 1925). DEVEREUX geht sogar so weit zu behaupten, es komme vor, dass eine vergewaltigte Frau ihre Vergewaltigung genieße, „nicht nur, weil sie ihren Masochismus befriedigt, sondern auch deshalb, weil sie bei einer Vergewaltigung für das, was ihr geschieht, nicht ‚verantwortlich‘ ist“ (DEVEREUX, 1981:105).

Es ist offensichtlich, dass bei solchen Interpretationen wenig Raum bleibt für ein Verständnis von weiblicher Sexualität als eigenverantwortliches, aktives und positiv erlebtes Wünschen und Begehren.

Stattdessen wird innerhalb der traditionellen psychoanalytischen Modelle das Bild einer Frau gezeichnet, die keine vom Mann unabhängige Lust, kein autonomes sexuelles Begehren, kein eigenes Genitale und keine Überlegenheit gegenüber dem Mann verspürt (vgl. ROHDE-DACHSER, 1991). ROHDE-DACHSER sucht den Grund für die Entstehung eines solchen Bildes darin, dass eine „nicht mehr negierte Vorstellung von Vulva und Vagina im Verein mit der Idee von einer begehrenden Frau“, die nicht mehr länger nur als Spiegel des Mannes fungiere, den Mann auf die Möglichkeit des eigenen Versagens verweisen würden, d.h. „der Unfähigkeit, mit der eigenen genitalen Ausstattung dem Begehren der Frau zu genügen“. Die daraus resultierende „narzisstische Wut“ des Mannes führe bei ihm zu dem Bedürfnis nach „Unschädlichmachung des autonomen weiblichen Subjekts“, indem er es entwerte („kastriert“) und auf seine Reproduktionsfunktion verweise (ROHDE-DACHSER, 1991:66).

Für die Frau bedeutet dies eine Erschwernis auf dem Weg, ein Selbstbewusstsein für ihre eigene Sexualität zu entwickeln, ihr Begehren zu genießen und ihre sexuellen Wünsche auszuleben. Aus obigen Ausführungen wird deutlich, dass die Frau auf dem Weg zu ihrer sexuellen Verwirklichung nicht nur komplexer Integrationsprozesse bedarf, um sich mit ihrem schwer „fassbaren“ Genitale vertraut zu machen und frühe genitale Ängste vor innerer Verletzung zu überwinden, sondern dass sie auch, sollte all dies geglückt sein, immer wieder mit Repressalien gegen die freie Entfaltung ihrer Sexualität seitens patriarchalischer Denkstrukturen und Moralvorstellungen konfrontiert ist.

Diese zurückhaltende und misstrauische Haltung des Mannes gegenüber einer autonomen Sexualität der Frau betrifft diese um so mehr, als dass sie aufgrund ihrer „stärkeren Objektverankerung“ (vgl. BERNSTEIN, 1990) in hohem Maße auf eine emotionale Basis in der Beziehung zu ihrem Sexualpartner angewiesen ist, um eine erfüllte Sexualität erleben zu können.

Laut KESTENBERG (1981:157) garantiert „die individuelle Integration prägenitaler innerer und äußerer sexueller Triebe unter der Dominanz der geschlechtsspezifischen Zone (Außen beim Mann und Innen bei der Frau) für sich noch nicht ein hohes Maß an sexueller Befriedigung. Eine integrierte Beziehung zwischen den Liebesobjekten, die auf gegenseitigem Vertrauen basiert und auf der erfolgreichen Identifikation mit einem nicht-inzestuösen Partner aufbaut, ist dafür eine wichtige Voraussetzung, besonders für die Frau“. „Konflikte zwischen Partnern und solche zwischen Körperteilen führen zur Unterbrechung im Erregungsablauf sowie zu Besetzungswechseln und Wahrnehmungssperren, die alle mit einer harmonischen, ganzheitlichen genitalen Erfahrung nicht vereinbar sind“ (KESTENBERG, 1981:183).

Auch RICHTER-APPELT (2000) betont im Zusammenhang mit sexuellen Funktionsstörungen der Frau, zu einer zufriedenstellenden Sexualität gehöre nicht nur sexuelles Funktionieren im physiologischen Sinne, sondern auch Beziehungsfähigkeit. Sexueller Verkehr sei „nicht nur Sexualverhalten, sondern ein Bestandteil hoch komplexer Kommunikations- und Interaktionsmuster, die Liebe und Aggression beinhalten“ (RICHTER-APPELT, 2000:248).

Es scheint daher an der Zeit, die tradierten phallozentrisch orientierten Vorstellungen von der weiblichen Sexualität aufzugeben, der Frau eine autonome Sexualität zuzugestehen, um einer gleichberechtigten Kommunikation und Interaktion (auch) auf sexueller Ebene

Raum zu geben, die eine Voraussetzung für eine rivalitätsfreie und genussfähige Sexualität auf beiden Seiten darstellt.

1.5 Die Bindungstheorie und ihr Einfluss auf Partnerschaft

In der erwachsenen Liebe bedeutet Partnerschaft „die Integration dreier wesentlicher Verhaltenssysteme: Bindung, Unterstützung (care-giving) und Sexualität“ (AMELANG, 1991:182-183).

Besonders im Zustand von Krankheit, der mit Affekten wie Verunsicherung, Angst und Schmerz einhergeht, kommt diesem Gefühl von Bindung, Trost, Zuwendung und Geborgenheit in einer Partnerschaft eine tragende Bedeutung zu.

Im Rahmen der Bindungstheorie kann Krankheit als „bindungsrelevante Situation“ interpretiert werden, die ein bestimmtes „Bindungsverhalten“ auslöst, um sich der Hilfe und Unterstützung einer Bindungsperson (hier des Partners) zu versichern. Ob und in welcher Form dies gelingt, hängt laut HÖGER (1999) entscheidend von frühen Erfahrungen mit der Pflegeperson in der Kindheit ab. Die Bindungstheorie untersucht die frühen Interaktionen zwischen Neugeborenem und Pflegeperson und leitet daraus bestimmte „Bindungsstile“ ab, unter der Vorstellung, dass die frühkindlichen Beziehungen die Grundlage für das Bindungsverhalten im Erwachsenenalter bilden (vgl. HÖGER, 1999). BOWLBY (1975) vereinte in seiner Bindungstheorie sowohl psychoanalytische wie aus der Verhaltenslehre abgeleitete ethologische Gesichtspunkte. Er kam zu dem Schluss, dass besonders die in den ersten 6 Lebensmonaten zwischen Mutter und Kind stattfindende Interaktion ihren Niederschlag in „Gedächtnisspuren“ finde, die zu sogenannten „Arbeitsmodellen“ organisiert werden. Diese Modelle beinhalten als Ergebnis der Beziehungserfahrungen „Erwartungen dessen, was kommen wird und Verhaltensprogramme, die gestatten, damit in optimal angepasster Weise umzugehen“ (KÖHLER, 1997:222). So adaptiert das Kind „sein Verhalten und Erleben...an die Art und Weise, in der Bindungspersonen auf seine Signale reagieren“ (HÖGER, 1999:159). Es entsteht ein Bindungssystem, das in Gefahrensituationen wie Reizüberflutung, Ungewissheit, Trennung, aber auch bei körperlichen Befindlichkeitsstörungen wie Krankheit, Schmerz oder Müdigkeit aktiviert wird und ein sogenanntes Bindungsverhalten auslöst (vgl. BOWLBY, 1975). Dieses Bindungsverhalten zeichnet sich, entsprechend der

frühen Erfahrungen von Zuwendung durch die Pflegeperson, durch folgende Bindungsstile aus:

1. *sicherer* Bindungsstil: Dieser „entwickelt sich auf der Basis von Interaktionen mit einer feinfühligem Bindungsperson, welche hinreichend Nähe bzw. Erreichbarkeit gewährt, indem sie die Signale des Kindes wahrnimmt, sie zutreffend interpretiert, sowie auf sie angemessen und prompt reagiert“ (AINSWORTH et al., 1974). „In der Folge ist sich das Individuum bei aktiviertem Bindungssystem der Verfügbarkeit von Nähe und Unterstützung durch bedeutsame Personen sicher und äußert sein Bedürfnis nach Zuwendung und Hilfe offen in der sicheren Erwartung, dass es angemessen befriedigt wird“ (HÖGER, 1999:159).
2. *unsicher-vermeidender* Bindungsstil: Er „organisiert sich in der Interaktion mit Bindungspersonen, die bei aktiviertem Bindungssystem des Kindes entweder nicht oder nur dann verfügbar waren, wenn es sein Bedürfnis nach Nähe möglichst zurückhaltend signalisierte“ (HÖGER, 1999:160). Hierfür entwickle das Kind eine adaptive Strategie, im Rahmen derer das Bindungsverhalten und damit verbundene Bedürfnisse und Gefühle unterdrückt werden. Diese Strategie wird als sekundär deaktivierende Strategie bezeichnet. BARTHOLOMEW (1990) differenziert weiter zwischen „ängstlich-vermeidendem Typ“, der aus Furcht und Enttäuschung, und dem „gleichgültig-vermeidenden Typ“, der aus Desinteresse Nähe vermeidet.
3. *unsicher-ambivalenter* Bindungsstil: Er „ist das Ergebnis von Interaktion mit Bezugspersonen, die zwar gelegentlich Zuwendung gewährten, dabei jedoch primär von ihren eigenen Bedürfnissen und nicht von denen des Kindes bestimmt waren. Ihre Zugänglichkeit war daher unzuverlässig oder nur mit forciertem Bindungsverhalten erreichbar“ (HÖGER, 1999:160). In der Folge entwickle das Kind die sekundär hyperaktivierende adaptive Strategie, bei der das Bindungssystem permanent aktiviert ist und „bei der sich das Individuum stets der Erreichbarkeit der Bindungsperson rückversichern muss“, wobei es in bindungsrelevanten Situationen mit „übermäßigem Bindungsverhalten“ reagiert (HÖGER, 1999:160).

Die auf diese Weise in der Kindheit entwickelten Überzeugungen über die Konstanz und Tragfähigkeit von Beziehungen werden für stabil gehalten und beeinflussen somit auch im Erwachsenenalter das Vertrauen in Beziehungen und Partnerschaft. So gehen

Erlebensformen einer Partnerschaft wie Vertrauen, Liebe und Sicherheit, aber auch Misstrauen und Trennungsängste auf früheste Erfahrungen zurück.

Dabei werde ein sicherer Bindungsstil, laut GRAU (1994), im späteren Erleben begleitet von einem positiven Selbst- und Fremdbild sowie einer Selbsteinschätzung als sozial beliebt, offen und nicht depressiv. Die Partnerschaft wird als glücklich, positiv und gleichberechtigt empfunden und dem Partner wird Vertrauen entgegen gebracht. Der unsicher-ambivalente Bindungsstil hingegen beinhaltet eher Ärger, Unzufriedenheit und Misstrauen und geht speziell bei Frauen mit einem negativen Selbstbild und Depressionen einher (vgl. HÖGER, 1999).

Die Ergebnisse der Bindungsforschung sind im Umgang mit Patientinnen in dreierlei Hinsicht interessant:

Zum einen befindet sich die Patientin, die einen Arzt aufsucht, explizit in der Lage, in der ihr Bindungssystem aktiviert wird: „Krankheit und Schmerz, die nicht aus eigenem Vermögen behoben werden können, gehören zu den klassischen Auslösern“ (KÖHLER, 1992:230). Die Kenntnis des Bindungssystems kann hier den Zugang zur Patientin erleichtern.

Zum anderen hat sich laut KÖHLER (1992) gezeigt, dass die Wirkungen des Bindungssystems auch konkrete physiologische Komponenten haben. „Störungen der physiologischen, psychologischen und zwischenmenschlichen Zusammenhänge könnten insbesondere bei psychosomatisch erkrankten Patienten, deren Regulation bzw. Fehlregulation vorwiegend auf der physiologischen Ebene stattfindet, in Beeinträchtigungen ihres Bindungssystems zu suchen sein – seien diese nun durch Fehlentwicklungen oder Objektverlust verursacht“ (KÖHLER, 1992:230).

Letztlich erscheint es auch für die Entwicklung von Coping-Strategien von entscheidender Bedeutung, ob die Patientin als Konsequenz ihrer Notlage eine Trennung oder Zurückweisung durch den Partner fantasiert, oder ob sie annimmt, auf eine tragfähige Partnerschaft zurückgreifen zu können, in der sie auf Unterstützung und Rückhalt seitens ihres Partners vertrauen kann.

1.6 Die ambivalente Bedeutung der Vulva

Kaum ein Organ ist in so vielfältiger Weise emotional besetzt wie das weibliche Genitale. Die Vulva als äußeres weibliches Geschlechtsteil macht einen ganz kleinen Teil der

Körperoberfläche aus, nimmt aber im Erleben der Frau einen großen Raum ein. Sie ist durch ihre anatomische Lokalisation weniger exponiert als das männliche Geschlechtsteil und vielleicht gerade aufgrund dieser Verborgenheit in besonderem Maße mit Intimität und zahlreichen Phantasien verbunden.

Die Umgangssprache tut sich schwer, die Vulva zu benennen. Um so plastischer aber wird der mit ihr assoziierte emotionale Hintergrund in der Kunst, Mythologie und Religion ausformuliert. „Mit keinem anderen Körperteil der Frau sind so viele ambivalente Affekte verbunden, die von Versachlichung über Rationalisierung, Faszination, Erregung, Anbetung bis hin zu Abwehr und Ekel reichen“ (RECHENBERGER et al., 1993).

Die Vulva wird in Verbindung gebracht mit Intimität, Lust und Sexualität, zugleich aber auch mit Verführung, Verwegenheit und Pornografie. Sie ist schamhaft besetzt, ist zugleich jedoch Gegenstand nüchterner medizinischer Betrachtung. Durch ihre Eigenschaft als „Tor zur Welt“ für das Neugeborene beim Geburtsvorgang erhält sie lebensspendende Bedeutung, vermag jedoch im Gegensatz dazu laut VOGT (1985) archaische Ängste hervorzurufen vor einem „Wiederverschlungenwerden“ und damit vor „Entgrenzung, Auflösung und Tod“.

Auch die männlichen Phantasien bezüglich der Vulva sind durchaus ambivalent. So sind sie zwar einerseits von sexuellem Begehren bestimmt, sind aber nach Freud zugleich beeinflusst durch unbewusste Kastrationsängste. All dies mag verdeutlichen, wie viele unbewusste, elementare und zugleich ambivalente Assoziationen mit dem weiblichen Genitale verknüpft sind und in die Problematik der Vulvopathologien einfließen.

Die Verunsicherung, die aus der Ambivalenz gegenüber der Vulva resultiert, scheint zu ihrer Tabuisierung geführt zu haben, besonders da gleichzeitig Tabuthemen wie Sexualität in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen.

So sieht sich die an der Vulva erkrankte Frau mit einer doppelten Herausforderung konfrontiert: zum einen mit der Verarbeitung einer Erkrankung, die, wie später untersucht werden soll, auf verschiedenste Lebensbereiche Einfluss nimmt, zum anderen mit dem Tabu, das auf ihrer erkrankten Körperregion lastet, sodass ein offener Umgang mit der Erkrankung erschwert wird.

1.7 Die Rolle der Psychosomatik bei Vulvaerkrankungen

Einführend soll zunächst kurz das psychosomatische Modell nach THURE VON UEXKÜLL erläutert werden. Er vertrat als einer der Gründerväter der psychosomatischen Medizin die Auffassung, dass „psychosoziale Einflüsse auf Entstehung, Verlauf und Endzustände von Krankheiten ebenso von der Heilkunde berücksichtigt werden müssen, wie physikalische, chemische und mikrobiologische Faktoren“ (UEXKÜLL, 1996:VI). Er plädiert für die „Überwindung des Leib-Seele-Dualismus“ in der Medizin, im Rahmen dessen Leib und Seele als voneinander unabhängige Systeme betrachtet und behandelt werden. Stattdessen hält er „bio-psycho-soziale Denkmodelle“ in der Medizin für angemessen, die wechselseitige Interaktionen zwischen Psyche und Soma berücksichtigen und somit dem Patienten als „ganze Person“ im Sinne eines „lebenden Systems“ und als Teil eines „Beziehungssystems“ gerecht werden. Im Zuge dessen hält UEXKÜLL (1996:64) es für notwendig, den „etablierten medizinisch-naturwissenschaftlichen Kausalitätsbegriff“ zu verwerfen, der auf linear-„mechanistischen Vorstellungen des Lebendigen“ basiert. Er postuliert, die Entwicklung müsse weg gehen von der tradierten Auffassung, Kausalität beschränke sich auf „numerisch-quantitativ fassbare Phänomene“ im Sinne eines simplifizierenden Reiz-Reaktions-Modells; vielmehr sei es wichtig, qualitative Daten und Einsichten im psychischen und sozialen Bereich vermehrt einzubeziehen. Die Psychosomatik betrachte Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess, der durch „Autonomie und Autopoiese (Selbstorganisation)“ des Individuums bestimmt werde. Krankheit entstehe analog als „veränderte (adaptierte) Autopoiese“ an veränderte somatische, psychische und soziokulturelle Einflüsse und sei als solche immer als „individuell-variabler Prozess“ anzusehen, der keiner linearen Kausalität unterworfen sei und dessen Diagnostik und Therapie die gesamte Bandbreite der genannten Einflussfaktoren berücksichtigen sollte (UEXKÜLL, 1996:64).

UEXKÜLL betont, es sei wünschenswert, dass die Psychosomatik nicht als Spezialdisziplin erachtet werde, sondern als „veränderte Betrachtungsweise des kranken Menschen“ Eingang in sämtliche medizinischen Bereiche finde (UEXKÜLL, 1996:528).

In diesem Sinne soll im folgenden die Rolle der Psychosomatik in der Gynäkologie skizziert werden und anhand von einigen Studien speziell auf die Vulvaerkrankungen Bezug genommen werden.

In der Gynäkologie ist die Berücksichtigung des psychosomatischen Konzepts in mehrfacher Hinsicht hilfreich und notwendig. „Der Gynäkologe muss sich mit Zeitabschnitten im Leben der Frau beschäftigen, die mit enormen Umstellungsprozessen, mit körperlichen, hormonellen, psychischen und sozialen Reaktionen einhergehen, wie z.B. Pubertät, Adoleszenz, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett oder Klimakterium“ (STAUBER, 1996:1025). Diese Lebensphasen, die von jeder Frau ganz individuell gelöst werden müssen, können auch Krisen darstellen, die zu psychischer und körperlicher Labilisierung führen können (STAUBER, 1996:1025).

Auch sehr intime und oft schambesetzte Themen wie Sexualität und Partnerschaft spielen in der Frauenheilkunde eine wichtige Rolle, indem sie maßgeblich an Wohlbefinden und seelischem Gleichgewicht der Frau beteiligt sind und durch Erkrankungen der Geschlechtsorgane häufig in Mitleidenschaft gezogen werden. Es liegt daher auf der Hand, dass eine rein somatische Befunderhebung die Patientin und ihren Leidensdruck nur rudimentär erfassen kann, wenn der psychosoziale Kontext dabei ausgeklammert bleibt. Dies gilt um so mehr, als dass die Frau sich in der heutigen Gesellschaft mit einer äußerst komplexen Vielfalt an Rollenerwartungen konfrontiert sieht, der sie unmöglich jederzeit adäquat gerecht werden kann. Ihre Bemühungen um ein erfolgreiches Berufsleben, ihre Verpflichtungen in der Mutterrolle und in der Familie, ihre Rolle als Partnerin und ihre Einbindung in ein soziales Umfeld stellen simultane Anforderungen an die Frau, die innerhalb der heutigen Gesellschaftsstruktur noch immer schwer miteinander zu vereinbaren sind (wenn sie sich nicht gar gegenseitig ausschließen) und ein hohes Maß an Flexibilität und Belastbarkeit verlangen.

Sicher kommt eine Frau aufgrund dessen in ihrem Leben häufiger in die Situation, ihren Lebensentwurf zu überdenken, „Lebensziele kurz- oder langfristig zu ändern oder gar ganz aufgeben zu müssen“ (Stauber, 1997:1025).

Es ist daher unerlässlich, dieses Spannungsfeld der Rollenkonflikte, das nicht selten defizitäre Gefühle und psychisches Ungleichgewicht erzeugt, in die Behandlung von Frauenkrankheiten im Sinne einer ganzheitlich-psychosomatischen Herangehensweise einzubeziehen.

Die klinische Erfahrung in der gynäkologischen Sprechstunde zeigt, unter welchem z.T. erheblichen Leidensdruck die Patientinnen mit gynäkologischen Erkrankungen, hier speziell mit Vulvaerkrankungen, stehen. Neben zahlreichen rein somatisch orientierten Studien war jedoch wenig Literatur zu finden, die sich mit psychosomatischen Aspekten

dieser Erkrankungen befassten und bemüht waren, sich mit dem Leidensdruck der Patientinnen aus einer ganzheitlichen Perspektive heraus zu beschäftigen. Im Folgenden sollen einige der wenigen Autoren, in deren Arbeiten psychische Faktoren im Zusammenhang mit Vulvaerkrankungen Berücksichtigung gefunden haben, zitiert werden.

SIMON et al. (1971:186) wiesen darauf hin, dass zwischen „akuter oder chronischer Problemlage im Leben der Frau und funktionellen gynäkologischen Störungen enge Relationen“ bestehen. Psychische Belastungen somatisierten und manifestierten sich demzufolge häufig im gynäkologischen Bereich, da „Natur und Wesen der Frau besonders durch ihre Leiblichkeit gekennzeichnet“ seien. „Leibgefühl und Sinn des Daseins“ seien bei der Frau eng miteinander verknüpft.

Laut ZINTL-WIEGAND (1987:290) hat die klinische Erfahrung immer wieder das Nebeneinander von gynäkologischen Symptomen und psychischen Störungen aufgezeigt. Frauen waren über gynäkologische Unregelmäßigkeiten im Vergleich zu anderen Krankheitszuständen „über das übliche Maß hinaus beunruhigt“. ZINTL-WIEGAND sieht dies als Hinweis darauf, dass Störungen der gewohnten weiblichen Funktion ganz unmittelbar zu einer „Bedrohung von Identität, narzißtischer Intaktheit und Potenz“ führen. Dies traf ihren Beobachtungen zufolge besonders für chronisch erkrankte Patientinnen zu, die zum Teil psychiatrische Vorgeschichten aufwiesen oder aber „gynäkologische Therapieversager“ waren. Selbst bei korrekt beseitigter Ursache konnte die gynäkologische Symptomatik „als Ausdruck ungelöster interpersoneller oder intrapsychischer Konflikte“ weiterbestehen.

BODDEN-HEIDRICH et al. (1999) analysierten in einer Studie die psychosomatische Bedeutung von Vulvaerkrankungen. Sie untersuchten dazu 106 Patientinnen mit chronischen Unterbauchsschmerzen und 36 Patientinnen mit chronischen Vulvabeschwerden und prüften die am Neurosenmodell orientierten psychodynamischen Diagnosen. Als Untersuchungsinstrumente dienten das Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI), der Gießen-Test (GI) sowie tägliche psychotherapeutische Sitzungen im Rahmen eines psychosomatischen Klinikaufenthalts. Dabei fand sich bei 25% der Vulvapatientinnen eine Konversionsneurose und bei 56% eine neurotische Depression, 3% berichteten über sexuelle Missbrauchserfahrungen. Im Vergleich mit einer gesunden

Kontrollgruppe (n=34) stellte sich die Gruppe der Vulvodynie-Patientinnen somit als signifikant depressiver heraus und zeigte ein höheres Maß an Somatisierungstendenz. BODDEN-HEIDRICH et al. (1999:395) folgern, dass vor dem Hintergrund eines „multifaktoriellen, durchaus auch psychosomatischen Zusammenhangs eine interdisziplinäre Diagnostik und Therapie erforderlich“ sei. Eine Reduktion auf ausschließlich gynäkologische Ursachen und therapeutische Ansätze werde der Komplexität des Problems nicht gerecht.

SCHMIDT et al. (2001) untersuchten 53 Frauen mit Dermatose der Vulva, Vulvodynie und vulvärer Vestibulitis im Hinblick auf psychisches Wohlbefinden, Lebensqualität und Ansprechen auf Therapie. Zwecks Befragung wurden als psychometrische Testverfahren der Skindex-29 und das Brief Symptom Inventory (BSI) verwendet. Dabei ergab sich, dass besonders die Vulvodynie-Patientinnen, d.h. Patientinnen mit Vulvabeschwerden ohne anatomisches Korrelat, sich durch ihre Erkrankung psychisch beeinträchtigt fühlten. Für diese Gruppe ergaben sich auffällige Tendenzen zu Somatisierung, Depression, Ängstlichkeit, übersteigter Beschäftigung mit der Erkrankung, zwischenmenschlicher Sensibilität und Feindseligkeit, ebenso wie Tendenzen zu Psychopathologien wie phobischen Ängsten, paranoider Symptomatik und Psychoseneigung. Ein erhöhtes Maß an Ängstlichkeit und Somatisierungsneigung hatten bereits STEWART et al. (1994) in ihrer Studie „Vulvodinia and psychological distress“ konstatiert.

Aus den oben genannten krankheitsbedingten psychischen Beeinträchtigungen der Studienteilnehmerinnen schlossen SCHMIDT et al. bei allen Patientinnen auf Einbußen in der Lebensqualität, dies galt auch hier verstärkt für die Gruppe der Vulvodynie-Patientinnen. SCHMIDT et al. kommentieren, es sei schwierig auszumachen, ob psychische Beeinträchtigungen Ursache oder Folge der Vulvaerkrankungen sei. Sei ein Organ betroffen, das so eng mit weiblicher Identität, Körpererleben und Sexualität assoziiert ist, so sei es nur verständlich, dass Faktoren wie prämorbid Persönlichkeitsmerkmale, Coping-Strategien, Qualität der Partnerschaft und Persönlichkeit des Partners Einfluss nehmen. Dies sei eine Vielfalt von Faktoren, derer sich die Frau verständlicherweise oft gar nicht bewusst sei (vgl. SCHMIDT et al., 2001:384).

RECHENBERGER et al. (1993) versuchen die Ätiologie der Vulvaerkrankungen unter Berücksichtigung psychosomatischer Aspekte zu systematisieren, indem sie 4 Gruppen unterscheiden:

1. gynäkologische bzw. dermatologische somatische Veränderungen, die makroskopisch, histologisch, biochemisch und mikrobiologisch zu objektivieren sind,
(Die psychische Beeinflussung richtet sich bei dieser Gruppe auf das Erkennen von psychischen Kofaktoren und einer Verbesserung von Bewältigungsstrategien der Patientin.)
2. reaktiv auf einen somatischen Befund entstehende psychische Folgesymptome, die zu einem circulus vitiosus führen können,
3. psychosomatische Symptome im eigentlichen Sinne, d.h. emotionale Dauerspannung, die zur Manifestation und Perpetuierung eines Symptoms führt, wobei es auf der Basis einer konstitutionellen Bereitschaft zur Manifestation eines diagnostizierbaren Substrats kommt,
4. eine primär psychische Störung, die durch daraus folgende Handlungen (z.B. zwanghafte Reinigungsrituale, Kratzeffekte etc.) zur Manifestation körperlicher Läsionen führt (vgl. RECHENBERGER et al, 1993:289).

Zusammenfassend lässt sich also auch für die Vulvaerkrankungen feststellen, dass Psyche und Leiblichkeit als nebeneinander bestehende Entitäten zu verstehen sind, die sich gegenseitig beeinflussen. So kann sowohl eine psychische Störung somatisiert werden, als auch eine primär somatische Störung zu erheblichem psychischen Leidensdruck führen. Ganz im Sinne Uexkülls sollte auch hier nicht von einer unidirektionalen Ursache-Wirkungsbeziehung ausgegangen werden, sondern vielmehr von einer wechselseitigen Beeinflussung, die ein eindeutiges Differenzieren zwischen Ursache und Wirkung oft kaum zulässt. Es ist daher entscheidend, sowohl somatische als auch psychische Aspekte in ihrer Bedeutung für die Vulvaerkrankungen anzuerkennen und in die Behandlung mit einfließen zu lassen.

So argumentiert auch SCHOVER (1992), es müsse essentieller Bestandteil der Behandlung sein, den Frauen zu verdeutlichen, dass Stress und gegebenenfalls auch Störungen in der Partnerschaft Einfluss auf Vulvaerkrankungen nehmen. Indem die Patientin die

multifaktorielle Genese ihrer Erkrankung verstehe, werde sie eher bereit sein, eine aktive Coping-Strategie im Umgang mit der Krankheit zu entwickeln.

1.8 Beeinträchtigung diverser Lebensbereiche der Frau durch die Vulvaerkrankung

Ebenso komplex, vielfältig und ineinander verwoben wie die Ursachen der Vulvaerkrankungen erscheinen auch deren Auswirkungen auf das Leben der betroffenen Frau. Wie bereits angedeutet, betreffen sie die unterschiedlichsten Lebensbereiche wie Körperwahrnehmung und Selbstverständnis als Frau, Partnerschaft, Sexualität, aber auch Aktivitäten des täglichen Lebens wie Sport und aktive Freizeitgestaltung können beeinträchtigt sein. Dies führt mitunter zu einem erheblichen Leidensdruck besonders der Patientinnen mit chronifiziertem Vulvaleiden, die sich durch ihre Erkrankung in ihrer Lebensqualität stark beeinträchtigt fühlen.

Im Folgenden sollen kurz die Zusammenhänge zwischen den 3 hauptsächlich betroffenen Lebensbereichen Körperwahrnehmung, Sexualität und Partnerschaft skizziert werden:

Laut WHITE et al. (1998) sind Gesundheit und Wohlbefinden wichtige Voraussetzungen für ein positives Körpergefühl. Ein positives Körpergefühl wiederum trage entscheidend zu einer erfüllten Sexualität bei. Menschen, die ihren Körper aufgrund von Krankheit, Schmerz oder Depression ablehnen, seien sehr wahrscheinlich auch in ihrer Sexualität beeinträchtigt. Dies hänge damit zusammen, dass die Fähigkeit, Lust zu geben und zu empfangen, in engem Zusammenhang stehe mit Selbstwahrnehmung und Selbstbewusstsein (WHITE, 1998:783).

Es liegt daher nahe, dass Verknüpfungen bestehen zwischen der Vulvaerkrankung und konsekutiv gestörter Körperwahrnehmung, die dann zu sexuellen Funktionsstörungen und letztlich zu Unzufriedenheiten in der Partnerschaft führen können. Diese Unzufriedenheiten und Stressoren bereiten wiederum einen denkbar schlechten Boden für die physische Genesung, sodass ein circulus vitiosus resultiert. Offen bleibt jedoch, an welcher Stelle die Patientin in den Teufelskreis eintritt, d.h. in welchem Bereich die primäre Störung liegt. So wäre es beispielsweise ebenso denkbar, dass die primäre Unzufriedenheit die Partnerschaft betrifft, infolge derer die Patientin dauerhaft unter erheblichem psychischen Stress steht, was bei entsprechender körperlicher Disposition,

wie oben unter psychoneuroimmunologischen Gesichtspunkten bereits ausgeführt wurde, der Entstehung einer (Vulva-)Erkrankung Vorschub leisten kann, sodass schließlich auch sexuelle Kontakte beeinträchtigt werden.

Letztendlich ist es also wichtig zu berücksichtigen, dass diverse Lebensbereiche berührt werden, deren Einbeziehung bei Diagnosestellung und Therapieversuch unerlässlich scheint.

Auf die wichtigsten Lebensbereiche, deren Einschränkung den Leidensdruck der erkrankten Frau maßgeblich verursachen, soll im Folgenden noch einmal kurz einzeln eingegangen werden:

1.8.1 Körpererleben

Generell lässt sich sagen, dass jede Erkrankung, ganz gleich welches Organsystem betroffen ist, den Erkrankten zur Beschäftigung mit seinem Körper veranlasst und mit Veränderungen des eigenen Körperbildes einhergehen kann. Diese Konfrontation mit dem eigenen Körper kann mehr oder minder problematisch empfunden werden, abhängig davon, wie vertraut und „versöhnt“ der Patient bereits vor der Erkrankung mit dem eigenen Körper gewesen ist. In jedem Fall setzt der Verlust der körperlichen Intaktheit Bewältigungsprozesse in Gang, die auch eine Veränderung in der Einstellung zum eigenen Körper mit sich bringen können. Die Bewältigung reicht von völliger Verdrängung über angstvolle Beobachtung und übertriebenen Körperkult bis hin zu Ablehnung und Autoaggression. Je stärker der Betroffene sich durch die Erkrankung in seinem täglichen Leben beeinträchtigt fühlt und je größer die äußerliche Veränderung, etwa durch operative Eingriffe, ist, desto wahrscheinlicher werden o.g. Bewältigungsprozesse in Gang kommen. Dies gilt auch, oder gar in besonderem Maße, für die Erkrankungen der Vulva als einem Körperbereich, der sehr eng verknüpft ist mit der weiblichen Identität.

Laut RICHTER et al. (1996:941) bedeutet eine Erkrankung im Bereich der Geschlechtsorgane immer „einen Eingriff in eine emotional stark besetzte Körperzone“. Selbst rein organische Erkrankungen wie entzündliche oder tumoröse Veränderungen an den Geschlechtsorganen können daher zu erheblichen inneren, seelischen Reaktionen führen, umso mehr, wenn damit Teil- oder Radikaloperationen verbunden sind, „welche das Körperbild und Körpererleben einer Frau zusätzlich stören können“. Operationen an

den Geschlechtsorganen, so RICHTER, seien immer „Eingriffe in einen sogenannten Ich-nahen Erlebnisbereich“.

Einer Studie nach THUESEN et al. (1992) zufolge, bei der 18 Patientinnen nach partieller Vulvektomie zur postoperativen Beeinträchtigung ihres Körperbildes und Sexuallebens in einem persönlichen Interview befragt wurden, gaben 3 (16%) der Patientinnen an, nach der OP unzufriedener mit dem eigenen Körper zu sein, 2 (11%) hatten das Gefühl, nicht mehr die gleiche Frau zu sein, 5 (28%) berichteten, seither überängstlich bezüglich der eigenen Gesundheit zu sein.

Es wird also deutlich, dass die Vulvaerkrankung zu einer Verunsicherung im Körpererleben der Frau führen kann, ein Faktor, dessen Einfluss auf den Leidensdruck der Patientinnen in dieser Arbeit untersucht werden soll.

1.8.2 Sexualität

Es liegt nahe, dass Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane häufig mit Beeinträchtigungen der weiblichen Sexualität einhergehen. Die Vulva ist das Organ weiblicher sexueller Kontaktaufnahme, welches im Rahmen der Lustphysiologie Veränderungen wie Durchblutungssteigerung und Sekretionsprozessen unterliegt und welches an der Entstehung sexueller Erregung maßgeblichen Anteil hat. Folglich können Beschwerden in diesem Bereich zur Beeinträchtigung sexueller Genussfähigkeit bis hin zu vollständiger Unfähigkeit zu sexueller Aktivität führen. So entstehen sexuelle Funktionsstörungen als Reaktion auf Schmerzen, postoperative anatomische Veränderungen oder Insuffizienzgefühle im Gefolge der primär somatisch manifesten Erkrankung.

In diesem Zusammenhang kommentiert RICHTER (1996:962), besonders nach gynäkologischen OPs oder Strahlentherapie von gynäkologischen Karzinomen erwarte die Patientin häufig eine „zwangsläufig einsetzende Libidoverminderung“ oder befürchte, für ihren Partner sexuell nicht mehr interessant zu sein. Es komme somit zur Entwicklung ausgeprägter Insuffizienzgefühle, weshalb dem aufklärenden ärztlichen Gespräch eine besondere Bedeutung zukomme, um negative Erwartungshaltungen abzubauen und sekundären psychosexuellen Schwierigkeiten vorzubeugen.

GREEN et al. (2000) fanden im Rahmen einer Studie an 41 Patientinnen, dass ein signifikant hoher Anteil der Patientinnen, die sich aufgrund einer karzinomatösen Vulvaerkrankung einer Vulvektomie unterziehen mussten, postoperativ unter Depressionen und sexuellen Funktionsstörungen litt. Dazu wurden die Frauen vor und nach dem operativen Eingriff mittels eines Fragebogens zu Sexualität und Zufriedenheit mit dem eigenen Körper befragt; Depressivität wurde mittels PRIME-MD-Skala erhoben. Von den 41 befragten Patientinnen litten 31 % postoperativ unter Depressionen, 14 % nahmen aufgrunddessen Psychopharmaka ein. Die sexuellen Funktionsstörungen äußerten sich laut Erhebung in verminderter sexueller Erregbarkeit, verminderter Fähigkeit, einen Orgasmus zu erreichen, Dyspareunie, Vaginismus sowie zunehmender Aversion gegenüber Sexualität. Außerdem war postoperativ ein Rückgang in der Häufigkeit sexuellen Verkehrs zu verzeichnen. Als Gründe hierfür nennen GREEN et al. sowohl eine Störung im Körpererleben der Frau als auch deren Befürchtung, sexuelle Kontakte könnten Rezidive der malignen Erkrankung provozieren. Auch sie halten eine ärztliche Aufklärung über die anatomische Möglichkeit, nach der OP zu voller sexueller Aktivität zurückzukehren, für entscheidend. Ebenso sei es wichtig, der Patientin die Angst zu nehmen, sie könne ihren Partner beim Geschlechtsverkehr mit dem Krebs anstecken. Durch derartige Aufklärung könne von ärztlicher Seite unter anderem ein Beitrag zur Prävention postoperativer sexueller Störungen geleistet werden. Da sich herausstellte, dass das Ausmaß des sexuellen Rückzugs nicht mit der anatomischen Ausdehnung des operativen Eingriffs korrelierte, liegt laut GREEN et al. der Schluss nahe, dass neben den rein anatomischen Einschränkungen auch psychischen Faktoren eine bedeutende Rolle bei der Entstehung sexueller Funktionsstörungen nach Vulvektomie zukommt.

Bezüglich der Vulvodynie (einem chronischen Schmerzsyndrom der Vulva ohne morphologisches Korrelat) sowie des Pruritus genitalis führen RICHTER et al. (1996) unbewusste sexuelle Konflikte als psychosomatischen Hintergrund an. So vermuten sie, den Vulvabeschwerden könnten einerseits Wünsche und Bestrebungen im erotisch-sexuellen Bereich zugrunde liegen, die zur Bereitstellung der „Lustphysiologie“ mit entsprechenden Sekretions- und Durchblutungsphänomenen und dadurch zu „Ersatzhandlungen“ führen, wie „Betrachten und Eincremen des Genitale, Waschungen, Duschen und Kratzen“ (RICHTER, 1999:502). Andererseits könne eine sexuelle Betätigung abgewehrt werden, weil „die Befriedigung sexueller Wünsche grundsätzlich für

das bewusste Erleben nicht akzeptabel ist oder weil vorangegangene sexuelle Erfahrungen so unbefriedigend oder bedrohlich waren, dass die Patientin weiteren sexuellen Kontakten durch Entwicklung der Vulvabeschwerden auszuweichen sucht“ (RICHTER et al., 1996:960).

RICHTER (1999:502) spricht des Weiteren von überzufällig häufig assoziierten nicht-gynäkologischen Beschwerden wie Magen-Darm-Störungen, Neigung zu Kopfschmerzen und Migräne, Mastodynien, Herz-Kreislauf-Störungen und Myalgien. Obgleich die Patientinnen laut RICHTERs Beobachtung zur Verleugnung psychischer Beschwerden tendierten, zeigten sie häufig „bereits für den tiefenpsychologisch ungeschulten Beobachter ein psychisch auffälliges Verhalten, wie z.B. eine nervöse Unruhe oder eine ärgerliche bzw. depressive Grundbefindlichkeit“.

An dieser Stelle sei aber angemerkt, dass auch in diesem Zusammenhang nicht von einer einseitig psychischen Ätiologie ausgegangen werden sollte. Vielmehr ist auch hier, ganz im Sinne des oben ausgeführten psychosomatischen Konzepts nach UEXKÜLL eine wechselseitige Beeinflussung von Psyche und Soma anzunehmen und der bereits erwähnte psycho-neuro-immunologische Aspekt in kausale Überlegungen einzubeziehen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sexuelle Funktionsstörungen die Lebensqualität der Patientinnen beeinträchtigen und an der Entstehung ihres Leidensdrucks Anteil zu haben scheinen.

Auffallend ist jedoch, dass in der gynäkologisch wie auch der psychosomatisch orientierten Literatur zwar häufig auf sexuelle Funktionsstörungen in Verbindung mit Vulvaerkrankungen hingewiesen wird. In nahezu keiner der Studien werden diese jedoch konkretisiert. Bis auf GREEN et al. (2000), die in ihrer Arbeit (s.o.) auf postoperative sexuelle Funktionsstörungen nach Vulvektomie eingehen und diese auch konkret nach DSM-Kategorien benennen, ist in den übrigen Veröffentlichungen ganz allgemein von einer „Beeinträchtigung sexueller Beziehungen“, von nicht näher bezeichneter „sexueller Dysfunktion“ oder von „Dyspareunie“ in Verbindung mit einer reduzierten Frequenz sexuellen Verkehrs die Rede. Es wäre jedoch sowohl für ein besseres Verständnis der sexuellen Störungen durch die Vulvaerkrankungen als auch für die anschließende Konzeption sexualtherapeutischer Maßnahmen von Interesse, zu hinterfragen, worin diese sexuellen Beeinträchtigungen genau bestehen und diese zwecks besserer Vergleichbarkeit

den gängigen DSM-Kategorien zuzuordnen. Eine derartige Zuordnung soll im Rahmen dieser Arbeit erfolgen, weitere dahingehende Untersuchungen anhand größerer Stichproben wären jedoch erstrebenswert.

1.8.3 Partnerschaft

Es liegt nahe, dass eine Erkrankung, die in so vielfältiger Weise auf das Erleben der Frau Einfluss nimmt, sich auch auf ihre zwischenmenschlichen Beziehungen und speziell auf ihre Partnerschaft auswirken wird.

RICHTER et al. (1996:941) postulieren, die (meist unbewusste) Abwehr gegen einen Partner könne sich in zahlreichen psychosomatischen Symptomen manifestieren wie Kopfschmerzen, Unterbauchschmerzen, Fluor, Pruritus u.a. und sei somit „ein unbewusster Protest einer sich tief enttäuscht, gekränkt oder unverstanden fühlenden Frau“.

Demzufolge wird es der Frau durch ihre Symptome möglich, sich entweder von ihrem Partner zurückzuziehen oder aber seine Aufmerksamkeit und Zuwendung auf sich zu lenken. Es kann sich also um einen unbewussten Versuch der Frau handeln, vorbestehende Konflikte in der Partnerschaft zu „lösen“ oder Defizite auf Umwegen einzuklagen und somit eine offene Konfrontation zu vermeiden. Bei dem daraus resultierenden Leidensdruck handelt es sich folglich um ein schwer zu entwirrendes Konglomerat aus ungelösten Partnerschaftskonflikten und tatsächlichen somatischen Beschwerden.

Setzt man demgegenüber eine intakte und zufriedene Partnerschaft voraus, so können dennoch durch die Vulvaerkrankung der Frau partnerschaftliche Konflikte entstehen. Wie letztendlich jede neue Lebenssituation, so stellt auch eine neu eingetretene Erkrankung die Tragfähigkeit einer Beziehung in Frage und verlangt ein hohes Maß an Mut, Flexibilität, Gesprächsbereitschaft und gegenseitiger Rücksichtnahme. Sind die Partner nicht in der Lage, einen gemeinsamen Weg der Bewältigung zu finden und sich gemeinsam auf die neue Situation einzustellen, so sind selbst bei bisher zufriedener Partnerschaft Konflikte vorgezeichnet. Dies trifft besonders für Erkrankungen zu, die zusätzlich den sexuellen Bereich tangieren und durch eventuell resultierende sexuelle Differenzen und Ängste zu einer Distanzierung der Partner führen können. Hier sei noch einmal auf die oben erläuterte Bindungstheorie nach HÖGER und BOWLBY verwiesen, der zufolge Krankheit als

bindungsrelevante Situation zu verstehen ist, die eine Aktivierung des in frühester Kindheit geprägten Bindungsverhaltens auslöst. Demzufolge ist es für die Krankheitsbewältigung von entscheidender Bedeutung, ob der betroffene Partner über ein sicheres Bindungsverhalten verfügt und auf Zuwendung und Hilfe zu vertrauen in der Lage ist, oder ob er im Gegenteil Trennung und Zurückweisung seitens des Partners sowie des Arztes und der Umwelt befürchtet.

Auch hier liegen mögliche Ursachen eines erheblichen Leidensdrucks, indem die Patientin nicht nur mit ihren körperlichen Beschwerden konfrontiert ist, sondern auch ihre Sicherheit in der Partnerschaft bedroht sieht.

1.9 Einführung in die Fragestellung

Anhand obiger Ausführungen wird deutlich, wie viele unterschiedliche Themenkreise im Leben der betroffenen Frauen durch ihre Vulvaerkrankung berührt werden und Einfluss auf ihr tägliches Leben nehmen. Sicherlich hängen die resultierenden Konflikte in komplexer Form zusammen und entziehen sich in den meisten Fällen dem expliziten Bewusstsein der Patientinnen. Die klinische Erfahrung der Gynäkologen hat jedoch gezeigt, dass die betroffenen Frauen in der Sprechstunde äußerst besorgt, chronisch schmerzgeplagt, häufig therapieresistent sowie vermehrt psychisch auffällig wirkten. Vorliegende Arbeit hat die Absicht, diesen auffällig großen Leidensdruck der Patientinnen mit Vulvaerkrankungen zu untersuchen. Dabei soll die besondere Betonung gelegt werden auf eventuelle Zusammenhänge des Leidensdrucks mit psychischen Variablen wie Erleben des eigenen Körpers, der Sexualität und der Partnerschaft.

Aus der bisher vorliegenden Literatur lässt sich nicht herleiten welche Unterschiede diesbezüglich zwischen den Frauen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern der Vulva bestehen könnten. Somit werden die Fragestellungen nicht spezifiziert und statistisch an Hand von Nullhypothesen getestet.

Die folgenden statistischen Hypothesen sollen in vorliegender Arbeit geprüft werden:

1. Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Bindungstyps in der Partnerschaft.
(Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen BFPE nach HÖGER)
2. Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Zufriedenheit bezüglich ihres Sexuallebens.
(SVS-Fragebogen)
3. Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des aus der Vulvaerkrankung resultierenden subjektiven Leidensdrucks.
(selbstkonstruierter Fragebogen zum Leidensdruck)
4. Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Einstellung zum eigenen Körper.
(FBEK-Fragebogen)
5. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bindungstypen in der Partnerschaft hinsichtlich des subjektiven Leidensdrucks.
6. Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem subjektiven Leidensdruck und der Zufriedenheit bezüglich des Sexuallebens.
7. Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem subjektiven Leidensdruck und der Einstellung zum eigenen Körper.
8. Es besteht kein signifikant negativer Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Vulvaerkrankung und der Intensität des subjektiven Leidensdrucks.

2 Methoden

2.1 Beschreibung des Patientinnenkollektivs und der Teilstichproben

Befragt wurden Frauen mit Vulvabeschwerden aus der Patientinnenkartei der gynäkologischen Dysplasie-Sprechstunde der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf. Sie waren dort aufgrund der Untersuchungsergebnisse einer der 4 folgenden Diagnosegruppen zugeordnet worden:

1. Vulvodynie
2. Lichen sclerosus
3. Kondylomatose
4. Vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN) Grad I-III

Entsprechend dem steigenden Risiko einer malignen Entartung kann innerhalb dieser Gruppen der Vulvodynie der geringste medizinische Schweregrad beigemessen werden, es folgen der Lichen sclerosus, dann die Kondylomatose und schließlich die Vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN), welcher der höchste medizinische Schweregrad zugeordnet werden kann.

Insgesamt wurden 175 Patientinnen, die zwischen 1996 und 2001 die Dysplasie-Sprechstunde aufgesucht hatten, angeschrieben und um die schriftliche Beantwortung eines Fragebogens gebeten. Dazu erhielten sie ein Anschreiben, in dem sie über die Studie informiert wurden, eine Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens sowie einen Fragebogen mit freiem Rückumschlag. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. 90 Patientinnen sendeten den Fragebogen beantwortet zurück, 7 Fragebögen wurden unbeantwortet zurückgesendet, 62 Patientinnen sendeten den Fragebogen nicht zurück. 16 Patientinnen waren unbekannt verzogen und fielen somit aus. Es ergab sich somit eine Rücklaufquote von 61 %.

Die 90 Patientinnen, die den Fragebogen beantworteten und daraufhin in die Studie eingeschlossen wurden, verteilten sich zahlenmäßig wie folgt auf die einzelnen Diagnosegruppen:

1. Vulvodynie: 18
2. Lichen sclerosus: 18
3. Kondylomatose: 21
4. Vulväre intraepitheliale Neoplasie: 33

Vier der 7 Patientinnen , die den Fragebogen unbeantwortet zurücksendeten, legten ein Schreiben bei, in dem sie ihre unterlassene Teilnahme an der Befragung begründeten, 3 darunter gaben an, auf derart intime Fragen nicht antworten zu können, eine weitere gab an, keine Beschwerden mehr zu haben. Die übrigen drop-outs verweigerten die Teilnahme ohne Begründung.

Die im Informationsschreiben angegebene Telefonnummer für Rückfragen wurde von 6 Patientinnen in Anspruch genommen, in zwei Fällen auch vom jeweiligen Partner der Patientin. Dabei ging es vordringlich um eine Rückversicherung im Bezug auf die Anonymität der im Fragebogen gemachten Angaben.

Eine Patientin legte ihrem beantworteten Fragebogen ein ausführliches Schreiben bei, in dem sie ihrem Leidensdruck noch einmal gesondert Nachdruck verlieh.

Insgesamt fiel bei der Erfassung der Daten auf, dass viele Frauen Tendenzen zeigten, den Fragebogen „individueller“ zu gestalten, indem sie den anzukreuzenden Antworten persönliche Erklärungen beifügten, vorgegebene Antwortskalen erweiterten und Anmerkungen machten, die über die ohnehin ausführlich abgefragten Daten hinausgingen.

Nach eingehender Durchsicht der Daten mussten 2 Patientinnen aus der Stichprobe ausgeschlossen werden, die beide der Vulvodynie-Gruppe angehörten. Da sie sich bezüglich ihrer Angaben zur Frequenz ihrer Arztbesuche sowie zur Intensität ihres Leidensdrucks (hier wurden von ihnen jeweils von der Gesamtstichprobe auffallend abweichende Maximalwerte angegeben) derart von der restlichen Stichprobe unterschieden, musste angenommen werden, dass dem eine anderweitige Problematik zugrunde lag, die im Rahmen vorliegender Studie nicht berücksichtigt werden konnte.

2.2 Untersuchungsmethode

Der Fragebogen, der zwecks Datenerhebung für vorliegende Arbeit versendet wurde, umfasst 7 Teilfragebögen. Zum Teil handelt es sich dabei um selbsterstellte Befragungsinstrumente, zum Teil wurden etablierte Fragebögen verwendet und um themenspezifische Items ergänzt.

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die einzelnen Teilfragebögen gegeben werden:

1. Fragebogen zu allgemeinen Angaben zur Person

Der erste Teilfragebogen beinhaltet selbsterstellte Fragen zu Personalien sowie zu soziodemographischen Daten der teilnehmenden Patientinnen wie Familienstand, Dauer der gegenwärtigen Partnerschaft, Kinderzahl, Kinderwunsch, Schulabschluss und derzeitiger beruflicher Beschäftigung.

2. Fragebogen zum allgemeinen gynäkologischen Status

Der zweite selbsterstellte Teilfragebogen erfasst den allgemeinen gynäkologischen Status der Patientin unabhängig von der Vulvaerkrankung. In diesem Zusammenhang werden z.B. Regelblutung, Schwangerschaften, Geburten, Empfängnisverhütung, postmenopausale Hormonsubstitution, bisherige gynäkologische OPs, gehäufte Genitalinfektionen etc. abgefragt.

3. Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitsstatus

Der dritte selbstverfasste Teilfragebogen erhebt den allgemeinen Gesundheitsstatus der Befragten, so z.B. Erkrankungen der einzelnen Organsysteme, Medikamentenanamnese, Noxenkonsum sowie eventuelle psychische Erkrankungen.

4. Fragebogen zu den Vulvabeschwerden

Der vierte Teilfragebogen ist ebenfalls selbst erstellt und befasst sich speziell mit den Vulvabeschwerden der Patientin. Neben Dauer, Lokalisation, Schmerzintensität und -qualität, bisheriger Medikation und operativer Therapie wird auch nach vermuteter Ätiologie der Vulvaerkrankung, Zufriedenheit mit dem behandelnden Arzt sowie nach Leidensdruck und Beeinträchtigung der Lebensqualität gefragt.

Die genannten ersten vier Teilfragebögen waren selbsterstellt und vornehmlich zur deskriptiven Datenerhebung und zur Charakterisierung der Stichprobe relevant. Die erhobenen Daten wurden itemweise ausgewertet und die Ergebnisse in Kapitel 2.1 ausformuliert sowie teilweise graphisch dargestellt.

5. Fragebogen zur Partnerschaft

Als fünfter Teilfragebogen wurde der bereits publizierte und erprobte Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE) nach HÖGER und BUSCHKÄMPER

(1999) verwendet. Er umfasst 31 Fragen zur Partnerschaft (Antwortmöglichkeiten auf 5-stufiger Likert-Skala) und ermöglicht einen Vergleich der vorliegenden Stichprobe mit Ergebnissen einer Referenzstichprobe. Der Fragebogen ist an den im Theorieteil vorliegender Arbeit ausgeführten bindungstheoretischen Modellvorstellungen orientiert, wobei die resultierenden Bindungsmuster nicht als Dimensionen, sondern als spezifische Konfigurationen der Skalenwerte repräsentiert sind. Die Skalen zur Selbstbeschreibung bindungsrelevanter Erfahrungen verfügen über gute Reliabilitäten (s.u.) und wurden wie folgt benannt:

1. "Akzeptanzprobleme" im Sinne von Selbstzweifeln mit der Erwartung, als Person vom Partner nicht akzeptiert zu werden und für ihn - wenn überhaupt - nur schwer erträglich zu sein (Skala 1: $\alpha = .88$),
2. "Öffnungsbereitschaft" im Sinne der Fähigkeit und/oder Bereitschaft sich zu öffnen, dem Partner/der Partnerin Einblick in das eigene Erleben zu gewähren, über sich selbst, seine Gefühle und Bedürfnisse zu sprechen (Skala 2: $\alpha = .89$),
3. "Zuwendungsbedürfnis" als der bei sich selbst wahrgenommene Wunsch nach Nähe im Sinne einer andauernden Anwesenheit und Zuwendung des Partners/der Partnerin (Skala 3: $\alpha = .77$) (vgl. HÖGER, 1999).

Die innerhalb der Bindungsmuster entwickelten Strategien, die in bindungsrelevanten Situationen aktiviert werden, werden im BFPE zu Clustern zusammengefasst, welche bestimmte Kombinationen der einzelnen Skalen wiedergeben:

1. Cluster 1: sekundär deaktivierende Strategie; unsicher-vermeidender Bindungsstil
2. Cluster 2: primäre Strategie; sicherer Bindungsstil
3. Cluster 3: sekundär hyperaktivierende Strategie; unsicher-ambivalenter Bindungsstil.

Die Auswertung des BFPE erfolgte durch Anfügen der neuen Stichprobe an die von HÖGER zur Verfügung gestellte Referenzstichprobe von Frauen ($n=216$), deren Clusterzugehörigkeit bekannt war. Nach einer gemeinsamen Diskriminanzanalyse mit Vorhersage der Clusterzugehörigkeit aufgrund der BFPE Skalen (z-transformierte Werte) wurde das Diskriminanzmodell anhand der Referenzstichprobe bestimmt. Durch dessen

Anwendung auf die Gesamtstichprobe erfolgte daraufhin die Zuweisung der Stichprobe der Patientinnen mit Vulvabeschwerden zu den 3 Clustern.

Im Anschluss an den BFPE wurden 12 selbsterstellte Fragen bezüglich der Partnerschaft ergänzt, die sich speziell auf die partnerschaftliche Situation seit Beginn der Vulvaerkrankung bezogen. Mittels Faktorenanalyse (im Varimax-Rotationsverfahren) wurden die Items folgenden 3 Skalen zugeordnet (s. *Anhang*):

1. „Distanzierung in der Partnerschaft“ (5 Items) als Ausdruck für eine veränderte Nähe, Zuwendung und Erwartungshaltung innerhalb der Partnerschaft seit Beginn der Vulvaerkrankung
(z.B. „Ich habe das Gefühl, dass sich seit meiner Vulvaerkrankung etwas an der Liebe und Zuneigung meines Partners verändert hat.“)
($\alpha = .82$)
2. „Unterstützung“ (4 Items) als Ausdruck vermehrter Besorgtheit, Schonung und Bemühtheit seitens des Partners seit Beginn der Vulvaerkrankung im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns
(z.B. „Seit meiner Vulvaerkrankung werde ich von meinem Partner mehr geschont und geschützt als zuvor.“)
($\alpha = .81$)
3. „Anteilnahme“ (3 Items) als Ausdruck der Kommunikationsfähigkeit bezüglich der Vulvaerkrankung sowie der Sicherheit, trotz der Erkrankung angenommen und geliebt zu werden
(z.B. „Ich kann mit meinem Partner über meine Vulvaerkrankung sprechen.“)
($\alpha = .69$).

Zur Beantwortung der Items war eine 5-stufige Likert-Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft ganz zu“ vorgegeben. Die Skalenwerte ergaben sich aus der Summe der Antworten auf die Items einer Skala.

6. Fragebogen zur Sexualität

Der sechste Teilfragebogen enthält 66 Items (Antwortmöglichkeiten auf 5-stufiger Likert-Skala) zu sexuellen Verhaltensweisen und Schwierigkeiten. 23 der insgesamt 66 Items dieses Fragebogens wurden aus der von APPELT und STRAUß (1988) konstruierten und

veröffentlichten SVS-Form für Frauen (Fragebogen zu sexuellen Funktionsstörungen) übernommen. Es handelt sich dabei um die Items Nr.

1,2,3,4,6,13,14,18,20,21,26,31,34,35,38,45,46,48,50,59,60,61,75 des Originalfragebogens, der dem Kapitel "Untersuchungen zur Psychoendokrinologie des Prolaktins" in "Psychoendokrinologische Gynäkologie: Ergebnisse und Perspektiven" (APPELT und STRAUSS, 1988) entnommen wurde.

Die übrigen Items (Nr. 3,22,23,25,26,29-66) des Teilfragebogens zur Sexualität wurden selbst entwickelt, wobei sich Item 29-66 speziell auf das Sexualverhalten und dessen eventuelle Beeinträchtigung durch die Vulvaerkrankung beziehen.

Da der Fragebogen keine definierten Skalen vorgibt, wurden solche durch Faktorenanalyse (im Varimax-Rotationsverfahren) ermittelt (*s. Anhang*):

1. „Lust auf Kontakt“ (4 Items) als Ausdruck sexueller Appetenz und Fähigkeit, sexuelle Kontakte zu wünschen und zu genießen
(z.B. „Es ist für mich wichtig, Geschlechtsverkehr mit meinem Partner zu haben.“)
($\alpha = .73$)
2. „Submissivität“ (5 Items) als Ausdruck für ein Eingehen auf sexuelle Kontakte entgegen eigener Bedürfnisse auf Drängen des Partners, verbunden mit einem Gefühl sexueller Unzulänglichkeit
(z.B. „Ich lasse mich auf sexuelle Kontakte ein, auch wenn ich sexuell nicht erregt bin.“)
($\alpha = .75$)
3. „Aversion“ (5 Items) im Sinne einer Abwehrhaltung gegenüber Sexualität aufgrund von Ekel, Schuldgefühlen, Ängsten
(z.B. „Ich ekle mich vor den Geschlechtsteilen des Mannes.“)
($\alpha = .66$)
4. „Initiative“ (4 Items) beschreibt ein im Vergleich zum Partner in höherem Maße vorhandenes Bedürfnis nach sexueller Aktivität bzw. nach Variation sexueller Praktiken
(z.B. „Ich ergreife die Initiative bei sexuellen Kontakten.“)
($\alpha = .61$).

Die folgenden Skalen beziehen sich auf die Sexualität seit Beginn der Vulvaerkrankung:

5. „Beeinträchtigung des Sexualverkehrs“ (11 Items) beschreibt Veränderungen in Erregbarkeit, Frequenz und Befriedigung durch sexuelle Kontakte, eventuelle Schmerzhaftigkeit sexuellen Verkehrs sowie die Zufriedenheit mit dem Sexualleben seitens Patientin und Partner seit Erkrankungsbeginn (z.B. „Ich erlebe den Geschlechtsverkehr als weniger befriedigend.“)
($\alpha = .92$)
6. „Verunsicherung als Frau“ (6 Items) als Einbußen des Selbstwerts durch Verlust des Gefühls, trotz der Vulvaerkrankung weiterhin eine vollwertige Frau im Vollbesitz ihrer sexuellen Attraktivität zu sein (z.B. „An meinem Gefühl, gerne eine Frau zu sein, hat sich seit meiner Erkrankung etwas geändert.“)
($\alpha = .84$)
7. „Libidosteigerung“ (3 Items) als Ausdruck gesteigerten sexuellen Interesses und gesteigerter Frequenz sexuellen Verkehrs seit Erkrankungsbeginn (z.B. „Ich bin schneller sexuell erregbar.“)
($\alpha = .77$)
8. „Angst vor Ansteckung“ (2 Items) im Sinne der Befürchtung, den Partner im Rahmen sexueller Kontakte infizieren zu können, wobei diese Befürchtung auch vom Partner ausgehen kann (z.B. „Mein Partner befürchtet, er könnte sich bei mir anstecken.“)
($\alpha = .81$)

Auch in diesem Fragebogen war eine 5-stufige Likert-Skala („trifft gar nicht zu“ bis „trifft ganz zu“) vorgegeben, sodass sich die Skalenwerte aus der Summe der Antworten auf die Items einer Skala ergaben.

7. Fragebogen zum subjektiven Leidensdruck

Der siebte Teilfragebogen umfasst 28 selbsterstellte Items (Antwortmöglichkeiten auf 5-stufiger Likert-Skala), die den subjektiven Leidensdruck der Patientinnen mit Vulvaerkrankungen ermitteln sollen. Der Leidensdruck stellt die zentrale zu untersuchende Größe vorliegender Arbeit dar und soll sowohl für die einzelnen Behandlungsgruppen

dargestellt werden, als auch mit den Ergebnissen der übrigen Fragebögen zu den Lebensbereichen Partnerschaft, Sexualität und Körpererleben korreliert werden. Auch hier erfolgte zwecks Ermittlung der Skalen eine Varimax-rotierte Faktorenanalyse über die selbsterstellten Items. Die Skalen wurden wie folgt benannt:

1. „Belastung durch die Krankheit“ (14 Items) beschreibt vornehmlich die psychische Beeinträchtigung durch die Erkrankung, die sich in einem Gefühl der Überforderung, der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, der Unsicherheit bezüglich der Zukunft sowie in reduzierter Lebensfreude und Lebensqualität äußert. Auch Rückzug aus sozialen Kontakten und aktiver Freizeitgestaltung sowie eine allgemein verminderte Leistungsfähigkeit fließen in die Erfassung der psychischen Belastung durch die Krankheit ein.
(z.B. „Meine Lebensqualität hat mit meiner Erkrankung abgenommen.“)
($\alpha = .91$)
2. „Auswirkungen auf den Alltag“ (10 Items) erfasst vornehmlich die körperlich verminderte Leistungsfähigkeit durch die Erkrankung, die zu Einschränkungen in Berufsleben, Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Kleidungsgewohnheiten etc. führt und so den Tagesablauf mitbestimmt.
(z.B. „Ich kann aufgrund meiner Erkrankung meinen Verpflichtungen nicht nachkommen.“)
($\alpha = .85$)
3. „Verarbeitung der Erkrankung“ (4 Items) im Sinne einer Akzeptanz der Erkrankung und deren Integration, sodass eine positive Lebenseinstellung resultiert.
(z.B. „Mein Leben ist auch mit der Erkrankung lebenswert.“)
($\alpha = .56$)

Auch hier reichten die Antwortmöglichkeiten im Fragebogen auf einer 5-stufigen Antwortskala von „trifft ganz zu“ bis „trifft gar nicht zu“ und der jeweilige Skalenwert ergab sich aus der Summe der Antworten auf die einzelnen Items einer Skala.

Die einzelnen Skalen des Leidensdrucks wurden mit einer Selbsteinschätzung des Leidensdrucks (der von den Patientinnen im Fragebogen auf einer 10-stufigen Skala

angegeben werden konnte) korreliert. Dabei ergab sich eine hoch signifikante Korrelation der Selbsteinschätzung des Leidensdrucks mit der Skala „Belastung durch die Krankheit“ ($r = 0.55$; $p = 0.00$), eine signifikante Korrelation mit der Skala „Auswirkungen auf den Alltag“ ($r = 0.28$; $p = 0.03$) sowie eine hoch signifikant negative Korrelation mit der Skala „Verarbeitung der Krankheit“ ($r = -0.42$; $p = 0.00$).

Außerdem wurden die einzelnen Skalen des Leidensdrucks mit einer Selbsteinschätzung des Verlustes an Lebensqualität (der von den Patientinnen im Fragebogen auf einer 10-stufigen Skala angegeben werden konnte) korreliert. Dabei ergab sich eine hoch signifikante Korrelation der Selbsteinschätzung des Verlustes an Lebensqualität mit der Leidensdruck-Skala „Belastung durch die Krankheit“ ($r = 0.65$; $p = 0.00$), eine sehr signifikante Korrelation mit der Leidensdruck-Skala „Auswirkungen auf den Alltag“ ($r = 0.42$; $p = 0.001$) sowie eine sehr signifikant negative Korrelation mit der Leidensdruck-Skala „Verarbeitung der Krankheit“ ($r = -0.35$; $p = 0.002$).

8. Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK)

Als letzter Teilfragebogen wurde der FBeK (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers) nach STRAUß und RICHTER-APPELT (1996) einbezogen. Der Fragebogen besteht aus 52 Items, die Aussagen zum eigenen Körpererleben enthalten und mit dichotomer Antwortmöglichkeit (“stimmt”, “stimmt nicht”) versehen sind. Der FBeK wurde bisher vornehmlich im Zusammenhang mit Essstörungen, gynäkologischen Erkrankungen und Hauterkrankungen eingesetzt und bewies dabei eine gute differenzielle Validität, sowie eine zufriedenstellende Reliabilität (s.u.).

Ursprünglich (1983) waren für die Auswertung 3 Skalen festgelegt worden, die jedoch nach einer Re-Analyse 1993 aufgrund mangelnder Diskriminationsfähigkeit innerhalb der 3. Skala um einen Faktor ergänzt wurde, sodass sich eine 4-Faktorenlösung ergab. Die neuen Skalen lauten wie folgt:

1. Skala 1 “Attraktivität/Selbstvertrauen” beschreibt (mit 15 Items) die Zufriedenheit mit dem bzw. die Freude am eigenen Körper.
($\alpha = .85$)
2. Skala 2 “Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes” beschreibt (mit 12 Items) die besondere Betonung des Aussehens, des Körperäußeren und die Freude

an der Beschäftigung mit dem eigenen Körper (fast im Sinne narzisstischer Körperbesetzung).

($\alpha = .72$)

3. Skala 3 “Unsicherheit/Besorgnis” beschreibt (mit 13 Items) die eher hypochondrische Beachtung des eigenen Körpers, die Verunsicherung oder das Misstrauen gegenüber körperlichen Vorgängen und das Gefühl der Unsicherheit und mangelnden Körper selbstkontrolle.

($\alpha = .69$)

4. Skala 4 “körperlich-sexuelles Missempfinden” beschreibt (mit 6 Items) sexuelle Unzufriedenheit bzw. Missempfindungen sowie Aspekte von Scham

($\alpha = .72$).

Der individuelle Skalenwert ergab sich aus der Summe der “Stimmt”-Antworten in den Items einer Skala, wobei bei der Interpretation der Skalenwerte auf Normwerte einer Eichstichprobe zurückgegriffen werden konnte.

2.3 Statistische Methoden

Die Daten wurden codiert und in eine SPSS 10.0 Datei eingegeben. Es erfolgte eine Itemreduktion der Bereiche Partnerschaft, Sexualität und subjektiver Leidensdruck. Sie wurden mittels Faktorenanalysen auf Skalen reduziert. Anschließend erfolgte je nach Skalenniveau ein Gruppenvergleich zwischen den 4 Diagnosegruppen mittels χ^2 -Tests oder Kovarianzanalysen. Die Homogenität der Varianzen wurde für die einzelnen Skalen überprüft. Abschließend wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Deskriptive Beschreibung der Stichprobe

3.1.1 Demographische Merkmale

Das Alter des Gesamtkollektivs befragter Patientinnen variierte zwischen 17 und 79 Jahren bei einem Mittelwert von 45.7 Jahren ($s = 16.15$), wobei die Altersgruppe der 30-39-jährigen mit 26% am stärksten vertreten war.

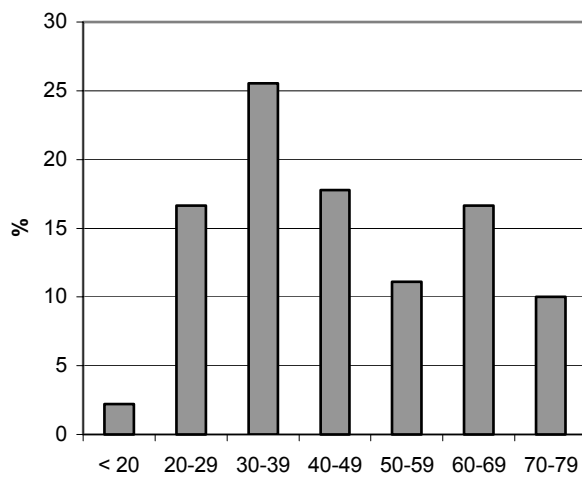


Diagramm 1: Alter der Gesamtstichprobe

Es wurde eine Varianzanalyse bezüglich des Alters über die 4 Diagnosegruppen durchgeführt. Dabei ergaben sich für die einzelnen Diagnosegruppen folgende Altersmittelwerte:

Tabelle 1: Altersmittelwerte der Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	47.39	13.66	33
Kondylomatose	31.48	8.07	21
Vulvodynie	48.94	17.40	18
Lichen sclerosus	55.94	16.06	18
Gesamt	45.70	16.15	90

Demzufolge waren die Patientinnen mit Kondylomatose im Mittel am jüngsten, die Lichen sclerosus-Patientinnen am ältesten. Die Varianzanalyse fiel hochsignifikant aus ($F = 10.96$; $df = 3$; $p = .00$). Im Scheffé-Test ergab sich, dass nur die Mittelwerte der Kondylomatosegruppe sich signifikant von den Mittelwerten der übrigen Gruppen unterschieden (s. *Anhang*).

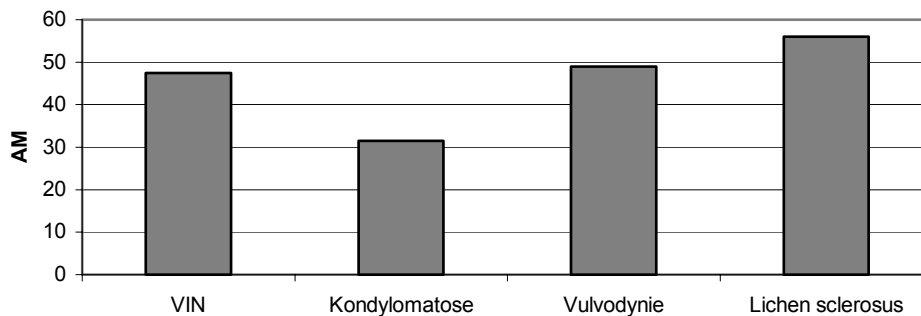


Diagramm 2: Mittleres Alter in den Diagnosegruppen

72 (80 %) Frauen lebten zum Befragungszeitpunkt in einer Partnerschaft. Der Median der Partnerschaftsdauer (hier keine Normalverteilung) lag bei 10.5 (QA = 27.3) Jahren. 18 (20 %) Frauen gaben an, derzeit keinen Partner zu haben. Die partnerschaftliche Situation der befragten Patientinnen stellte sich insgesamt wie folgt dar:

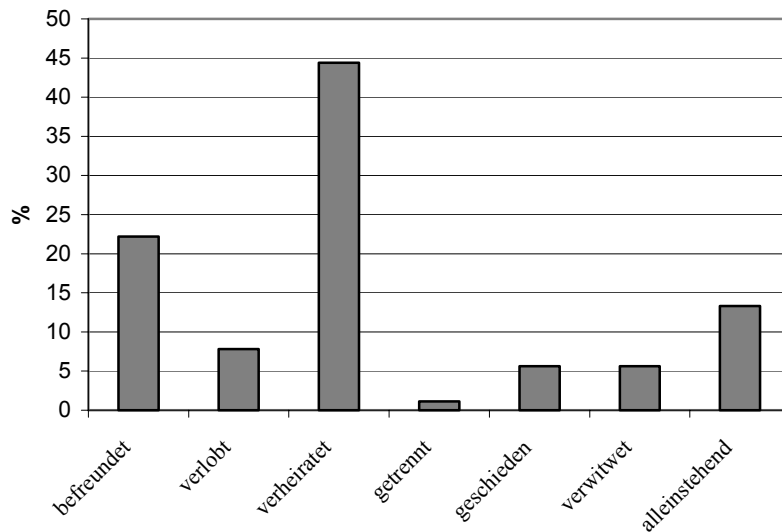


Diagramm 3: Familienstand der Gesamtstichprobe

Betrachtete man das Patientinnenkollektiv nach Diagnosegruppen getrennt, so ergab sich, dass 27 (81.8%) der VIN-Patientinnen und 14 (66.7%) der Kondylomatose-Patientinnen derzeit in einer Partnerschaft lebten; unter den Vulvodynie-Patientinnen waren es 16 (88.9%) und unter den Lichen sclerosus-Patientinnen 15 (83.3%). Im Chi-Quadrat-Test ergab sich kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 3.4$; $df = 3$; $p = .33$).

51 (56.7 %) der Frauen waren Mütter, davon hatten 47 % ein, 43 % zwei, 7.8 % drei und 2 % > 3 Kinder; 39 (43.3%) waren kinderlos. 18.9 % aller Befragten bejahten, 57 % verneinten die Frage nach Kinderwunsch, 16.7 % waren unsicher, 6.7 % machten dazu keine Angaben.

Getrennt nach Diagnosegruppen ergaben sich folgende Antworten.

19 (57.6%) der VIN-Patientinnen waren bereits Mütter im Mittel eines Kindes ($s = .51$). 4 (12.5%) von ihnen bejahten weiteren Kinderwunsch, 4 (12.5%) waren unsicher, 24 (75%) verneinten.

7 (33.3%) der Kondylomatose-Patientinnen waren bereits Mütter, auch hier betrug der Mittelwert der Kinderanzahl 1 ($s = .79$). Unter ihnen bejahten 10 (47.6%) weiteren Kinderwunsch, 5 (23.8%) waren unsicher, 6 (28.6%) verneinten.

11 (61.1%) der Vulvodynie-Patientinnen hatten Kinder, die mittlere Anzahl betrug 2 ($s = 1.18$). In dieser Gruppe hatten 2 (11.8%) der Patientinnen noch Kinderwunsch, 4 (23.5%) waren unsicher, 11 (64.7%) verneinten.

14 (77.8%) der Lichen sclerosus-Patientinnen waren Mütter von im Mittel 1 Kind ($s = .73$). 1 (7.1%) von ihnen bejahte weiteren Kinderwunsch, 2 (14.3%) waren unsicher, 11 (78.6%) verneinten.

Für die Kinderanzahl ergab die Varianzanalyse keine signifikanten Unterschiede ($F = 1.08$; $df = 3$; $p = .37$).

Für das Item, ob die Frauen überhaupt bereits Mütter waren, ergab sich im Chi-Quadrat-Test hingegen ein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 8.1$; $df = 3$; $p = .04$). Unter den Kondylomatose-Patientinnen befanden sich nur 7 Mütter, wohingegen unter den VIN-Patientinnen bereits 19, unter den Vulvodynie-Patientinnen 11 und unter den Lichen sclerosus-Patientinnen 14 Frauen Kinder hatten.

Auch für den Kinderwunsch ergab sich im Chi-Quadrat-Test ein signifikanter Unterschied auf dem 1%-Niveau ($\chi^2 = 17.16$; $df = 6$; $p = .01$). Während bei 10 Frauen der Kondylomatose-Gruppe noch Kinderwunsch bestand, hatten in der VIN-Gruppe 4, in der Vulvodynie-Gruppe 2 und in der Lichen sclerosus-Gruppe nur 1 Frau noch Kinderwunsch. Diese signifikanten Unterschiede lassen sich möglicherweise auf das geringere mittlere Alter der Kondylomatose-Patientinnen zurückführen.

Bezüglich der schulischen Ausbildung der Patientinnen konnte folgende prozentuale Verteilung erhoben werden:

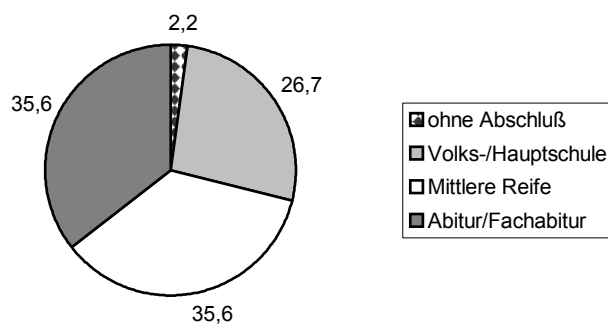


Diagramm 4: Schulbildung der Gesamtstichprobe

Im einzelnen ergab sich für die Diagnosegruppen folgende Schulbildung:

Tabelle 2: Schulbildung innerhalb der Diagnosegruppen

Abschluss	Diagnosegruppe							
	VIN		Kondylomatose		Unspezif. Vulvitis		Lichen sclerosus	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ohne Abschluss	0	0	2	9.5	0	0	0	0
Volks-/Hauptschule	13	39.4	1	4.8	7	38.9	3	16.7
Mittlere Reife	10	30.3	5	23.8	7	38.9	10	55.6
Abitur/Fachabitur	10	30.3	13	61.9	4	22.2	5	27.8
Gesamt	33	100	21	100	18	100	18	100

Im Chi-Quadrat-Test ergab sich ein signifikanter Unterschied auf dem 5%-Niveau ($\chi^2 = 13.1$; $df = 6$; $p = .04$). Im Spearman-Rangkorrelationstest fand sich für die Korrelation zwischen Alter und Schulbildung ein Wert von $\varphi = -.36$ auf dem 1%-Niveau, sodass vermutet werden kann, dass die für die Kondylomatosegruppe gefundene höhere Schulbildung mit dem geringeren mittleren Alter dieser Gruppe zusammenhängt.

Beruflich waren 42.2 % der Frauen als Angestellte tätig, 18.9 % waren bereits in Rente, 11.1 % waren Hausfrauen, 6.7 % befanden sich im Studium, als Arbeiterinnen waren 5.6 % und weitere 5.6 % als leitende Angestellte tätig. 3.3 % waren derzeit arbeitslos.

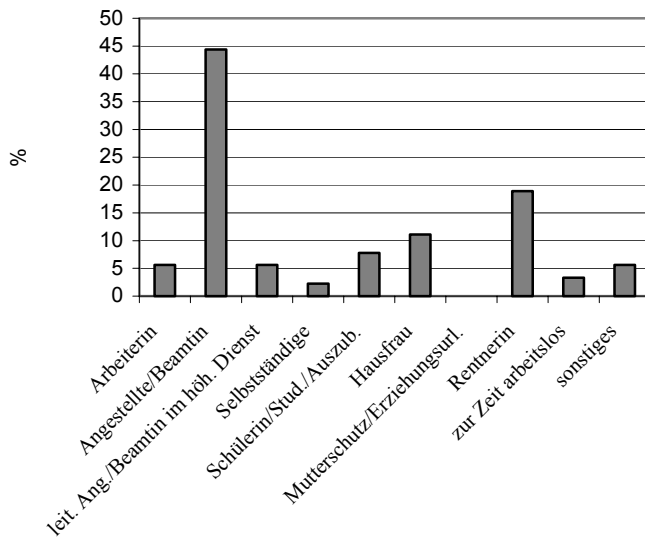


Diagramm 5: Berufliche Beschäftigung

3.1.2 Gynäkologischer Status

Die Menarche trat bei den befragten Frauen im Alter zwischen 10 und 16 Jahren ein, der Mittelwert lag bei 13.2 Jahren ($s = 1.5$).

38 (42.2 %) der Frauen waren bereits postmenopausal, wobei das mittlere Alter der letzten Regelblutung 47.8 Jahre ($s = 6.6$) betrug.

Unter den 51 (56.7 %) Patientinnen, die noch einen Zyklus hatten, gaben 16.1 % Unregelmäßigkeiten der Regelblutung an, 76.8 % empfanden ihre Menstruation als regelmäßig, 7.1 % machten keine Angabe.

57 (63.3 %) dieser Frauen klagten über Beschwerden vor bzw. während der Regelblutung:

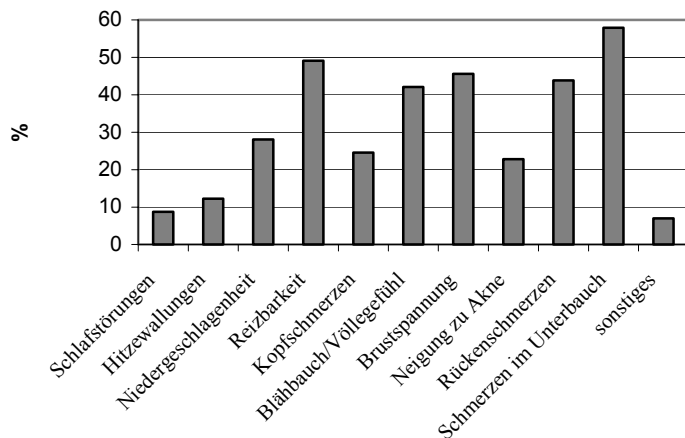


Diagramm 6: Beschwerden vor/während der Regelblutung

28 (31.1 %) verneinten derartige Beschwerden, 5 (5.6 %) machten keine Angaben. Zum Vergleich sei hier erwähnt, dass laut BENDER et al. (1998) die Prävalenz der Dysmenorrhoe in der weiblichen Normalbevölkerung bei 45-90 % liegt. 10-25 % aller Frauen fühlen sich durch ihre Regelbeschwerden in ihrer täglichen Aktivität beeinträchtigt und gaben an, aufgrunddessen Schul- bzw. Arbeitstage zu versäumen. Nach DAVIS et al. (2001) leiden 20-90 % aller Frauen unter körperlichen Beschwerden in Verbindung mit der Menstruation, die vor allem in krampfartigen Unterbauchschmerzen und Rückenschmerzen bestehen. GEHLERT et al. (1997) berichten von DSM IV- Schätzungen, aus denen hervorgeht, dass 3-5 % aller Frauen auch von psychischen Beeinträchtigungen vor oder während der Regelblutung betroffen sind, die sich v.a. in Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen („dysphoric disorder“) äußern.

Auf die Frage nach bisherigen Schwangerschaften antworteten 33 (36.7 %) der Patientinnen, bisher nicht schwanger gewesen zu sein, 54 (59.9 %) waren mindestens einmal schwanger gewesen.

45 (49.9 %) dieser Frauen hatten eine reguläre Geburt, 8 (8.9 %) erlitten eine Fehlgeburt, 13 (14.4 %) hatten sich bisher mindestens einer Abtreibung unterzogen.

Empfängnisverhütung betrieben zum Befragungszeitpunkt 32 (35.6 %) aller Patientinnen, 68.8 % unter ihnen nahmen orale Kontrazeptiva ein, 25 % verhüteten mittels Kondom, 6.3 % mittels Spirale und 6.3 % mittels Basaltemperaturmessmethode.

Im Zusammenhang mit den Wechseljahren bejahten 23 von 38 Patientinnen die Einnahme von Hormonpräparaten, 78 % davon wurden in Tablettenform eingenommen, 21.7 % als Pflaster und 8.7 % als Creme angewendet. Im Mittel erfolgte die Hormoneinnahme seit $x = 4.9$ Jahren ($s = 2.8$).

25 (27.8 %) der Frauen gaben an, abgesehen von der Vulvaerkrankung schon wegen anderer gynäkologischer Erkrankungen längerfristig in Behandlung gewesen zu sein. Es handelte sich dabei um folgende Erkrankungen:

Tabelle 3: Bisher behandelte gynäkologische Erkrankungen außer der Vulvaerkrankung

Frauenkrankheit	Häufigkeit	Prozent
rezidivierende Pilzinfektionen	8	32
chronische Adnexitis	5	20
Erkrankung der Gebärmutter	3	12
Hormonstörungen	1	4
sonstige	12	48

Prozentangaben beziehen sich auf n=25

14 Patientinnen (66.7 %) litten an diesen gynäkologischen Erkrankungen bereits vor Eintreten der Vulvasymptomatik. In 2 Fällen (9.5 %) traten sie nach Manifestation der Vulvaerkrankung zusätzlich zu dieser auf. Eine Patientin (4.8%) erkrankte sowohl vor als auch nach der Vulvaerkrankung anderweitig gynäkologisch.

35 (38.9 %) der befragten Frauen hatten sich bereits einer gynäkologischen Operation unterziehen müssen; dabei handelte es sich im Einzelnen um folgende Eingriffe:

Tabelle 4: Bisherige gynäkologische Operationen

	Häufigkeit	Prozent
Hysterektomie	10	28,6
Konisation	3	8,6
Uterus-Myome	2	5,7
Adnektomie	4	11,4
Abrasio	2	5,7
Extrauterin gravidität	1	2,9
Cervix-Ca	1	2,9
Sterilisation	12	34,3
Mama-Ca	2	5,7
Laparoskopie	1	2,9
sonstige	15	42,9

Im Rahmen dessen war es bei 19 Patientinnen (54.3 %) zu einer Organentnahme gekommen: 14 (73.7 %) davon waren hysterektomiert, 9 (47.4 %) adnektomiert, 3 Frauen (15.8 %) waren die Tuben entnommen worden, bei 2 (10.5 %) war eine Mastektomie durchgeführt worden.

12 (13.3 %) der Frauen hatten sich sterilisieren lassen, 2 machten dazu keine Angaben.

Rezidivierende Infektionen im Genitalbereich bejahten 43 Frauen (47.8 %). Davon waren den Angaben der Frauen zufolge 35 (81.4 %) Infektionen Pilz-induziert, 20 (46.5 %) durch Bakterien verursacht und 8 (18.6 %) waren auf einen Virenbefall zurückzuführen.

4 (9.3 %) gaben „sonstige“ Ursachen an.

Zum Vergleich sei hier auf Angaben von BENDER et al. (1998) verwiesen, wonach in der weiblichen Normalbevölkerung 10 % der prämenopausalen Frauen unter rezidivierenden Genitalinfektionen (v.a. durch Candida-spezies) leiden, bei postmenopausalen Frauen sind es 5-10 %.

Gefragt nach der Quelle ihrer Informationen über Frauenkrankheiten, gaben die Patientinnen an, folgende Ressourcen zu nutzen:

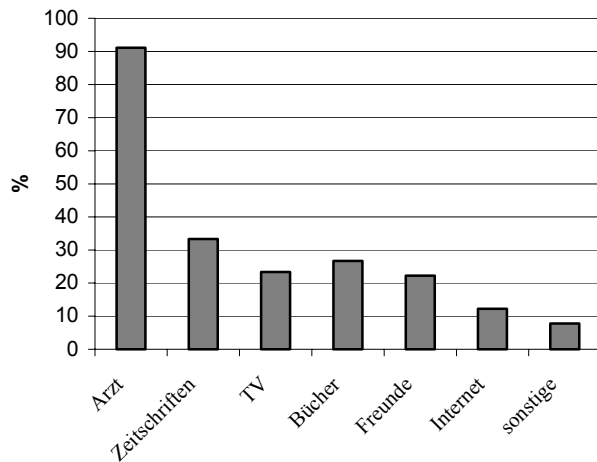


Diagramm 7: Informationsquellen über Frauenkrankheiten

3.1.3 Allgemeiner Gesundheitsstatus

Die mittlere Körpergröße der Stichprobe betrug 166.5 cm ($s = 7.4$), das mittlere Körpergewicht betrug 66.5 kg ($s = 12.0$), sodass sich ein mittlerer Body Mass Index von 24.13 ergab, der als Ausdruck eines normalen mittleren Ernährungszustandes der befragten Frauen gewertet werden kann.

68 (75.6 %) der Befragten gaben an, nicht täglich Alkohol zu konsumieren. 17 (18.9 %) tranken täglich Alkohol; bevorzugt wurden dabei Wein und Sekt, gefolgt von Bier und hochprozentigen Getränken. 5 (5.6 %) machten keine Angaben bezüglich ihres Alkoholkonsums.

Nikotinabusus wurde von 35 (38.9 %) Patientinnen angegeben, die mittlere Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten lag bei 15.3 Stück ($s = 8.8$).

Einer Mikrozensusbefragung der WHO vom Juni 2002 zufolge sind derzeit 5.9 Mio Frauen (= 31%) aller Frauen der BRD regelmäßige Raucherinnen.

Einen regelmäßigen Drogenkonsum bejahten 2 Patientinnen, eine machte keine Angaben.

78 (86.7 %) Frauen gaben an, in ihrem Leben bisher mindestens einmal operiert worden zu sein, einem gynäkologischen Eingriff hatten sich 50 (64.1 %) von ihnen bereits unterziehen müssen.

Befragt nach ihrem allgemeinen Gesundheitsstatus, antworteten 31 (34.4 %) der Frauen nicht unter einer der aufgeführten Erkrankungen zu leiden. 58 (64.4 %) bejahten im einzelnen folgende gesundheitlichen Probleme:

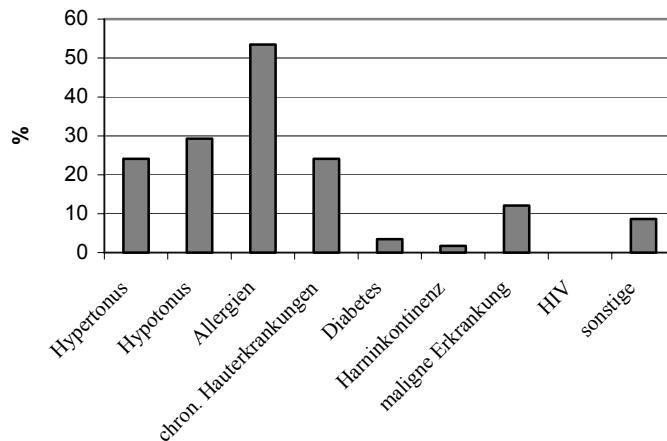


Diagramm 8: Allgemeine gesundheitliche Probleme

Der Fragebogen gab an dieser Stelle Gelegenheit, nähere Angaben über die Art der Allergien, Hauterkrankungen sowie malignen Erkrankungen zu machen. Dabei ergaben sich jedoch keine signifikanten Mehrfachnennungen, von denen auf ein gehäuftes Auftreten im Zusammenhang mit der Vulvaerkrankung hätte geschlossen werden können.

Im Folgenden wurde nach Erkrankungen der einzelnen Organsysteme gefragt, von denen sich insgesamt 56 (62.2 %) der Befragten betroffen zeigten:

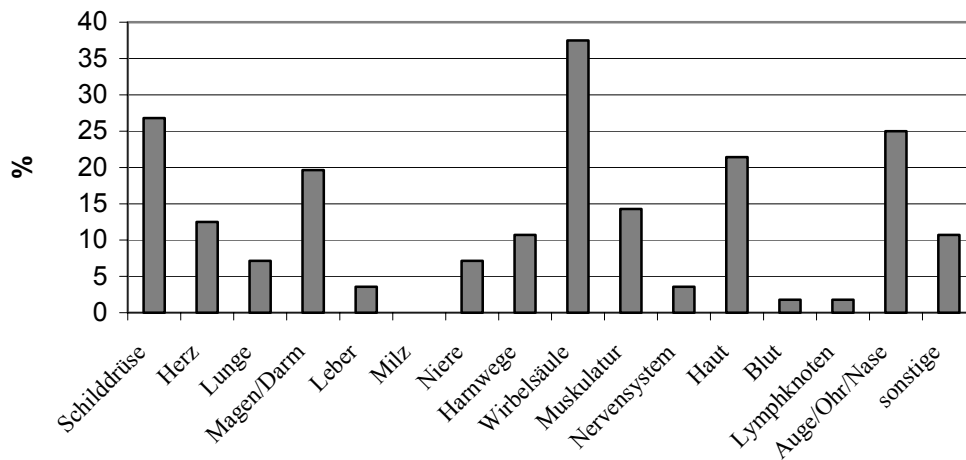


Diagramm 9: Erkrankungen der Organsysteme

Aufgrund dessen befanden sich 48 (53.3 %) Patientinnen in regelmäßiger ärztlicher Behandlung und konsultierten dazu folgende Fachärzte:

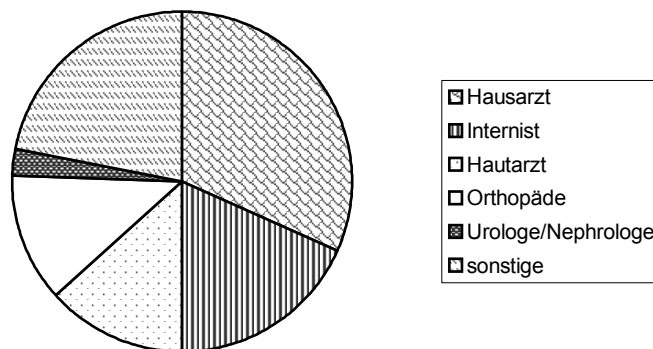


Diagramm 10: Facharztconsultationen

32 (35.6 %) der Befragten nahmen wegen o.g. Erkrankungen regelmäßig Medikamente ein. Dabei handelte es sich vordringlich um Schilddrüsen-, Herz- und Magenmedikation sowie um Analgetika und „sonstige“.

Aufgrund eines psychischen Leidens befanden sich zum Befragungszeitpunkt 12 (13.3 %) Frauen in regelmäßiger ärztlicher Behandlung. Unter ihnen suchten 7 regelmäßig einen Psychotherapeuten auf, 3 befanden sich in neurologischer, 3 in hausärztlicher Behandlung. Die Einnahme von Psychopharmaka bejahten 6 (6.7 %) Patientinnen, 5 machten keine Angaben dazu.

22 (24.4 %) der Patientinnen litten zum Befragungszeitpunkt unter chronischen Schmerzen, die wie folgt lokalisiert waren:

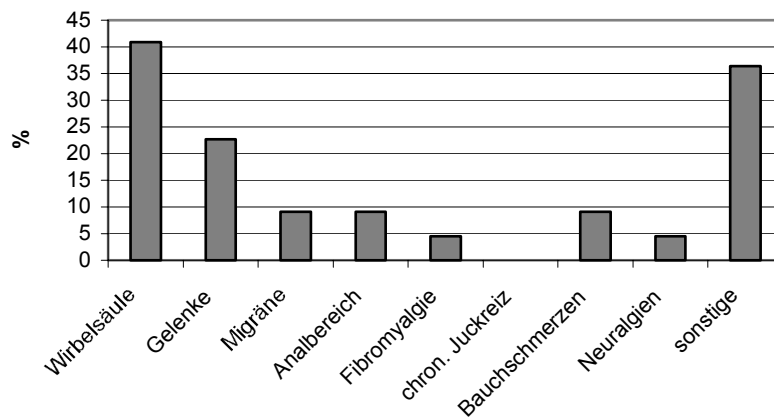


Diagramm 11: Chronische Schmerzen

3.1.4 Vulvabeschwerden

Zum Befragungszeitpunkt hatten die Patientinnen aufgrund ihrer Vulvaerkrankung bisher mindestens einen bis maximal 9 verschiedene Ärzte konsultiert. Zwei Frauen taten sich besonders aus der Stichprobe hervor, indem sie sich bereits an 14 bzw. 22 verschiedene Ärzte gewendet hatten. Exklusive dieser beiden Extremfälle ergab sich für die Anzahl der bisher aufgrund der Vulvaerkrankung aufgesuchten Ärzte ein Mittelwert von 3.0 ($s = 1.7$). Überwiegend handelte es sich bei den konsultierten Fachärzten um Gynäkologen (98.9 %), gefolgt von Dermatologen (38.9 %), Hausärzten (16.7 %), Internisten (10 %), Psychotherapeuten (6.7 %), Urologen (4.4 %) sowie Neurologen (4.4 %). 16 (17.8 %) Patientinnen gaben an, sich auch an einen Heilpraktiker gewendet zu haben.

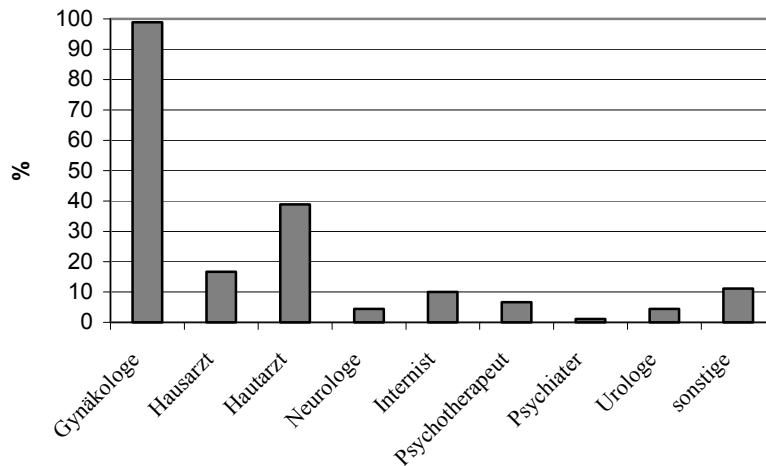


Diagramm 12: Facharztconsultationen aufgrund der Vulvaerkrankung

Die Frequenz der Arztbesuche aufgrund der Vulvasymptomatik betrug im Mittel 4.3 Arztbesuche innerhalb eines Jahres ($s = 4.8$, $n = 77$), 9 Patientinnen gaben an, in diesem Zeitraum nicht in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein.

Zum Befragungszeitpunkt litten 50 (55.6 %) der Patientinnen der Gesamtstichprobe seit 1-5 Jahren unter ihren Vulvabeschwerden, 29 (32.2 %) waren bereits seit über 5 Jahren betroffen, 6 (6.7 %) waren seit 0-12 Monaten erkrankt.

Innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen stellte sich die mittlere bisherige Dauer der Vulvabeschwerden wie folgt dar:

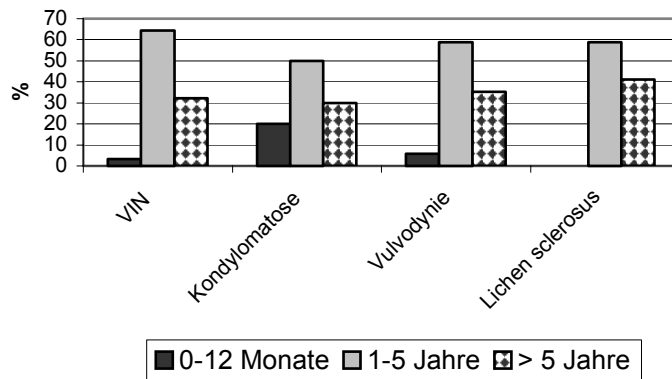


Diagramm 13: Mittlere bisherige Dauer der Vulvabeschwerden in den einzelnen Diagnosegruppen

Im χ^2 -Test ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen bezüglich der mittleren bisherigen Dauer der Vulvabeschwerden ($\chi^2 = 7.44$; $df = 6$; $p = 0.28$).

63 (70 %) der Befragten gaben an, phasenweise beschwerdefrei zu sein, während 23 (25.6 %) ohne Unterbrechung Beschwerden hatten.

40 (44.4 %) der Frauen brachten den Beginn ihrer Vulvabeschwerden nicht in einen zeitlichen Zusammenhang mit einem einschneidenden Lebensereignis, 36 (40.0 %) Frauen hingegen bejahten einen solchen Zusammenhang. Sie assoziierten den Beginn ihrer Erkrankung mit den folgenden Ereignissen:

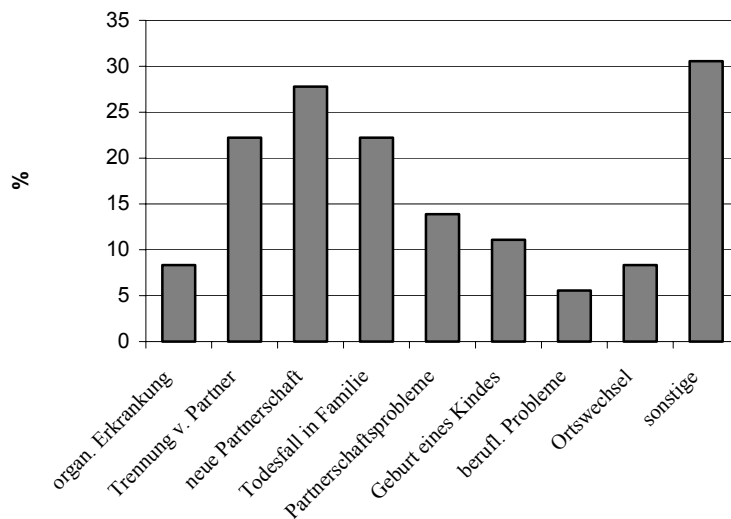


Diagramm 14: Lebensereignisse in zeitlichem Zusammenhang mit dem Beschwerdebeginn

Im Folgenden wurde den Patientinnen Gelegenheit gegeben, kurz zu formulieren, wie sie sich selbst die Ursachen ihrer Vulvabeschwerden erklärten (zum Teil formulierten die Patientinnen an dieser Stelle mehrere Ursachen). 20 (22.2 %) ließen diese Frage unbeantwortet. Von den 70 (77.8 %) Frauen, die diese Frage beantworteten, gaben 30 (33.3 %) an, sich die Ursachen ihrer Beschwerden nicht erklären zu können. 40 (44.4 %) machten einen Erklärungsversuch, wobei von den Betroffenen sowohl somatische als auch psychische Faktoren als mögliche Ursachen vermutet wurden. Unter den *somatischen* Ursachen wurden vor allem Faktoren angeführt wie ungeschützter Geschlechtsverkehr (12.5 %), rezidivierende Infektionen (12.5 %), HPV-Infektion (10 %), Hauterkrankungen (10 %), Wechseljahre (7.5 %) sowie Infektionen aufgrund häufiger Schwimmbadbesuche (5 %). An *psychischen* Ursachen wurden zunächst ganz allgemein „psychische Probleme“ (17.5 %) angeführt, des Weiteren wurden Faktoren vermutet wie „ein durch psychische Ursachen geschwächtes Immunsystem“ (12.5 %), „sexuelle Schwierigkeiten“ (5 %) sowie „beruflicher Stress“ (5 %).

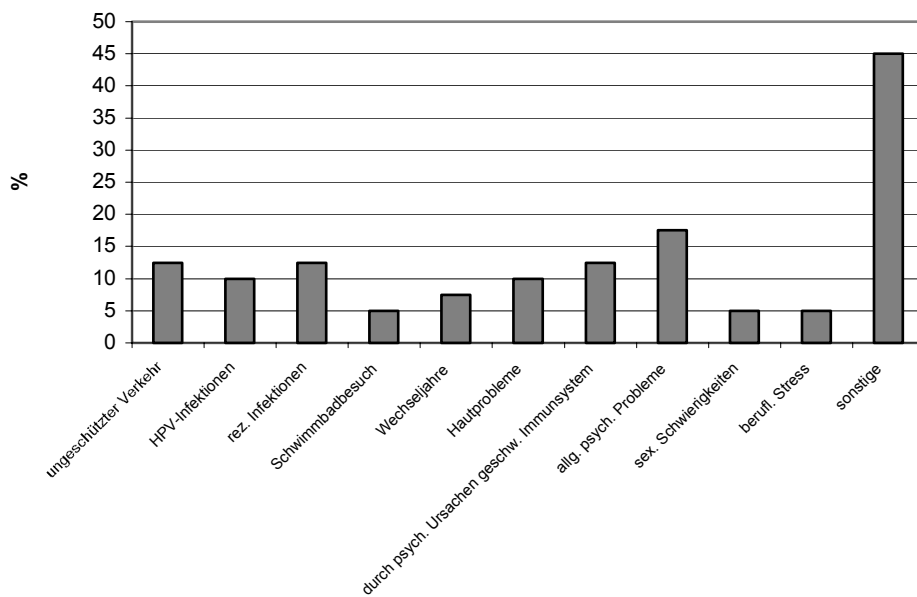


Diagramm 15: Laienätiologie bezüglich der Vulvaerkrankung

Die Qualität ihrer Vulvabeschwerden charakterisierten die Betroffenen wie folgt (hier waren Mehrfachnennungen möglich):

- 60 (73.2 %): Jucken
- 49 (59.0 %): Gefühl wund zu sein
- 44 (53.7 %): Brennen
- 27 (32.9 %): Schmerzen
- 23 (28.0 %): Stechen
- 12 (14.6 %): Engegefühl
- 8 (9.8 %): Kribbeln
- 3 (3.7 %): Pulsieren
- 1 (1.2 %): starker Ausfluss

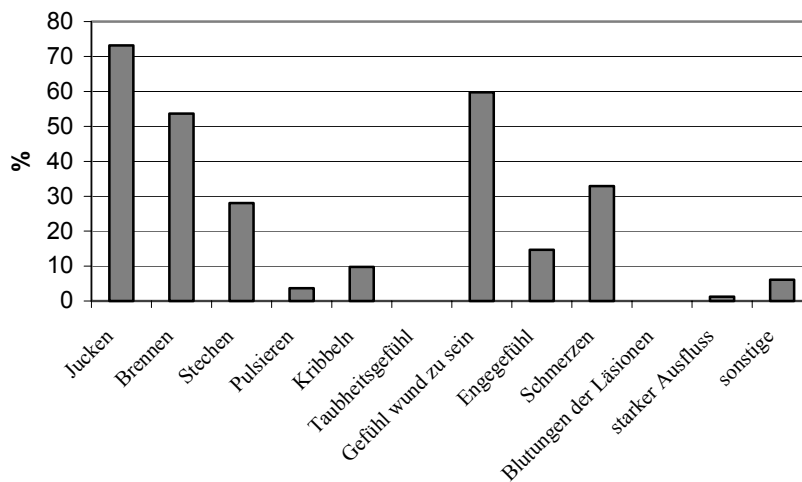


Diagramm 16: Qualität der Vulvabeschwerden in der Gesamtstichprobe

Diese Beschwerdequalitäten verteilen sich folgendermaßen auf die einzelnen Diagnosegruppen:

Tabelle 5: Qualität der Vulvabeschwerden innerhalb der Diagnosegruppen

Beschwerdequalität	Diagnosegruppe								Gesamt		Chi-Quadrat nach Pearson		
	VIN		Kondylomatose		Vulvodynie		Lichen sclerosus						
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	df	p
Jucken	6	20,69	5	27,78	9	50	2	11,76	22	26,83	7,45	3	0,06
Brennen	14	48,28	9	50	12	66,67	9	52,94	44	53,66	1,66	3	0,64
Stechen	10	34,48	5	27,78	5	27,78	3	17,65	23	28,05	1,51	3	0,68
Pulsieren	0	0	2	11,11	1	5,56	0	0	3	3,66	4,77	3	0,19
Kribbeln	3	10,34	2	11,11	3	16,67	0	0	8	9,76	2,86	3	0,41
Taubheitsgefühl	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Gefühl wund zu sein	18	62,07	8	44,44	14	77,78	9	52,94	49	59,76	4,58	3	0,20
Engegefühl	3	10,34	1	5,56	5	27,78	3	17,65	12	14,63	4,23	3	0,24
Schmerzen	10	34,48	5	27,78	9	50	3	17,65	27	32,93	4,42	3	0,22
Blutungen der Läsionen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
starker Ausfluss	0	0	0	0	1	5,56	0	0	1	1,22	3,60	3	0,31
sonstige	2	6,90	2	11,11	0	0	1	5,88	5	6,10	1,99	3	0,57

Wie aus der Tabelle ersichtlich, wurde insgesamt von allen Diagnosegruppen am häufigsten ein „Brennen“ im Vulvabereich sowie das „Gefühl wund zu sein“ angegeben. Im Chi-Quadrat-Test ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen bezüglich der Beschwerdequalität (s. *Tabelle*).

11 (84.6 %) Frauen gaben zusätzlich an, trotz unauffälliger organischer Untersuchungsbefunde unter Verkrampfungen vor und während des Geschlechtsverkehrs zu leiden. Bei 4 (30.8 %) der befragten Frauen waren nach eigenen Angaben gynäkologische Untersuchungen aufgrund vaginaler Verkrampfungen nur schwer möglich, 3 (23.1 %) waren aus gleichen Gründen nicht in der Lage, Tampons zu verwenden. Diese Frauen zeigten also Symptome eines Vaginismus (siehe Kapitel 3.4 „sexuelle Funktionsstörungen“), der in der Regel psychisch bedingt ist.

Im Folgenden wurden die Patientinnen gebeten, in einer schematischen Abbildung des weiblichen Genitalbereichs die Lokalisation ihrer Beschwerden einzuzeichnen. 18 (20 %) Patientinnen ließen diese Frage aus; die übrigen lokalisierten ihre Beschwerden wie folgt:

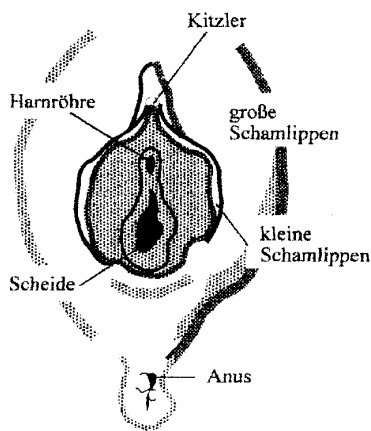


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Vulva zur Lokalisation der Beschwerden

- 49 (54.4 %): Scheide
- 36 (40.0 %): kleine Schamlippen
- 24 (26.7 %): große Schamlippen
- 15 (16.7 %): Anus
- 12 (13.3 %): Kitzler
- 10 (11.1 %): Harnröhre

Unterschied man nach Diagnosegruppen, so stellte sich die Lokalisation der Beschwerden wie folgt dar:

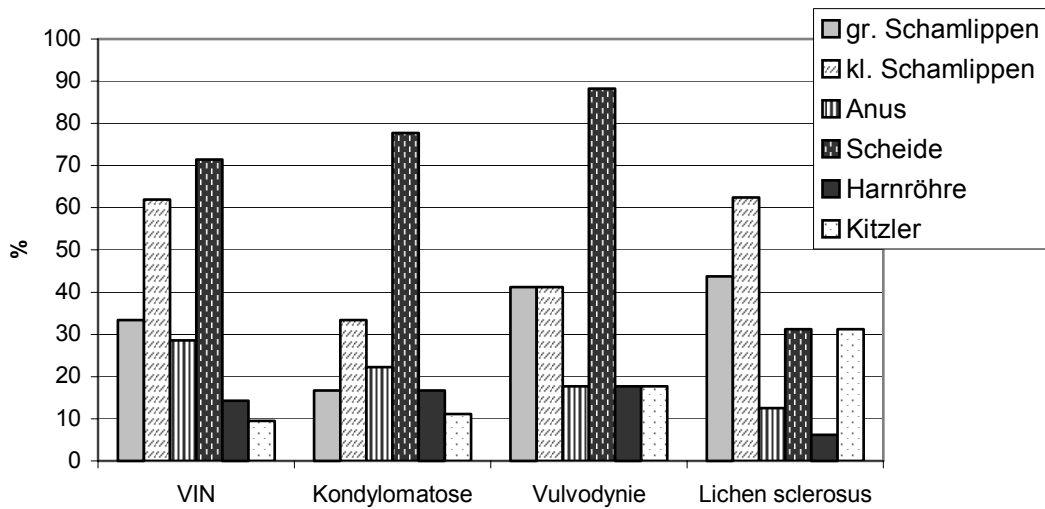


Diagramm 17: Lokalisation der Beschwerden getrennt nach Diagnosegruppen

31 (34.4 %) der Befragten beschrieben ein Ausstrahlen der Beschwerden, bevorzugt in Analregion (61.3 %), Unterbauch (35.5 %) und Beine (9.7 %).

Auf einer Skala von 0 bis 10 konnten die Frauen die Intensität ihrer Beschwerden angeben. Dabei war dem Wert 0 das Item „keine Beschwerden/Schmerzen“ und dem Wert 10 das Item „stärkste Beschwerden/Schmerzen“ zugeordnet. Insgesamt ergab sich ein Mittelwert für die Beschwerdeintensität von 4.2 (s = 3.1), was einer mäßigen bis mittelstarken mittleren Beschwerdeintensität der Gesamtgruppe aller befragten Frauen entspricht. Für die einzelnen Diagnosegruppen ergaben sich bezüglich der Beschwerdeintensität die folgenden Mittelwerte:

Tabelle 6: Mittlere Beschwerdeintensität in den Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	N	Mittelwert	Standardabweichung
VIN	30	3,57	3,28
Lichen sclerosus	15	3,67	2,50
Kondylomatose	19	4,53	3,20
Vulvodynie	15	5,67	2,85
Insgesamt	79	4,22	3,10

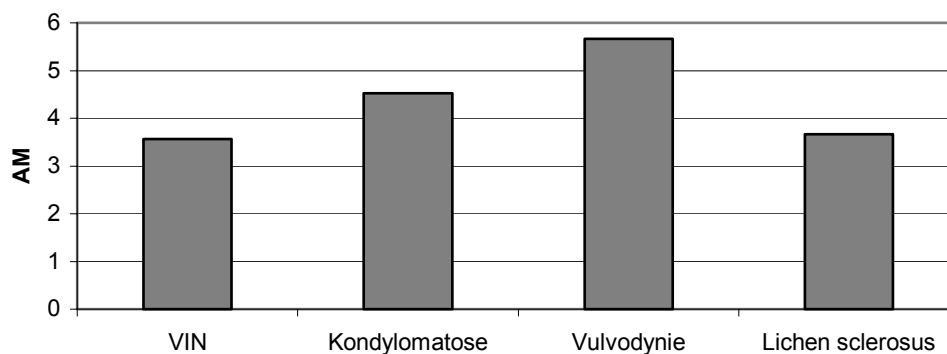


Diagramm 18: Mittlere Beschwerdeintensität in den Diagnosegruppen

In der Varianzanalyse ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen bezüglich der Beschwerdeintensität ($F = 1.81$; $df = 3$; $p = 0.15$); wie aus Tabelle und Diagramm ersichtlich, zeigte jedoch innerhalb vorliegender Stichprobe die Gruppe der Vulvodynie-Patientinnen tendenziell die höchste mittlere Beschwerdeintensität.

Bezüglich der zeitlichen Verteilung ihrer Beschwerden innerhalb 24 Stunden äußerten 11 (12.2 %) Patientinnen, immer beschwerdefrei zu sein, 21 (23.3 %) waren meistens beschwerdefrei, 25 (27.8 %) hatten manchmal, 20 (22.2 %) meistens Beschwerden; 4 (4.4 %) Patientinnen gaben an, ständig Beschwerden zu haben. Im Mittel ergab sich daraus eine Tendenz zu der Aussage „Ich habe manchmal Beschwerden/Schmerzen“.

70 (77.8 %) der Befragten verneinten eine Abhängigkeit ihrer Beschwerden vom Menstruationszyklus. 8 (8.9 %) machten keine Angabe. 12 (13.3 %) Frauen bezeichneten ihre Beschwerden als zyklusabhängig, im einzelnen handelte es sich dabei um 5 VIN-Patientinnen (17.24 % dieser Diagnosegruppe), 4 Kondylomatose-Patientinnen (20.0 % dieser Diagnosegruppe), 2 Vulvodynie-Patientinnen (11.11 % dieser Diagnosegruppe) und eine Lichen sclerosus-Patientin (6.67 % dieser Diagnosegruppe).

Bezüglich des zyklusabhängigen Beschwerdemaximums ergaben sich bei diesen 12 Frauen folgende Zusammenhänge:

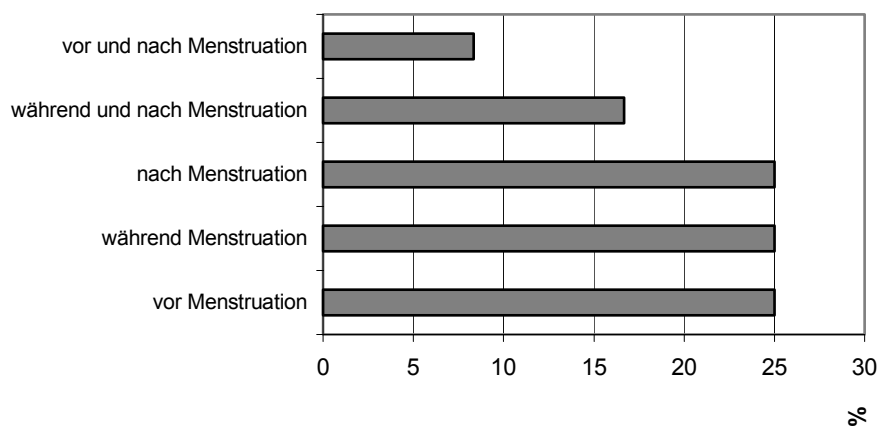


Diagramm 19: Zyklusabhängiges Beschwerdemaximum (n=12)

Nachstehende Grafik gibt eine Übersicht über Zeitpunkt und Aktivitäten, während derer die Vulvabeschwerden von den Patientinnen der Gesamtstichprobe subjektiv als maximal empfunden wurden:

(Dabei waren Mehrfachnennungen möglich.)

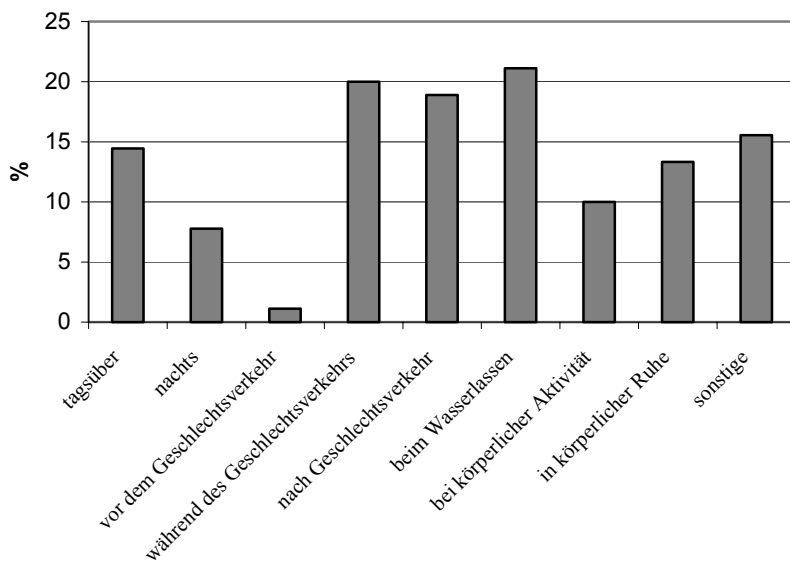


Diagramm 20: Zeitliches Beschwerdemaximum

Für die einzelnen Diagnosegruppen stellte sich das zeitliche Beschwerdemaximum folgendermaßen dar:

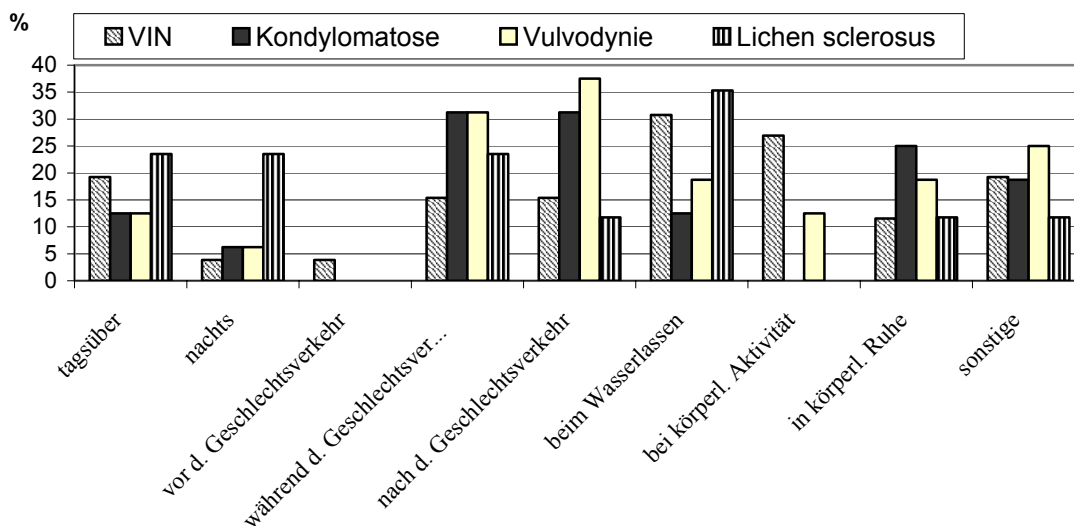


Diagramm 21: Zeitliches Beschwerdemaximum der einzelnen Diagnosegruppen

Vor der Durchführung eines Chi-Quadrat-Tests auf signifikante Gruppenunterschiede musste eine Bonferoni-Korrektur vorgenommen werden, derzufolge sich für α ein Wert

von $\alpha = 0.05:9 = 0.0056$ ergab. Im Chi-Quadrat-Test ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede:

Tabelle 7: Zeitliches Beschwerdemaximum der einzelnen Diagnosegruppen

zeitliches Beschwerdemaximum	Diagnosegruppe								χ^2 -Wert	df	p
	VIN		Kondylomatose		Vulvodynie		Lichen sclerosus				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
tagsüber	5	19,23	2	12,50	2	12,50	4	23,53	1,04	3	0,791
nachts	1	3,85	1	6,25	1	6,25	4	23,53	5,33	3	0,149
vor Geschlechtsverkehr	1	3,85	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1,91	3	0,591
während Geschlechtsverkehr	4	15,38	5	31,25	5	31,25	4	23,53	1,98	3	0,576
nach Geschlechtsverkehr	4	15,38	5	31,25	6	37,50	2	11,76	4,62	3	0,202
beim Wasserlassen	8	30,77	2	12,50	3	18,75	6	35,29	3,06	3	0,383
bei körperlicher Aktivität	7	26,92	0	0,00	2	12,50	0	0,00	9,99	3	0,019
in körperlicher Ruhe	3	11,54	4	25,00	3	18,75	2	11,76	1,67	3	0,644
sonstige	5	19,23	3	18,75	4	25,00	2	11,76	0,96	3	0,811

31 (34.4 %) der Befragten verneinten bisherige operative Maßnahmen aufgrund ihrer Vulvaerkrankung, 4 (4.4 %) machten keine Angaben. 55 (61.1 %) hatten sich bereits mindestens einem operativen Eingriff an der Vulva unterzogen. Dabei handelte es sich in 48 Fällen (87.3 %) um eine Lasertherapie, 6 Patientinnen (10.9 %) hatten sich einer partiellen Vulvektomie unterzogen, eine Patientin (1.8 %) war total vulvektomiert worden. Weitere 11 (20 %) Patientinnen gaben „sonstige“, nicht näher bezeichnete operative Maßnahmen an.

Die operativen Maßnahmen verteilten sich folgendermaßen auf die einzelnen Diagnosegruppen:

Tabelle 8: Bisherige operative Maßnahmen aufgrund der einzelnen Vulvaerkrankung

		Diagnosegruppe				Gesamt
		VIN	Kondylomatose	Vulvodynie	Lichen sclerosus	
Lasertherapie	Anzahl	25	15	3	5	48
	%	89,29	88,24	60,00	100	87,27
Partielle Vulvektomie	Anzahl	5	1	0	0	6
	%	17,86	5,88	0	0	10,91
Totale Vulvektomie	Anzahl	1	0	0	0	1
	%	3,57	0	0	0	1,82
sonstige	Anzahl	5	4	2	0	11
	%	17,86	23,53	40	0	20

4 (4.4 %) der befragten Frauen hatten bisher keinerlei Medikation gegen ihre Vulvabeschwerden eingenommen. 3 (3.3 %) machten keine Angaben. Die übrigen 83 (92.2 %) Patientinnen hatten bisher mindestens eine medikamentöse Therapieoption erprobt. Besonders häufig waren dabei Sitzbäder, Cortisonsalbe, antimykotische Salbe, Östrogensalbe, antibiotische Salbe, Naturheilpräparate sowie diverse Analgetika zur Anwendung gekommen:

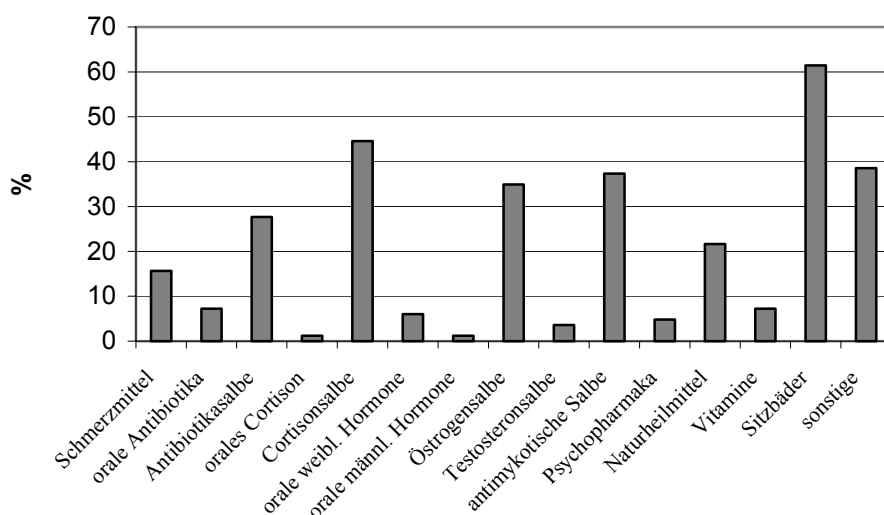


Diagramm 22: Medikamente gegen die Vulvaerkrankung

Die Patientinnen bewerteten den Erfolg bisheriger Therapiemaßnahmen auf einer Skala von 0 (= kein Erfolg) bis 10 (= voller Erfolg) im Mittel mit 5.3 (s = 3.8 , n = 85), von einem vollen Erfolg sprachen dabei 19 (21.1 %) der Frauen, 17 (18.9 %) bezeichneten die bisherigen Therapiemaßnahmen als erfolglos.

Sie wurden daraufhin gebeten anzugeben, wie ihr Arzt den bisherigen Therapieerfolg einschätze. Die Patientinnen vermuteten seitens der Ärzte eine mittlere Zufriedenheit mit den Therapieergebnissen von 5.9 (s = 3.9). Es ergab sich somit, dass die Patientinnen die Zufriedenheit der Ärzte mit den Therapieerfolgen höher einstufen als ihre eigene.

Im folgenden Fragebogenabschnitt wurden die Patientinnen zu ihrer Zufriedenheit mit dem behandelnden Arzt befragt.

64 (71.1 %) der Befragten gaben an, über ihre Erkrankung hinreichend aufgeklärt worden zu sein, bei 14 (15.6 %) war dies nicht der Fall, 12 (13.3 %) machten keine Angaben dazu. 71 (78.9 %) der Frauen sagten, ihr Arzt habe sich Zeit für ihre Beschwerden und Sorgen genommen, 9 (10 %) verneinten dies, und 10 (11.1 %) machten keine Angaben.

68 (75.6 %) der Patientinnen fühlten sich von ihrem Arzt ernstgenommen und ausreichend über die bestmögliche Therapie informiert, auf 11 (12.2 %) traf dies nicht zu, 11 (12.2 %) beantworteten diese Frage nicht.

55 (61.1 %) Patientinnen hatten den Eindruck, ihr Arzt habe sich im Fall einer Erfolglosigkeit bisheriger Therapiemaßnahmen um alternative Therapiemöglichkeiten bemüht, wohingegen 22 (24.4 %) dies nicht bestätigen konnten, 13 (14.4 %) äußerten sich nicht zu dieser Frage.

71 (78.9 %) der Befragten sagten aus, der behandelnde Arzt habe Mitgefühl gezeigt, 8 (8.9 %) verneinten dies, 11 (12.2 %) machten keine Angabe.

72 (80 %) Patientinnen konnten sich mit Fragen und Beschwerden jederzeit an ihren Arzt wenden, 9 (10 %) sagten, dies sei nicht möglich gewesen, 9 (10 %) machten keine Angaben dazu.

55 (61.1 %) aller Befragten waren überzeugt, ihre jeweilige psychische Verfassung habe Einfluss auf ihr körperliches Wohlbefinden, 25 (27.8 %) glaubten nicht an derartige Zusammenhänge. 10 (11.1 %) machten diesbezüglich keine Angaben.

Auf die Frage, ob sie aufgrund ihrer Vulvaerkrankung und der daraus resultierenden psychischen Belastung bisher psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben, verneinten 80 (88.9 %) der Befragten.

9 (10 %) der Frauen hatten sich in psychotherapeutische Behandlung begeben, davon 2 in tiefenpsychologische Gesprächstherapie, 3 in Psychoanalyse und 4 in Verhaltenstherapie. Eine dieser Behandlungen war stationär erfolgt, die übrigen 8 waren ambulant durchgeführt worden. Eine Erleichterung bezüglich ihrer Vulvabeschwerden durch die psychotherapeutische Behandlung hatte nur eine der Frauen erfahren, bei 7 bestanden die Vulvabeschwerden nach Psychotherapie unverändert fort, eine Frau äußerte sich nicht dazu.

33 (36.7 %) aller Fragebogenteilnehmerinnen bekundeten Interesse an einer Selbsthilfegruppe, in der sie Gelegenheit hätten, sich mit anderen betroffenen Frauen auszutauschen und gegenseitige Unterstützung zu leisten.

36 (40 %) gaben an, an einer Gruppe unter Anleitung eines Arztes/Ärztin bzw. eines Psychotherapeuten interessiert zu sein.

Zusammenfassend wurden die Patientinnen gebeten, auf einer Skala von 0 bis 10 das Ausmaß ihres Verlustes an Lebensqualität durch ihre Vulvaerkrankung anzugeben. Der Wert 0 bedeutete dabei keinen Verlust an Lebensqualität, der Wert 10 war als kompletter Verlust an Lebensqualität definiert. 18 (20 %) der Befragten verspürten keine Einbußen bezüglich ihrer Lebensqualität, 2 (2.2 %) fühlten sich durch ihre Erkrankung komplett ihrer Lebensqualität beraubt, jeweils 15 (16.7 %) der Frauen vergaben den Wert 5 bzw. 8. Im Mittel ergab sich ein Wert von 4.3 ($s = 3.1$, $n = 86$), was einem deutlichen mittleren Verlust an Lebensqualität durch die Vulvaerkrankung entspricht.

Abschließend wurde nach dem subjektiven Leidensdruck der Patientinnen gefragt, der durch die Befragten wiederum auf einer Skala von 0 (= kein Leidensdruck) bis 10 (= sehr starker Leidensdruck) einzustufen war. Keinen Leidensdruck verspürten 12 (13.3 %) Frauen, einen sehr starken Leidensdruck gaben 9 (10 %) Betroffene an. Im Einzelnen ergab sich folgende Verteilung auf die angegebenen Skalenwerte:

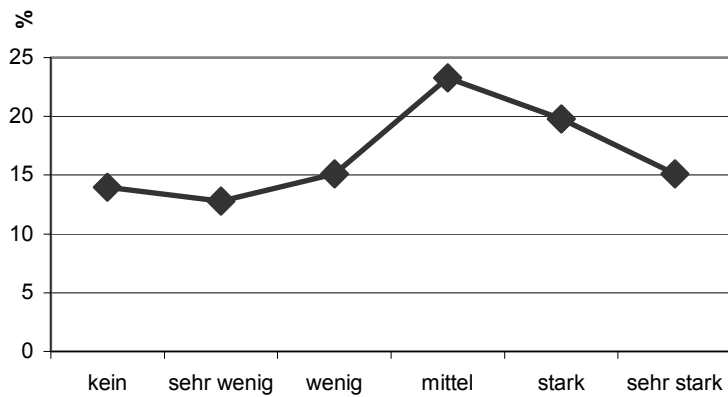


Diagramm 23: Subjektiver Leidensdruck

Für den Leidensdruck der Gesamtstichprobe ergab sich somit ein Mittelwert von 4.9 ($s = 3.2$, $n = 86$). Daraus wird ersichtlich, dass die Patientinnen mit Vulvaerkrankungen unter einem deutlichen Leidensdruck stehen, dessen nähere Untersuchung Gegenstand der vorgelegten Arbeit sein wird.

Die Selbsteinschätzung des Leidensdrucks und des Verlustes an Lebensqualität wurden im Korrelationstest nach Pearson auf ihren Zusammenhang überprüft, wobei sich eine hoch signifikante Korrelation ($r = 0.82$; $p = 0.00$) ergab, was darauf hindeutet, dass Leidensdruck und Verlust an Lebensqualität eng miteinander verknüpft sind.

Nach Diagnosegruppen getrennt errechneten sich für die Selbsteinschätzung des subjektiven Leidensdrucks die folgenden Mittelwerte:

Tabelle 9: Mittelwerte für die Selbsteinschätzung des Leidensdrucks nach Diagnosegruppen getrennt

Abhängige Variable: Leidensdruck

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	5,13	3,58	32
Kondylomatose	4,80	3,17	20
Vulvodynie	6,31	2,85	16
Lichen sclerosus	3,17	2,28	18
Gesamt	4,86	3,23	86

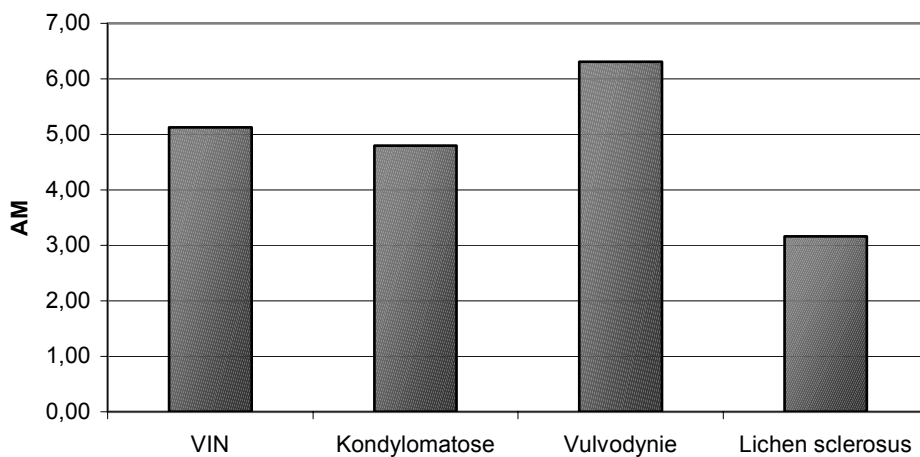


Diagramm 24: Selbsteinschätzung des subjektiven Leidensdrucks nach Diagnosegruppen getrennt

In der Varianzanalyse ergab sich ein signifikanter Unterschied ($F = 3.00$; $df = 3$; $p = 0.03$) der Gruppenmittelwerte. Im Scheffé-Test konnte gezeigt werden, dass sich der Mittelwert der Vulvodynie-Gruppe auf dem 5%-Niveau signifikant von dem der Lichen sclerosus-Gruppe unterschied ($p = 0.04$), wobei die Vulvodynie-Gruppe den subjektiven Leidensdruck am höchsten einschätzte, die Lichen sclerosus-Gruppe am geringsten. (Überblick über Signifikanztests *s. Anhang*)

3.2 Vergleich der einzelnen Behandlungsgruppen hinsichtlich Partnerschaft, Sexualität, subjektivem Leidensdruck und Einstellung zum eigenen Körper unter Berücksichtigung des Alters

Im Folgenden sollen die unter 1.9. dargestellten statistischen Hypothesen überprüft werden, indem zu jeder Skala der einzelnen Themenbereiche die Nullhypothese getestet wird.

Die statistischen Hypothesen 1 bis 4 bezogen sich auf Unterschiede zwischen den vier Diagnosegruppen hinsichtlich folgender Themenbereiche:

1. Bindungstyp in der Partnerschaft
2. Zufriedenheit bezüglich des Sexuallebens
3. Einstellung zum eigenen Körper
4. aus der Vulvaerkrankung resultierender Leidensdruck.

Zum Vergleich der Diagnosegruppen bezüglich der einzelnen Skalen wurden Varianzanalysen gerechnet. Da sich das mittlere Alter der Patientinnen der Kondylomatose-Gruppe jedoch, wie oben dargestellt, von dem der übrigen Gruppen unterschied, wurde zusätzlich eine Kovarianzanalyse mit dem Alter als Kovariate durchgeführt. Die Homogenität der Varianzen wurde mittels Levene-Test geprüft. Die Ergebnisse der Kovarianzanalyse zu den einzelnen Skalen sind jeweils der Tabellenübersicht zu entnehmen; die signifikanten Ergebnisse werden zusätzlich jeweils in Form eines Diagramms veranschaulicht.

3.2.1 Bindungstyp in der Partnerschaft

1. statistische Hypothese: Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Bindungstyps in der Partnerschaft

Bindungstypen der Gesamtstichprobe

Bei der Auswertung des oben beschriebenen BFPE-Fragebogens nach HÖGER und BUSCHKÄMPER (1999) ergaben sich für die einzelnen Diagnosegruppen die folgenden Bindungstypen in der Partnerschaft:

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Bindungstypen innerhalb der Diagnosegruppen

Bindungstyp	Diagnosegruppe								Gesamt	
	VIN		Kondylomatose		Vulvodynie		Lichen sclerosus			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
vermeidend	2	10,5	1	7,1	3	27,3	3	33,3	9	17,0
sicher	3	15,8	0	0	1	9,1	2	22,2	6	11,3
ambivalent	14	73,7	13	92,9	7	63,6	4	44,4	38	71,7
Gesamt	19	100,0	14	100,0	11	100,0	9	100,0	53	100,0

Demnach waren die Patientinnen der VIN-Gruppe überwiegend (73.7 %) ambivalent gebunden, 3 (15.8 %) waren sicher gebunden, 2 (10.5 %) hatten einen vermeidenden Bindungsstil.

Innerhalb der Kondylomatose-Gruppe war die deutliche Mehrzahl (92.9 %) der Patientinnen ambivalent gebunden, keine (0 %) der Patientinnen war sicher gebunden, eine Patientin (7.1 %) wies einen vermeidenden Bindungsstil auf.

Unter den Vulvodynie-Patientinnen waren ebenfalls die meisten (63.6 %) ambivalent gebunden, 3 (27.3 %) hatten einen vermeidenden Bindungsstil, eine (9.1 %) war sicher gebunden.

Auch unter den Lichen sclerosus-Patientinnen überwog mit 44.4 % der ambivalente Bindungsstil, 3 (33.3 %) waren vermeidend gebunden, 2 (22.2 %) wiesen einen sicheren Bindungsstil auf.

Eine Übersicht über die Bindungsstile der einzelnen Diagnosegruppen gibt folgendes Diagramm:

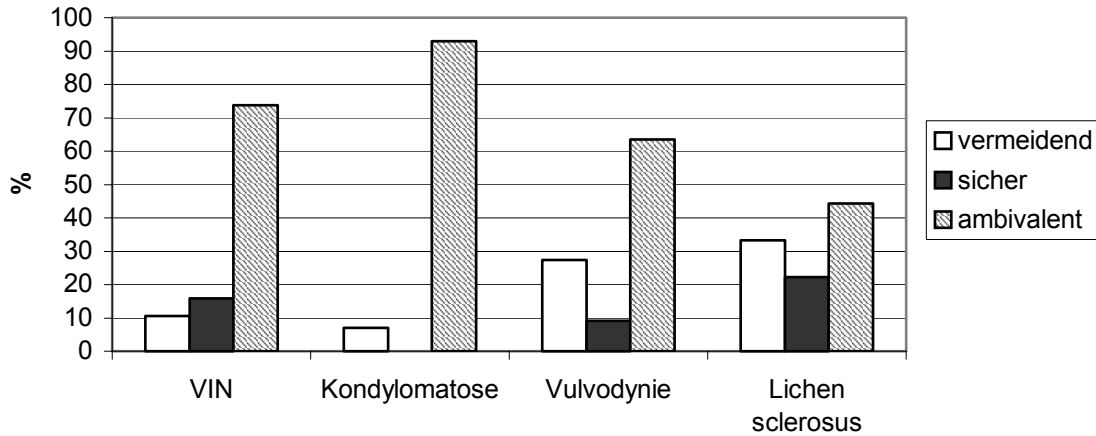


Diagramm 25: Übersicht über die Bindungstypen innerhalb der Diagnosegruppen

Hypothesentestung

Aufgrund geringer Zellhäufigkeiten wurde hier kein Signifikanztest gerechnet.

Vergleich mit Referenzstichprobe

Beim Vergleich der vorliegenden Stichprobe mit einer Referenzstichprobe ergaben sich signifikante Unterschiede bezüglich der Häufigkeitsverteilung der einzelnen Bindungsstile. In der untersuchten Stichprobe der Patientinnen mit Vulvaerkrankungen waren weniger Frauen sicher oder vermeidend gebunden als in der Referenzstichprobe, im Vergleich war jedoch ein wesentlich höherer Anteil der Patientinnen ambivalent gebunden. Die einzelnen Häufigkeiten sind folgender Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Bindungstypen in untersuchter Stichprobe und Referenzstichprobe

	Untersuchungsstichprobe			Referenzstichprobe	
	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozent	Häufigkeit	Prozent
vermeidend	9	10.00	16.98	181	47.50
sicher	6	6.67	11.32	78	20.50
ambivalent	38	42.22	71.70	122	32.00
gesamt	53	58.89	100	381	100
fehlend	37	41.11			
gesamt	90	100			

Im Diagramm stellt sich der Vergleich zwischen Gesamtstichprobe und Referenzstichprobe bezüglich der Bindungstypenhäufigkeit wie folgt dar:

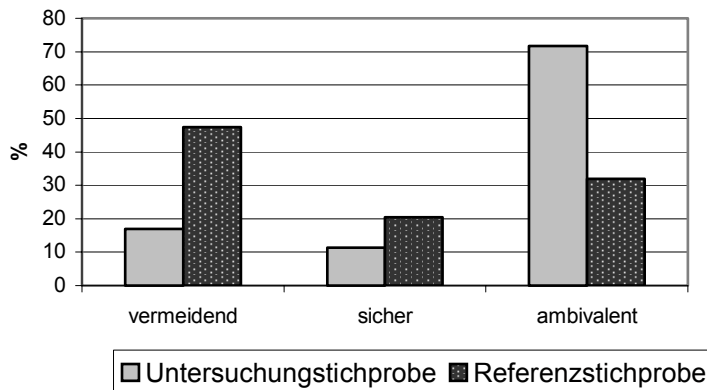


Diagramm 26: Vergleich der Gesamtstichprobe mit der Referenzstichprobe bezüglich der Häufigkeitsverteilung der Bindungstypen

Im χ^2 -Test bestätigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Häufigkeitsverteilung der Bindungstypen in untersuchter Stichprobe und Referenzstichprobe ($\chi^2 = 38.67$; $df = 2$; $p = 0.00$).

Diese Unterschiede zwischen Referenzstichprobe und den einzelnen Diagnosegruppen bezüglich der Häufigkeitsverteilung der Bindungstypen zeigt folgende Tabelle:

Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Bindungstypen innerhalb der Diagnosegruppen und in der Referenzstichprobe

Bindungstyp	Untersuchungsstichprobe								Referenzstichprobe	
	VIN		Kondylomatose		Vulvodynie		Lichen sclerosus		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
vermeidend	2	10,5	1	7,1	3	27,3	3	33,3	181	47,50
sicher	3	15,8	0	0	1	9,1	2	22,2	78	20,50
ambivalent	14	73,7	13	92,9	7	63,6	4	44,4	122	32,00
gesamt	19	100,0	14	100,0	11	100,0	9	100,0	381	100

In der Diagrammübersicht stellt sich dieser Vergleich wie folgt dar:

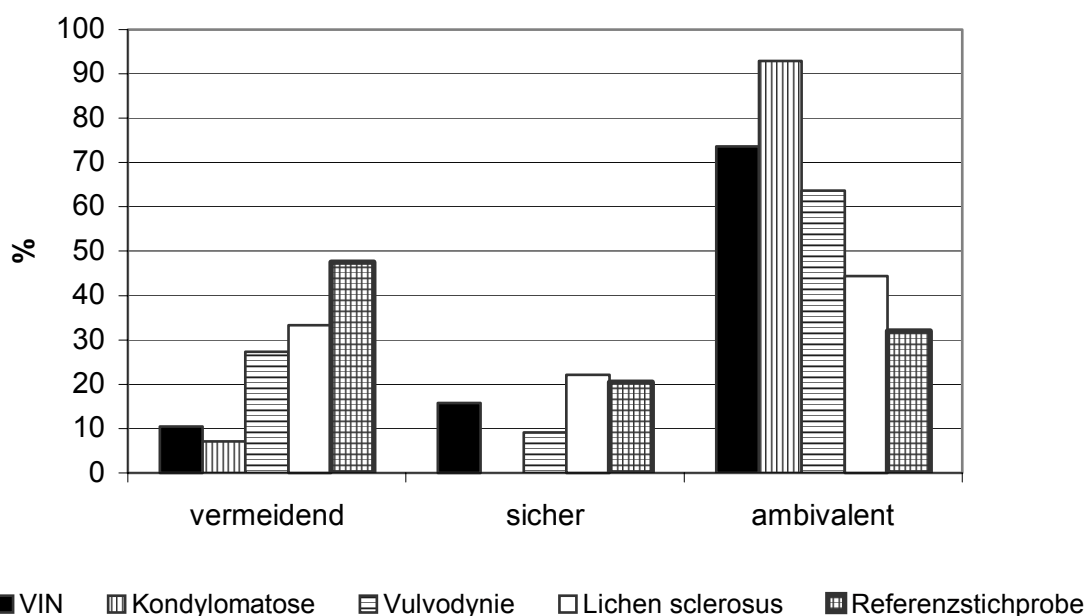


Diagramm 27: Vergleich der Referenzstichprobe mit den einzelnen Diagnosegruppen bezüglich der Häufigkeitsverteilung der Bindungstypen

Aufgrund zu geringer Zelhäufigkeiten konnte hier kein Signifikanztest gerechnet werden. Aus obenstehender Tabelle wird jedoch ersichtlich, dass die Differenz zur Referenzstichprobe hauptsächlich durch die Patientinnen der VIN-Gruppe sowie der Kondylomatose-Gruppe erklärt werden kann, die besonders wenig vermeidend gebunden waren und stattdessen im Vergleich zur Referenzstichprobe wesentlich häufiger einen

ambivalenten Bindungsstil aufwiesen. Die Kondylomatose-Gruppe sowie die Vulvodynie-Gruppe waren im Vergleich zur Referenzstichprobe auffallend seltener sicher gebunden.

Kovarianzanalyse

Zusätzlich zur Ermittlung der Bindungstypen wurde an Hand einer Kovarianzanalyse untersucht, ob sich die Behandlungsgruppen bezüglich der folgenden Skalen des BFPE-Fragebogens unterschieden: „Akzeptanzprobleme“, „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“ (diese Skalen liegen dem BFPE-Fragebogen nach HÖGER und BUSCHKÄMPER (1999) zugrunde und wurden auch zur Ermittlung der Bindungstypen in der Partnerschaft verwendet) sowie bezüglich der Skalen „Distanzierung“, „Unterstützung“ und „Anteilnahme“ (diese Skalen wurden für die selbsterstellten Fragen zur Partnerschaftszufriedenheit seit der Vulvaerkrankung ermittelt). Zu jeder dieser Skalen wurde die Nullhypothese, dass keine Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen, getestet. Einen Überblick über die Ergebnisse der Kovarianzanalyse gibt folgende Tabelle:

Tabelle 13: Ergebnisse der Kovarianzanalyse zur Partnerschaft (Kovariate: Alter)

	VIN			Kondylomatose			Vulvodynie			Lichen sclerosus			Kovarianzanalyse	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Distanzierung	7.78	4.01	23	8.15	3.08	13	9.17	3.90	12	8.77	3.61	13	5.80	0.63
Unterstützung	7.67	3.28	21	10.92	5.02	13	9.40	5.40	10	7.92	2.47	12	3.54	0.02*
Anteilnahme	13.35	2.46	23	14.21	0.97	14	13.08	2.14	13	12.93	2.84	14	0.36	0.78
Akzeptanzprobleme	1.82	0.70	21	2.25	0.65	14	1.71	0.52	12	1.51	0.40	12	1.97	0.13
Öffnungsbereitschaft	4.08	0.66	24	4.19	0.60	15	4.08	0.67	12	4.14	0.52	11	0.07	0.98
Zuwendungsbedürfnis	2.76	0.84	21	3.13	0.78	15	2.60	0.68	13	2.21	0.66	12	2.53	0.07

Die Mittelwerte der Diagnosegruppen unterschieden sich demzufolge nur bezüglich der Skala „Unterstützung“ signifikant ($F = 3.54$; $df = 3$; $p = 0.02$), indem die Kondylomatose-Gruppe in dieser Skala den höchsten Mittelwert erreichte. Hier hatte das Alter als Kovariate einen signifikanten Einfluss ($p = 0.03$).

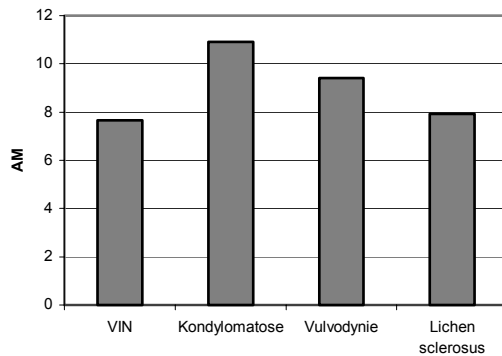


Diagramm 28: Mittelwerte der Diagnosegruppen für die Skala "Unterstützung"

Es wurden Einzelvergleiche mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben angestellt. Dazu wurde zunächst eine Bonferoni-Korrektur vorgenommen, sodass das α -Niveau pro Test $0.05 : 6 = 0.0083$ betrug. Im t-Test ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei den Einzelvergleichen der Diagnosegruppen (dieser Widerspruch im Vergleich zur Kovarianzanalyse ist auf die α -Anpassung im Rahmen der Bonferoni-Korrektur zurückzuführen):

Tabelle 14: t-Test zum Gruppeneinzelvergleich bezüglich der Skala "Unterstützung"

	N	\bar{x} (s)		N	\bar{x} (s)	t	df	p
			Kondylomatose	13	10.92 (5.02)	-2,08	18,4	,052
VIN	21	7.67 (3.28)	Vulvodynie	10	9.40 (5.40)	-,94	12,3	,367
			Lichen sclerosus	12	7.92 (2.47)	-,23	31	,820
Kondylomatose	13	10.92 (5.02)	Vulvodynie	10	9.40 (5.40)	,70	21	,493
			Lichen sclerosus	12	7.92 (2.47)	1,9	17,8	,071
Vulvodynie	10	9.40 (5.40)	Lichen sclerosus	12	7.92 (2.47)	,80	12,1	,438

Hypothesentestung

Bei folgenden Skalen wurde die Nullhypothese, welche besagt, dass kein Unterschied zwischen den Gruppen besteht, beibehalten:

- Distanzierung
- Anteilnahme
- Akzeptanzprobleme
- Öffnungsbereitschaft
- Zuwendungsbedürfnis.

Für die Skala „Unterstützung“ wurde an Hand der Kovarianzanalyse die Nullhypothese verworfen, d.h. es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den 4 Diagnosegruppen, indem sich die Kondylomatose-Patientinnen seit Beginn ihrer Vulvaerkrankung am stärksten im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns durch ihren Partner unterstützt, umsorgt und geschont fühlten, wohingegen die VIN-Patientinnen diese Unterstützung nach eigenen Angaben am wenigsten erhielten.

Bezüglich der Skala „Zuwendungsbedürfnis“ ($F = 2.53$; $p = 0.07$) sei angemerkt, dass sich zwar keine statistisch signifikanten Unterschiede ergaben; es zeichnete sich jedoch ein Trend ab, dass die Kondylomatose-Patientinnen das stärkste Zuwendungsbedürfnis im Sinne eines Wunsches nach andauernder Anwesenheit und Zuwendung des Partners empfanden, welches hingegen bei den Lichen sclerosus-Patientinnen am geringsten ausgeprägt war.

3.2.2 Zufriedenheit mit dem Sexualleben

2. statistische Hypothese: *Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Zufriedenheit bezüglich ihres Sexuallebens.*

Kovarianzanalyse

Die Zufriedenheit bezüglich des Sexuallebens wurde an Hand der Skalen „Interesse“, „Submissivität“, „Aversion“, „Initiative“, „Beeinträchtigung des Sexualverkehrs“, „Verunsicherung als Frau“, „Libidosteigerung“, „Angst vor Ansteckung“ untersucht. Dabei bezogen sich die Items der letzten 4 Skalen im Fragebogen explizit auf die Sexualität seit Beginn der Vulvaerkrankung.

Zu jeder Skala wurde die Nullhypothese getestet. Die Ergebnisse der Kovarianzanalyse sind folgender Tabelle zu entnehmen:

**Tabelle 15: Ergebnisse der Kovarianzanalyse zur Zufriedenheit bezüglich des Sexuallebens
(Kovariate: Alter)**

	VIN			Kondylo- matose			Vulvo- dynie			Lichen sclerosus			Kovarianz- analyse	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Interesse	15.77	2.74	22	16.00	2.68	16	15.00	3.30	10	15.58	3.34	12	0.23	0.88
Submissivität	8.23	3.32	22	8.62	3.77	16	9.82	3.82	11	9.91	3.91	11	0.77	0.51
Aversion	6.00	2.00	21	6.36	1.86	14	7.00	3.26	11	5.17	0.39	12	0.99	0.40
Initiative	6.10	2.02	21	7.33	2.41	15	5.00	1.63	10	6.33	2.02	12	2.14	0.11
Beeinträchtigung des Sexualverkehrs	26.41	10.65	22	20.79	8.91	14	32.78	14.85	09	28.09	12.48	11	2.69	0.06
Verunsicherung als Frau	10.43	4.67	23	10.00	3.57	14	13.55	17.16	11	9.50	4.54	12	1.52	0.22
Libido- Steigerung	4.30	1.99	23	4.71	2.67	14	4.20	2.57	10	3.91	1.58	11	0.52	0.67
Angst vor Ansteckung	3.78	2.33	23	5.13	2.58	16	3.42	1.98	12	2.54	1.33	13	1.73	0.17

Hypothesentestung

Es ergaben sich also in der Kovarianzanalyse bezüglich keiner der obenstehenden Skalen signifikante Unterschiede zwischen den 4 Diagnosegruppen, sodass für alle aufgeführten Skalen die Nullhypothese beibehalten werden konnte.

Bezüglich der Skala „Beeinträchtigung des Sexualverkehrs“ ($F = 2.69$; $p = 0.06$) sei angemerkt, dass sich zwar ebenfalls keine signifikanten Unterschiede ergaben; es zeichnete sich jedoch ein Trend ab, dass die Vulvodynie-Patientinnen sich hinsichtlich des Sexualverkehrs am stärksten beeinträchtigt fühlten, gefolgt von den Patientinnen mit Lichen sclerosus, VIN und Kondylomatose.

3.2.3 Subjektiver Leidensdruck

3. statistische Hypothese: Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des aus der Vulvaerkrankung resultierenden subjektiven Leidensdrucks.

Bereits im deskriptiven Teil vorliegender Arbeit wurden im Kapitel 3.1 die Ergebnisse der Selbsteinschätzung des subjektiven Leidensdrucks durch die Patientinnen auf einer Skala von 1-10 beschrieben. Dabei hatte die Gesamtstichprobe ihren subjektiven Leidensdruck im Mittel auf $\bar{x} = 4.9$ ($s = 3.2$) eingeschätzt. Im Signifikanztest auf Gruppenunterschiede konnte gezeigt werden, dass sich der Mittelwert der Vulvodynie-Gruppe auf dem 5%-Niveau signifikant von dem der Lichen sclerosus-Gruppe unterschied ($p = 0.04$), wobei die Vulvodynie-Gruppe den subjektiven Leidensdruck am höchsten einschätzte, die Lichen sclerosus-Gruppe am geringsten.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse zum subjektiven Leidensdruck wiedergegeben werden, die sich aus der Beantwortung des Fragebogens zur Erhebung des subjektiven Leidensdrucks für dessen einzelne Skalen ergaben.

Kovarianzanalyse

Der subjektive Leidensdruck wurde an Hand der Skalen „Belastung durch die Krankheit“, „Auswirkungen auf den Alltag“ und „Verarbeitung der Krankheit“ untersucht. Für jede Skala wurde eine Kovarianzanalyse durchgeführt und die Nullhypothese getestet. Folgende Tabelle enthält einen Überblick über die Ergebnisse:

Tabelle 16: Ergebnisse der Kovarianzanalyse zum subjektiven Leidensdruck (Kovariate: Alter)

	VIN			Kondylo- matose			Vulvo- dynie			Lichen sclerosus			Kovarianz- analyse	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Belastung durch die Krankheit	22.68	8.17	25	25.50	9.04	16	30.85	12.70	13	21.19	7.02	16	2.78	0.04*
Auswirkungen auf den Alltag	13.28	4.98	25	14.80	6.73	15	14.42	5.18	12	13.08	3.86	13	0.36	0.78
Verarbeitung der Krankheit	14.19	3.85	27	13.05	2.90	19	12.07	3.26	15	14.75	2.54	16	1.93	0.13

Die Mittelwerte der Diagnosegruppen unterschieden sich demzufolge bezüglich der Skala „Belastung durch die Krankheit“ signifikant ($F = 2.78$; $df = 3$; $p = 0.04$), indem sich die Vulvodynie-Gruppe im Mittel am stärksten durch die Erkrankung psychisch belastet fühlte, gefolgt von Kondylomatose-, VIN-, und schließlich Lichen sclerosus-Gruppe. Hier hatte das Alter als Kovariate keinen signifikanten Einfluss ($p = 0.51$).

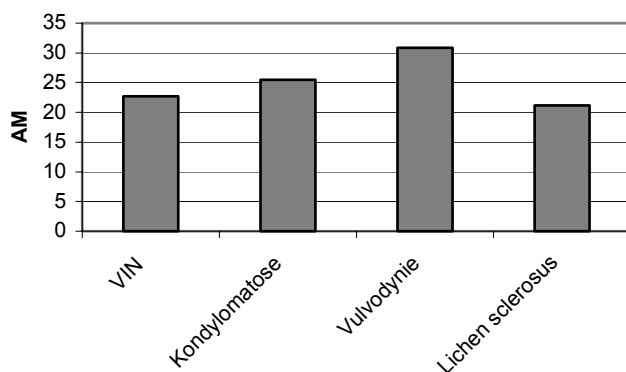


Diagramm 29: Mittelwerte der Diagnosegruppen für die Skala "Belastung durch die Krankheit"

Es wurden Einzelvergleiche mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben angestellt. Dazu wurde zunächst eine Bonferoni-Korrektur vorgenommen, sodass das α -Niveau pro Test $0.05 : 6 = 0.0083$ betrug. Im t-Test ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei den Einzelvergleichen der Diagnosegruppen (dieser Widerspruch im Vergleich zur Kovarianzanalyse ist auf die α -Anpassung im Rahmen der Bonferoni-Korrektur zurückzuführen):

Tabelle 17: t-Test zum Gruppeneinzelvergleich bezüglich der Skala "Belastung durch die Krankheit"

	N	\bar{x} (s)		N	\bar{x} (s)	t	df	p
			Kondylomatose	16	25.50 (9.04)	-1,03	39	,307
VIN	25	22.68 (8.17)	Vulvodynie	13	30.85 (12.70)	-2,10	17,3	,050
			Lichen sclerosus	16	21.19 (7.02)	,60	39	,551
Kondylomatose	16	25.50 (9.04)	Vulvodynie	13	30.85 (12.70)	-1,32	27	,197
			Lichen sclerosus	16	21.19 (7.02)	1,51	30	,142
Vulvodynie	13	30.85 (12.70)	Lichen sclerosus	16	21.19 (7.02)	2,45	17,8	,025

Hypothesentestung

Bei folgenden Skalen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den 4 Diagnosegruppen festgestellt werden, sodass die Nullhypothese beibehalten wurde:

- Auswirkungen auf den Alltag
- Verarbeitung der Krankheit.

Für die Skala „Belastung durch die Krankheit“ wurde an Hand der Kovarianzanalyse die Nullhypothese verworfen, d.h. es bestand ein signifikanter Unterschied zwischen den 4 Behandlungsgruppen, insofern, als sich die Lichen sclerosus-Patientinnen am wenigsten, die Vulvodynie-Patientinnen sich am stärksten durch die Vulvaerkrankung psychisch belastet, überfordert, hilflos, unsicher und in ihrer Lebensfreude reduziert fühlten.

3.2.4 Einstellung zum eigenen Körper

4. statistische Hypothese: Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Einstellung zum eigenen Körper

Kovarianzanalyse

Die Einstellung zum eigenen Körper wurde an Hand der Skalen „Attraktivität/Selbstvertrauen“, „Akzentuierung des Körpers/Sensibilität“, „Unsicherheit/Besorgnis“ und „körperlich-sexuelles Missempfinden“ untersucht. Es wurde zu jeder Skala eine Kovarianzanalyse durchgeführt und die Nullhypothese überprüft. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Kovarianzanalyse:

Tabelle 18: Ergebnisse der Kovarianzanalyse zur "Einstellung zum eigenen Körper" (Kovariate: Alter)

	VIN			Kondylo- matose			Vulvo- dynie			Lichen sclerosus			Kovarianz- analyse	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>n</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Attraktivität/ Selbstvertrauen	10.45	4.42	20	9.94	3.91	17	9.82	3.87	11	11.46	3.20	13	0.35	0.79
Akzentuierung des Körpers/ Sensibilität	6.78	2.04	23	8.47	2.35	17	6.80	2.65	15	6.47	2.17	15	2.0	0.12
Unsicherheit/ Besorgnis	4.12	2.92	26	5.84	2.87	19	4.29	3.31	17	5.13	2.83	15	1.29	0.28
körperlich- sexuelles Missempfinden	1.46	1.86	26	2.00	1.19	18	1.64	1.43	11	1.58	1.68	12	0.09	0.97

Hypothesentestung

Es ergaben sich also in der Kovarianzanalyse bezüglich keiner der obenstehenden Skalen signifikante Unterschiede hinsichtlich der Einstellung zum eigenen Körper zwischen den 4 Diagnosegruppen, sodass für alle aufgeführten Skalen die Nullhypothese beibehalten werden musste.

Vergleich mit Eichstichprobe

Im Vergleich mit der Eichstichprobe ergab sich lediglich für die Kondylomatose-Patientinnen ein signifikanter Unterschied auf dem 5%-Niveau bezüglich der Skala „Unsicherheit /Besorgnis“ ($\bar{x} = 5.84$; $p = 0.02$; Testwert der Eichstichprobe: 4.2). Demzufolge neigten die Kondylomatose-Patientinnen im Vergleich zur Eichstichprobe in signifikant höherem Maße zur eher hypochondrischen Beachtung des eigenen Körpers, zu Verunsicherung und Misstrauen gegenüber körperlichen Vorgängen und zu einem Gefühl der Unsicherheit und mangelnden Körperselbstkontrolle. Bezüglich der übrigen Skalen unterschieden sich die Diagnosegruppen nicht signifikant von der Eichstichprobe (*s. Anhang*).

3.3 Überprüfung der Zusammenhänge zwischen subjektivem Leidensdruck und Bindungstyp in der Partnerschaft, Zufriedenheit mit der Sexualität, Einstellung zum eigenen Körper und Schweregrad der Vulvaerkrankung

3.3.1 Bindungstyp in der Partnerschaft

Die statistische Hypothese 5 bezog sich auf Unterschiede zwischen den Bindungstypen in der Partnerschaft hinsichtlich des Leidensdrucks. Zum Vergleich der Bindungstypen bezüglich der einzelnen Skalen des Leidensdrucks wurde eine Varianzanalyse durchgeführt.

5. statistische Hypothese: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bindungstypen in der Partnerschaft hinsichtlich des subjektiven Leidensdrucks.

Varianzanalyse

Nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Ergebnisse der Varianzanalyse für die Bindungstypen in der Gesamtstichprobe bezüglich der 3 Skalen des subjektiven Leidensdrucks:

Tabelle 19: Ergebnisse der Varianzanalyse zu den Bindungstypen der Gesamtstichprobe bezüglich der 3 Skalen des subjektiven Leidensdrucks

	vermeidend			sicher			ambivalent			Varianzanalyse	
	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	F	p
Belastung durch die Krankheit	24.00	7.83	9	19.33	5.01	6	26.56	11.22	34	1.36	0.27
Auswirkungen auf den Alltag	12.13	2.90	8	10.00	0.00	4	15.42	6.61	31	2.2	0.12
Verarbeitung der Krankheit	13.89	2.85	9	12.80	5.02	5	12.94	3.60	34	0.26	0.77

Hypothesentestung

Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bindungstypen bezüglich der einzelnen Skalen des subjektiven Leidensdrucks, sodass für alle Skalen die Nullhypothese beibehalten wurde.

Die Hypothesen 6 bis 8 bezogen sich auf Zusammenhänge zwischen dem Leidensdruck und den folgenden Variablen:

6. Zufriedenheit bezüglich des Sexuallebens
7. Einstellung zum eigenen Körper
8. Schweregrad der Vulvaerkrankung.

Um eventuelle Zusammenhänge zu prüfen, wurde ein Korrelationstest nach Pearson durchgeführt, in dem die einzelnen Faktoren des Leidensdrucks jeweils mit den einzelnen Skalen der oben genannten Variablen korreliert wurden.

Zwecks besserer Übersicht werden die signifikanten Ergebnisse der Korrelationstests faktorenweise dargestellt (Gesamtübersicht s. *Anhang*):

3.3.2 Zufriedenheit mit der Sexualität

6. statistische Hypothese: *Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem subjektiven Leidensdruck und der Zufriedenheit bezüglich der Sexualität.*

Korrelationstest

Der Faktor „Belastung durch die Krankheit“ korrelierte signifikant mit „Submissivität“ ($r = 0.34$; $p = 0.01$). Des Weiteren bestand eine sehr signifikante Korrelation mit „Angst vor Ansteckung“ ($r = 0.45$; $p = 0.001$). Hoch signifikant korrelierte dieser Faktor außerdem mit „Beeinträchtigung des Sexualverkehrs“ ($r = 0.63$; $p = 0.00$) sowie mit „Verunsicherung als Frau“ ($r = 0.62$; $p = 0.00$).

Der Faktor „Auswirkungen auf den Alltag“ korrelierte signifikant mit „Angst vor Ansteckung“ ($r = 0.34$; $p = 0.01$) sowie sehr signifikant mit „Beeinträchtigung des Sexualverkehrs“ ($r = 0.42$; $p = 0.003$) und „Verunsicherung als Frau“ ($r = 0.47$; $p = 0.001$).

Der Faktor „Verarbeitung der Krankheit“ korrelierte sehr signifikant mit „Libidosteigerung“ ($r = 0.42$; $p = 0.002$). Außerdem war er negativ korreliert mit

„Aversion“ ($r = -0.41$; $p = 0.003$), „Beeinträchtigung des Sexualverkehrs“ ($r = -0.42$; $p = 0.003$) und „Verunsicherung als Frau“ ($r = -0.3$; $p = 0.3$).

(Übersicht s. *Anhang*)

Hypothesentestung

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die Skala „Belastung durch die Krankheit“ korrelierte mit:

- „Submissivität“
- „Angst vor Ansteckung“
- „Beeinträchtigung des Sexualverkehrs“
- „Verunsicherung als Frau“,

die Skala „Auswirkungen auf den Alltag“ korrelierte mit:

- „Angst vor Ansteckung“
- „Beeinträchtigung des Sexualverkehrs“
- „Verunsicherung als Frau“,

die Skala „Verarbeitung der Krankheit“ korrelierte mit:

- „Libidosteigerung“

und negativ korrelierte mit:

- „Aversion“
- „Beeinträchtigung des Sexualverkehrs“
- „Verunsicherung als Frau“.

Für diese Zusammenhänge konnte die Nullhypothese verworfen werden, d.h. es besteht bezüglich dieser Faktoren ein signifikanter Zusammenhang zwischen Leidensdruck und Zufriedenheit mit dem Sexualleben.

3.3.3 Einstellung zum eigenen Körper

7. statistische Hypothese: *Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem subjektiven Leidensdruck und der Einstellung zum eigenen Körper.*

Korrelationstest

Der Faktor „Belastung durch die Krankheit“ korrelierte negativ mit „Attraktivität/Selbstvertrauen“ ($r = -0.29$; $p = 0.04$), sehr signifikant mit „Unsicherheit/Besorgnis“ ($r = 0.36$; $p = 0.004$) sowie hoch signifikant mit „körperlich-sexuelles Missempfinden“ ($r = 0.44$; $p = 0$).

Für den Faktor „Verarbeitung der Krankheit“ ergab sich eine negative Korrelation mit „Unsicherheit/Besorgnis“ ($r = -0.26$; $p = 0.033$) sowie mit „körperlich-sexuelles Missempfinden“ ($r = -0.27$; $p = 0.04$).

(Übersicht s. *Anhang*)

Hypothesentestung

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die Skala „Belastung durch die Krankheit“ korrelierte mit:

„Unsicherheit/Besorgnis“

„körperlich-sexuelles Missempfinden“

und negativ korrelierte mit:

„Attraktivität/Selbstvertrauen“,

die Skala „Verarbeitung der Krankheit“ negativ korrelierte mit:

„Unsicherheit/Besorgnis“

„körperlich-sexuelles Missempfinden“.

Für diese Zusammenhänge konnte die Nullhypothese verworfen werden, d.h. es besteht bezüglich dieser Faktoren ein signifikanter Zusammenhang zwischen Leidensdruck und Einstellung zum eigenen Körper.

3.3.4 Schweregrad der Vulvaerkrankung

8. statistische Hypothese: *Es besteht kein signifikant negativer Zusammenhang zwischen Schweregrad der Vulvaerkrankung und der Intensität des subjektiven Leidensdrucks.*

Dieser Hypothese liegt die Bildung einer Rangfolge der vier Vulvaerkrankungen entsprechend ihrem Schweregrad zugrunde, die nach dem Kriterium des Risikos einer malignen Entartung vorgenommen wurde. Der VIN wurde entsprechend ihrer Eigenschaft als Präkanzerose der höchste Schweregrad zugeordnet; es folgt die Kondylomatose, die bei gleichzeitiger Infektion mit high-risk-HPV-Typen ebenfalls malignes Potential besitzt, gefolgt vom Lichen sclerosus, der nicht als Präkanzerose gilt, jedoch gehäuft in der Umgebung von Vulvacarzinomen anzutreffen ist. Der geringste Schweregrad wurde der Vulvodynie zugeordnet, bei der keine maligne Entartung zu erwarten ist. (Nähere diesbezügliche Angaben zu den einzelnen gynäkologischen Krankheitsbildern sind dem Kapitel 1.2. zu entnehmen.) Entsprechend dem Schweregrad ergab sich also folgende Rangfolge:

1. VIN (höchster Schweregrad)
2. Kondylomatose
3. Lichen sclerosus
4. Vulvodynie (niedrigster Schweregrad).

In der Dysplasiesprechstunde hatte sich die Tendenz gezeigt, dass die Patientinnen mit geringerem Schweregrad ihrer Vulvaerkrankung zu einem höheren Leidensdruck neigten, als die Patientinnen mit hohem Schweregrad. Diese Beobachtung führte zur Formulierung obenstehender statistischer Hypothese.

Korrelationstest

Im Korrelationstest nach Pearson ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Faktoren des Leidensdrucks und dem Schweregrad der Vulvaerkrankung.

Hypothesentestung

Da im Korrelationstest keine signifikanten Ergebnisse gezeigt werden konnten, muss die Nullhypothese („Es besteht kein signifikant negativer Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Vulvaerkrankung und der Intensität des Leidensdrucks.“) angenommen werden.

Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Kovarianzanalyse (S.115) zeigte, dass sich die Gruppen signifikant bezüglich einer Skala des Leidensdrucks („Belastung durch die Krankheit“) unterschieden und dass hier die Vulvodynie-Gruppe (geringster Schweregrad) den höchsten Mittelwert in dieser Skala aufwies.

3.4 Sexuelle Funktionsstörungen

Im Folgenden soll kurz näher auf die Sexualität der Patientinnen mit Vulvaerkrankungen eingegangen werden. In der bislang zur Verfügung stehenden Literatur ist zwar wiederholt von sexuellen Funktionsstörungen dieser Patientinnen die Rede, ohne dass diese jedoch konkret benannt werden.

Laut ICD10 werden sexuelle Funktionsstörungen folgendermaßen definiert: „Sexuelle Funktionsstörungen verhindern die von der betroffenen Person gewünschte sexuelle Beziehung. Es können ein Mangel an sexuellem Verlangen oder Befriedigung, ein Ausfall der für den Geschlechtsakt notwendigen physiologischen Reaktionen oder eine Unfähigkeit, den Orgasmus zu steuern oder zu erleben, auftreten“ (ICD 10, S.201). Laut ICD 10 sind die sexuellen Funktionsstörungen für nicht organische Erkrankungen definiert, sollen an dieser Stelle aber dennoch zur Anwendung kommen, um die sexuelle Beeinträchtigung der Patientinnen mit Vulvaerkrankungen zu klassifizieren.

Anhand der im Sexualfragebogen (s Kapitel 2.2) erhobenen Daten wurden die in vorliegender Stichprobe auftretenden sexuellen Funktionsstörungen ermittelt. Dazu wurden die Items des Fragebogens inhaltlich den unten aufgeführten sexuellen Funktionsstörungen zugeordnet und die Häufigkeit des Auftretens sexueller Funktionsstörungen innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen ermittelt. Anschließend wurde anhand eines χ^2 -Tests ein Gruppenvergleich angestellt. Die Ergebnisse sind folgender Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 20: Sexuelle Funktionsstörungen innerhalb der Diagnosegruppen und diesbezügliche Gruppenunterschiede im χ^2 -Test

Sexuelle Funktionsstörung	VIN		Kondylo- matose		Vulvo- dynie		Lichen sclerosus		Gesamt		χ^2 -Test		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	df	p
Sexuelle Appetenzstörung (ICD10 F52.0)	22	66,7	14	66,7	9	50,0	10	55,6	55	61,1	1,870	3	,600
Sexuelle Aversion (ICD10 F52.10)	9	27,3	4	19,0	7	38,9	6	33,3	26	28,9	2,081	3	,556
Sexuelle Erregungsstörung (ICD10 F52.2)	10	30,3	3	14,3	5	27,8	8	44,4	26	28,9	4,343	3	,227
Dyspareunie (ICD10 F52.6)	16	48,5	9	42,9	9	50,0	13	72,2	47	52,2	3,844	3	,279
Orgasmusstörung (ICD10 F52.3)	10	30,3	7	33,3	6	33,3	10	55,6	33	36,7	3,528	3	,317
Nachorgastische Reaktion (ICD10 F52.8)	1	3,0	2	9,5	2	11,1	0	0	5	5,6	3,149	3	,369
Befriedigungsstörung (ICD10 F52.8)	15	45,5	7	33,3	7	38,9	7	38,9	36	40,0	,816	3	,846
Sexuelle Störung des Partners (ICD10 F52.2)	3	9,1	2	9,5	3	16,7	1	5,6	9	10,0	1,320	3	,724
Vaginismus * (ICD10 F52.5)*	3	10,0	1	5,6	5	31,3	4	25,0	13	16,3	5,92	3	0,116

* Der „Vaginismus“ wurde anhand Frage 6 des „FB zu den Vulvabeschwerden“ erhoben, der in Kap. 3.1.4 deskriptiv dargestellt wurde.

Die Items des Fragebogens, die nicht direkt einer sexuellen Funktionsstörung nach ICD10 zuzuordnen waren, aber dennoch aufschlussreiche Informationen über die Sexualität der Patientinnen enthielten, sollen in folgender Tabelle ergänzend aufgeführt werden (zu beachten ist hier die teils negative Polung der Items). Auch bezüglich dieser Items wurde ein Gruppenvergleich mittels χ^2 -Test durchgeführt:

Tabelle 21: Aussagen bezüglich der Sexualität getrennt nach Diagnosegruppen und diesbezügliche Gruppenunterschiede im χ^2 -Test

Fragebogen-Item	VIN		Kondylo- matose		Vulvo- dynie		Lichen sclerosus		Gesamt		χ^2 -Test		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	df	p
(-) „Es hat sich nichts geändert.“	17	70,8	11	64,7	8	72,7	5	41,7	41	64,1	3,454	3	,327
„Geschlechtsverkehr ist nicht möglich.“	8	32,0	4	25,0	7	53,8	5	41,7	24	36,4	2,961	3	,398
„Ich habe seltener Geschlechtsverkehr.“	17	70,8	4	26,7	7	70,0	7	50,0	35	55,6	8,359	3	,039*
(-) „Ich bin (seit/trotz meiner Erkrankung) mit meinem Sexualleben zufrieden.“	14	58,3	7	41,2	11	91,7	4	30,8	36	54,5	10,998	3	,012*
(-) „Mein Partner ist (seit/trotz meiner Erkrankung) mit unserem Sexualleben zufrieden.“	16	69,6	7	43,8	9	75,0	6	42,9	38	58,5	5,349	3	,148

Aus den Tabellen ist ersichtlich, dass sich im χ^2 -Test für die Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen ergaben.

Dennoch fällt bei der Betrachtung der Häufigkeiten der einzelnen Störungen pro Diagnosegruppe auf, dass die Gruppe der Lichen sclerosus-Patientinnen am häufigsten unter sexuellen Erregungsstörungen, Dyspareunie und Orgasmusstörungen litt, aber dennoch von allen Gruppen mit ihrer Sexualität am zufriedensten war.

Die Gruppe der Vulvodynie-Patientinnen gab von allen Gruppen am häufigsten an, unter sexueller Aversion zu leiden, bemerkte am häufigsten, ihre Sexualität habe sich verändert und der Geschlechtsverkehr sei erkrankungsbedingt unmöglich und zeigte am häufigsten Symptome eines Vaginismus. Diese Gruppe erwies sich insgesamt am unzufriedensten mit ihrer Sexualität seit der Vulvaerkrankung.

Auffallend war weiterhin, dass innerhalb jeder Diagnosegruppe jeweils die meisten Patientinnen von sexuellen Appetenzstörungen sowie Dyspareunie betroffen waren. Für die Gesamtstichprobe waren folglich diese beiden Störungen führend, wobei insgesamt 55 Patientinnen (= 61.1%) sexuelle Appetenzstörungen hatten, 47 (= 52.2%) der befragten Frauen litten unter Dyspareunie.

41 Patientinnen (= 64.1%) der Gesamtstichprobe gaben an, ihre Sexualität habe sich seit ihrer Vulvaerkrankung geändert.

Bezüglich der Veränderung der Frequenz des Geschlechtsverkehrs seit der Vulvaerkrankung ergaben sich im χ^2 -Test signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (s. *Tabelle*); dabei hatte die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs bei den VIN- und Vulvodynie-Patientinnen am stärksten abgenommen, bei den Kondylomatose-Patientinnen hatte sie am wenigsten abgenommen. Auch bezüglich der Zufriedenheit mit dem Sexualleben seit der Vulvaerkrankung ergaben sich signifikante Gruppenunterschiede (s. *Tabelle*), wobei die Vulvodynie-Patientinnen am wenigsten zufrieden waren, die Lichen sclerosus-Patientinnen am zufriedensten.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass auch die Zufriedenheit des Partners mit dem Sexualleben seit der Vulvaerkrankung eine wichtige Rolle spielte. So gaben 38 (= 58.5%) der Frauen mit Vulvaerkrankungen an, ihr Partner sei seit ihrer Erkrankung unzufrieden mit dem gemeinsamen Sexualleben.

3.5 Statistische Vorhersage des Leidensdrucks

Um den Leidensdruck der Patientinnen mit Vulvaerkrankungen näher zu untersuchen, war es abschließend von Interesse, welche Faktoren besonders zu dessen Entstehung beitragen. Im Rahmen einer Regressionsanalyse wurde dazu geprüft, welchen statistischen Vorhersagewert die einzelnen Skalen der Themenbereiche „Partnerschaft“, „Sexualität“ und „Einstellung zum eigenen Körper“ für die 3 Faktoren des Leidensdrucks haben.

Anhand des Korrelationstests nach Pearson (*s. Anhang*) wurden zunächst die signifikant korrelierenden Skalen als Prädiktoren für die 3 Faktoren des subjektiven Leidensdrucks ermittelt (*s. Anhang*) und sodann eine Regressionsanalyse durchgeführt. Wie den Korrelationstests zu entnehmen ist, stehen zahlreiche Skalen in einem Zusammenhang mit dem subjektiven Leidensdruck. Da zudem eine hohe Interkorrelation zwischen den Skalen bestand, macht die Regressionsanalyse deutlich, welche der Skalen in Relation zu den übrigen den größten Vorhersagewert besitzt.

Für den ersten Faktor des subjektiven Leidensdrucks „Belastung durch die Krankheit“ ergaben sich die folgenden Zusammenhänge:

Tabelle 22: Regressionsanalyse zur Vorhersage des subjektiven Leidensdrucks durch die Skala "Belastung durch die Krankheit"

	Standardisierte Koeffizienten		
	Beta	T	Signifikanz
(Konstante)		.65	.53
Schweregrad	-.13	-.79	.44
Distanzierung	-.63	-1.71	.11
Submissivität	-.15	-.55	.59
Aversion	.02	.11	.91
Beeinträchtigung des Sexualverkehrs	.40	1.61	.13
Verunsicherung als Frau	.34	1.47	.16
Angst vor Ansteckung	.43	1.76	.10
Attraktivität/Selbstvertrauen	.25	.99	.34
Unsicherheit/Besorgnis	-.20	-.98	.35
körperlich-sexuelles Missempfinden	.56	1.87	.08
Akzeptanzprobleme	.32	1.38	.19
Öffnungsbereitschaft	-.23	-.89	.39

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass sich für die aufgeführten Skalen kein signifikanter statistischer Vorhersagewert für den Faktor „Belastung durch die Krankheit“ ergab. Es zeichnete sich jedoch ein Trend ab, dass die Skala „Angst vor Ansteckung“ einen statistischen Vorhersagewert für den Faktor „Belastung durch die Krankheit“ des

subjektiven Leidensdrucks besitzt, d.h. dass die Angst vor Ansteckung tendenziell mit einer psychischen Beeinträchtigung durch die Erkrankung einhergeht.

Für den zweiten Faktor des subjektiven Leidensdrucks „Auswirkungen auf den Alltag“ ergaben sich aus der Regressionsanalyse die folgenden Ergebnisse:

Tabelle 23: Regressionsanalyse zur Vorhersage des subjektiven Leidensdrucks durch die Skala "Auswirkungen auf den Alltag"

	Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	Beta		
(Konstante)		.47	.64
Schweregrad	-.09	-.58	.57
Distanzierung	-.23	-.82	.42
Unterstützung	.37	2.36	.03
Beeinträchtigung des Sexualverkehrs	.31	1.32	.20
Verunsicherung als Frau	.00	.01	1.00
Angst vor Ansteckung	.02	.11	.91
Akzeptanzprobleme	.52	2.24	.03

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die Skalen „Unterstützung“ und „Akzeptanzprobleme“, die sich jeweils auf die Partnerschaft beziehen, einen signifikanten statistischen Vorhersagewert für den Faktor „Auswirkungen auf den Alltag“ des subjektiven Leidensdrucks besitzen, d.h. Auswirkungen auf den Alltag findet man vor allem bei den Frauen, die eine hohe Unterstützung durch den Partner erfahren sowie bei Frauen, die besonders verunsichert sind, ob sie von ihrem Partner akzeptiert werden.

Einen Überblick über die Ergebnisse der Regressionsanalyse für den dritten Faktor des subjektiven Leidensdrucks „Verarbeitung der Krankheit“ gibt folgende Tabelle:

Tabelle 24: Regressionsanalyse zur Vorhersage des subjektiven Leidensdrucks durch die Skala "Verarbeitung der Krankheit"

	Standardisierte		T	Signifikanz
	Koeffizienten			
	Beta			
(Konstante)		5.40	.00	
Schweregrad	.03	.21	.83	
Distanzierung	-.27	-.93	.36	
Aversion	-.19	-.88	.39	
Beeinträchtigung des Sexualverkehrs	-.44	-1.78	.09	
Verunsicherung als Frau	.53	2.19	.04	
Libidosteigerung	.22	1.34	.19	
Unsicherheit/Besorgnis	-.14	-.76	.46	
körperlich-sexuelles Missempfinden	.15	.61	.55	
Zuwendungsbedürfnis	-.39	-2.00	.06	

Aus der Tabelle geht hervor, dass sich bezüglich des Faktors „Verarbeitung der Krankheit“ des subjektiven Leidensdrucks in der Regressionsanalyse keine sinnvoll interpretierbaren Ergebnisse fanden. Deshalb sei an dieser Stelle auf die univariaten Zusammenhänge verwiesen, die sich im Korrelationstest nach Pearson (s. *Anhang*) ergaben. Dort zeigte sich, dass die Skalen „sexuelle Aversion“, „Beeinträchtigung des Sexualverkehrs“, „Verunsicherung als Frau“, „Unsicherheit/Besorgnis“ und „körperlich-sexuelles Missempfinden“ jeweils in einem negativen Zusammenhang mit der Verarbeitung der Krankheit standen, d.h. dass diese Faktoren die Akzeptanz und Integration der Erkrankung sowie die Aufrechterhaltung eines positiven Lebensgefühls erschwerten. Demgegenüber korrelierte die Skala „Libidosteigerung“ positiv mit der Verarbeitung der Krankheit.

Zusammenfassend lässt sich der Regressionsanalyse somit entnehmen, dass besondere Bedeutung für die verschiedenen Aspekte des subjektiven Leidensdrucks den Skalen „Angst vor Ansteckung“, „Unterstützung“ durch den Partner, „Akzeptanzprobleme“ durch den Partner sowie „Verunsicherung als Frau“ zukommt.

4 Diskussion

Während bislang in der zur Psychosomatik der Vulvaerkrankungen ohnehin spärlich vorhandenen Literatur der Fokus meist auf eine spezielle Vulvaerkrankung und die gegebenenfalls mit ihr verbundene Psychopathologie gelegt wurde, war vorliegende Arbeit bemüht, ein möglichst breites Spektrum an Vulvaerkrankungen unterschiedlicher Schweregrade einzubeziehen und deren mögliche Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche der betroffenen Frauen zu untersuchen. Dabei erschien es besonders interessant zu erheben, inwiefern die Lebensbereiche Partnerschaft, Sexualität und die Einstellung zum eigenen Körper von der Vulvaerkrankung tangiert werden und in welchem Maße ihre Beeinträchtigung zur Entstehung des subjektiven Leidensdrucks der Patientinnen beiträgt. Der subjektive Leidensdruck hatte sich im klinischen Umgang mit den Patientinnen in reduzierter Lebensqualität, häufigen Arztwechslern, Chronifizierung der Beschwerden sowie überdurchschnittlicher Besorgnis geäußert.

Zunächst wurde bezüglich der Einflussnahme der Vulvaerkrankung auf die genannten Lebensbereiche zwischen den einzelnen Behandlungsgruppen differenziert.

Die **Gruppe der VIN-Patientinnen** vorliegender Stichprobe, die durchschnittlich 47 Jahre alt waren, litt im Mittel seit 1-5 Jahren unter der Vulvaerkrankung und charakterisierte ihre Beschwerden vordringlich als Brennen und Gefühl wund zu sein. Die Beschwerden waren hauptsächlich im Bereich der Vagina und der kleinen Labien lokalisiert und erreichten ihr Maximum während des Wasserlassens und während körperlicher Aktivität. Dies geht vermutlich auf eventuell exulzerierte Läsionen im Rahmen der Erkrankung bzw. auf frische oder alte, narbig veränderte Wundflächen nach erfolgter Lasertherapie zurück, die besonders schmerzhaft sein können, wenn sie mit Urin in Kontakt kommen bzw. im Rahmen körperlicher Aktivität gedehnt werden oder einreißen. Tatsächlich hatten sich bereits 89% der VIN-Patientinnen vorliegender Stichprobe einer Lasertherapie und 17% einer partiellen Vulvektomie unterzogen, sodass postoperative Läsionen für das Beschwerdemaximum beim Wasserlassen und körperlicher Aktivität verantwortlich sein könnten.

Insgesamt gab die Gruppe der VIN-Patientinnen im Vergleich zu den übrigen Gruppen der Gesamtstichprobe auf einer Skala von 0-10 mit einem Mittelwert von 3.6 ($s = 3.3$) die niedrigste Beschwerdeintensität an.

Im Gegensatz dazu erzielten die VIN-Patientinnen bei der Einschätzung ihres subjektiven Leidensdrucks auf einer Skala von 0-10 mit einem Mittelwert von 5.13 ($s = 3.58$) den zweithöchsten Wert unter den 4 untersuchten Diagnosegruppen. Dies spricht dafür, dass psychische Faktoren neben der rein körperlichen Beschwerdeintensität eine bedeutende Rolle bei dieser Erkrankung spielen könnten.

In der Partnerschaft war die Mehrzahl (73.7%) der VIN-Patientinnen ambivalent gebunden, womit sie sich deutlich von der Referenzstichprobe abhoben, in der nur 32% der Untersuchungspersonen einen ambivalenten Bindungsstil aufwiesen. Berücksichtigt man die von KÖHLER (1992) aufgestellte bindungstheoretische Hypothese, derzufolge Krankheit eine bindungsrelevante Situation darstellt, bei der es für das Coping von entscheidender Bedeutung sein kann, ob der Betroffene auf ein weitgehend sicheres Bindungsmuster zurückgreifen kann, so wird deutlich, dass sich die überwiegend ambivalente Bindung der VIN-Patientinnen durchaus nachteilig auf deren psychische Befindlichkeit und Partnerschaftsqualität auswirken kann. Dafür spricht auch, dass die VIN-Patientinnen im Gruppenvergleich verhältnismäßig hohe Werte auf den Skalen „Akzeptanzprobleme“ und „Zuwendungsbedürfnis“ in der Partnerschaft erzielten, während niedrige Werte auf den Skalen „Öffnungsbereitschaft“ und „Unterstützung“ in der Partnerschaft auffielen. Die VIN-Patientinnen hatten von allen Gruppen am wenigsten den Eindruck, dass Nähe und Distanz in der Partnerschaft sich seit ihrer Vulvaerkrankung verändert haben (was aus den vergleichbar niedrigen Werten auf der Skala „Distanzierung in der Partnerschaft“ ersichtlich wird). Dies lässt vermuten, dass die Patientinnen aufgrund ihres ambivalenten Bindungsstils generell, auch unabhängig von einer Erkrankung, eine Nähe-Distanz-Problematik in ihrer Partnerschaft erleben. Diese kann als unsichere Basis interpretiert werden kann, zu der die spezifisch durch die Erkrankung ausgelösten Partnerschaftskonflikte, beispielsweise eine als unzureichend empfundene Unterstützung seitens des Partners oder ein vermehrtes Zuwendungsbedürfnis, hinzutreten. Letztendlich resultiert aus der Summe dieser Faktoren eine Unsicherheit in der Partnerschaft, die durchaus zur Aggravierung des Leidensdrucks beitragen könnte.

Bei der Untersuchung der Einstellung zum eigenen Körper der VIN-Patientinnen stellte sich ein vergleichsweise stabiles Körperbild dieser Patientinnen heraus, indem sie die

eigene Attraktivität und ihr Selbstvertrauen im Vergleich zu den übrigen Diagnosegruppen hoch einschätzten und niedrige Werte auf der Skala „Unsicherheit /Besorgnis“ aufwiesen. Letzteres spricht für ein niedriges Maß an hypochondrischer Beobachtung des eigenen Körpers und Unsicherheit bezüglich körperlicher Vorgänge. Dies steht den Beobachtungen RICHTERS (1996) entgegen, der bei Patientinnen mit entzündlichen und tumorösen Veränderungen der Geschlechtsorgane, besonders wenn diese mit operativen Eingriffen verbunden waren, eine erhebliche Störung des Körperbildes und Körpererlebens erwartete. Auch THUESEN et al. (1992) beobachteten in ihrer Studie zu psychosomatischen Reaktionen auf operative Eingriffe zur Therapie prämaligener Erkrankungen im Vulvabereich eine postoperative Beeinträchtigung des Körperbildes bei einigen betroffenen Patientinnen. In vorliegender Stichprobe der VIN-Patientinnen fiel dieser Gesichtspunkt, besonders im Vergleich zu den übrigen untersuchten Diagnosegruppen, verhältnismäßig wenig ins Gewicht. Dies könnte nach der klinischen Erfahrung in der Dysplasiesprechstunde damit zusammenhängen, dass es sich bei der VIN um ein Krankheitsbild handelt, welches durch gewissenhafte Diagnostik relativ leicht objektivierbar ist und ebenso eindeutige therapeutische Maßnahmen nach sich zieht. Es ergeben sich also, beispielsweise im Vergleich zur Vulvodynie, weniger Unsicherheitsfaktoren, sodass die Patientinnen weniger ungewiss bezüglich der Vorgänge im eigenen Körper sind und sich eindeutiger auf die Erkrankung ihres Körpers einstellen können.

Eine Verunsicherung der Patientinnen zeigte sich dennoch vor allem auf dem Gebiet der Sexualität. Auf der Skala „Verunsicherung als Frau“, welche Einbußen des Selbstwertgefühls und die Befürchtung eines Verlustes sexueller Attraktivität seit der Vulvaerkrankung beschreibt, erreichten die VIN-Patientinnen den zweithöchsten Wert aller Diagnosegruppen. Es wird also deutlich, dass die Patientinnen zwar eine relativ geringe Beeinträchtigung angaben, wenn man sie direkt auf ihr Körperbild ansprach, dass sie jedoch im Bezug auf ihre Sexualität, die ja eng mit Körperlichkeit verknüpft ist, doch ein hohes Maß an Verunsicherung zeigten. An sexuellen Funktionsstörungen dominierten innerhalb der VIN-Gruppe sexuelle Appetenzstörungen (die mit 66.7% etwa doppelt so häufig auftraten wie in einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung nach LAUMANN, 1994), Dyspareunie (welche mit 48.5% etwa viermal häufiger war als in der Normalbevölkerung) und Befriedigungsstörungen (die mit 45.5% doppelt so häufig vorkam wie in der Normalbevölkerung). Bei 70% der VIN-Patientinnen hatte sich die

Sexualität seit Beginn ihrer Erkrankung geändert, 58% gaben an, seitdem unzufrieden mit ihrer Sexualität zu sein, 69% vermuteten eine diesbezügliche Unzufriedenheit bei ihrem Partner. Insgesamt zeigte die VIN-Gruppe demzufolge erhebliche Beeinträchtigungen ihres Sexuallebens. Dies könnte körperlich bedingt sein, indem die Patientinnen nach erfolgter operativer Therapie schmerzbedingt und durch postoperative Wund- und Narbenbildung nicht in der Lage sind, Geschlechtsverkehr zu praktizieren und zu genießen. So hatten bereits GREEN et al. (1999) in ihrer Studie zu postoperativ nach vulvachirurgischen Eingriffen auftretenden sexuellen Funktionsstörungen zwar kein erhöhtes Maß an Dyspareunie festgestellt, dennoch traten auch in ihrer Stichprobe postoperativ signifikant vermehrt sexuelle Appetenzstörungen, Erregungsstörungen sowie sexuelle Aversion auf. Der Grund für die sexuelle Beeinträchtigung könnte neben den körperlichen Einschränkungen auch auf psychische Ursachen zurückzuführen sein, bedenkt man, dass die betroffenen Frauen nicht nur mit den körperlichen Beschwerden der Erkrankung, sondern auch mit deren Risiko einer malignen Entartung konfrontiert sind. Häufige Rezidive und somit eventuell wiederholt notwendige operative Eingriffe und Kontrolluntersuchungen verlangen eine stetige psychische Beschäftigung mit der Thematik und verleihen der Erkrankung eine stetige Präsenz, sodass es vorstellbar ist, dass Hingabe und Lustgewinn während sexueller Handlungen erschwert werden, zumal sich die Sexualität hauptsächlich in dem erkrankten Körperbereich abspielt. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass der subjektive Leidensdruck der VIN-Patientinnen im Gruppenvergleich nach dem der Vulvodynie-Patientinnen am zweithöchsten war. Es zeigte sich bei den VIN-Patientinnen eine verhältnismäßig geringe Unsicherheit bezüglich des eigenen Körpers; Beeinträchtigungen bezüglich Partnerschaft und Sexualität schienen jedoch in oben dargelegter Weise einen bedeutenden Einfluss auf den Leidensdruck zu haben.

Die **Gruppe der Lichen sclerosus-Patientinnen** war mit einem mittleren Alter von 55.94 Jahren ($s = 16.06$) die älteste der 4 untersuchten Diagnosegruppen. Auch diese Patientinnen litten unter chronischen Vulvabeschwerden, die im Mittel seit 1-5 Jahren bestanden und sich durch ein Brennen und Wundsein im Vulvabereich äußerten. Als häufigste Lokalisation wurden große und kleine Labien angegeben. Seltener, jedoch am häufigsten von allen Diagnosegruppen, wurden die Beschwerden auch im Klitoris-Bereich

lokalisiert. Die mittlere Beschwerdeintensität bei den Lichen sclerosus-Patientinnen lag auf einer Skala von 0-10 bei 3.7 ($s = 2.5$) und erreichte ihren Höhepunkt beim Wasserlassen sowie während des Geschlechtsverkehrs. Dies lässt sich vermutlich durch die chronisch-entzündlichen Hautläsionen, Erosionen, Fissuren, Exulzerationen und Pruritus-bedingten Kratzartefakte erklären, die im Rahmen der Erkrankung auftreten und bei der Miktion oder bei Dehnung durch den Geschlechtsverkehr besonders im hinteren Introitusbereich sehr schmerzhaft sein können. Bei längerem Krankheitsverlauf und besonders nach Lasertherapie (100% der Lichen sclerosus-Patientinnen vorliegender Stichprobe hatten sich bereits einer Lasertherapie unterzogen) können Strikturen und Adhäsionen entstehen, sodass es beim Geschlechtsverkehr zu schmerzhafter Rhagadenbildung kommen kann. Trotz der mitunter starken chronisch-körperlichen Beschwerden schätzte die Lichen sclerosus-Gruppe ihren subjektiven Leidensdruck durch die Vulvaerkrankung auf einer Skala von 0-10 mit 3.17 ($s = 2.3$) im Vergleich zu den übrigen Gruppen signifikant am niedrigsten ein. Sowohl auf der Leidensdruck-Skala „psychische Belastung durch die Krankheit“ als auch auf der Leidensdruck-Skala „Auswirkungen auf den Alltag“ erreichten die Lichen sclerosus-Patientinnen den niedrigsten Wert, während sie auf der Skala „Verarbeitung der Krankheit“ den höchsten Wert der Gesamtstichprobe erzielten. Das heißt, dass sich diese Patientinnen von allen Diagnosegruppen psychisch und körperlich am wenigsten beeinträchtigt fühlten, während sie am meisten in der Lage waren, ihre Erkrankung zu akzeptieren und zu integrieren.

In der Partnerschaft waren 44.4% der Frauen mit Lichen sclerosus ambivalent gebunden, 33% waren vermeidend gebunden und 22% sicher, sodass sie sich in ihrem Bindungsverhalten nicht wesentlich von der Referenzstichprobe unterschieden. Sie erfuhren zwar im Gruppenvergleich die geringste „Anteilnahme“ in der Partnerschaft, zeichneten sich jedoch auch durch das geringste „Zuwendungsbedürfnis“ und die geringsten „Akzeptanzprobleme“ durch ihren Partner aus. Diese auffallende partnerschaftliche Ausgeglichenheit und geringe Anspruchshaltung gegenüber dem Partner könnte zum einen in dem häufigen sicheren Bindungsstil der Lichen sclerosus-Patientinnen in vorliegender Stichprobe begründet liegen. Zum anderen könnte das vergleichsweise hohe Alter der Patientinnen dabei insofern eine Rolle spielen, als sich die Frauen auch in älteren Partnerschaften und somit auch in fortgeschritteneren partnerschaftlichen Stadien befanden, in denen sich bereits ein höheres Maß an Stabilität, Akzeptanz und Kenntnis des

Partners etabliert hatte, sodass sich die Patientinnen nicht mehr so sehr wie in jüngeren Jahren auf die Bestätigung durch den Partner angewiesen fühlten.

Das höhere Alter der Lichen sclerosus-Patientinnen könnte auch der Grund für den vergleichsweise niedrigen Stellenwert sein, den diese Frauen der Einstellung zu ihrem eigenen Körper beimaßen. So erzielte diese Patientinnen-Gruppe den niedrigsten Wert auf der Skala „Akzentuierung des Körpers“ und den höchsten Wert auf der Skala „Attraktivität und Selbstvertrauen“, was darauf hindeuten könnte, dass sie über ein relativ gefestigtes Körperbild verfügten, welches durch die Erkrankung nicht so sehr beeinträchtigt wurde wie bei den jüngeren Vergleichsgruppen.

Bezüglich der Sexualität fühlte sich die Gruppe der Lichen sclerosus-Patientinnen von allen Gruppen am zweitstärksten beeinträchtigt. Die häufigste sexuelle Funktionsstörung innerhalb dieser Gruppe war die Dyspareunie, unter der 72.7% der Lichen sclerosus-Patientinnen litten (Referenzstichprobe nach LAUMANN: 14%) und die sich vermutlich auf die häufig mit der Krankheit einhergehenden Rhagaden, Fissuren und Narbenstrikturen im Introitusbereich zurückführen lässt. Des Weiteren gaben die Patientinnen in 55.6% sexuelle Appetenzstörungen (Referenzstichprobe nach LAUMANN: 33%), in 55.6% Orgasmusstörungen (Referenzstichprobe nach LAUMANN: 24%) sowie in 44.4% sexuelle Erregungsstörungen (Referenzstichprobe nach LAUMANN: 18%) an. Diese Störungen lassen sich überwiegend körperlich erklären, indem durch die Lichenifikation und Sklerosierung im Vulvabereich häufig auch die Drüsenfunktion und somit deren Sekretionsleistung bei sexueller Erregung insuffizient wird. Demzufolge kann aufgrund einer mangelnden Lubrikation in Verbindung mit der krankheitsbedingt ohnehin vulnerablen Haut der Geschlechtsverkehr als sehr schmerzhaft empfunden oder gar schmerzbedingt unmöglich werden, wie es bei 42% der Patientinnen vorliegender Stichprobe der Fall war. Erstrecken sich die Läsionen auch auf die Klitoris, so sind Erregungsstörungen und Orgasmusprobleme ebenfalls erklärbar. Berücksichtigt man die genannten körperlichen Beschwerden, die für die betroffenen Frauen mit der Sexualität assoziiert sind und kommt es zum Ausbleiben eines Lustgewinns während sexueller Handlungen, so erscheint auch die reduzierte sexuelle Appetenz verständlich. 42% der Lichen sclerosus-Patientinnen gaben an, ihre Sexualität habe sich seit Beginn ihrer Vulvaerkrankung verändert, 31% waren seitdem unzufrieden mit ihrer Sexualität, 42% räumten eine diesbezügliche Unzufriedenheit seitens ihres Partners ein. Zieht man die zahlreichen körperlichen Beschwerden der an Lichen sclerosus erkrankten Frauen während

des Geschlechtsverkehrs in Betracht, so scheint diese Unzufriedenheit verhältnismäßig gering auszufallen. Diese Beobachtung wird durch die niedrigen Werte der Lichen sclerosus-Patientinnen auf den Skalen „sexuelle Aversion“ und „Verunsicherung als Frau“ gestützt, wonach die betreffenden Frauen wenig unter dem Gefühl litten, durch ihre Erkrankung an sexueller Attraktivität eingebüßt zu haben und keine generelle Abwehrhaltung gegenüber sexuellen Aktivitäten entwickelt zu haben schienen. Dies legt den Schluss nahe, dass die Lichen sclerosus-Patientinnen zwar im Ausleben ihrer Sexualität körperlich stark beeinträchtigt waren, darunter psychisch jedoch in relativ geringem Masse litten. Auch dies könnte mit dem vergleichsweise hohen Alter der Patientinnen sowie mit deren partnerschaftlicher Stabilität und Reife zusammenhängen, die dazu geführt haben könnten, dass sich die Prioritäten auf gemeinsame Lebensbereiche verschoben haben, die unabhängiger sind von Körperlichkeit und Sexualität als dies in jungen Jahren und jungen Partnerschaften der Fall sein mag. Es wäre interessant, dies anhand eines Vergleichs mit jüngeren Stichproben zu überprüfen.

Zusammenfassend lässt sich für vorliegende Stichprobe sagen, dass der subjektive Leidensdruck der Lichen sclerosus-Patientinnen im Vergleich zu den übrigen Diagnosegruppen am geringsten war. Die Gruppe zeichnete sich durch einen stabilen Bindungstyp in der Partnerschaft sowie durch eine geringe Akzentuierung, aber insgesamt positive Bewertung der eigenen Körperlichkeit aus. Bezüglich der Sexualität wies diese Diagnosegruppe erhebliche körperliche Beeinträchtigungen auf, die jedoch psychisch als weniger belastend empfunden wurden als innerhalb der Vergleichsgruppen.

Die **Gruppe der Kondylomatose-Patientinnen** war mit einem mittleren Alter von 31.48 Jahren ($s = 8$) die signifikant jüngste Gruppe in vorliegender Stichprobe. Wie bei den übrigen Diagnosegruppen betrug auch ihre mittlere Krankheitsdauer bereits 1-5 Jahre und auch ihre Beschwerden bestanden vordringlich in einem Brennen im Vulvabereich sowie dem Gefühl wund zu sein. Die Schmerzen waren vor allem im Bereich der Scheide und der kleinen Labien lokalisiert, und ihre Intensität wurde von den Patientinnen auf einer Skala von 0-10 im Mittel mit 4.5 ($s = 3.2$) angegeben. Als maximal wurden die Beschwerden besonders vor und während des Geschlechtsverkehrs beschrieben, wofür sowohl körperliche als auch psychische Probleme verantwortlich sein könnten. Körperlich kann es während des Geschlechtsverkehrs durch die mechanische Reizung der Kondylome zu

Jucken, Schmerzen, Brennen und mitunter auch zu Kontaktblutungen kommen. Da 88% der Kondylomatose-Patientinnen vorliegender Stichprobe sich bereits mindestens einer Laserbehandlung unterzogen hatten, könnte auch hier die mechanische Reizung frischer oder alter Operationsnarben eine Rolle spielen. Psychisch sind vor allem kosmetische Probleme, Scham und Ansteckungsgefahr wichtige Faktoren, die den Fokus der Aufmerksamkeit besonders während des Geschlechtsverkehrs auf die Beschwerden lenken könnten.

Ihren subjektiven Leidensdruck schätzten die Kondylomatose-Patientinnen auf einer Skala von 0-10 im Mittel auf 4.8 ($s = 3.17$) und lagen damit im Gruppenvergleich nach Vulvodynie und VIN an dritter Stelle. Auf der Skala des subjektiven Leidensdrucks „Auswirkungen auf den Alltag“, welche vornehmlich die körperliche Beeinträchtigung durch die Vulvaerkrankung und deren Einflussnahme auf den Alltag erfasste, erreichten die Kondylomatose-Patientinnen den höchsten Wert aller Gruppen. Auf der Skala „Belastung durch die Krankheit“, die vordringlich die psychische Beeinträchtigung durch die Erkrankung und deren Einfluss auf die Lebensqualität erfasste, erzielten die Kondylomatose-Patientinnen nach den Vulvodynie-Patientinnen den zweithöchsten Wert. Für die „Verarbeitung der Krankheit“, die für Akzeptanz und Integration der Vulvaerkrankung stand, ergab sich bei den Kondylomatose-Patientinnen der zweitniedrigste Wert im Gruppenvergleich. Die betreffenden Frauen fühlten sich demzufolge körperlich und psychisch stark belastet und hatten ihre Erkrankung zum Befragungszeitpunkt tendenziell wenig verarbeitet. Die Gründe hierfür wurden wiederum durch Beleuchtung der einzelnen Lebensbereiche untersucht:

Bezüglich des Bindungstyps in der Partnerschaft war die Gruppe der Kondylomatose-Patientinnen besonders auffällig, d.h. sie unterschied sich besonders stark von der Referenzstichprobe. Mit 92.9% war die überwiegende Mehrzahl der Patientinnen ambivalent gebunden (Referenzstichprobe: 32%), 7.1% waren vermeidend gebunden (Referenzstichprobe: 47.5%) und keine (0%) Patientin hatte einen sicheren Bindungsstil (Referenzstichprobe: 20.5%). Die Kondylomatose-Patientinnen erhielten von allen Gruppen signifikant am meisten „Unterstützung“ und tendenziell am meisten „Anteilnahme“, zeigten aber auch einen Trend zum höchsten „Zuwendungsbedürfnis“ in der Partnerschaft.

Es kann vermutet werden, dass die tendenziell unsichere Bindung in der Partnerschaft in vorliegender Stichprobe eine ungünstige Voraussetzung für den Umgang mit der

Erkrankung darstellt. Gerade im Zustand von Krankheit erscheint es von entscheidender Bedeutung, dass die Betroffene die resultierende Verunsicherung durch stabile Beziehungen zumindest teilweise kompensieren kann. Ist sie jedoch durch einen unsicher-ambivalenten Bindungsstil, (welcher bei den Kondylomatose-Patientinnen vorliegender Stichprobe vorherrschte) nicht in der Lage, dem Partner Vertrauen entgegenzubringen und innerhalb der Partnerschaft Sicherheit zu empfinden, so werden sich Unsicherheit durch die Erkrankung und Unsicherheit in der Partnerschaft addieren und somit den körperlichen wie seelischen Leidensdruck verstärken. Laut HÖGER (1999) resultieren aus einem unsicher-ambivalente Bindungsstil Ärger, Unzufriedenheit und Misstrauen und er geht speziell bei Frauen mit einem negativen Selbstbild und Depressionen einher. Diese negativ gefärbte psychische Grundstimmung könnte sich wiederum im psychosomatischen Sinne auf körperliche Vorgänge auswirken. Laut RECHENBERGER (1993) ist Fallbeobachtungen zu entnehmen, dass beim Vorliegen einer Papillomavirusinfektion die Manifestation oder das Verschwinden der Papillome von psychischen Faktoren mit determiniert werden kann.

Um einen solchen psychischen Faktor könnte es sich auch bei der Einstellung zum eigenen Körper handeln, die bei den Kondylomatose-Patientinnen ebenfalls von Unsicherheit geprägt schien. So erreichten diese Patientinnen auf der Skala „Unsicherheit und Besorgnis“, die eine Verunsicherung und ein Misstrauen gegenüber körperlichen Vorgängen sowie eine hypochondrische Selbstbeobachtung erfasste, im Vergleich zu den übrigen Diagnosegruppen den höchsten Wert, der auch signifikant höher ausfiel als der Wert der Eichstichprobe. Auf der Skala „Attraktivität und Selbstvertrauen“ lagen die Kondylomatose-Patientinnen vor den Vulvodynie-Patientinnen an vorletzter Stelle im Gruppenvergleich. Sie hatten auch von allen Diagnosegruppen den höchsten Wert auf der Skala „körperlich-sexuelles Missempfinden“, womit unter anderem Aspekte von körperlich-sexueller Unzufriedenheit und Scham untersucht wurden. Das vergleichsweise junge Alter der Kondylomatose-Patientinnen war vermutlich mitverantwortlich dafür, dass sie im Vergleich zu den übrigen Gruppen auf der Skala „Akzentuierung des Körpers“ den höchsten Wert erzielten, was besagt, dass sie besonders auf ihr Äußeres bedacht waren und zu einer narzisstischen Körperbesetzung neigten. Dies legt den Schluss nahe, dass die kosmetisch häufig störenden Kondylome im Vulvabereich, der bei der Frau einen sehr Ich-nahen Erlebnisbereich darstellt, einer narzisstischen Kränkung der jungen Patientinnen gleichkommen kann.

Da das Körperbild eng mit der Sexualität verknüpft ist, zeigten sich auch auf diesem Gebiet Beeinträchtigungen. Obwohl die Patientinnen, vermutlich ihrem Alter entsprechend, der Sexualität einen hohen Stellenwert einräumten und dementsprechend auch von allen Diagnosegruppen die größte sexuelle „Initiative“ zeigten, gaben 64.7% an, ihre Sexualität habe sich seit ihrer Vulvaerkrankung geändert. An sexuellen Funktionsstörungen traten vorwiegend sexuelle Appetenzstörungen und Dyspareunie auf. 41% der Patientinnen zeigten sich mit ihrer Sexualität unzufrieden; 44% vermuteten bei ihrem Partner eine Unzufriedenheit mit der gemeinsamen Sexualität. Gründe für die sexuelle Beeinträchtigung sind, wie oben angedeutet, vermutlich einerseits in körperlichen Beschwerden während des Geschlechtsverkehrs durch mechanische Reizung der Läsionen und Wundflächen nach Lasertherapie zu suchen. Zum anderen dürfte auch die psychische Beeinträchtigung eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielen. Diese besteht vermutlich in Geringschätzung und Verunsicherung bezüglich des eigenen Körpers durch die kosmetisch störenden Kondylome, sodass Sexualität mit Scham verbunden ist. Außerdem erzielte die Kondylomatose-Gruppe auf der Skala „Angst vor Ansteckung“ die höchsten Werte, was deutlich macht, dass die Befürchtung, den Partner im Rahmen sexueller Kontakte mit dem HPV-Virus zu infizieren, ebenfalls eine bedeutende Rolle für die Sexualität dieser Frauen spielt. Durch die Ansteckungsgefahr kann der Patientin das Gefühl vermittelt werden, eine potentielle Gefahr für den Sexualpartner zu sein, woraufhin sie aus Schuldgefühlen und Rücksichtnahme heraus sexuellen Kontakten mit ihm ausweicht. Sie tut dies unter Umständen entgegen ihrem eigenen Bedürfnis nach Zuwendung, welches in vorliegender Stichprobe durch die ambivalente Bindung in besonderem Maße vorhanden war, und entgegen ihrem Bedürfnis nach Restitution ihres verunsicherten Körperbildes durch befriedigende körperliche Kontakte. Folglich könnte die Ansteckungsgefahr bei gleichzeitig bestehendem Wunsch nach sexuellen Kontakten die Patientin in einen Appetenz-Aversions-Konflikt bringen, der sie zusätzlich verunsichert und unzufrieden zurücklässt.

Zusammenfassend lässt sich für vorliegende Stichprobe sagen, dass der subjektive Leidensdruck der Kondylomatose-Patientinnen im Vergleich zu den übrigen Diagnosegruppen mittelmäßig stark ausgeprägt war. Einfluss auf den Leidensdruck schienen zum einen körperliche Faktoren zu haben, wie aus der im Gruppenvergleich zweithöchsten Einstufung der eigenen Beschwerdeintensität durch die Kondylomatose-Patientinnen deutlich wird. Zum anderen spielten offensichtlich psychische Faktoren wie

eine stark verunsicherte und negativ gefärbte Einstellung zum eigenen Körper und eine auffallend häufige unsicher-ambivalente Bindung in der Partnerschaft eine Rolle. Die Kondylomatose-Patientinnen zeigten zwar Interesse und Initiative bezüglich sexueller Kontakte, waren jedoch durch die Ansteckungsgefahr ihres Partners und ihre Beschwerden während des Geschlechtsverkehrs in ihrer Sexualität beeinträchtigt.

Die **Gruppe der Vulvodynie-Patientinnen** war im Mittel 48.9 Jahre ($s = 17.4$) alt und wies eine mittlere bisherige Krankheitsdauer von 1-5 Jahre auf. Auch ihre Beschwerden bestanden am häufigsten in einem Brennen und dem Gefühl, im Vulvabereich wund zu sein. Die am häufigsten angegebene Lokalisation der Beschwerden lag im Bereich der Vagina sowie der großen und kleinen Labien. Ihre Intensität wurde von den Patientinnen auf einer Skala von 0-10 im Mittel mit 5.67 ($s = 2.85$) eingeschätzt, womit die Vulvodynie-Patientinnen von allen Diagnosegruppen die höchste Beschwerdeintensität angaben. Als maximal wurden die Beschwerden besonders während und nach dem Geschlechtsverkehrs empfunden. Ursächlich kommen dafür zum einen wiederum mechanische Irritationen frischer oder alter Wundflächen nach erfolgter Lasertherapie (diese war bei 60% der Patientinnen durchgeführt worden) sowie psychische Faktoren in Frage.

In der Partnerschaft waren auch die Vulvodynie-Patientinnen mit 63.6% überwiegend ambivalent gebunden (Referenzstichprobe: 32%), einen vermeidenden Bindungsstil zeigten 27.3% (Referenzstichprobe: 47.5%), sicher waren 9% der Patientinnen gebunden (Referenzstichprobe: 20.5%). Wie im Zusammenhang mit der überwiegend ambivalent gebundenen Gruppe der Kondylomatose-Patientinnen bereits ausgeführt, gilt auch für die Vulvodynie-Gruppe, dass deren unsicherer Bindungsstil nachteilige Auswirkungen auf die Verarbeitung der Erkrankung und auf die Kompensation der aus der Erkrankung resultierenden Verunsicherung zu haben scheint. Dies wird auch deutlich, indem die Gruppe der Vulvodynie-Patientinnen auf der Skala „Distanzierung in der Partnerschaft“ unter allen Gruppen die höchsten Werte erreichte, was besagt, dass sie eine Veränderung von Nähe, Zuwendung und Erwartungshaltung innerhalb der Partnerschaft seit Beginn ihrer Vulvaerkrankung am deutlichsten empfanden. Auch die niedrigen Werte der Vulvodynie-Gruppe auf den Skalen „Anteilnahme“ und „Öffnungsbereitschaft“ lassen darauf schließen, dass die Patientinnen kaum das Gefühl hatten, sich mit ihren Sorgen an einen zuverlässigen Partner wenden zu können und von ihm trotz ihrer Erkrankung

angenommen und geliebt zu werden. Eben diese (imaginierte) Isolation gepaart mit der Erfahrung körperlicher Schmerzen könnte in bedeutendem Maße zum subjektiven Leidensdruck der Patientinnen beitragen.

Die Vulvodynie-Gruppe schätzte ihren subjektiven Leidensdruck durch die Vulvaerkrankung auf einer Skala von 0-10 mit 6.31 ($s=2.85$) im Vergleich zu den übrigen Gruppen signifikant am höchsten ein. Auf der Leidensdruck-Skala „psychische Belastung durch die Krankheit“ erreichten die Vulvodynie-Patientinnen einen signifikant höheren Wert als alle übrigen Diagnosegruppen; auf der Skala „Verarbeitung der Krankheit“ war ihr Mittelwert von allen Gruppen am niedrigsten. Die psychische Belastung äußerte sich in einem Gefühl der Überforderung, der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, der Unsicherheit bezüglich der Zukunft sowie in reduzierter Lebensfreude und Lebensqualität und beinhaltete auch einen Rückzug aus sozialen Kontakten und aktiver Freizeitgestaltung. Eine mögliche Erklärung für den ausgeprägten Leidensdruck und die geringe Akzeptanz und Integration ihrer Erkrankung liegt für die Vulvodynie-Patientinnen vermutlich in der Tatsache, dass betreffende Patientinnen einerseits unter chronischen Schmerzen und den resultierenden Einschränkungen des alltäglichen Lebens leiden, andererseits jedoch bei der klinischen Untersuchung in der Regel ein morphologisches Korrelat fehlt. In Verbindung mit dem unsicheren Bindungsverhalten der Frauen führt dies nicht selten zunächst zu einem Misstrauen in ärztliche Kompetenzen, sodass zunächst häufig dem behandelnden Arzt mangelnde diagnostische Bemühung und mangelndes Verständnis unterstellt werden. Das Resultat sind häufige Arztwechsel, bei der die Patientin verzweifelt nach Anerkennung einer organischen Ursache und somit nach Legitimation für ihr Leiden sucht. Bleibt die Suche nach sichtbar organischen Befunden wiederholt erfolglos, so kann bei der schmerzgeplagten Patientin ohne somatisch determinierbare Ursache schließlich Misstrauen und tiefe Verunsicherung bezüglich der eigenen Wahrnehmung resultieren. Die körperlichen Missempfindungen und Schmerzsignale, für die sich keine offensichtliche Erklärung finden lässt, führen vermutlich zu einer Verunsicherung in der Einstellung zum eigenen Körper und zu dessen verminderter Wertschätzung. Dies scheint sich für vorliegende Stichprobe zu bestätigen, indem die Vulvodynie-Patientinnen von allen Gruppen die niedrigsten Werte auf der Skala „Attraktivität und Selbstvertrauen“ und die zweithöchsten Werte auf der Skala „körperlich-sexuelles Missempfinden“ erreichten. Dass dies auch Auswirkungen auf das Interesse an Intimität und Sexualität der Frau haben kann, zeigte sich in vorliegender Studie in dem Trend, dass sich die Vulvodynie-

Patientinnen seit Beginn ihrer Vulvaerkrankung im Vergleich zu den übrigen Diagnosegruppen am stärksten in ihrer Sexualität beeinträchtigt fühlten. So erreichten die Vulvodynie-Patientinnen vorliegender Stichprobe im Gruppenvergleich jeweils den höchsten Wert auf den Skalen „sexuelle Aversion“ und „Verunsicherung als Frau“, wonach deutlich wird, dass die Patientinnen durch ihre Vulvaerkrankung nicht mehr länger das Gefühl hatten, eine attraktive Frau im Vollbesitz ihrer sexuellen Attraktivität zu sein. An sexuellen Funktionsstörungen dominierten unter den Vulvodynie-Patientinnen Dyspareunie und sexuelle Aversion. 73% gaben an, ihre Sexualität habe sich seit ihrer Erkrankung verändert, 70% hatten seltener Geschlechtsverkehr, bei 53% war der Geschlechtsverkehr schmerzbedingt unmöglich. 92% der befragten Vulvodynie-Patientinnen erklärten sich mit ihrer Sexualität seit Beginn der Vulvaerkrankung unzufrieden, 75% vermuteten eine Unzufriedenheit seitens ihres Partners. Bereits MASHEB et al. (1998) fanden in ihrer Studie zur Veränderung des Sexualverhaltens bei Vulvodynie-Patientinnen bei 91% ihrer Stichprobe ein schmerzbedingt reduziertes Interesse an sexueller Aktivität, welches in 89% der Fälle mit Depressionen und mit dem Gefühl verbunden war, sexuell nicht mehr attraktiv zu sein. MASHEB et al. (1998) vermuten hinter dem reduzierten sexuellen Interesse einerseits einen schmerzbedingten Rückzug aus der Sexualität und andererseits eine gestörte Selbstwahrnehmung der betroffenen Patientin. Letztere könnte ebenfalls auf die Diskrepanz zwischen den subjektiv starken Beschwerden einerseits und fehlendem objektivierbarem Vulvabefund andererseits zurückzuführen sein. Verstärkt werden kann dieser Konflikt gegebenenfalls auch durch den verunsicherten Partner, der mangels objektivierbarer Befunde anderweitige Gründe hinter dem sexuellen Rückzug der Patientin vermutet und seinerseits mit Distanzierung reagiert. Erfährt oder phantasiert die Patientin also zusätzlich zu ihrer eigenen Verunsicherung durch anhaltende Beschwerden während sexueller Kontakte trotz fehlender Befunde zusätzlich mangelndes Verständnis ihres Partners, so wird ersichtlich, dass ein sexuelles Einvernehmen und eine befriedigende Sexualität für beide Seiten kaum erreichbar ist.

Denkt man also an die chronischen Schmerzen der Vulvodynie-Patientinnen vorliegender Stichprobe, ihre Verunsicherung bezüglich des eigenen Körpers, die damit verbundenen sexuellen Insuffizienzgefühle, ihre unsichere Bindung in der Partnerschaft und berücksichtigt man weiterhin, dass es sich bei der Vulva und deren Erkrankungen außerhalb des medizinischen Kontextes ohnehin um ein schambesetztes Tabuthema

handelt, was eine Bewältigung im Austausch mit der Umwelt erschwert, so erscheint der hohe Leidensdruck dieser Patientinnengruppe durchaus erklärbar. Dies trifft zwar auch für die übrigen Diagnosegruppen der Vulvaerkrankungen zu, sie unterscheiden sich jedoch von der Vulvodynie-Gruppe durch ihren objektivierbaren körperlichen Befund, der zumindest eine Rechtfertigung der Beschwerden für die Patientin selbst sowie für deren Umwelt gewährleistet und eindeutigere therapeutische Maßnahmen ermöglicht.

Die Ergebnisse bezüglich des Leidensdrucks in vorliegender Studie stimmen insofern mit den Ergebnissen einer Untersuchung nach SCHMIDT et al. (2001) überein, als auch diese bei Patientinnen mit essentieller Vulvodynie ohne morphologisches Korrelat einen höheren und weitgehend therapieresistenten psychischen Leidensdruck und stärkere Einbußen in der Lebensqualität fanden als bei einer Vergleichsgruppe, die unter sichtbaren Hauterkrankungen im Vulvabereich litt. Sie stellten bei Patientinnen mit essentieller Vulvodynie ein höheres Maß an Somatisierungstendenzen, Ängstlichkeit, Depression und obsessiv-zwanghafter Charakterstruktur fest. SCHMIDT et al. (2001) weisen darauf hin, es könne sich dabei um die Folge der Vulvaerkrankung in Form einer Reaktion auf die chronischen Schmerzen handeln oder aber um eine vorbestehende psychische Struktur, die zur einer Vulnerabilität gegenüber einer Vulvaerkrankung führe und damit letztendlich als deren Ursache interpretiert werden könne. Auch RECHENBERGER (1993) vertritt in ihren Ausführungen zur Psychosomatik der Vulvaerkrankungen den Standpunkt, es gelte, einerseits somatische Veränderungen der Vulva und die psychischen Reaktionen darauf zu untersuchen und andererseits Symptome der Vulva als Ausdruck einer seelischen Störung zu verstehen. Dies scheint besonders im Bezug auf die Vulvodynie und den mit ihr verbundenen Leidensdruck ein interessanter Aspekt zu sein, zumal hier ein morphologisches Korrelat fehlt und ein Forschen nach (unbewussten) psychischen Ursachen für die chronischen Schmerzen nahe liegt.

Für die übrigen in vorliegender Arbeit untersuchten Vulvaerkrankungen, die infektiöser oder präkanzeröser Natur sind, erscheint es jedoch angebracht, von dem Konzept einer linearen Ursache-Wirkungsbeziehung zwischen Psyche und Soma abzurücken. Vielmehr wird es sinnvoll sein, von einer multifaktoriellen Genese auszugehen, bei der, unter der Voraussetzung einer entsprechenden körperlichen Disposition, bestimmte psychische Reaktionsmuster auf Stresssituationen ätiologisch eine Rolle spielen könnten. Das Zusammentreffen solcher Faktoren könnte die betroffene Patientin für

Schmerzwahrnehmung und -chronifizierung besonders empfänglich machen und somit auch Auswirkungen auf den subjektiv empfundenen Leidensdruck haben.

Nachdem der Leidensdruck und seine Einflussfaktoren für die einzelnen Diagnosegruppen untersucht worden war, schien es interessant, der Frage nachzugehen, ob ein Zusammenhang zwischen psychischem Leidensdruck und medizinischem Schweregrad der jeweiligen Vulvaerkrankung bestand. Dem Schweregrad wurde dabei das potentielle Entartungsrisiko der einzelnen Krankheitsbilder zugrundegelegt, d.h. der VIN mit dem höchsten Risiko einer malignen Entartung wurde der höchste Schweregrad zugeteilt, gefolgt von der Kondylomatose, dem Lichen sclerosus und schließlich der Vulvodynie, welcher mangels Entartungstendenz der niedrigste medizinische Schweregrad beigemessen wurde. In der gynäkologischen Sprechstunde hatte sich die Tendenz gezeigt, dass ein niedriger Schweregrad mit einem höheren psychischen Leidensdruck einherging, d.h. dass sich vor allem die Vulvodynie-Patientinnen durch einen besonders hohen psychischen Leidensdruck hervortaten, während die VIN-Patientinnen psychisch weniger beeinträchtigt wirkten.

Getestet wurde dies in vorliegender Arbeit, indem die vier Diagnosegruppen entsprechend ihrem jeweiligen medizinischen Schweregrad in eine Rangreihe gebracht wurden.

Untersuchte man den Zusammenhang zwischen Schweregrad und „psychische Belastung durch die Krankheit“, so fand man keinen signifikanten Zusammenhang (Pearson-Test: $r = -0.21$; $p = 0.08$). Betrachtete man hingegen die Unterschiede zwischen den vier Gruppen mit Hilfe eines inferenzstatistischen Verfahrens, so fand man durchaus signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, welche die Beobachtungen in der Sprechstunde replizierten. So ergab sich in der Kovarianzanalyse auf Gruppenunterschiede bezüglich der Skala „psychische Belastung durch die Krankheit“ für die Gruppe der Vulvodynie-Patientinnen der signifikant höchste Wert, gefolgt von Kondylomatose-, VIN- und schließlich Lichen sclerosus-Patientinnen. Es zeigte sich also, dass nicht der medizinische Schweregrad, d.h. die Furcht vor einer malignen Entartung bzw. die Notwendigkeit invasiver therapeutischer Eingriffe maßgeblich an der Entstehung des psychischen Leidensdrucks beteiligt waren. Vielmehr könnte eine mögliche Erklärung für die signifikanten Unterschiede bezüglich des psychischen Leidensdrucks, den die einzelnen Krankheitsbilder bei den betroffenen Patientinnen verursachten, in dem

unterschiedlich ausgeprägten Maß an Unsicherheit zu suchen sein, mit dem die einzelnen Diagnosen verbunden sind.

Bei der Vulvodynie ist die Verunsicherung aufgrund der Diskrepanz zwischen Beschwerden und fehlendem körperlichen Befund besonders hoch und sorgt daher in besonderem Maße für psychische Beunruhigung. Bei den Kondylomatose-Patientinnen könnte vor allem das signifikant geringste Lebensalter eine Rolle spielen, indem sich die jungen und somit noch weniger gefestigten Patientinnen stärker von ihrer Erkrankung verunsichert und somit psychisch belastet fühlen als die älteren Vergleichsgruppen. Darüberhinaus dürfte bei dieser Gruppe die Ansteckungsgefahr des Sexualpartners mit dem HPV-Virus zusätzlich für Verunsicherung bei den betroffenen Frauen sorgen. Die VIN-Patientinnen sind zwar mit dem Risiko einer malignen Entartung konfrontiert, dennoch sind bei diesem Krankheitsbild die Befunde diagnostisch eindeutiger objektivierbar und die therapeutischen Konsequenzen klarer definiert, sodass eine umfassende Aufklärung und konsequente Führung dieser Patientinnen besser möglich ist als beispielsweise bei den Vulvodynie-Patientinnen. Es wäre also denkbar, dass die VIN-Patientinnen durch ihren objektivierbaren körperlichen Befund sich selbst, dem Arzt und ihrer Umwelt gegenüber ein höheres Maß an Rechtfertigung für ihre Beschwerden empfinden und sich in ihrer Problematik eher verstanden und unterstützt fühlen, sodass bei ihnen weniger Unsicherheit entsteht und somit ein geringerer psychischer Leidensdruck resultiert. Gleiches gilt vermutlich auch für die Lichen sclerosus-Patientinnen, die zusätzlich durch ihr höchstes mittleres Lebensalter insgesamt gefestigter und frustrationstoleranter sein dürften. Für vorliegende Stichprobe lässt sich also sagen, dass die Unsicherheitsfaktoren, mit denen die jeweilige Erkrankung verbunden ist, erheblich und in höherem Maße als der medizinische Schweregrad zur Entstehung des psychischen Leidensdruck beizutragen scheinen. Es wäre allerdings anzustreben, im Rahmen künftiger diesbezüglicher Studien den Einfluss des Alters zu eliminieren.

Aus den obenstehenden Ausführungen bezüglich der einzelnen Vulvaerkrankungen lässt sich entnehmen, dass dem subjektiven Leidensdruck der an der Vulva erkrankten Patientinnen neben den rein somatischen Beschwerden eine Vielzahl psychischer Faktoren in jeweils unterschiedlicher Gewichtung zugrunde liegen. Vorliegende Untersuchung konnte somit die klinische Beobachtung der Gynäkologen in der Dysplasie-Sprechstunde

bestätigen, derzufolge die an der Vulva erkrankten Patientinnen unter einem erheblichen Leidensdruck stehen, der über die körperlichen Beschwerden hinaus auch von psychischen Komponenten geprägt zu sein scheint. Das Gesamtkollektiv aller befragten Patientinnen bezifferte ihren subjektiven Leidensdruck auf einer Skala von 0-10 im Mittel mit 4.9 (s = 3.2), für den Verlust an Lebensqualität durch die Vulvaerkrankung ergab sich auf einer Skala von 0-10 ein Mittelwert von 4.3 (s = 3.1) für die Gesamtstichprobe. Dass neben den rein körperlichen Beschwerden, deren mittlere Intensität von der Gesamtstichprobe auf einer Skala von 0-10 mit 4.2 (s = 3.1) angegeben wurde, auch von den Patientinnen psychische Einflussfaktoren ursächlich in Betracht gezogen wurden, wird aus deren laienätiologischen Angaben deutlich. So brachten 40% der befragten Patientinnen den Beginn ihrer Vulvabeschwerden in zeitlichen Zusammenhang mit einem kritischen Lebensereignis (wie die Trennung von einem Partner, eine neue Partnerschaft, den Verlust eines Familienmitglieds, Partnerschaftsprobleme etc.). Auch ein durch psychische Probleme geschwächtes Immunsystem, sexuelle Probleme und beruflicher Stress wurden von den Patientinnen in diesem Kontext angeführt. 13 % der Patientinnen befanden sich zum Befragungszeitpunkt in regelmäßiger Behandlung aufgrund eines psychischen Leidens, 7% nahmen regelmäßig Psychopharmaka ein.

Auch wenn man einem rein psychischen Erklärungsansatz für die Vulvaerkrankungen sicherlich kritisch begegnen sollte, so ist unter psycho-neuro-immunologischen Gesichtspunkten eine Beteiligung psychischer Faktoren an der Entstehung, Aufrechterhaltung und Aggravierung der Vulvasymptomatik durchaus zu berücksichtigen. Die genannten laienätiologischen Angaben der Patientinnen verdeutlichen in jedem Fall, dass psychische Komponenten im Erleben der betroffenen Frauen eine wichtige Rolle spielen und Einfluss auf die Bewertung der Erkrankung durch die Patientin, den resultierenden subjektiven Leidensdruck und letztendlich auf die Entwicklung einer effektiven Coping-Strategie nehmen. In vorliegender Arbeit wurden vor allem die Einflüsse der Bereiche Partnerschaft, Sexualität und Einstellung zum eigenen Körper auf den subjektiven Leidensdruck der an der Vulva erkrankten Patientinnen untersucht:

Zwischen subjektivem Leidensdruck und (Bindungstyp in der) Partnerschaft ergaben sich zwar keine signifikanten Zusammenhänge, es zeichnete sich jedoch eine Tendenz ab, dass Patientinnen mit einem unsicheren Bindungsstil (z.B. Kondylomatose-Patientinnen) zu einem höheren Leidensdruck neigten als die sicher gebundenen Frauen (z.B. Lichen sclerosus-Patientinnen). Es scheint auf der Hand zu liegen, dass Frauen, die

auf die Liebe, Unterstützung, Akzeptanz und Rücksicht ihres Partners zu vertrauen in der Lage sind, weniger unter ihrer Erkrankung leiden als Frauen, die eine solche Stabilität ihrer Beziehung in Frage stellen und zusätzlich zum Verlust ihrer körperlichen Integrität den Verlust ihres Partners befürchten.

Für subjektiven Leidensdruck und Sexualität ergaben sich signifikante Zusammenhänge (s. Korrelationstest nach Pearson) insofern, als Patientinnen, die sich seit Beginn ihrer Vulvaerkrankung in besonders starkem Maße in ihrer Sexualität beeinträchtigt fühlten, auch unter einem besonders hohen psychischen und körperlichen Leidensdruck standen und ihre Erkrankung am wenigsten verarbeitet hatten. Auch die Faktoren „Angst vor Ansteckung“ und „Verunsicherung als Frau“ trugen zu einer Verstärkung des subjektiven Leidensdrucks bei und standen der Verarbeitung der Erkrankung im Wege. Auch diese Ergebnisse sind unschwer nachvollziehbar, bedenkt man, dass eine erfüllte Sexualität und eine positives Selbstverständnis der eigenen Weiblichkeit eng mit dem psychischen und körperlichen Wohlbefinden der Frau verknüpft sind. Sind sexuelle Kontakte jedoch durch die Vulvaerkrankung im Rahmen der in Kapitel 3.4 aufgeführten sexuellen Funktionsstörungen nachhaltig beeinträchtigt oder gar unmöglich, ist die Sexualität darüberhinaus mit einer potentiellen Infektionsgefahr des Partners verbunden und haben sich durch die Erkrankung Zweifel an der eigenen sexuellen Attraktivität und Weiblichkeit eingestellt, so wird verständlich, dass dies negative Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden der erkrankten Frauen hat und deren psychischen Leidensdruck verstärkt.

Für subjektiven Leidensdruck und Einstellung zum eigenen Körper ergaben sich (s. Korrelationstest nach Pearson) signifikante Zusammenhänge, indem „Unsicherheit und Besorgnis“ bezüglich körperlicher Vorgänge im Sinne einer eher hypochondrischen Betrachtung des eigenen Körpers sowie „körperlich-sexuelles Missempfinden“, welches auch Aspekte von Scham mit einschloss, den subjektiven Leidensdruck verstärkten und die Verarbeitung der Erkrankung behinderten. Bei diesen Ergebnissen dürfte besonders der Unsicherheit eine wichtige Bedeutung zukommen, die bei den verschiedenen Erkrankungen unterschiedlich gelagert ist. Bei VIN und Lichen sclerosus dürfte sie sich vor allem auf das Entartungsrisiko beziehen, bei der Kondylomatose kommt die potentielle Infektionsgefahr sowie eine fragliche zusätzliche Infektion mit high-risk-HPV-Typen als Unsicherheitsfaktor zum Tragen, bei der Vulvodynie ist die Patientin mit erheblichen Beschwerden bei fehlendem morphologischen Befund konfrontiert und somit in hohem Maße ob ihrer eigenen Körperwahrnehmung verunsichert. Dass diese Verunsicherung

bezüglich der körperlichen Integrität und die Besorgnis bezüglich des weiteren Verlaufs der Erkrankung zu einer ängstlichen Beobachtung des eigenen Körpers und damit zu einer stetigen innerpsychischen Präsenz der körperlichen Beeinträchtigung führen, erscheint ebenso verständlich wie die Tatsache, dass diese Faktoren zur Verstärkung des subjektiven Leidensdrucks beitragen und die Akzeptanz der Erkrankung erschweren.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass neben den rein körperlichen Symptomen und Beeinträchtigungen durch die Vulvaerkrankungen auch psychische Faktoren aus den Bereichen Partnerschaft, Sexualität und Körperwahrnehmung Einfluss auf den subjektiven Leidensdruck der an der Vulva erkrankten Frauen nehmen. Insgesamt resultieren bei den betroffenen Frauen eine erheblich reduzierte Lebensqualität und ein starker Leidensdruck, dessen körperliche und psychische Komponenten eng miteinander verknüpft sind, sodass sich therapeutisch eine psychosomatische Herangehensweise empfiehlt. Diese sollte sowohl eine gewissenhafte gynäkologische Diagnostik und Therapie beinhalten, als auch bei Bedarf eine psychotherapeutische bzw. sexualtherapeutische Behandlung gewährleisten. Der in vorliegender Arbeit gezeigte Zusammenhang zwischen den Vulvaerkrankungen und essentiellen Lebensbereichen der Frau wie Partnerschaft, Sexualität und Körperwahrnehmung und besonders die Feststellung, dass nicht vordringlich der medizinische Schweregrad, sondern vielmehr die Verunsicherung der Frauen zu deren Leidensdruck beiträgt, impliziert die Notwendigkeit einer ganzheitlichen und interdisziplinären Therapie betroffener Patientinnen. Als Vorbilder für eine solche Herangehensweise dürfen die in einigen europäischen Ländern und seit 1998 auch an der FSU Jena bestehenden „vulvar clinics“ gelten, wo sowohl Gynäkologen als auch Dermatologen und Psychologen sich um eine optimale und interdisziplinäre Betreuung der Patientinnen mit Vulvaerkrankungen bemühen (BAUER et al., 2000).

Da die betroffenen Frauen in der gynäkologischen Sprechstunde aufgrund ihres mitunter starken psychischen Leidensdrucks häufig als „schwierige Patientinnen“ gelten und sich durch besonders häufige Arztwechsel auszeichnen, erscheint es besonders wichtig, diesen Frauen sowohl eine kompetente und umfassende gynäkologischen Diagnostik und Therapie zukommen zu lassen, als auch auf ihre Verunsicherung und ihre Beeinträchtigung in Partnerschaft, Sexualität und Körpererleben einzugehen. Dies könnte nicht nur durch eine die gynäkologische Therapie begleitende Psycho- bzw. Sexualtherapie gewährleistet

werden, sondern auch durch die Einrichtung von Selbsthilfegruppen, in denen betroffenen Patientinnen Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und gegenseitiger Unterstützung gegeben wird. Eine Selbsthilfegruppe für Patientinnen mit Vulvaerkrankungen befindet sich an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf in der Gründungsphase und wird voraussichtlich im Juni 2003 gestartet.

Gelingt es, bei betroffenen Patientinnen neben einer optimalen Behandlung ihrer körperlichen Beschwerden auch die Kommunikationsfähigkeit über ihre psychischen Beeinträchtigungen zu fördern und ihnen auf diese Weise bei der Überwindung von Scham, Tabus, Isolation, Schuldgefühlen und Verunsicherung zur Seite zu stehen, so dürfte dies entscheidend zur Reduktion des Leidensdrucks und zur Steigerung der Lebensqualität betroffener Patientinnen beitragen.

5 Zusammenfassung

Grundlage für vorliegende Arbeit bildete die Beobachtung in der gynäkologischen Dysplasiesprechstunde der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, dass die Patientinnen mit Vulvaerkrankungen unter einem erheblichen Leidensdruck standen, der neben den körperlichen Beschwerden auch durch psychische Faktoren verursacht schien. Die Vulvabeschwerden erwiesen sich häufig als äußerst therapieresistent; die betroffenen Frauen fühlten sich in ihrer Lebensqualität stark reduziert, zeigten eine Tendenz sich von ihrer Umwelt unverstanden und von den Ärzten unzureichend behandelt zu fühlen und galten durch ihren hohen Leidensdruck und häufige Arztwechsel als „schwierige Patientinnen“. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wurde ein Fragebogen zur Erhebung der Einflussfaktoren auf den subjektiven Leidensdruck der Patientinnen mit Vulvaerkrankungen entworfen. Neben Angaben zu den körperlichen Beschwerden erfasste der Fragebogen insbesondere Beeinträchtigungen der betroffenen Frauen bezüglich Partnerschaft, Sexualität und Einstellung zum eigenen Körper durch die Vulvaerkrankung. Die Gesamtstichprobe der an der Vulva erkrankten Patientinnen (n = 90) wurde in vier Diagnosegruppen eingeteilt und entsprechend dem medizinischen Schweregrad der Erkrankungen (dem das jeweilige Entartungsrisiko zugrunde gelegt wurde) nach abnehmendem Schweregrad in folgende Rangfolge gebracht: Vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN I-III) (n = 33), Kondylomatose (n = 21), Lichen sclerosus (n = 18), Vulvodynie (n = 18). Anhand der mittels Fragebogen erhobenen Daten wurden die Diagnosegruppen hinsichtlich ihres Bindungstyps in der Partnerschaft, ihrer Zufriedenheit mit ihrem Sexualleben, ihrer Einstellung zum eigenen Körper sowie ihres subjektiven Leidensdrucks mittels einer Kovarianzanalyse verglichen.

Die Gruppe der **VIN**-Patientinnen zeigte dabei den zweithöchsten subjektiven Leidensdruck im Gruppenvergleich. Weiterhin ergab sich bei den VIN-Patientinnen eine verhältnismäßig geringe Unsicherheit bezüglich des eigenen Körpers; Beeinträchtigungen bezüglich Partnerschaft und Sexualität hatten jedoch einen bedeutenden Einfluss auf den Leidensdruck dieser Diagnosegruppe.

Die **Lichen sclerosus**-Patientinnen wiesen im Gruppenvergleich den geringsten subjektiven Leidensdruck auf. Betreffende Patientinnen zeichneten sich durch einen

stabilen Bindungstyp in der Partnerschaft sowie durch eine geringe Akzentuierung, aber insgesamt positive Bewertung der eigenen Körperlichkeit aus. Bezüglich der Sexualität wies diese Diagnosegruppe erhebliche körperliche Beeinträchtigungen auf, die jedoch psychisch als weniger belastend empfunden wurden als innerhalb der Vergleichsgruppen. Der subjektive Leidensdruck der **Kondylomatose**-Patientinnen war im Gruppenvergleich mittelmäßig stark ausgeprägt. Einfluss auf den Leidensdruck nahmen neben körperlichen Beschwerden psychische Faktoren wie eine stark verunsicherte und negativ gefärbte Einstellung zum eigenen Körper und eine auffallend häufige unsicher-ambivalente Bindung in der Partnerschaft. Betreffende Patientinnen zeigten zwar Interesse und Initiative bezüglich sexueller Kontakte, waren jedoch hauptsächlich durch die Ansteckungsgefahr ihres Partners und ihre körperlichen Beschwerden während des Geschlechtsverkehrs in ihrer Sexualität beeinträchtigt.

Die Gruppe der **Vulvodynie**-Patientinnen zeigte im Gruppenvergleich den höchsten subjektiven Leidensdruck. Betreffende Patientinnen wiesen bei fehlendem morphologischen Befund eine erhebliche körperliche sowie psychische Beeinträchtigung auf, wobei letztere sich in einer auffallenden Verunsicherung hinsichtlich Partnerschaft, Sexualität und Körpererleben äußerte.

Im Anschluss an den Gruppenvergleich wurde der Einfluss der Bereiche Partnerschaft, Sexualität, Körpererleben und medizinischer Schweregrad der Erkrankung auf den subjektiven Leidensdruck mittels Korrelationstest überprüft.

Zwischen subjektivem Leidensdruck und (Bindungstyp in der) Partnerschaft ergaben sich zwar keine signifikanten Zusammenhänge, es zeichnete sich jedoch eine Tendenz ab, dass Patientinnen mit einem unsicheren Bindungsstil zu einem höheren Leidensdruck neigten als die sicher gebundenen Frauen. Für subjektiven Leidensdruck und Sexualität ergaben sich signifikante Zusammenhänge insofern, als Patientinnen, die sich seit Beginn ihrer Vulvaerkrankung in besonders starkem Maße in ihrer Sexualität beeinträchtigt fühlten, auch unter einem besonders hohen psychischen und körperlichen Leidensdruck standen und ihre Erkrankung am wenigsten verarbeitet hatten. Beeinträchtigend auf die Sexualität wirkten sich auch „Angst vor Ansteckung“ und „Verunsicherung als Frau“ aus und trugen zu einer Verstärkung des subjektiven Leidensdrucks bei.

Für subjektiven Leidensdruck und Einstellung zum eigenen Körper ergaben sich signifikante Zusammenhänge, indem „Unsicherheit und Besorgnis“ bezüglich körperlicher Vorgänge im Sinne einer eher hypochondrischen Betrachtung des eigenen Körpers sowie

„körperlich-sexuelles Missempfinden“, welches Aspekte von Scham mit einschloss, den subjektiven Leidensdruck verstärkten und die Verarbeitung der Erkrankung behinderten. Zwischen medizinischem Schweregrad und Leidensdruck ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge; vielmehr zeichnete sich ab, dass die Unsicherheitsfaktoren, mit denen die jeweilige Erkrankung verbunden war, erheblich und in höherem Maße als der medizinische Schweregrad zur Entstehung des psychischen Leidensdruck beitrugen. Abschließend wurde anhand einer Regressionsanalyse der statistische Vorhersagewert der einzelnen Skalen, die den Fragebögen zu Partnerschaft, Sexualität und Körpererleben zugrunde lagen, für den subjektiven Leidensdruck ermittelt. Es ergab sich, dass besondere Bedeutung für die verschiedenen Aspekte des subjektiven Leidensdrucks den Skalen „Angst vor Ansteckung“, „Unterstützung“ durch den Partner, „Akzeptanzprobleme“ durch den Partner sowie „Verunsicherung als Frau“ zukam.

Es zeigte sich also insgesamt, dass neben den rein körperlichen Symptomen und Beeinträchtigungen durch die Vulvaerkrankungen auch psychische Faktoren aus den Bereichen Partnerschaft, Sexualität und Körperwahrnehmung Einfluss auf den subjektiven Leidensdruck der an der Vulva erkrankten Frauen nehmen. Insgesamt resultieren bei den betroffenen Frauen eine erheblich reduzierte Lebensqualität und ein starker Leidensdruck, dessen körperliche und psychische Komponenten eng miteinander verknüpft sind, sodass sich therapeutisch eine psychosomatische Herangehensweise empfiehlt. Diese sollte sowohl eine gewissenhafte gynäkologische Diagnostik und Therapie beinhalten, als auch bei Bedarf eine psychotherapeutische bzw. sexualtherapeutische Behandlung gewährleisten.

6 Literaturverzeichnis

Acheson N, Ganesan R, Chan K (2000) Premalignant vulvar disorders. *Current Obstetrics & Gynecology* 10: 12-17

Ainsworth M, Bell S, Stayton D (1974) Infant-mother attachment and social development: socialisation as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards M (ed) *The integration of a child into a social world*. Cambridge University Press, London

Amelang M, Ahrens H, Bierhoff H (1991) *Attraktion und Liebe. Formen und Grundlagen partnerschaftlicher Beziehungen*. Hogrefe Verlag, Göttingen

Anders S, Riethdorf L, Löning T (2000) Neoplasien und Präneoplasien des unteren Genitaltraktes. *Der Onkologe* 6: 1022-1033

Anzieu D (1991) *Das Haut-Ich*. Suhrkamp, Frankfurt

Arnetz B, Fjellner B, Eneroth P, Kallner A (1985) Stress and Psoriasis: Psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during standardized stressor exposure. *Psychosom Med* 47: 528-541

Bartholomew K (1990) Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of social and personal relationships* 7: 147-178

Bauer A, Greif C (2000) Wenn der Pilz kein Pilz ist. *Gynäkologie* 5: 28-29

Becker S, Gschwind H (1996) Sexuelle Störungen. In: Adler R, Herrmann J, Köhle K, Schonecke O, Uexküll Tv, Wesiack W (ed) *Psychosomatische Medizin*, Urban&Schwarzenberg, München Wien Baltimore

Ben-David B, Friedmann M (1999) Gabapentin Therapy for Vulvodynia. *Anesth Analg* 89: 1459-1460

Bender H, Diedrich K, Künzel W (1998) *Gutartige gynäkologische Erkrankungen*. 4 ed. Urban&Fischer, München Jena

Bender H, Diedrich K, Künzel W (1998) *Endokrinologie und Reproduktionsmedizin*. 4 ed. Urban&Fischer, München Jena

Berger J, Telser A, Widschwendter M, Müller-Holzner E (2000) Expression of retinoic acid receptors in non-neoplastic epithelial disorders of the vulva and normal vulvar skin. *Int J of Gynecological Pathology* 19: 95-102

Bernstein D (1990) Female genital anxieties, conflicts and typical mastery modes. *Int J Psychoanal* 71: 151-165

Beurden M, Kate F, Smits H (1995) Multifocal vulvar intraepithelial neoplasia grade III and multicentric lower genital tract neoplasia is associated with transcriptionally active human papilloma virus. *Cancer* 75: 2579-2884

Bodden-Heidrich R, Busch M, Küppers V, Beckmann M, Rechenberger I, Bender H (1999) Chronische Unterbauchschmerzen und chronische Vulvodynie als multifaktorielle psychosomatische Krankheitsbilder: Ergebnisse einer psychometrischen und klinischen Studie unter besonderer Berücksichtigung der muskuloskeletalen Erkrankungen. *Zentralblatt für Gynäkologie* 121: 389-395

Bornstein J, Pascal B, Abramovici H (1993) Intramuscular β -Interferon treatment for severe vulvar vestibulitis. *Journal of Reproductive Medicine* 35: 117-120

Bowlby J (1975) *Bindung*. Kindler, München

Carlson A, Amin S, Malfetano J, Tien AT, Selkin B, Hou J, Goncharuk V, Wilson V, Rohwedder A, Ambros R, Ross J (2001) Concordant p53 and mdm-2 protein expression in vulvar squamous cell carcinoma and adjacent lichen sclerosus. *Applied Immunohistochemistry & Molecular Morphology* 9: 150-163

Chuang T (1987) Condylomata acuminata (genital warts): an epidemiologic view. *J Am Acad Dermatol* 16: 376-384

Crum C (2002) The beginning of the end for cervical cancer? *The New England Journal of Medicine* 347: 1703-1705

Davis A, Westhoff C (2001) Primary dysmenorrhea and treatment with oral contraceptives. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 14: 3-8

Davis G, Hutchison C (1999) Clinical Management of Vulvodynia. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 42: 221-233

Deutsch H (1925) *Zur Psychoanalyse der weiblichen Sexualfunktionen*. Internat Psychoanalytischer Verlag, Wien

Devereux G (1981) *Baubo. Die mythische Vulva*. Syndikat, Frankfurt am Main

Engel G (1959) Psychogenic pain and the pain prone patient. *Am J Med* 26: 899-918

Farrell A, Dean D, Charnock M, Wojnarowska F (2001) Distribution of transforming growth factor- β isoforms TGF- β 1, TGF- β 2 and TGF- β 3 and vascular endothelial growth factor in vulvar lichen sclerosus. *Obstetrician and Gynecologist* 46: 117-124

Farrell A, Dean D, Millard P, Charnock F (2001) Alterations in fibrillin as well as collagens I and III and elastin occur in vulval lichen sclerosus. *European Academy of Dermatology and Venerology* 15: 212-217

Farrell A, Marren P, Wojnarowska F (2000) Genital lichen sclerosus associated with morphea or systemic sclerosis: clinical and HLA characteristics. *British Journal of Dermatology* 143: 598-603

- Feige A (1997) Gutartige und bösartige Erkrankungen: Vulva. In: Feige A, Rempfen A, Würfel W, Caffier H, Jawny J (ed) Frauenheilkunde, Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, p 571-575
- Fischer M, Taube K, Marsch W (2000) Vulvodynie. *Hautarzt* 51: 147-151
- Frankenhaeuser M (1982) Challenge-control interaction as reflected in sympathetic-adrenal and pituitary-adrenal activity. *Scand J Psychol suppl* 1: 158-164
- Freud S (1923) Das Ich und das Es, GW, p 235-289
- Freud S (1926) Hemmung, Symptom und Angst. GW Bd 14, p 111-205
- Freud S (1931) Über die weibliche Sexualität. GW Bd 14
- Freud S (1933 a) Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd.15.
- Freud S, Breuer J (1895) Studien über Hysterie GW (Nachtragsband)
- Friedrich E (1976) New Nomenclature for Vulvar Disease: Report of the Committee on Terminology. *Obstetrics and Gynecology* 47: 122-124
- Gehlert B, Hartlage S (1997) A design for studying the DSM IV research criteria of premenstrual dysphoric disorder. *J Psychosom Obstet Gynecol* 18: 36-44
- Gibbons J (1999) Chronic vulvar pain. *Infertility & Reproductive Medicine Clinics of North America* 10: 793-806
- Gieler U (1994) Nähe und Distanz bei Hauterkrankungen. *Psychotherapeut* 39: 259-263
- Grau I (1999) Skalen zur Erfassung von Bindungsrepräsentationen in Paarbeziehungen. *Zeitschrift für differenzielle und diagnostische Psychologie* 20: 142-152
- Green M, Naumann W, Elliot M, Hall J, Higgins R, Grigsby J (2000) Sexual Dysfunction Following Vulvectomy. *Gynecologic Oncology* 77: 73-77
- Gross G, Weissenbacher E, Schneider A, Gissmann L, Heinrich J, Hillemanns P, Links M, Petry U, Schneede P, Spitzbart H (2001) Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der HPV-Infektion des weiblichen Genitale. *European Journal for Infectious and Immunological Diseases in Obstetrics and Gynecology* 4+5: 4-9
- Hirsch M (1989) Der eigene Körper als Objekt. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York
- Höger D (1999) Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE): Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten. *Psychotherapeut* 44: 159-166

- Hording V, Dangaard S, Iversen A (1991) Human Papillomavirus type 16 in vulvar carcinoma, vulvar intraepithelial neoplasia and associated cervical neoplasia. *Gynecologic Oncology* 42: 22-26
- Horney K (1932) Die Angst vor der Frau - Über den spezifischen Unterschied in der männlichen und weiblichen Angst vor dem anderen Geschlecht: *Die Psychologie der Frau*, Fischer, Frankfurt am Main, p 81-95
- Ikenberg H (2000) HPV und intraepitheliale Neoplasien des unteren Genitales. *Onkologie* 6: 1034-1038
- Jones E (1935) Über die Frühstadien der weiblichen Sexualentwicklung. *Int Z Psychanal* 21: 331-341
- Jones R, Rowan D (2000) Vulvar intraepithelial neoplasia III: a clinical study of the outcome in 113 cases with relation to the later development of invasive vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol* 84: 741-744
- Kaiser R, Pfleiderer A (1989) *Lehrbuch der Gynäkologie*. Thieme Verlag, Stuttgart New York 226-227 p
- Kestenberg J (1993/94) Aussen und Innen, männlich und weiblich. In: Eickhoff F, Loch W (ed) *Jahrbuch der Psychoanalyse Bd 31 u. 32*, Frommann-Holzboog, Stuttgart Bad Cannstatt
- Köhler L (1992) Formen und Folgen früher Bindungserfahrungen. *Forum Psychoanal* 8: 263-280
- Köhler L (1996) Entstehung von Beziehungen: Bindungstheorie. In: Adler R, Herrmann J, Köhle K, Schoenecke O, Uexküll T (ed) *Psychosomatische Medizin*, Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Koutsky L, Ault K, Wheeler C, Brown D, Barr E, Alvarez F, Chiacchierini L, Jansen K (2002) A Controlled Trial of a Human Papillomavirus Type 16 Vaccine. *The New England Journal of Medicine* 347: 1645-1650
- Krüber H (1985) Zur Klinik und Entstehung psychogener Schmerzsyndrome. *Nervenarzt* 56: 237-244
- Krogh Gv, Lacey C, Gross G, Barrasso R, Schneider A (2000) European course on HPV associated pathology: guidelines for primary care physicians for the diagnosis and management of anogenital warts. *Sex Transm Inf* 76: 162-168
- Küng F (2000) Lichen sclerosus - hormonelle Therapie heute. *Gynäkologisch- geburtshilfliche Rundschau* 40: 29-32
- Küppers V (2000) Behandlung der Präneoplasien von Vulva und Vagina. *Onkologie* 6: 1039-1045

- Kutter P (1980) Emotionalität und Körperlichkeit. *Prax Psychother Psychosom* 25: 131-145
- Laumann E, Gagnon J, Michael R, Michaels S (1994) *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*. Univ of Chicago Press
- Löning T, Riethdorf L (2001) Pathologie des Uterus, der Vagina und Vulva. In: Seifert G (ed) *Pathologie der weiblichen Genitalorgane III*. Springer, Berlin Heidelberg New York Barcelona Hongkong London Mailand Paris Singapur Tokio
- Mann M, Kaufman R, Brown D (1992) Vulvar vestibulitis: significant clinical variables and treatment outcome. *Obstet Gynecol* 79: 122-125
- Marinoff S, Turner M, Hirsch R (1993) Intralesional alpha-interferon : cost-effective therapy for vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Reproductive Medicine* 38: 19-24
- Masheb R, Nash J, Brondolo E, Kerns R (2000) Vulvodynia: an introduction and critical review of a chronic pain condition. *Pain* 86: 3-10
- McCormack W, Spence M (1999) Evaluation of the surgical treatment of vulvar vestibulitis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Medicine* 86: 135-138
- Mertens W (1992) *Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Bd 1: Geburt bis 4. Lebensjahr*. Kohlhammer, Stuttgart
- Mertens W (1996) *Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Bd 2: Kindheit und Adoleszenz*. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
- Metts J (1999) Vulvodynia and Vulvar Vestibulitis: Challenges in Diagnosis and Management. *American Family Physician* 59: 1547-1556
- Muderspach L, Wilczynski S, Roman L, Bade L, Felix J, LSmall, Kast W, Fascio G, Marty V, Weber J (2000) A phase I trial of a HPV-peptide vaccine for women with high grade cervical and vulvar intraepithelial neoplasia who are HPV 16 positive. *Clinical Cancer Research* 6: 3406-3416
- Nunns D (2000) Vulval pain syndromes. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 107: 1185-1193
- Nunns D, Mandal D (1997) Psychological and psychosexual aspects of vulval vestibulitis. *Genitourinary Med* 73: 541-544
- Powell J, Wojnarowska F (1999) Lichen sclerosus. *The Lancet* 353: 1777-1783
- Prill H (1964) *Psychosomatische Gynäkologie*. Urban&Schwarzenberg, München Berlin
- Pucheu S (1998) Joan: `It itches, it burns`: psychoanalytic approach to a case of vulvar burning syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol* 19: 175-181

- Rangell L (1953) Psychiatric aspects of pain. *Psychosom Med* 15: 22-37
- Rechenberger I (1993) Psychosomatische Aspekte von Vulvabeschwerden. *Der Gynäkologe* 26: 287-292
- Reiche R (1990) *Geschlechterspannung*. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt
- Richter D (1999) Chronischer Pruritus genitalis. In: Stauber M (ed) *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe*, Springer, Berlin, p 501-509
- Richter D, Stauber M (1996) *Gynäkologie und Geburtshilfe*. In: Adler R, Herrmann J, Köhle K, Schonecke O, Uexküll Tv, Wesiack W (ed) *Psychosomatische Medizin*, Urban & Schwarzenberg, München, p 1024-1039
- Richter-Appelt H (2000) Frühkindliche Körpererfahrungen und Erwachsenensexualität. In: Dannecker M, Reiche R (ed) *Sexualität und Gesellschaft: Festschrift für Volkmar Sigusch*, Campus Verlag, Frankfurt, New York, p 383-395
- Richter-Appelt H (2000) Sexuelle Funktionsstörungen und weibliche Sexualität. *Zeitschrift für Sexualforschung* 13: 243-251
- Ridley C (1990) New Nomenclature for Vulvar Disease: Report of the Committee on Terminology of the International Society for the Study of Vulvar Disease. *Journal of Reproductive Medicine* 35: 483-484
- Riede N, Köhler G, Orłowska-Volk M, Schwarzkopf G (1998) *Taschenatlas der allgemeinen Pathologie*. Thieme-Verlag, Stuttgart New York
- Riethdorf L (2001) Vulva. In: Seifert G (ed) *Pathologie der weiblichen Genitalorgane III*. Springer, Berlin Heidelberg New York Barcelona Hongkong London Mailand Paris Singapur Tokio
- Rohde-Dachser C (1986) Ringer um Empathie: Ein Interpretationsversuch masochistischer Inszenierungen. *Forum Psychoanal* 2: 44-58
- Rohde-Dachser C (1988) Weiblichkeitsparadigmen in der Psychoanalyse. In: Brede K (ed) *Was will das Weib in mir?*, Kore-Verlag, Freiburg
- Rohde-Dachser C (1991) *Expedition in den dunklen Kontinent: Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse*. Springer, Berlin
- Rolfe K, Crow J, Benjamin E, Reid W, Maclean A, Perrett C (2001) Cyclin D1 and retinoblastoma protein in vulvar cancer and adjacent lesions. *Int J Gynecol Cancer* 11: 381-386
- Rolfe K, Eva L, McLean A, Crow J, Perrett C, Reid W (2001) Cell cycle proteins as molecular markers of malignant change in vulvar lichen sclerosis. *Int J Gynecol Cancer* 11: 113-118

- Rosenthal A, Ryan A, Hopster D, Suretheran T (2001) High frequency of loss of heterozygosity in vulval intraepithelial neoplasia is associated with invasive vulval squamous cell carcinoma. *Int J Cancer* 94: 896-900
- Rouzier R, Morice P, Haie-Meder C, Lhomme C, Avril M, Duvillard P, Castaigne D (2001) Prognostic significance of epithelial disorders adjacent to invasive vulvar carcinomas. *Gynecologic Oncology* 81: 414-419
- Salomons C, Mehmed M, Heitler S (1991) Calcium Citrate for Vulvar Vestibulitis. *Journal of Reproductive Medicine* 36: 879-882
- Schmidt S, Bauer A, Greif C, Merker A, Elsner P, Strauss B (2001) Vulvar Pain: Psychological Profiles and Treatment Responses. *J Reprod Med* 46: 377-384
- Schover L (1992) Psychosexual aspects of the evaluation and management of vulvar vestibulitis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 167: 630-636
- Schover L, Youngs D, Cannata R (1991) Psychosexual aspects of vulval vestibulitis. *Am J Obstet Gynecol* 167: 630-636
- Schur M (1955) Comments on the metapsychology of somatization. *Psychoanal Study Child* 10: 119-164
- Scurry J (1999) Does lichen sclerosus play a central role in the pathogenesis of human papillomavirus negative vulvar squamous cell carcinoma: the itch-scratch-lichen sclerosus hypothesis. *Int J Gynecol Cancer* 9: 89-97
- Simon M (1971) Psychosomatische Störungen bei gynäkologisch Kranken. *Med Klin* 66: 186-189
- Sinha P, Sorinola O, Luesley D (1999) Lichen sclerosus of the vulva: long-term steroid maintenance therapy. *Journal of Reproductive Medicine* 44: 621-624
- Stauber M, Richter D (1996) Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Uexküll Tv (ed) *Psychosomatische Medizin*, Urban&Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Stewart D, Reicher A, Gerulath A, Boydell K (1994) Vulvodynia and psychological distress. *Obstet Gynecol* 84: 587-590
- Strauss B, Appelt H, Ulrich D, Quitmann S, Bohnert H (1988) SVS-Form für Frauen: Fragebogen zu sexuellen Funktionsstörungen Psychoendokrinologische Gynäkologie: Ergebnisse und Perspektiven, Enke Verlag, Stuttgart
- Strauss B, Richter-Appelt H (1996) Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK): Originalfassung und Revision, Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen Bern Toronto Seattle

Thuesen B, Andreasson B, Bock J (1992) Sexual function and somatopsychic reactions after local excision of vulvar intra-epithelial neoplasia. Acta Obstet Gynecol Scand 71: 126-128

Uexküll Tv (1996) Psychosomatische Medizin. Urban&Schwarzenberg, München Wien Baltimore

Vogt R (1985) Der angsterregende Aspekt der Vulva. Sexualmedizin 14: 145-147

White G, Jantos M (1998) Sexual behavior changes with vulvar vestibulitis syndrome. J Reprod Med 43: 783-789

Zintl-Wiegand A, Wiesleitner-Fennesz U, Wiesleitner R (1997) Psychosomatik in der Gynäkologie. In: Deter H, Albrecht H (ed) Angewandte Psychosomatik: eine Anleitung zum Erkennen, Verstehen und Behandeln psychosomatisch Kranker, Thieme, Stuttgart, p 290-305

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Altersmittelwerte der Diagnosegruppen.....	83
Tabelle 2: Schulbildung innerhalb der Diagnosegruppen	86
Tabelle 3: Bisher behandelte gynäkologische Erkrankungen außer der Vulvaerkrankung	89
Tabelle 4: Bisherige gynäkologische Operationen.....	90
Tabelle 5: Qualität der Vulvabeschwerden innerhalb der Diagnosegruppen.....	99
Tabelle 6: Mittlere Beschwerdeintensität in den Diagnosegruppen.....	102
Tabelle 7: Zeitliches Beschwerdemaximum der einzelnen Diagnosegruppen.....	105
Tabelle 8: Bisherige operative Maßnahmen aufgrund der einzelnen Vulvaerkrankung ..	106
Tabelle 9: Mittelwerte für die Selbsteinschätzung des Leidensdrucks nach Diagnosegruppen getrennt	110
Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Bindungstypen innerhalb der Diagnosegruppen .	112
Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Bindungstypen in untersuchter Stichprobe und Referenzstichprobe	114
Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Bindungstypen innerhalb der Diagnosegruppen und in der Referenzstichprobe	115
Tabelle 13: Ergebnisse der Kovarianzanalyse zur Partnerschaft (Kovariate: Alter).....	117
Tabelle 14: t-Test zum Gruppeneinzelvergleich bezüglich der Skala "Unterstützung" ...	118
Tabelle 15: Ergebnisse der Kovarianzanalyse zur Zufriedenheit bezüglich des Sexuallebens (Kovariate: Alter).....	121
Tabelle 16: Ergebnisse der Kovarianzanalyse zum subjektiven Leidensdruck (Kovariate: Alter).....	123
Tabelle 17: t-Test zum Gruppeneinzelvergleich bezüglich der Skala "Belastung durch die Krankheit“	124
Tabelle 18: Ergebnisse der Kovarianzanalyse zur "Einstellung zum eigenen Körper" (Kovariate: Alter).....	125
Tabelle 19: Ergebnisse der Varianzanalyse zu den Bindungstypen der Gesamtstichprobe bezüglich der 3 Skalen des subjektiven Leidensdrucks.....	127
Tabelle 20: Sexuelle Funktionsstörungen innerhalb der Diagnosegruppen und diesbezügliche Gruppenunterschiede im χ^2 -Test	133
Tabelle 21: Aussagen bezüglich der Sexualität getrennt nach Diagnosegruppen und diesbezügliche Gruppenunterschiede im χ^2 -Test	134

Tabelle 22: Regressionsanalyse zur Vorhersage des subjektiven Leidensdrucks durch die Skala "Belastung durch die Krankheit"	136
Tabelle 23: Regressionsanalyse zur Vorhersage des subjektiven Leidensdrucks durch die Skala "Auswirkungen auf den Alltag"	137
Tabelle 24: Regressionsanalyse zur Vorhersage des subjektiven Leidensdrucks durch die Skala "Verarbeitung der Krankheit"	138

Diagrammverzeichnis

Diagramm 1: Alter der Gesamtstichprobe.....	82
Diagramm 2: Mittleres Alter in den Diagnosegruppen	83
Diagramm 3: Familienstand der Gesamtstichprobe	84
Diagramm 4: Schulbildung der Gesamtstichprobe.....	85
Diagramm 5: Berufliche Beschäftigung.....	87
Diagramm 6: Beschwerden vor/während der Regelblutung.....	88
Diagramm 7: Informationsquellen über Frauenkrankheiten	91
Diagramm 8: Allgemeine gesundheitliche Probleme.....	92
Diagramm 9: Erkrankungen der Organsysteme	93
Diagramm 10: Facharztkonsultationen.....	93
Diagramm 11: Chronische Schmerzen.....	94
Diagramm 12: Facharztkonsultationen aufgrund der Vulvaerkrankung	95
Diagramm 13: Mittlere bisherige Dauer der Vulvabeschwerden in den einzelnen Diagnosegruppen	96
Diagramm 14: Lebensereignisse in zeitlichem Zusammenhang mit dem Beschwerdebeginn.....	97
Diagramm 15: Laienätiologie bezüglich der Vulvaerkrankung.....	98
Diagramm 16: Qualität der Vulvabeschwerden in der Gesamtstichprobe	99
Diagramm 17: Lokalisation der Beschwerden getrennt nach Diagnosegruppen	101
Diagramm 18: Mittlere Beschwerdeintensität in den Diagnosegruppen.....	102
Diagramm 19: Zyklusabhängiges Beschwerdemaximum (n=12).....	103
Diagramm 20: Zeitliches Beschwerdemaximum	104
Diagramm 21: Zeitliches Beschwerdemaximum der einzelnen Diagnosegruppen.....	104
Diagramm 22: Medikamente gegen die Vulvaerkrankung.....	106
Diagramm 23: Subjektiver Leidensdruck.....	109
Diagramm 24: Selbsteinschätzung des subjektiven Leidensdrucks nach Diagnosegruppen getrennt	110
Diagramm 25: Übersicht über die Bindungstypen innerhalb der Diagnosegruppen.....	113
Diagramm 26: Vergleich der Gesamtstichprobe mit der Referenzstichprobe bezüglich der Häufigkeitsverteilung der Bindungstypen	114

Diagramm 27: Vergleich der Referenzstichprobe mit den einzelnen Diagnosegruppen bezüglich der Häufigkeitsverteilung der Bindungstypen.....	115
Diagramm 28: Mittelwerte der Diagnosegruppen für die Skala "Unterstützung"	118
Diagramm 29: Mittelwerte der Diagnosegruppen für die Skala "Belastung durch die Krankheit"	123
Abbildung 1: Schematische Darstellung der Vulva zur Lokalisation der Beschwerden..	100

Anhang

Faktorenanalyse über die selbsterstellten Items des Fragebogens

1. Partnerschaft

Faktorenanalyse: Hauptkomponentenanalyse: Eigenwert-Kriterium

Rotierte Komponentenmatrix (Varimax-Rotation)

		Faktor			h ²
		1	2	3	
33.	Mein Partner nimmt mich seit meiner Vulvaerkrankung mehr Zeit für mich.	-.06	.70	.14	.51
34.	Ich befürchte, dass sich mein Partner aufgrund meiner Vulvaerkrankung von mir trennen könnte.	.50	-.13	-.70	.76
37.	Ich fühle mich von meinem Partner verstanden und unterstützt.	-.59	-.06	.49	.60
39.	Seit meiner Vulvaerkrankung habe ich mich von meinem Partner distanziert.	.85	-.21	.11	.78
40.	Ich habe das Gefühl, dass sich mein Partner seit meiner Vulvaerkrankung von mir distanziert hat.	.74	.02	-.36	.68
43.	Ich kann mit meinem Partner über meine Vulvaerkrankung sprechen.	-.20	-.06	.80	.69
45.	Ich habe das Gefühl, dass sich seit meiner Vulvaerkrankung etwas an der Liebe und Zuneigung meines Partners geändert hat.	.71	.18	-.32	.64
46.	Ich fühle mich trotz meiner Vulvaerkrankung von meinem Partner geliebt und angenommen.	.02	.21	.76	.62
47.	Seit meiner Vulvaerkrankung werde ich von meinem Partner mehr geschont und geschützt als zuvor.	.10	.85	-.02	.73
49.	Ich habe seit meiner Vulvaerkrankung das Gefühl, meinen Partner zu enttäuschen und seinen Erwartungen nicht gerecht zu werden.	.82	.12	-.06	.70
50.	Seit meiner Erkrankung ist mein Partner mehr um mich bemüht als zuvor.	.05	.76	-.07	.58
51.	Zwischen mir und meinem Partner ist seit meiner Vulvaerkrankung eine größere Nähe entstanden.	.02	.87	.16	.78
	Eigenwert	3.12	2.69	2.26	
	% der Gesamtvarianz	25.99	22.45	18.86	
	kumulierten % der Gesamtvarianz	25.99	48.45	67.30	
	Anteil an d. extrahierten Varianz	38.66	33.33	28.00	

1 Faktor: N of Items = 5 N of Cases = 61.0

„Distanzierung“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .82**

		Polung	r_{it}
37.	Ich fühle mich von meinem Partner verstanden und unterstützt.	-	.60
39.	Seit meiner Vulvaerkrankung habe ich mich von meinem Partner distanziert.	+	.62
40.	Ich habe das Gefühl, dass sich mein Partner seit meiner Vulvaerkrankung von mir distanziert hat.	+	.66
45.	Ich habe das Gefühl, dass sich seit meiner Vulvaerkrankung etwas an der Liebe und Zuneigung meines Partners geändert hat.	+	.58
49.	Ich habe seit meiner Vulvaerkrankung das Gefühl, meinen Partner zu enttäuschen und seinen Erwartungen nicht gerecht zu werden.	+	.68

2 Faktor: N of Items = 4 N of Cases = 56.0

„Unterstützung“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .81**

		Polung	r_{it}
33.	Mein Partner nimmt mich seit meiner Vulvaerkrankung mehr Zeit für mich.	+	.52
47.	Seit meiner Vulvaerkrankung werde ich von meinen Partner mehr geschont und geschützt als zuvor.	+	.69
50.	Seit meiner Erkrankung ist mein Partner mehr um mich bemüht als zuvor.	+	.57
51.	Zwischen mir und meinem Partner ist seit meiner Vulvaerkrankung eine größere Nähe entstanden.	+	.76

3 Faktor: N of Items = 3 N of Cases = 64.0

„Anteilnahme“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .69**

		Polung	r_{it}
34.	Ich befürchte, dass sich mein Partner aufgrund meiner Vulvaerkrankung von mir trennen könnte.	-	.56
43.	Ich kann mit meinem Partner über meine Vulvaerkrankung sprechen.	+	.54
46.	Ich fühle mich trotz meiner Vulvaerkrankung von meinem Partner geliebt und angenommen.	+	.47

Deskriptive Statistik

		N	Mittelwert	s
33.	Mein Partner nimmt mich seit meiner Vulvaerkrankung mehr Zeit für mich.	61	2.39	1.31
34.	Ich befürchte, dass sich mein Partner aufgrund meiner Vulvaerkrankung von mir trennen könnte.	66	1.29	.72
37.	Ich fühle mich von meinem Partner verstanden und unterstützt.	67	4.06	.97
39.	Seit meiner Vulvaerkrankung habe ich mich von meinem Partner distanziert.	63	1.62	1.02
40.	Ich habe das Gefühl, dass sich mein Partner seit meiner Vulvaerkrankung von mir distanziert hat.	63	1.29	.61
43.	Ich kann mit meinem Partner über meine Vulvaerkrankung sprechen.	64	4.31	1.04
45.	Ich habe das Gefühl, dass sich seit meiner Vulvaerkrankung etwas an der Liebe und Zuneigung meines Partners geändert hat.	62	1.55	.97
46.	Ich fühle mich trotz meiner Vulvaerkrankung von meinem Partner geliebt und angenommen.	65	4.37	1.05
47.	Seit meiner Vulvaerkrankung werde ich von meinem Partner mehr geschont und geschützt als zuvor.	64	2.25	1.35
49.	Ich habe seit meiner Vulvaerkrankung das Gefühl, meinen Partner zu enttäuschen und seinen Erwartungen nicht gerecht zu werden.	62	2.10	1.25
50.	Seit meiner Erkrankung ist mein Partner mehr um mich bemüht als zuvor.	59	1.95	1.22
51.	Zwischen mir und meinem Partner ist seit meiner Vulvaerkrankung eine größere Nähe entstanden.	61	2.23	1.38

2. Sexualität (vor Beginn der Vulvaerkrankung)

4-Faktoren-Lösung

Rotierte Komponentenmatrix (Varimaxrotation)

		Faktoren				
		1	2	3	4	h ²
1	Es ist für mich wichtig, Geschlechtsverkehr mit meinem Partner zu haben.	.68	-.31	-.04	.34	.68
2	Es kommt zwischen mir und meinem Partner zu Zärtlichkeiten wie Berühren, Streicheln, Umarmen, Küssen usw.	.35	-.51	-.45	-.23	.64
3	Ich habe mehr Lust zum Geschlechtsverkehr als mein Partner.	.09	-.12	-.12	.74	.59
5	Mein Partner ist nur dann zärtlich, wenn er sexuellen Kontakt mit mir möchte.	-.10	.81	.11	.12	.70
6	Mein Partner stimuliert mich gegen meinen Willen.	-.20	.61	-.02	-.34	.53
7	Ich lasse mich auf sexuelle Kontakte ein, auch wenn ich sexuell nicht erregt bin.	.10	.71	-.08	-.13	.54
8	Ich ergreife die Initiative bei sexuellen Kontakten.	.34	-.11	-.17	.58	.49
9	Mein Partner weicht sexuellen Kontakten mit mir aus.	.01	.20	.03	.76	.62
10	Mir fällt es leicht, sexuelle Kontakte mit meinem Partner abzulehnen.	-.60	-.41	-.05	.06	.53
12	Ich ekle mich vor meinen Geschlechtsteilen.	-.09	.02	.78	-.03	.61
13	Ich ekle mich vor den Geschlechtsteilen des Mannes.	-.22	.01	.64	-.28	.55
14	Ich habe das Gefühl, mein Partner wünscht sich eine bessere Sexualpartnerin.	-.43	.56	.16	.04	.53
15	Es fällt mir leicht, auf die sexuellen Wünsche meines Partners einzugehen.	.81	-.09	-.18	-.06	.70
16	Ich sage meinem Partner, wenn ich Lust auf sexuellen Kontakt habe.	.51	-.29	-.01	.24	.41
21	Nach dem Geschlechtsverkehr habe ich Schuldgefühle.	-.19	.40	.45	.23	.44
22	Beim Geschlechtsverkehr habe ich das Gefühl, etwas Verbotenes zu tun.	-.07	.18	.79	.12	.68
24	Beim Geschlechtsverkehr habe ich Angst, ungewollt schwanger zu werden.	.04	-.12	.60	-.23	.44
26	Ich freue mich, wenn mein Partner sexuell erregt ist.	.59	-.16	-.32	.09	.49
28	Mein Partner lehnt verschiedene sexuelle Praktiken, die ich mir wünsche, ab.	-.35	-.11	.01	.41	.30
Eigenwert		2.81	2.79	2.64	2.22	
% der Gesamtvarianz		14.80	14.69	13.91	11.69	
kumulierte % der Gesamtvarianz		14.80	29.49	43.41	55.10	

1 Faktor: N of Items = 4 N of Cases = 60.0

„Interesse“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .73**

		Polung	r_{it}
1	Es ist für mich wichtig, Geschlechtsverkehr mit meinen Partner zu haben.	+	.58
15	Es fällt mir leicht, auf die sexuellen Wünsche meines Partners einzugehen.	+	.57
16	Ich sage meinem Partner, wenn ich Lust auf sexuellen Kontakt habe.	+	.41
26	Ich freue mich, wenn mein Partner sexuell erregt ist.	+	.51

Aufgrund der Reliabilität wird das Item 10 nicht mit in die Skala aufgenommen.

2 Faktor: N of Items = 5 N of Cases = 60.0

„Submissivität“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .75**

		Polung	r_{it}
2	Es kommt zwischen mir und meinem Partner zu Zärtlichkeiten wie Berühren, Streicheln, Umarmen, Küssen usw.	-	.56
5	Mein Partner ist nur dann zärtlich, wenn er sexuellen Kontakt mit mir möchte.	+	.62
6	Mein Partner stimuliert mich gegen meinen Willen.	+	.57
7	Ich lasse mich auf sexuelle Kontakte ein, auch wenn ich sexuell nicht erregt bin.	+	.43
14	Ich habe das Gefühl, mein Partner wünscht sich eine bessere Sexualpartnerin.	+	.55

3 Faktor: N of Items = 5 N of Cases = 58.0

„Aversion“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .66**

		Polung	r_{it}
12	Ich ekle mich vor meinen Geschlechtsteilen.	+	.43
13	Ich ekle mich vor den Geschlechtsteilen des Mannes.	+	.44
21	Nach dem Geschlechtsverkehr habe ich Schuldgefühle.	+	.34
22	Beim Geschlechtsverkehr habe ich das Gefühl, etwas Verbotenes zu tun.	+	.65
24	Beim Geschlechtsverkehr habe ich Angst, ungewollt schwanger zu werden.	+	.31

4 Faktor: N of Items = 4 N of Cases = 57.0

„Initiative“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .61**

		Polung	r _{it}
3	Ich habe mehr Lust zum Geschlechtsverkehr als mein Partner.	+	.58
8	Ich ergreife die Initiative bei sexuellen Kontakten.	+	.38
9	Mein Partner weicht sexuellen Kontakten mit mir aus.	+	.45
28	Mein Partner lehnt verschiedene sexuelle Praktiken, die ich mir wünsche, ab.	+	.21

Deskriptive Statistik

	Item	N	Mittelwert	s
1	Es ist für mich wichtig, Geschlechtsverkehr mit meinem Partner zu haben.	61	3.84	1.19
2	Es kommt zwischen mir und meinem Partner zu Zärtlichkeiten wie Berühren, Streicheln, Umarmen, Küssen usw.	62	4.39	.75
3	Ich habe mehr Lust zum Geschlechtsverkehr als mein Partner.	60	1.97	1.10
5	Mein Partner ist nur dann zärtlich, wenn er sexuellen Kontakt mit mir möchte.	62	1.87	1.19
6	Mein Partner stimuliert mich gegen meinen Willen.	61	1.25	.60
7	Ich lasse mich auf sexuelle Kontakte ein, auch wenn ich sexuell nicht erregt bin.	61	2.10	1.12
8	Ich ergreife die Initiative bei sexuellen Kontakten.	60	2.93	.99
9	Mein Partner weicht sexuellen Kontakten mit mir aus.	61	1.39	.78
12	Ich ekle mich vor meinen Geschlechtsteilen.	62	1.23	.73
13	Ich ekle mich vor den Geschlechtsteilen des Mannes.	61	1.21	.58
14	Ich habe das Gefühl, mein Partner wünscht sich eine bessere Sexualpartnerin.	60	2.12	1.26
15	Es fällt mir leicht, auf die sexuellen Wünsche meines Partners einzugehen.	60	3.72	.99
16	Ich sage meinem Partner, wenn ich Lust auf sexuellen Kontakt habe.	61	3.93	.77
21	Nach dem Geschlechtsverkehr habe ich Schuldgefühle.	61	1.23	.62
22	Beim Geschlechtsverkehr habe ich das Gefühl, etwas Verbotenes zu tun.	62	1.15	.47

24	Beim Geschlechtsverkehr habe ich Angst, ungewollt schwanger zu werden.	60	1.40	.94
26	Ich freue mich, wenn mein Partner sexuell erregt ist.	61	4.13	.96
28	Mein Partner lehnt verschiedene sexuelle Praktiken, die ich mir wünsche, ab.	60	1.15	.44

Sexualität (nach Beginn der Vulvaerkrankung)

4-Faktoren-Lösung

Rotierte Komponentenmatrix (Varimaxrotation)

		Faktoren				
		1	2	3	4	h ²
43.	Es hat sich nichts geändert.	-.55	-.04	.50	-.19	.59
44.	Geschlechtsverkehr ist nicht möglich.	.83	.16	-.07	.13	.73
45.	Ich habe seltener Geschlechtsverkehr.	.68	.27	-.33	.03	.64
46.	Ich erlebe den Geschlechtsverkehr als weniger befriedigend.	.65	.36	-.15	.27	.65
47.	Ich bin schneller sexuell erregbar.	-.15	-.03	.81	-.06	.68
48.	Ich habe Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.	.71	.27	-.05	-.10	.59
49.	Ich habe gesteigertes sexuelles Interesse.	-.03	-.06	.84	.04	.71
50.	Ich bin weniger erregbar.	.82	.11	-.05	.21	.74
51.	Mein Partner hat weniger sexuelles Interesse.	.30	.61	.02	.37	.60
52.	Ich vermeide jede Situation, die zu Sexualität führen könnte.	.78	.15	-.27	-.03	.71
53.	Ich bin unfähig, einen Orgasmus zu erreichen.	.68	.02	.18	.05	.50
54.	Ich muss ständig an Sexualität denken.	.17	.52	-.04	-.07	.30
55.	Mein Partner ist ganz froh, sich wegen meiner Erkrankung sexuell zurückziehen zu können.	-.07	.82	-.03	-.16	.71
56.	Ich habe öfter Geschlechtsverkehr.	-.10	-.06	.75	.04	.57
57.	Mein Schamgefühl hindert mich daran, mich auf Sexualität einzulassen.	.59	.34	-.01	.44	.66
58.	Ich bin (seit/trotz meiner Erkrankung) mit meinem Sexualleben zufrieden.	-.60	-.31	.32	.27	.62
59.	Mein Partner ist (seit/trotz meiner Erkrankung) mit unserem Sexualleben zufrieden.	-.70	-.10	.40	.26	.73
60.	Ich befürchte, er könnte sich bei mir anstecken.	.05	.02	.10	.84	.72
61.	Mein Partner befürchtet, er könnte sich bei mir anstecken.	-.03	.11	-.09	.86	.76
63.	An meinem Gefühl, sexuell attraktiv zu sein, hat sich seit meiner Erkrankung etwas geändert.	.44	.48	-.29	.28	.58
65.	An meinem Gefühl, „gerne eine Frau zu sein“, hat sich seit meiner Erkrankung etwas geändert.	.28	.70	-.11	.35	.70
66.	Ich habe seit meiner Vulvaerkrankung das Gefühl, keine „vollwertige Frau“ mehr zu sein.	.41	.67	-.06	.34	.74
Eigenwert		5.92	3.06	2.80	2.46	
% der Gesamtvarianz		26.92	13.93	12.72	11.16	
kumulierte % der Gesamtvarianz		26.92	40.85	53.56	64.72	

1 Faktor: N of Items = 11 N of Cases = 56.0

“Beeinträchtigung des Sexualverkehrs“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .92**

		Polung	r_{it}
43.	Es hat sich nichts geändert.	-	.60
44.	Geschlechtsverkehr ist nicht möglich.	+	.76
45.	Ich habe seltener Geschlechtsverkehr.	+	.77
46.	Ich erlebe den Geschlechtsverkehr als weniger befriedigend.	+	.73
48.	Ich habe Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.	+	.67
50.	Ich bin weniger erregbar.	+	.78
52.	Ich vermeide jede Situation, die zu Sexualität führen könnte.	+	.77
53.	Ich bin unfähig, einen Orgasmus zu erreichen.	+	.50
57.	Mein Schamgefühl hindert mich daran, mich auf Sexualität einzulassen.	+	.60
58.	Ich bin (seit/trotz meiner Erkrankung) mit meinem Sexualleben zufrieden.	-	.68
59.	Mein Partner ist (seit/trotz meiner Erkrankung) mit unserem Sexualleben zufrieden.	-	.74

2 Faktor: N of Items = 6 N of Cases = 60.0

„Verunsicherung als Frau“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .84**

		Polung	r_{it}
51.	Mein Partner hat weniger sexuelles Interesse.	+	.65
54.	Ich muss ständig an Sexualität denken.	+	.34
55.	Mein Partner ist ganz froh, sich wegen meiner Erkrankung sexuell zurückziehen zu können.	+	.45
63.	An meinem Gefühl, sexuell attraktiv zu sein, hat sich seit meiner Erkrankung etwas geändert.	+	.73
65.	An meinem Gefühl, „gerne eine Frau zu sein“, hat sich seit meiner Erkrankung etwas geändert.	+	.85
66.	Ich habe seit meiner Vulvaerkrankung das Gefühl, keine „vollwertige Frau“ mehr zu sein.	+	.85

3 Faktor: N of Items = 3 N of Cases = 58.0

„Libidosteigerung“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .77**

		Polung	r_{it}
47.	Ich bin schneller sexuell erregbar.	+	.67
49.	Ich habe gesteigertes sexuelles Interesse.	+	.64
56.	Ich habe öfter Geschlechtsverkehr.	+	.52

4 Faktor: N of Items = 2 N of Cases = 64.0

„Angst vor Ansteckung“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .81**

		Polung	r_{it}
60.	Ich befürchte, er könnte sich bei mir anstecken.	+	.72
61.	Mein Partner befürchtet, er könnte sich bei mir anstecken.	+	.72

Deskriptive Statistik

		N	Mittelwert	s
43.	Es hat sich nichts geändert.	64	2.77	1.53
44.	Geschlechtsverkehr ist nicht möglich.	66	2.11	1.44
45.	Ich habe seltener Geschlechtsverkehr.	63	2.84	1.55
46.	Ich erlebe den Geschlechtsverkehr als weniger befriedigend.	62	2.40	1.51
47.	Ich bin schneller sexuell erregbar.	63	1.41	.96
48.	Ich habe Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.	63	2.89	1.58
49.	Ich habe gesteigertes sexuelles Interesse.	61	1.41	.78
50.	Ich bin weniger erregbar.	63	2.35	1.49
51.	Mein Partner hat weniger sexuelles Interesse.	63	1.49	.82
52.	Ich vermeide jede Situation, die zu Sexualität führen könnte.	65	1.91	1.25
53.	Ich bin unfähig, einen Orgasmus zu erreichen.	65	1.80	1.29
54.	Ich muss ständig an Sexualität denken.	65	1.38	.65
55.	Mein Partner ist ganz froh, sich wegen meiner Erkrankung sexuelle zurückziehen zu können.	64	1.22	.55
56.	Ich habe öfter Geschlechtsverkehr.	63	1.48	.86
57.	Mein Schamgefühl hindert mich daran, mich auf Sexualität einzulassen.	65	1.48	.92

58.	Ich bin (seit/trotz meiner Erkrankung) mit meinem Sexualleben zufrieden.	66	3.03	1.48
59.	Mein Partner ist (seit/trotz meiner Erkrankung) mit unserem Sexualleben zufrieden.	65	3.08	1.43
60.	Ich befürchte, er könnte sich bei mir anstecken.	65	2.22	1.46
61.	Mein Partner befürchtet, er könnte sich bei mir anstecken.	64	1.61	1.02
63.	An meinem Gefühl, sexuell attraktiv zu sein, hat sich seit meiner Erkrankung etwas geändert.	66	2.62	1.59
65.	An meinem Gefühl, „gerne eine Frau zu sein“, hat sich seit meiner Erkrankung etwas geändert.	66	2.17	1.43
66.	Ich habe seit meiner Vulvaerkrankung das Gefühl, keine „vollwertige Frau“ mehr zu sein.	68	2.06	1.35

3. Subjektiver Leidensdruck

Hauptkomponentenanalyse: 3-Faktoren-Lösung

Varimax-Rotation

		Faktor			
		1	2	3	h ²
1	Meine Erkrankung ist zum zentralen Thema in meinem Leben geworden.	.49	.27	-.36	.44
2	Ich muss meinen Tagesablauf nach meiner Erkrankung ausrichten.	.31	.80	-.17	.76
3	Es gibt Tage, an denen ich überhaupt nicht an meine Erkrankung denke.	-.04	-.38	.64	.56
4	Ich muss aufgrund meiner Erkrankung auf viele Dinge verzichten, die mir Spaß machen würden.	.42	.62	-.23	.61
5	Ich habe das Gefühl, meine Krankheit kontrollieren zu können.	-.15	.22	.70	.56
6	Ich fühle mich durch meine Erkrankung körperlich stark eingeschränkt.	.43	.61	.10	.57
7	Ich kann aufgrund meiner Erkrankung meinen Verpflichtungen nicht nachkommen.	.43	.71	.04	.69
8	Ich fühle mich von dem Leben mit meiner Erkrankung überfordert.	.73	.29	-.38	.76
9	Mein Leben ist auch mit der Erkrankung lebenswert.	-.38	-.03	.45	.34
10	Seit ich meine Erkrankung habe, habe ich mich aus sozialen Kontakten zurückgezogen.	.60	.17	-.19	.43
11	Meine Erkrankung macht mich hilflos.	.75	.07	-.25	.63
12	Ich habe die Erkrankung als Teil von mir akzeptiert.	-.31	.10	.32	.21
13	Ich verspüre eine große Unsicherheit im Leben, weil ich nie weiß, wie sich meine Krankheit entwickelt.	.46	.14	.06	.24
14	Meine Schmerzen reduzieren meine Freude am Leben.	.77	.10	-.09	.61
15	Durch die Unberechenbarkeit meiner Erkrankung fühle ich mich in meiner Lebensplanung beeinträchtigt.	.69	.10	-.27	.56
16	Meine Lebensqualität hat mit meiner Erkrankung abgenommen.	.75	.07	-.13	.58
17	Meine Erkrankung macht mich hoffnungslos.	.78	.10	-.35	.75
18	Meine Erkrankung hat meine Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt.	.53	.49	-.17	.54
19	Meine Erkrankung beeinträchtigt meine Partnerschaft.	.61	.23	-.05	.43
20	Durch meine Erkrankung musste ich meine sportlichen Aktivitäten aufgeben.	.49	.39	.25	.46
21	Meine Erkrankung beschränkt mich in meiner Freizeitgestaltung (Hobbies, ...).	.66	.46	.20	.69
22	Meine Erkrankung hat dazu geführt, dass ich mich nicht mehr so um meine Kinder kümmern kann wie zuvor.	-.24	.78	-.32	.76
23	Mit meiner Erkrankung fühle ich mich mit dem Haushalt überfordert.	.24	.71	.00	.55
24	Ich musste meine Kleidungsgewohnheiten aufgrund meiner Erkrankung umstellen und fühle mich seitdem weniger attraktiv.	.44	.48	.14	.44
25	Ich musste aufgrund meiner Erkrankung meine Arbeitsstelle aufgeben.	-.37	.67	-.05	.58
26	Ich fühle mich mit meiner Erkrankung am Arbeitsplatz weniger leistungsfähig.	.26	.57	-.03	.39
27	Die Qualität meines Schlafes hat sehr unter meiner Erkrankung gelitten, so dass ich mich oft übermüdet fühle.	.43	.40	.00	.34
28	Seit ich erkrankt bin, gönne ich mir endlich die nötigen Erholungspausen.	.05	.61	.23	.43
Eigenwert		7.09	5.63	2.21	
% der Gesamtvarianz		25.31	20.10	7.88	
kumulierten % der Gesamtvarianz		25.31	45.40	53.28	

1 Faktor: N of Items = 14 N of Cases = 70.0

„Belastung durch die Krankheit“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .91**

		Polung	r_{it}
1	Meine Erkrankung ist zum zentralen Thema in meinem Leben geworden.	+	.66
8	Ich fühle mich von dem Leben mit meiner Erkrankung überfordert.	+	.82
10	Seit ich meine Erkrankung habe, habe ich mich aus sozialen Kontakten zurückgezogen.	+	.67
11	Meine Erkrankung macht mich hilflos.	+	.67
13	Ich verspüre eine große Unsicherheit im Leben, weil ich nie weiß, wie sich meine Krankheit entwickelt.	+	.49
14	Meine Schmerzen reduzieren meine Freude am Leben.	+	.75
15	Durch die Unberechenbarkeit meiner Erkrankung fühle ich mich in meiner Lebensplanung beeinträchtigt.	+	.75
16	Meine Lebensqualität hat mit meiner Erkrankung abgenommen.	+	.74
17	Meine Erkrankung macht mich hoffnungslos.	+	.72
18	Meine Erkrankung hat meine Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt.	+	.64
19	Meine Erkrankung beeinträchtigt meine Partnerschaft.	+	.59
20	Durch meine Erkrankung musste ich meine sportlichen Aktivitäten aufgeben.	+	.39
21	Meine Erkrankung beschränkt mich in meiner Freizeitgestaltung (Hobbies, ...).	+	.55
27	Die Qualität meines Schlafes hat sehr unter meiner Erkrankung gelitten, so dass ich mich oft übermüdet fühle.	+	.51

2. Faktor N of Items = 10 N of Cases = 65.0

„Auswirkungen auf den Alltag“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .85**

		Polung	r_{it}
2	Ich muss meinen Tagesablauf nach meiner Erkrankung ausrichten.	+	.78
4	Ich muss aufgrund meiner Erkrankung auf viele Dinge verzichten, die mir Spaß machen würden.	+	.65
6	Ich fühle mich durch meine Erkrankung körperlich stark eingeschränkt.	+	.61
7	Ich kann aufgrund meiner Erkrankung meinen Verpflichtungen nicht nachkommen.	+	.75
22	Meine Erkrankung hat dazu geführt, dass ich mich nicht mehr so um meine Kinder kümmern kann wie zuvor.	+	.52
23	Mit meiner Erkrankung fühle ich mich mit dem Haushalt überfordert.	+	.62
24	Ich musste meine Kleidungsgewohnheiten aufgrund meiner Erkrankung umstellen und fühle mich seitdem weniger attraktiv.	+	.47
25	Ich musste aufgrund meiner Erkrankung meine Arbeitsstelle aufgeben.	+	.35
26	Ich fühle mich mit meiner Erkrankung am Arbeitsplatz weniger leistungsfähig.	+	.52
28	Seit ich erkrankt bin, gönne ich mir endlich die nötigen Erholungspausen.	+	.48

3. Faktor N of Items = 4 N of Cases = 77.0

„Verarbeitung der Krankheit“

Reliabilität: Interne Konsistenz: **alpha = .56**

		Polung	r _{it}
3	Es gibt Tage, an denen ich überhaupt nicht an meine Erkrankung denke.	+	.31
5	Ich habe das Gefühl, meine Krankheit kontrollieren zu können.	+	.42
9	Mein Leben ist auch mit der Erkrankung lebenswert.	+	.38
12	Ich habe die Erkrankung als Teil von mir akzeptiert.	+	.33

Deskriptive Statistik

		N	Mittelwert	s
1	Meine Erkrankung ist zum zentralen Thema in meinem Leben geworden.	83	2,22	1,09
2	Ich muss meinen Tagesablauf nach meiner Erkrankung ausrichten.	83	1,46	,75
3	Es gibt Tage, an denen ich überhaupt nicht an meine Erkrankung denke.	82	3,50	1,35
4	Ich muss aufgrund meiner Erkrankung auf viele Dinge verzichten, die mir Spaß machen würden.	82	1,94	1,19
5	Ich habe das Gefühl, meine Krankheit kontrollieren zu können.	79	2,53	1,51
6	Ich fühle mich durch meine Erkrankung körperlich stark eingeschränkt.	83	1,93	1,06
7	Ich kann aufgrund meiner Erkrankung meinen Verpflichtungen nicht nachkommen.	83	1,39	,70
8	Ich fühle mich von dem Leben mit meiner Erkrankung überfordert.	83	1,69	,94
9	Mein Leben ist auch mit der Erkrankung lebenswert.	83	4,33	,80
10	Seit ich meine Erkrankung habe, habe ich mich aus sozialen Kontakten zurückgezogen.	83	1,33	,75
11	Meine Erkrankung macht mich hilflos.	83	1,78	1,18
12	Ich habe die Erkrankung als Teil von mir akzeptiert.	82	3,20	1,36
13	Ich verspüre eine große Unsicherheit im Leben, weil ich nie weiß, wie sich meine Krankheit entwickelt.	81	2,60	1,30
14	Meine Schmerzen reduzieren meine Freude am Leben.	83	1,98	1,08
15	Durch die Unberechenbarkeit meiner Erkrankung fühle ich mich in meiner Lebensplanung beeinträchtigt.	82	1,90	1,04
16	Meine Lebensqualität hat mit meiner Erkrankung abgenommen.	83	2,07	1,10
17	Meine Erkrankung macht mich hoffnungslos.	83	1,64	,96
18	Meine Erkrankung hat meine Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt.	82	1,66	,86
19	Meine Erkrankung beeinträchtigt meine Partnerschaft.	75	2,00	1,10
20	Durch meine Erkrankung musste ich meine sportlichen Aktivitäten aufgeben.	80	1,61	1,02
21	Meine Erkrankung beschränkt mich in meiner Freizeitgestaltung (Hobbies, ...).	82	1,52	,91
22	Meine Erkrankung hat dazu geführt, dass ich mich nicht mehr so um meine Kinder kümmern kann wie zuvor.	69	1,13	,48
23	Mit meiner Erkrankung fühle ich mich mit dem Haushalt überfordert.	79	1,19	,51

24	Ich musste meine Kleidungsgewohnheiten aufgrund meiner Erkrankung umstellen und fühle mich seitdem weniger attraktiv.	82	1,33	,82
25	Ich musste aufgrund meiner Erkrankung meine Arbeitsstelle aufgeben.	82	1,15	,67
26	Ich fühle mich mit meiner Erkrankung am Arbeitsplatz weniger leistungsfähig.	80	1,29	,66
27	Die Qualität meines Schlafes hat sehr unter meiner Erkrankung gelitten, so dass ich mich oft übermüdet fühle.	82	1,83	1,09
28	Seit ich erkrankt bin, gönne ich mir endlich die nötigen Erholungspausen.	79	1,63	1,10

Kovarianzanalyse und Scheffé-Test bezüglich des Alters

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	47.39	13.66	33
Kondylomatose	31.48	8.07	21
Vulvodynie	48.94	17.40	18
Lichen sclerosus	55.94	16.06	18
Gesamt	45.70	16.15	90

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen			
F	df1	df2	Signifikanz
4.318	3	86	.007

Tests der Zwischensubjekteffekte

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Diagnosegruppe	6421.89	3	2140.631	10.96	.000	.28
Fehler	16803.01	86	195.384			
Gesamtvariation	23224.90	89				

Scheffé

(I) Diagnosegruppe	(J) Diagnosegruppe	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz
VIN	Kondylomatose	15.92*	3.90	.002
	Unspezif. Vulvitis	-1.55	4.10	.986
	Lichen sclerosus	-8.55	4.10	.233
Kondylomatose	Unspezif. Vulvitis	-17.47*	4.49	.003
	Lichen sclerosus	-24.47*	4.49	.000
Vulvodynie	Lichen sclerosus	-7.00	4.66	.524

* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

Scheffé

	N	Untergruppe	
Diagnosegruppe		1	2
Kondylomatose	21	31.48	
VIN	33		47.39
Vulvodynie	18		48.94
Lichen sclerosus	18		55.94
Signifikanz		1.000	.273

Kruskal-Wallis-Test

Ränge

Diagnosegruppe	N	Mittlerer Rang
VIN	33	49.15
Kondylomatose	21	22.60
Vulvodynie	18	50.25
Lichen sclerosus	18	60.78
Gesamt	90	

Statistik für Test

	ALTER
Chi-Quadrat	23.56
df	3
Asymptotische Signifikanz	.000

Übersicht über die Ergebnisse der Kovarianzanalyse und Varianzanalyse zu den Skalen des Fragebogens

	Skala		Kovarianzanalyse			Varianzanalyse		
			F-Wert	p	Sig.	F-Wert	p	Sig.
Partnerschaft	1. Distanzierung		.58	.63	n.s.	0,44	.73	n.s.
		Alter	.94	.34	n.s.			
	2. Unterstützung		3.54	.02	*	2,02	.12	n.s.
		Alter	4.91	.03	*			
	3. Anteilnahme		.36	.78	n.s.	0,90	.45	n.s.
		Alter	1.02	.32	n.s.			
	4. Akzeptanzprobleme		1.97	.13	n.s.			
		Alter	1.04	.31	n.s.			
	5. Öffnungsbereitschaft		.07	.98	n.s.			
		Alter	.10	.75	n.s.			
	6. Zuwendungsbedürfnis		2.53	.07	<10%			
		Alter	.02	.89	n.s.			
Sexualität	1. Interesse		.23	.88	n.s.	0,25	.86	n.s.
		Alter	.15	.70	n.s.			
	2. Submissivität		.77	.51	n.s.	0,79	.50	n.s.
		Alter	.004	.95	n.s.			
	3. Aversion		.99	.40	n.s.	1,58	.20	n.s.
		Alter	1.59	.21	n.s.			
	4. Initiative		2.14	.11	n.s.	2,62	.06	<10%
		Alter	2.12	.15	n.s.			
Veränderung der Sexualität	1. Beeinträchtigung des Sexualverkehrs		2.69	.06	<10%	2,16	.10	n.s.
		Alter	1.68	.20	n.s.			
	2. Verunsicherung als Frau		1.52	.22	n.s.	1,55	.21	n.s.
		Alter	.01	.92	n.s.			
	3. Libidosteigerung		.52	.67	n.s.	0,29	.84	n.s.
		Alter	.80	.37	n.s.			
	4. Angst vor Ansteckung		1.72	.17	n.s.	3,56	.02	*
		Alter	2.48	.12	n.s.			
Subjektiver Leidensdruck	1. Belastung durch die Krankheit		2.78	.05	*	3,19	.03	*
		Alter	.43	.51	n.s.			
	2. Auswirkungen auf den Alltag		.36	.78	n.s.	0,40	.76	n.s.
		Alter	.01	.91	n.s.			
	3. Verarbeitung der Krankheit		1.93	.13	n.s.	2,22	.09	<10%
		Alter	.03	.87	n.s.			
Beurteilung des eigenen Körpers	1. Attraktivität/Selbstvertrauen		.35	.79	n.s.	0,47	.70	n.s.
		Alter	.13	.72	n.s.			
	2. Akzentuierung des Körpers/Sensibilität		2.00	.12	n.s.	2,66	.06	<10%
		Alter	.00	.99	n.s.			
	3. Unsicherheit/Besorgnis		1.29	.28	n.s.	1,46	.23	n.s.
		Alter	.00	.99	n.s.			
	4. körperlich-sexuelles Missempfinden		.09	.97	n.s.	0,41	.75	n.s.
		Alter	2.62	.11	n.s.			

Kovarianzanalyse

Diagnosegruppen und Skala 1 der Partnerschaft:
„Distanzierung“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	7.78	4.01	23
Kondylomatose	8.15	3.08	13
Vulvodynie	9.17	3.90	12
Lichen sclerosus	8.77	3.61	13
Gesamt	8.34	3.67	61

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,141	3	57	,935

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Distanzierung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	13.10	1	13.10	,942	,336
Diagnosegruppe	24.05	3	8.02	,577	,633
Fehler	778.48	56	13.90		
Gesamtvariation	809.77	60			

Diagnosegruppen und Skala 2 der Partnerschaft:
„Unterstützung“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	7.67	3.28	21
Kondylomatose	10.92	5.02	13
Vulvodynie	9.40	5.40	10
Lichen sclerosus	7.92	2.47	12
Gesamt	8.79	4.15	56

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
3,480	3	52	,022

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Unterstützung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
ALTER	74.33	1	74.33	4,906	,031	,088
Diagnosegruppe	160.96	3	53.65	3,542	,021	,172
Fehler	772.58	51	15.15			
Gesamtvariation	945.43	55				

Diagnosegruppen und Skala 3 der Partnerschaft:
„Anteilnahme“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	13.35	2.46	23
Kondylomatose	14.21	.97	14
Vulvodynie	13.08	2.14	13
Lichen sclerosus	12.93	2.84	14
Gesamt	13.39	2.25	64

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
1,467	3	60	,233

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Anteilnahme

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	5.21	1	5.21	1,023	,316
Diagnosegruppe	5.55	3	1.85	,364	,779
Fehler	300.22	59	5.09		
Gesamtvariation	319.23	63			

Diagnosegruppen und Skala 4 der Partnerschaft:
„Akzeptanzprobleme“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	1.82	.70	21
Kondylomatose	2.25	.65	14
Vulvodynie	1.71	.52	12
Lichen sclerosus	1.51	.40	12
Gesamt	1.84	.64	59

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,663	3	55	,579

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Akzeptanzprobleme

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	,378	1	,378	1,039	,313
Diagnosegruppe	2,15	3	,715	1,967	,130
Gesamt	223,00	59			
Gesamtvariation	23,930	58			

Diagnosegruppen und Skala 5 der Partnerschaft:
„Öffnungsbereitschaft“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	4.08	.66	24
Kondylomatose	4.19	.60	15
Vulvodynie	4.08	.67	12
Lichen sclerosus	4.14	.52	11
Gesamt	4.12	.61	62

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,290	3	58	,832

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Öffnungsbereitschaft

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	.04	1	.04	,099	,754
Diagnosegruppe	.08	3	.03	,066	,978
Gesamt	22.80	57	.40		
Gesamtvariation	22.97	61			

Diagnosegruppen und Skala 6 der Partnerschaft:
„Zuwendungsbedürfnis“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	2.76	.84	21
Kondylomatose	3.13	.78	15
Vulvodynie	2.60	.68	13
Lichen sclerosus	2.21	.66	12
Gesamt	2.71	.80	61

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,169	3	57	,917

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Zuwendungsbedürfnis

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	.01	1	.01	,019	,892
Diagnosegruppe	4.41	3	1.47	2,526	,067
Gesamt	32.60	56	.58		
Gesamtvariation	38.43	60			

Diagnosegruppen und Skala 1 der Sexualität:
„Interesse“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	15.77	2.74	22
Kondylomatose	16.00	2.68	16
Vulvodynie	15.00	3.30	10
Lichen sclerosus	15.58	3.34	12
Gesamt	15.67	2.89	60

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,306	3	56	,821

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Interesse

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	1.31	1	1.31	,148	,702
Diagnosegruppe	6.05	3	2.02	,229	,876
Fehler	485.47	55	8.83		
Gesamtvariation	493.33	59			

Diagnosegruppen und Skala 2 der Sexualität:
„Submissivität“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	8.23	3.32	22
Kondylomatose	8.62	3.77	16
Vulvodynie	9.82	3.82	11
Lichen sclerosus	9.91	3.91	11
Gesamt	8.93	3.63	60

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,420	3	56	,739

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Submissivität

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	.06	1	.06	,004	,948
Diagnosegruppe	31.43	3	10.48	,774	,513
Fehler	744.10	55	13.53		
Gesamtvariation	775.73	59			

Diagnosegruppen und Skala 3 der Sexualität:
„Aversion“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	6.00	2.00	21
Kondylomatose	6.36	1.86	14
Vulvodynie	7.00	3.26	11
Lichen sclerosus	5.17	.39	12
Gesamt	6.10	2.11	58

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
5,272	3	54	,003

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Aversion

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	6.80	1	6.80	1,594	,212
Diagnosegruppe	12.69	3	4.23	,992	,404
Fehler	226.08	53	4.27		
Gesamtvariation	253.38	57			

Diagnosegruppen und Skala 4 der Sexualität:
„Initiative“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	6.10	2.02	21
Kondylomatose	7.33	2.41	15
Vulvodynie	5.00	1.63	10
Lichen sclerosus	6.33	2.02	12
Gesamt	6.28	2.16	58

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,465	3	54	,708

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Initiative

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	8.91	1	8.91	2,119	,151
Diagnosegruppe	26.97	3	8.99	2,138	,106
Fehler	222.90	53	4.21		
Gesamtvariation	265.59	57			

Diagnosegruppen und Skala 1 der Veränderung der Sexualität:
„Beeinträchtigung des Sexualverkehrs“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	26.41	10.65	22
Kondylomatose	20.79	8.91	14
Vulvodynie	32.78	14.85	9
Lichen sclerosus	28.09	12.48	11
Gesamt	26.36	11.73	56

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
2,137	3	52	,107

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Beeinträchtigung des Sexualverkehrs

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	214.56	1	214.56	1,678	,201
Diagnosegruppe	1,030.93	3	343.64	2,688	,056
Fehler	6,519.58	51	127.83		
Gesamtvariation	7,572.86	55			

Diagnosegruppen und Skala 2 der Veränderung der Sexualität:
„Verunsicherung als Frau“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	10.43	4.67	23
Kondylomatose	10.00	3.57	14
Vulvodynie	13.55	7.16	11
Lichen sclerosus	9.50	4.54	12
Gesamt	10.72	5.04	60

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
4,389	3	56	,008

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Verunsicherung als Frau

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	.29	1	.29	,011	,915
Diagnosegruppe	115.06	3	38.35	1,523	,219
Fehler	1,385.09	55	25.18		
Gesamtvariation	1,500.18	59			

Diagnosegruppen und Skala 3 der Veränderung der Sexualität:
„Libidosteigerung“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	4.30	1.99	23
Kondylomatose	4.71	2.67	14
Vulvodynie	4.20	2.57	10
Lichen sclerosus	3.91	1.58	11
Gesamt	4.31	2.17	58

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,199	3	54	,897

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Libidosteigerung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	3.94	1	3.94	,803	,374
Diagnosegruppe	7.67	3	2.56	,521	,670
Fehler	260.29	53	4.91		
Gesamtvariation	268.41	57			

Diagnosegruppen und Skala 4 der Veränderung der Sexualität:
„Angst vor Ansteckung“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	3.78	2.33	23
Kondylomatose	5.13	2.58	16
Vulvodynie	3.42	1.98	12
Lichen sclerosus	2.54	1.33	13
Gesamt	3.80	2.30	64

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
2,833	3	60	,046

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Angst vor Ansteckung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	11.43	1	11.43	2,475	,121
Diagnosegruppe	23.91	3	7.97	1,726	,171
Fehler	272.38	59	4.62		
Gesamtvariation	334.36	63			

Diagnosegruppen und Skala 1 zum subj. Leidensdruck:
„Belastung durch die Krankheit“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	22.68	8.17	25
Kondylomatose	25.50	9.04	16
Vulvodynie	30.85	12.70	13
Lichen sclerosus	21.19	7.02	16
Gesamt	24.50	9.55	70

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
3,217	3	66	,028

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Belastung durch die Krankheit

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
ALTER	36.45	1	36.45	,434	,513	
Diagnosegruppe	701.47	3	233.82	2,781	,048	,114
Fehler	5,465.12	65	84.08			
Gesamtvariation	6,299.50	69				

Diagnosegruppen und Skala 2 zum subj. Leidensdruck:
„Auswirkungen auf den Alltag“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	13.28	4.98	25
Kondylomatose	14.80	6.73	15
Vulvodynie	14.42	5.18	12
Lichen sclerosus	13.08	3.86	13
Gesamt	13.80	5.21	65

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,500	3	61	,684

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Auswirkungen auf den Alltag

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	.40	1	.40	,014	,906
Diagnosegruppe	31.02	3	10.34	,364	,779
Fehler	1,702.88	60	28.38		
Gesamtvariation	1,736.40	64			

Diagnosegruppen und Skala 3 zum subj. Leidensdruck:
„Verarbeitung der Krankheit“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	14.19	3.85	27
Kondylomatose	13.05	2.90	19
Vulvodynie	12.07	3.26	15
Lichen sclerosus	14.75	2.54	16
Gesamt	13.61	3.35	77

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,160	3	73	,923

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Verarbeitung der Krankheit

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	,28	1	,28	,026	,873
Diagnosegruppe	63.08	3	21.03	1,934	,132
Fehler	782.67	72	10.87		
Gesamtvariation	854.31	76			

Diagnosegruppen und Skala 1 zur Beurteilung des eigenen Körpers:
„Attraktivität/Selbstvertrauen“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	10.45	4.42	20
Kondylomatose	9.94	3.91	17
Vulvodynie	9.82	3.87	11
Lichen sclerosus	11.46	3.20	13
Gesamt	10.41	3.90	61

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,812	3	57	,492

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Attraktivität/Selbstvertrauen

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	2.11	1	2.11	,133	,716
Diagnosegruppe	16.65	3	5.55	,351	,789
Fehler	886.65	56	15.83		
Gesamtvariation	910.75	60			

Diagnosegruppen und Skala 2 zur Beurteilung des eigenen Körpers:
„Akzentuierung des Körpers/Sensibilität“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	6.78	2.04	23
Kondylomatose	8.47	2.35	17
Vulvodynie	6.80	2.65	15
Lichen sclerosus	6.47	2.17	15
Gesamt	7.13	2.36	70

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,611	3	66	,610

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Akzentuierung des Körpers/Sensibilität

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	.001	1	.001	,000	,992
Diagnosegruppe	31.784	3	10.595	2,000	,123
Fehler	344.281	65	5.297		
Gesamtvariation	385.843	69			

Diagnosegruppen und Skala 3 zur Beurteilung des eigenen Körpers:
„Unsicherheit/Besorgnis“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	4.12	2.92	26
Kondylomatose	5.84	2.87	19
Vulvodynie	4.29	3.31	17
Lichen sclerosus	5.13	2.83	15
Gesamt	4.78	3.01	77

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,349	3	73	,790

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Unsicherheit/Besorgnis

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	.002	1	.002	,000	,988
Diagnosegruppe	34.962	3	11.654	1,294	,283
Fehler	648.441	72	9.006		
Gesamtvariation	687.247	76			

Diagnosegruppen und Skala 4 zur Beurteilung des eigenen Körpers:
„körperlich-sexuelles Misempfinden“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	1.46	1.86	26
Kondylomatose	2.00	1.19	18
Vulvodynie	1.64	1.43	11
Lichen sclerosus	1.58	1.68	12
Gesamt	1.66	1.58	67

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
2,264	3	63	,090

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: körperlich-sexuelles Misempfinden

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ALTER	6.56	1	6.56	2,616	,111
Diagnosegruppe	.68	3	.23	,090	,965
Fehler	155.37	62	2.51		
Gesamtvariation	165.10	66			

Varianzanalyse

Diagnosegruppen und Skala 1 der Partnerschaft:
„Distanzierung“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	7.78	4.01	23
Kondylomatose	8.15	3.08	13
Vulvodynie	9.17	3.90	12
Lichen sclerosus	8.77	3.61	13
Gesamt	8.34	3.67	61

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,271	3	57	,846

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Distanzierung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	18.19	3	6.06	,437	,728
Fehler	791.58	57	13.89		
Gesamtvariation	809.77	60			

Diagnosegruppen und Skala 2 der Partnerschaft:
„Unterstützung“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	7.67	3.28	21
Kondylomatose	10.92	5.02	13
Vulvodynie	9.40	5.40	10
Lichen sclerosus	7.92	2.47	12
Gesamt	8.79	4.15	56

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
3,518	3	52	,021

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Unterstützung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	98,52	3	32,84	2,016	,123
Fehler	846,91	52	16,29		
Gesamtvariation	945,43	55			

Diagnosegruppen und Skala 3 der Partnerschaft:
„Anteilnahme“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	13.35	2.46	23
Kondylomatose	14.21	.97	14
Vulvodynie	13.08	2.14	13
Lichen sclerosus	12.93	2.84	14
Gesamt	13.39	2.25	64

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
1,620	3	60	,194

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Anteilnahme

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	13.81	3	4.60	,904	,445
Fehler	305.43	60	5.09		
Gesamtvariation	319.23	63			

Diagnosegruppen und Skala 1 der Sexualität:
„Interesse“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	15.77	2.74	22
Kondylomatose	16.00	2.68	16
Vulvodynie	15.00	3.30	10
Lichen sclerosus	15.58	3.34	12
Gesamt	15.67	2.89	60

Deskriptive Statistiken

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,383	3	56	,766

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Interesse

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	6.55	3	2.18	,251	,860
Fehler	486.78	56	8.69		
Gesamtvariation	493.33	59			

Diagnosegruppen und Skala 2 der Sexualität:
„Submissivität“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	8.23	3.32	22
Kondylomatose	8.62	3.77	16
Vulvodynie	9.82	3.82	11
Lichen sclerosus	9.91	3.91	11
Gesamt	8.93	3.63	60

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,402	3	56	,752

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Submissivität

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	31.57	3	10.52	,792	,503
Fehler	744.16	56	13.29		
Gesamtvariation	775.73	59			

Diagnosegruppen und Skala 3 der Sexualität:
„Aversion“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	6.00	2.00	21
Kondylomatose	6.36	1.86	14
Vulvodynie	7.00	3.26	11
Lichen sclerosus	5.17	.39	12
Gesamt	6.10	2.11	58

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
4,400	3	54	,008

Tests der Zwischensubjekteffekte
 Abhängige Variable: Aversion

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	20.50	3	6.83	1,584	,204
Fehler	232.88	54	4.31		
Gesamtvariation	253.38	57			

Diagnosegruppen und Skala 4 der Sexualität:
„Initiative“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	6.10	2.02	21
Kondylomatose	7.33	2.41	15
Vulvodynie	5.00	1.63	10
Lichen sclerosus	6.33	2.02	12
Gesamt	6.28	2.16	58

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,559	3	54	,644

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Initiative

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Diagnosegruppe	33.78	3	11.26	2,623	,060	,127
Fehler	231.81	54	4.29			
Gesamtvariation	265.59	57				

Diagnosegruppen und Skala 1 der Veränderung der Sexualität:
„Beeinträchtigung des Sexualverkehrs“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	26.41	10.65	22
Kondylomatose	20.79	8.91	14
Vulvodynie	32.78	14.85	9
Lichen sclerosus	28.09	12.48	11
Gesamt	26.36	11.73	56

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
1,279	3	52	,291

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Beeinträchtigung des Sexualverkehrs

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	838.72	3	279.57	2,159	,104
Fehler	6,734.14	52	129.50		
Gesamtvariation	7,572.86	55			

Diagnosegruppen und Skala 2 der Veränderung der Sexualität:
„Verunsicherung als Frau“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	10.43	4.67	23
Kondylomatose	10.00	3.57	14
Vulvodynie	13.55	7.16	11
Lichen sclerosus	9.50	4.54	12
Gesamt	10.72	5.04	60

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
4,415	3	56	,007

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Verunsicherung als Frau

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	114.80	3	38.27	1,547	,213
Fehler	1,385.38	56	24.74		
Gesamtvariation	1,500.18	59			

Diagnosegruppen und Skala 3 der Veränderung der Sexualität:
„Libidosteigerung“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	4.30	1.99	23
Kondylomatose	4.71	2.67	14
Vulvodynie	4.20	2.57	10
Lichen sclerosus	3.91	1.58	11
Gesamt	4.31	2.17	58

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,228	3	54	,876

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Libidosteigerung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	4.18	3	1.39	,285	,836
Fehler	264.24	54	4.89		
Gesamtvariation	268.41	57			

Diagnosegruppen und Skala 4 der Veränderung der Sexualität:
„Angst vor Ansteckung“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	3.78	2.33	23
Kondylomatose	5.13	2.58	16
Vulvodynie	3.42	1.98	12
Lichen sclerosus	2.54	1.33	13
Gesamt	3.80	2.30	64

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
2,744	3	60	,051

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Angst vor Ansteckung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Diagnosegruppe	50.55	3	16.85	3,562	,019	,151
Fehler	283.81	60	4.73			
Gesamtvariation	334.36	63				

Diagnosegruppen und Skala 1 des subjektiven Leidensdrucks:
„Belastung durch die Krankheit“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	22.68	8.17	25
Kondylomatose	25.50	9.04	16
Vulvodynie	30.85	12.70	13
Lichen sclerosus	21.19	7.02	16
Gesamt	24.50	9.55	70

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
2,892	3	66	,042

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Belastung durch die Krankheit

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Diagnosegruppe	797.93	3	265.98	3,191	,029	,127
Fehler	5,501.57	66	83.36			
Gesamtvariation	6,299.50	69				

Diagnosegruppen und Skala 2 des subjektiven Leidensdrucks:
„Auswirkungen auf den Alltag“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	13.28	4.98	25
Kondylomatose	14.80	6.73	15
Vulvodynie	14.42	5.18	12
Lichen sclerosus	13.08	3.86	13
Gesamt	13.80	5.21	65

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,507	3	61	,679

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Auswirkungen auf den Alltag

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	33.12	3	11.04	,395	,757
Fehler	1,703.28	61	27.92		
Gesamtvariation	1,736.40	64			

Diagnosegruppen und Skala 3 des subjektiven Leidensdrucks:
„Verarbeitung der Krankheit“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	14.19	3.85	27
Kondylomatose	13.05	2.90	19
Vulvodynie	12.07	3.26	15
Lichen sclerosus	14.75	2.54	16
Gesamt	13.61	3.35	77

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,196	3	73	,898

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Verarbeitung der Krankheit

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Diagnosegruppe	71.36	3	23.79	2,218	,093	,084
Fehler	782.95	73	10.73			
Gesamtvariation	854.31	76				

Diagnosegruppen und Skala 1 der Beurteilung des eigenen Körpers:
„Attraktivität/Selbstvertrauen“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	10.45	4.42	20
Kondylomatose	9.94	3.91	17
Vulvodynie	9.82	3.87	11
Lichen sclerosus	11.46	3.20	13
Gesamt	10.41	3.90	61

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,735	3	57	,536

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Attraktivität/Selbstvertrauen

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	22.00	3	7.33	,470	,704
Fehler	888.76	57	15.59		
Gesamtvariation	910.75	60			

Diagnosegruppen und Skala 2 der Beurteilung des eigenen Körpers:
„Akzentuierung des Körpers/Sensibilität“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	6.78	2.04	23
Kondylomatose	8.47	2.35	17
Vulvodynie	6.80	2.65	15
Lichen sclerosus	6.47	2.17	15
Gesamt	7.13	2.36	70

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,613	3	66	,609

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Akzentuierung des Körpers/Sensibilität

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Diagnosegruppe	41,561	3	13,854	2,656	,056	,108
Fehler	344,282	66	5,216			
Gesamtvariation	385,843	69				

Diagnosegruppen und Skala 3 der Beurteilung des eigenen Körpers:
„Unsicherheit/Besorgnis“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	4.12	2.92	26
Kondylomatose	5.84	2.87	19
Vulvodynie	4.29	3.31	17
Lichen sclerosus	5.13	2.83	15
Gesamt	4.78	3.01	77

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
,348	3	73	,791

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Unsicherheit/Besorgnis

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	38,804	3	12,935	1,456	,234
Fehler	648,443	73	8,883		
Gesamtvariation	687,247	76			

Diagnosegruppen und Skala 4 der Beurteilung des eigenen Körpers:
„körperlich-sexuelles Missempfinden“

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	1.46	1.86	26
Kondylomatose	2.00	1.19	18
Vulvodynie	1.64	1.43	11
Lichen sclerosus	1.58	1.68	12
Gesamt	1.66	1.58	67

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

F	df1	df2	Signifikanz
2,829	3	63	,046

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: körperlich-sexuelles Missempfinden

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	3.18	3	1.06	,413	,745
Fehler	161.92	63	2.57		
Gesamtvariation	165.10	66			

Ergebnisse des Korrelationstests nach Pearson

		Subjektiver Leidensdruck		
		1. Faktor	2. Faktor	3. Faktor
		Belastung durch die Krankheit	Auswirkungen auf den Alltag	Verarbeitung der Krankheit
Distanzierung	Korrelation nach Pearson	,49***	,37**	-,36**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,009	,007
	N	53	48	53
Unterstützung	Korrelation nach Pearson	,25	,46**	-,02
	Signifikanz (2-seitig)	,089	,002	,873
	N	49	44	49
Anteilnahme	Korrelation nach Pearson	-,21	-,23	,24
	Signifikanz (2-seitig)	,130	,108	,081
	N	55	49	56
Akzeptanzprobleme	Korrelation nach Pearson	,44**	,50**	-,17
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,001	,213
	N	51	45	53
Öffnungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	-,38**	-,21	,11
	Signifikanz (2-seitig)	,004	,157	,424
	N	56	49	57
Zuwendungsbedürfnis	Korrelation nach Pearson	,14	,05	-,28*
	Signifikanz (2-seitig)	,335	,756	,041
	N	53	47	53
Interesse	Korrelation nach Pearson	-,17	,06	,20
	Signifikanz (2-seitig)	,215	,702	,155
	N	54	48	54
Submissivität	Korrelation nach Pearson	,34*	,18	-,07
	Signifikanz (2-seitig)	,012	,236	,603
	N	53	47	54
Aversion	Korrelation nach Pearson	,61***	,25	-,41**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,097	,003
	N	52	46	53
Initiative	Korrelation nach Pearson	-,26	,19	,19
	Signifikanz (2-seitig)	,064	,211	,177
	N	52	47	52
Beeinträchtigung des Sexualverkehrs	Korrelation nach Pearson	,63***	,42**	-,42**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,003	,003
	N	50	48	50
Verunsicherung als Frau	Korrelation nach Pearson	,62***	,47**	-,30*
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,001	,030
	N	52	50	54
Libidosteigerung	Korrelation nach Pearson	-,14	,16	,42**
	Signifikanz (2-seitig)	,348	,294	,002
	N	50	47	52
Angst vor Ansteckung	Korrelation nach Pearson	,45**	,34*	-,18
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,014	,170
	N	55	50	58
Attraktivität/Selbstvertrauen	Korrelation nach Pearson	-,29*	-,17	,10
	Signifikanz (2-seitig)	,035	,241	,474
	N	52	50	55
Akzentuierung des Körpers/Sensibilität	Korrelation nach Pearson	-,05	,16	-,03
	Signifikanz (2-seitig)	,724	,256	,846
	N	57	54	62
Unsicherheit/Besorgnis	Korrelation nach Pearson	,36**	,22	-,26*
	Signifikanz (2-seitig)	,004	,093	,033
	N	63	60	69
körperlich-sexuelles Missempfinden	Korrelation nach Pearson	,44***	,13	-,27*

	Signifikanz (2-seitig)	,000	,367	,039
	N	57	54	59
Schweregrad	Korrelation nach Pearson	-,21	-,05	,15
	Signifikanz (2-seitig)	,080	,703	,192
	N	70	65	77

Ergebnisse der Regressionsanalyse

1. Faktor: Belastung durch die Krankheit

Prädiktoren: Öffnungsbereitschaft, Angst vor Ansteckung, Schweregrad, Verunsicherung als Frau, Attraktivität/Selbstvertrauen, Beeinträchtigung des Sexualverkehrs, Unsicherheit/Besorgnis, Aversion, Akzeptanzprobleme, Submissivität, körperlich-sexuelles Missempfinden, Distanzierung

R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat
,841	,708	,458

ANOVA

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Regression	1,671.80	12	139.32	2,827	,034
Residuen	689.83	14	49.27		
Gesamt	2,361.63	26			

Koeffizienten

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		T	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta			
(Konstante)	14.90	23.06			.65	.53
Schweregrad	-1.13	1.43	-.13		-.79	.44
Distanzierung	-1.51	.88	-.63		-1.71	.11
Submissivität	-.35	.63	-.15		-.55	.59
Aversion	.13	1.19	.02		.11	.91
Beeinträchtigung des Sexualverkehrs	.33	.21	.40		1.61	.13
Verunsicherung als Frau	.79	.53	.34		1.47	.16
Angst vor Ansteckung	1.70	.96	.43		1.76	.10
Attraktivität/Selbstvertrauen	.61	.61	.25		.99	.34
Unsicherheit/Besorgnis	-.62	.64	-.20		-.98	.35
körperlich-sexuelles Missempfinden	3.55	1.90	.56		1.87	.08
Akzeptanzprobleme	4.66	3.38	.32		1.38	.19
Öffnungsbereitschaft	-3.14	3.53	-.23		-.89	.39

2. Faktor: Auswirkungen auf den Alltag:

Prädiktoren:

Akzeptanzprobleme, Beeinträchtigung des Sexualverkehrs, Unterstützung, Schweregrad, Angst vor Ansteckung, Verunsicherung als Frau, Distanzierung

R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat
,644	,415	,269

ANOVA

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Regression	450.34	7	64.33	2,836	,023
Residuen	635.29	28	22.69		
Gesamt	1,085.64	35			

Koeffizienten

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	1.94	4.13		.47	.64
Schweregrad	-.45	.77	-.09	-.58	.57
Distanzierung	-.32	.40	-.23	-.82	.42
Unterstützung	.53	.23	.37	2.36	.03
Beeinträchtigung des Sexualverkehrs	.15	.11	.31	1.32	.20
Verunsicherung als Frau	.00	.25	.00	.01	1.00
Angst vor Ansteckung	.05	.48	.02	.11	.91
Akzeptanzprobleme	4.38	1.95	.52	2.24	.03

3. Faktor: Verarbeitung der Krankheit

Prädiktoren:

Zuwendungsbedürfnis, Beeinträchtigung des Sexualverkehrs, Libidosteigerung, Schweregrad, Unsicherheit/Besorgnis, körperlich-sexuelles Missempfinden, Verunsicherung als Frau, Aversion, Distanzierung

R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat
,678	,460	,266

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Regression	221.06	9	24.56	2,368	,043
Residuen	259.34	25	10.37		
Gesamt	480.40	34			

Koeffizienten

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	20.40	3.78		5.40	.00
Schweregrad	.12	.56	.03	.21	.83
Distanzierung	-.25	.27	-.27	-.93	.36
Aversion	-.30	.34	-.19	-.88	.39
Beeinträchtigung des Sexualverkehrs	-.14	.08	-.44	-1.78	.09
Verunsicherung als Frau	.45	.21	.53	2.19	.04
Libidosteigerung	.41	.31	.22	1.34	.19
Unsicherheit/Besorgnis	-.16	.22	-.14	-.76	.46
körperlich-sexuelles Missempfinden	.33	.54	.15	.61	.55
Zuwendungsbedürfnis	-2.04	1.02	-.39	-2.00	.06

Signifikanztests zu Gruppenunterschieden bezüglich der Selbsteinschätzung des subjektiven Leidensdrucks

Abhängige Variable: Leidensdruck

Diagnosegruppe	Mittelwert	s	N
VIN	5,13	3,58	32
Kondylomatose	4,80	3,17	20
Vulvodynie	6,31	2,85	16
Lichen sclerosus	3,17	2,28	18
Gesamt	4,86	3,23	86

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

Abhängige Variable: Leidensdruck

F	df1	df2	Signifikanz
2,171	3	82	0,098

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Leidensdruck

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Diagnosegruppe	87,69	3	29,23	3,001	0,035
Fehler	798,64	82	9,74		
Gesamtvariation	886,33	85			

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: Leidensdruck

Scheffé

(I) Diagnosegruppe(J)	Diagnosegruppe	Mittlere Differenz (I-J)	Signifikanz
VIN	Kondylomatose	0,33	0,987
	Vulvodynie	-1,19	0,673
	Lichen sclerosus	1,96	0,218
Kondylomatose	Vulvodynie	-1,51	0,557
	Lichen sclerosus	1,63	0,463
Vulvodynie	Lichen sclerosus	3,15	0,041

* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe ,05 signifikant.

Leidensdruck

Scheffé

Diagnosegruppe	N	Untergruppe	
		1	2
Lichen sclerosus	18	3,17	
Kondylomatose	20	4,80	4,80
VIN	32	5,13	5,13
Vulvodynie	16		6,31
Signifikanz		0,274	0,505

Vergleich der Stichprobe mit einer Referenzstichprobe bezüglich der Bindungstypen

	Untersuchungsstichprobe			Referenzstichprobe	
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Häufigkeit	Prozent
vermeidend	9	10,00	16,98	181	47,50
sicher	6	6,67	11,32	78	20,50
ambivalent	38	42,22	71,70	122	32,00
Gesamt	53	58,89	100	381	100
Fehlend	37	41,11			
Gesamt	90	100			

Bindungstyp	Untersuchungsstichprobe								Referenzstichprobe	
	VIN		Kondylomatose		Vulvodynie		Lichen sclerosus		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
vermeidend	2	10,5	1	7,1	3	27,3	3	33,3	181	47,50
sicher	3	15,8	0	0	1	9,1	2	22,2	78	20,50
ambivalent	14	73,7	13	92,9	7	63,6	4	44,4	122	32,00
Gesamt	19	100,0	14	100,0	11	100,0	9	100,0	381	100

Vergleich der Stichprobe mit einer Eichstichprobe bezüglich der Einstellung zum eigenen Körper

		Attraktivität/Selbstvertrauen	Akzentuierung des Körpers/Sensibilität	Unsicherheit/Besorgnis	körperlich-sexuelles Missempfinden
		Testwert = 11,4	Testwert = 7,5	Testwert = 4,2	Testwert = 1,8
VIN	n	20	23	26	26
	AM	10,45	6,78	4,12	1,46
	p	.348	.106	.884	.362
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Kondylomatose	n	17	17	19	18
	AM	9,94	8,47	5,84	2,00
	p	.144	.108	.023	.485
	Sig.	n.s.	n.s.	*	n.s.
Vulvodynie	n	11	15	17	11
	AM	9,82	6,80	4,29	1,64
	p	.205	.324	.908	.713
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Lichen sclerosus	n	13	15	15	12
	AM	11,46	6,47	5,13	1,58
	p	.946	.086	.222	.663
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.



Sehr geehrte Patientin,

für die ärztliche Betreuung ist nicht nur eine optimale medizinische Behandlung entscheidend. Besonders wichtig ist es auch, persönliche Erfahrungen und Hintergründe von Patientinnen zu kennen und diese Kenntnisse in die Behandlung einfließen zu lassen.

Auffallend häufig fühlen sich gerade Patientinnen mit Genitalerkrankungen mit ihren Problemen allein gelassen und psychisch unzureichend betreut.

Wir bitten Sie deshalb um Mithilfe bei einer neuen Studie, mit der wir speziell Behandlungsmaßnahmen und Unterstützung von Patientinnen mit Vulvaerkrankungen verbessern wollen.

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und füllen Sie die beiliegenden Fragebögen aus. Gerade in diesem Bereich ist es nicht zu vermeiden, Fragen zu stellen, die mit Scham verbunden sind und über die Sie vielleicht noch nie mit jemandem gesprochen haben. Dennoch wäre es wichtig, dass Sie den Fragebogen möglichst vollständig ausfüllen.

Selbstverständlich werden alle Angaben **anonym und streng vertraulich** behandelt.

Für die Rücksendung der Bögen verwenden Sie bitte den beiliegenden Rückumschlag.

Informationen zur Studie:

Immer wieder erleben wir in der gynäkologischen Dysplasiesprechstunde des UKE, dass Patientinnen mit Vulvaerkrankungen unter einem zum Teil erheblichen Leidensdruck stehen: Neben der Erkrankung selbst spielen dabei vor allem folgende Faktoren eine wichtige Rolle:

- ⇒ Veränderungen in der eigenen Körperwahrnehmung
- ⇒ Beeinträchtigungen in der Sexualität
- ⇒ Reaktionen des Partners (falls eine feste Partnerschaft besteht)
- ⇒ Reaktionen der sozialen Umwelt etc.

Hinzu kommt, dass sich die Patientinnen häufig zu wenig ernstgenommen fühlen und dadurch zusätzlich verunsichert sind. Nicht wenige Frauen haben bereits mehrere Ärzte verschiedener Fachrichtungen konsultiert, bevor sie ans UKE überwiesen wurden.

Um sich dieser Patientinnengruppe vermehrt anzunehmen, führt die Dysplasiesprechstunde (Leitung: Oberärztin Frau Dr. Giesecking) und die Abteilung für Sexualforschung des UKE (Frau Prof. Dr. Richter-Appelt) jetzt gemeinsam mit Frau cand.med. Karg eine gemeinsame Studie zu den psychosozialen Aspekten vulvärer Erkrankungen durch.

Ziel dieser Studie ist, die Erfahrungen und Meinungen der Patientinnen künftig stärker in die Behandlung einzubeziehen und die therapiebegleitende Unterstützung zu optimieren.

Durch Ihre Angaben helfen Sie uns, Sie besser zu verstehen. Und Sie leisten einen wichtigen Beitrag für eine kontinuierliche Verbesserung Ihrer eigenen Behandlung sowie der Betreuung Ihrer Mitpatientinnen.

Bei Rückfragen können Sie sich selbstverständlich jederzeit gern direkt an uns wenden (Tel.040/42803-2550).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit,
mit freundlichen Grüßen,

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

→ Inhalt der Fragen:

Der Fragebogen beginnt mit einer Reihe von Fragen zu Ihrer Person, zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand und speziell zu Ihren Vulvabeschwerden, die Sie in unsere Sprechstunde geführt haben.

Darauf folgen mehrere Seiten, die Fragen zu spezifischen Bereichen enthalten, z.B. zur Lebensgeschichte, sozialem Umfeld, Partnerschaft, Sexualität, etc.

→ Ausfüllen der Fragebögen:

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch, da sich die Fragetypen möglicherweise unterscheiden.

Im Wesentlichen sind fast immer die für Sie zutreffenden Antworten anzukreuzen.

Dabei sollten Sie immer die Antwort kennzeichnen, die Ihnen zuerst in den Sinn kommt. Falls eine Frage für Sie nicht zutrifft, machen Sie bitte einen Vermerk.

Bitte prüfen Sie am Ende des Fragebogens noch einmal, ob Sie auch wirklich **alle** Fragen beantwortet haben.

→ Datenschutz:

Wir möchten Ihnen an dieser Stelle noch einmal versichern, dass alle Ihre Angaben **streng vertraulich** behandelt und nur für Forschungszwecke verwendet werden.

Die Angabe Ihres Namens im ersten Fragebogen dient lediglich der vorläufigen Zuordnung zur Diagnose. Im weiteren Verlauf werden die Fragebögen zwecks Auswertung anonymisiert und die Darstellung der Ergebnisse erfolgt ausschließlich in Tabellen und Graphiken, so dass Ihre Anonymität vollständig gewahrt bleibt.

→ Rücksendung der Fragebögen:

Sobald Sie die Fragebögen ausgefüllt haben, bitten wir Sie um Rücksendung im beiliegenden frankierten Rückumschlag möglichst bis zum 20.12.01.

Sollten Sie von der Teilnahme an der Befragung zurücktreten, so bitten wir dennoch um Rücksendung des Fragebogens und kurze Mitteilung.

→ Bekanntgabe der Studienergebnisse:

Ab Sommer 2002 rechnen wir mit ersten Ergebnissen unserer Studie. Falls Sie Interesse an den Ergebnissen haben (die selbstverständlich ebenfalls anonym behandelt werden und keinerlei Rückschlüsse auf Personen zulassen), sind Sie herzlich willkommen auf unserer homepage:

www.frauenklinik-uke.de

→ Haben Sie Fragen?

Bei Unklarheiten und Rückfragen wenden Sie sich gerne jederzeit an Fr. Dr. Giesecking unter: ☎ 040 / 42803-2550



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

**Klinik und Poliklinik
für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**
Prof. Dr. Fritz Jänicke
Geschäftsführender Direktor der Klinik
Dysplasiesprechstunde
OA Fr. Dr. Giesecking
OA Hr. Dr. Dose

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 4 28 03-2550
Telefax: (040) 4 28 03-6524
www.uke.uni-hamburg.de

Fragebogen

für Patientinnen mit Vulvabeschwerden

Copyright:
Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik u. Poliklinik Psychiatrie und Psychotherapie
Abteilung für Sexualforschung
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Allgemeine Angaben zur Person:

Name:

Vorname:

Alter:

Nationalität:

1.) Wie lange dauert Ihre gegenwärtige Partnerschaft?

.....Jahre Monate Wochen derzeit keine Partnerschaft

- 2.) Sind Sie
- befreundet
 - verlobt
 - verheiratet
 - getrennt
 - geschieden
 - verwitwet
 - alleinstehend

3.) Wie viele Kinder haben Sie? Anzahl..... Keine

- 4.) Möchten Sie noch Kinder haben?
- Nein
 - Ja
 - Unsicher

- 5.) Welchen Schulabschluss haben Sie?
- Ohne Abschluss
 - Volks-/Hauptschule
 - Mittlere Reife
 - Abitur/Fachabitur

- 6.) Welcher Beschäftigung gehen Sie nach?
- Arbeiterin
 - Angestellte
 - leitende Angestellte
 - Beamtin
 - Beamtin im höheren Dienst
 - Selbstständige
 - Hausfrau
 - Mutterschutz
 - Erziehungsurlaub
 - Schülerin
 - Studentin
 - Azubi
 - Rentnerin
 - zurzeit arbeitslos
 - sonstiges:

Fragebogen zum allg. gynäkologischen Status

- 1.) In welchem Alter bekamen Sie Ihre erste Regelblutung? Mit..... Jahren
Falls Sie bereits in den Wechseljahren sind:
In welchem Alter hatten Sie Ihre letzte Regelblutung? Mit..... Jahren

- 2.) Haben Sie Ihre Regelblutung zur Zeit regelmäßig
 unregelmäßig
 Wechseljahre
 nicht mehr

- 3.) Welche Beschwerden haben Sie vor/ während der Regelblutung?

- keine
 Schlafstörungen
 Hitzewallungen
 Niedergeschlagenheit
 Reizbarkeit
 Kopfschmerzen
 Blähbauch/ Völlegefühl
 Brustspannungen
 Neigung zu Akne
 Rückenschmerzen
 Schmerzen im Unterbauch
 sonstiges

- 4.) Anzahl bisheriger Schwangerschaften
Geburten
Fehlgeburten
Abtreibungen

- 5.) Betreiben Sie zur Zeit Empfängnisverhütung?

- Nein Ja, mittels oraler Kontrazeptiva (Pille)/ 3-Monatsspritze
 Kondome
 Spirale
 Diaphragma
 Scheidenzäpfchen
 spermizider Creme
 Basaltemperatur-Messung
 Coitus interruptus(unterbrochener
Geschlechtsverkehr)
 sonstige

Seit wann?.....

- 6.) Nehmen Sie Hormone im Zusammenhang mit den Wechseljahren ein?

- Ich bin noch nicht in den Wechseljahren
 Nein
Ja, in Form von Tabletten welche?..... Seit wann?
 Pflaster welche?..... Seit wann?.....
 Creme welche?..... Seit wann?.....

7.) Waren Sie schon einmal wegen einer Frauenkrankheit (abgesehen von der Vulvaerkrankung) über einen längeren Zeitraum in Behandlung

a.) beim Haus-/oder Frauenarzt

Nein Ja warum?

Das war vor Beginn der Vulvabeschwerden
 nach Beginn der Vulvabeschwerden

b.) Im Krankenhaus

Nein Ja warum?

Das war vor Beginn der Vulvabeschwerden
 nach Beginn der Vulvabeschwerden

8.) Sind Sie schon einmal aufgrund einer Frauenkrankheit (abgesehen von der Vulvaerkrankung) operiert worden?

Nein

Wenn ja, warum.....

Sind Ihnen im Rahmen dessen Organe entnommen worden? Nein
 Gebärmutter
 Eierstöcke
 Eileiter
 Brust
 sonstige

9.) Haben Sie sich sterilisieren lassen? Nein
 Ja wann?.....

10.) Leiden Sie des öfteren unter Infektionen im Genitalbereich?

Nein Ja, durch Bakterien
 Viren
 Pilze
 sonstige Geschlechtskrankheiten:.....

11.) Nehmen Sie wegen einer Frauenkrankheit (außer der Vulvaerkrankung) regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja, folgende:

.....

.....

.....

12.) Woher beziehen Sie Ihre Informationen über Frauenkrankheiten?

Arzt/ Ärztin Bekannte/Freunde
 Zeitschriften Internet
 TV sonstiges

Bücher

Fragebogen zum allg. Gesundheitsstatus

1.) Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- Hypertonus (Bluthochdruck)
- Hypotonus (zu niedriger Blutdruck)
- Allergien: gegen welche Stoffe/Medikamente?
- Chronische Hauterkrankungen
- Diabetes (erhöhter Blutzucker)
- Harninkontinenz
- Maligne Erkrankungen (Krebs)
- HIV-positiv
- sonstige
- Nein, ich leide an keiner dieser Krankheiten

2.) Leiden Sie unter Erkrankungen der folgenden Organsysteme?

- Schilddrüse welche?
- Herz
- Lunge
- Magen/Darm
- Leber
- Milz
- Niere
- Harnwege
- Wirbelsäule
- Muskulatur
- Nervensystem
- Haut
- Blut
- Lymphknoten
- Auge/Ohr/Nase
- sonstige
- Nein, ich leide an keiner dieser Erkrankungen

3.) Sind Sie aufgrund einer der unter 1.) bis 2.) genannten Erkrankungen in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?

- Nein
- Wenn ja, bei wem?**
- Hausarzt
- Internist
- Hautarzt
- Neurologe
- Orthopäde
- sonstige :

4.) Nehmen Sie aufgrund einer der unter 1.) bis 2.) genannten Erkrankungen regelmäßig Medikamente ein?

- Nein
- Ja, folgende:
-
-
-
-

5.) Sind Sie aufgrund eines psychischen/ seelischen Leidens in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?

- Nein
- Wenn ja, bei wem?
- Psychiater
- Psychotherapeut
- Neurologe
- Hausarzt
- sonstige:

6.) Nehmen Sie aufgrund eines psychischen/ seelischen/ nervlich bedingten Leidens regelmäßig Medikamente ein ?

- Nein
- Ja, folgende:
-
-

7.) Wieviel Alkohol trinken Sie durchschnittlich pro Tag?

- keinen Bier:
- Wein/Sekt:
- hochproz. Getränke:

8.) Wieviele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? Nichtraucher
..... Stück

9.) Körpergröße:cm
Körpergewicht:kg

10.) Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?

- Nein
- Welche?
- Wieviel?

11.) Wurden Sie schon einmal operiert?

- Nein
- bisherige OPs: wann?.....
- wann?
- wann?

12.) Leiden Sie unter chronischen Schmerzen?

- Nein
- Wenn ja, welche?

Fragebogen zu den Vulvabeschwerden:

1.) **Wie lautet die Diagnose Ihrer Vulvaerkrankung?**

2.) **Wie lange bestehen Ihre Vulvabeschwerden bereits?** seit 0-12 Monaten
 seit 1-5 Jahren
 seit mehr als 5 Jahren

Gab es in Ihrem Krankheitsverlauf beschwerdefreie Phasen? Nein
 Ja

3.) **Stand der Beginn Ihrer Vulvabeschwerden in zeitlichem Zusammenhang mit einem bestimmten Ereignis?** (z.B. Trennung, Beginn einer neuen Partnerschaft, Geburt eines Kindes, unerfüllter Kinderwunsch, Tod einer nahestehenden Person, Ortswechsel,...)

.....

4.) **Wie erklären Sie sich selber die Ursachen Ihrer Vulvabeschwerden?**

.....

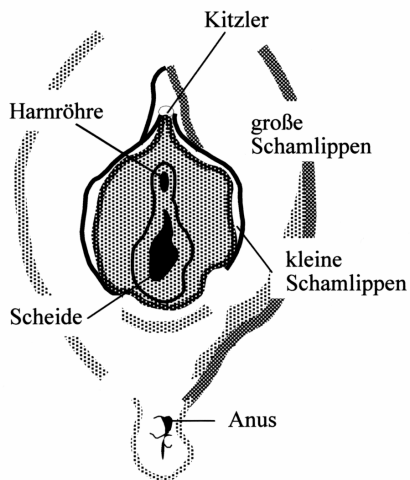
5.) **Wie würden Sie die Qualität Ihrer Vulvabeschwerden beschreiben?**

- Jucken
- Brennen
- Stechen
- Pulsieren
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl
- Gefühl "wund" zu sein
- Engegefühl
- Schmerzen
- sonstige:
- keine dieser Qualitäten trifft auf meine Beschwerden zu

6.) **Obwohl an meiner Vulva kein organischer Befund erhoben wurde:**

- kann ich kein Tampon einführen, weil ich mich zu sehr verkrampfe
- ist eine gynäkologische Untersuchung nur unter Schwierigkeiten möglich, weil ich mich zu sehr verkrampfe
- verkrampfe ich mich beim Einführen des männlichen Gliedes in die Scheide
- trifft für mich nicht zu

7.) Bitte markieren Sie im folgenden Schema die Lokalisation Ihrer Beschwerden!



8.) Strahlen die Vulvabeschwerden aus?

- Nein
- in die Analregion
- in den Unterbauch
- in die Beine
- sonstige Ausstrahlungslokalisierung:.....

9.) Wie stark sind Ihre Beschwerden/ Schmerzen auf einer Skala von 0 - 10 ?
(0=keine Schmerzen, 10=stärkste Schmerzen)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10.) Wie würden Sie die zeitliche Verteilung Ihrer Beschwerden/ Schmerzen innerhalb 24 Stunden beschreiben?

- Ich habe ständig/ immer Beschwerden/ Schmerzen.
- Ich habe meistens Beschwerden/ Schmerzen.
- Ich habe manchmal Beschwerden/ Schmerzen.
- Ich bin meistens beschwerde-/ schmerzfrei.
- Ich bin immer beschwerde-/ schmerzfrei.

11.) Sind Ihre Beschwerden/ Schmerzen zyklusabhängig?

- Nein
- am stärksten vor der Menstruation
- am stärksten während der Menstruation
- am stärksten nach der Menstruation
- Ich habe keine Menstruation mehr.

12.) Bitte geben Sie an, wann Ihre Beschwerden/Schmerzen am Stärksten sind:

- Sie sind tagsüber am stärksten.
- Sie sind nachts am stärksten.
- Sie sind vor dem Geschlechtsverkehr am stärksten.
- Sie sind während des Geschlechtsverkehrs am stärksten.
- Sie sind nach dem Geschlechtsverkehr am stärksten.
- Sie sind beim Wasserlassen am stärksten.
- Sie sind bei körperlicher Aktivität (langes Gehen/ Laufen/ Sport) am stärksten.
- Sie sind in körperlicher Ruhe (langes Sitzen/ Liegen) am stärksten.
- sonstige:

13.) Wieviele verschiedene Ärzte haben Sie aufgrund Ihrer Vulvaerkrankung bisher aufgesucht ?

.....

14.) Welche Ärzte haben Sie aufgrund Ihrer Vulvaerkrankung bisher aufgesucht?

- Gynäkologe
- Hausarzt
- Hautarzt
- Neurologe
- Internist
- Heilpraktiker
- Psychotherapeut
- Psychiater
- sonstige

15.) Wie oft haben Sie im letzten Jahr einen Arzt wegen Ihrer Vulvaerkrankung aufgesucht? gar nicht

.....mal im Jahr

.....mal im Monat

.....mal in der Woche

16.) Sind aufgrund Ihrer Vulvaerkrankung bisher operative Maßnahmen erfolgt?

- Nein
- Lasertherapie
- partielle Vulvektomie (teilweise Entfernung der Vulva)
- totale Vulvektomie (totale Entfernung der Vulva)
- sonstige:

17.) Welche Medikation haben sie gegen Ihre Vulvabeschwerden bisher erprobt?

<i>Medikamentengruppe</i>	<i>Name d. Medikaments (falls bekannt, sonst *)</i>	<i>Dauer der Einnahme (Tage/ Wochen/ Monate)</i>
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel
<input type="checkbox"/> orale Antibiotika
<input type="checkbox"/> Antibiotikasalbe (Salbe gegen Bakterien, Pilze)
<input type="checkbox"/> orales Cortison
<input type="checkbox"/> Cortisonsalbe (Salbe gegen Entzündungen)
<input type="checkbox"/> orale Hormone
<input type="checkbox"/> weibliche
<input type="checkbox"/> männliche
<input type="checkbox"/> Hormonsalbe
<input type="checkbox"/> Östrogensalbe (weibl.)
<input type="checkbox"/> Testosteronsalbe (männl.)
<input type="checkbox"/> antimykotische Salbe (Salbe gegen Pilze/ Candida)
<input type="checkbox"/> Psychopharmaka (z.B. Antidepressiva)
<input type="checkbox"/> Naturheilmittel
<input type="checkbox"/> Vitamine
<input type="checkbox"/> Sitzbäder (z.B. Camillosan, Betaisodonna)
<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> keine		

18.) Wie würden Sie auf einer Skala von 1-10 den Erfolg der bisherigen Therapiemaßnahmen einschätzen?

(0=kein Erfolg; 10=voller Erfolg)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19.) Wie schätzt Ihr Arzt auf einer Skala von 1-10 den Erfolg der bisherigen Therapiemaßnahmen ein?

(0=kein Erfolg; 10=voller Erfolg)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20.) Bitte machen Sie Angaben über Ihre Zufriedenheit mit dem/den behandelnden Arzt/ Ärzten:

a.) Mein Arzt hat mich hinreichend über meine Erkrankung aufgeklärt.

Nein Ja

b.) Mein Arzt hat sich Zeit für meine Beschwerden und Sorgen genommen.

Nein Ja

c.) Mein Arzt hat meine Beschwerden ernstgenommen und mich ausreichend über die bestmögliche Therapie beraten.

Nein Ja

d.) Mein Arzt hat sich um alternative Therapien bemüht, wenn bisherige Maßnahmen mir nicht geholfen haben.

Nein Ja

e.) Mein Arzt hat Mitgefühl gezeigt.

Nein Ja

f.) Ich konnte mich jederzeit an meinen Arzt mit Fragen und Beschwerden wenden.

Nein Ja

21.) Haben Sie aufgrund Ihrer Vulvaerkrankung und der daraus resultierenden psychischen Belastung bisher die Unterstützung eines Psychotherapeuten in Anspruch genommen?

Nein Ja

22.) Welche Art der Psychotherapie haben Sie in Anspruch genommen?

- keine
- tiefenfundierte Gesprächstherapie
- Psychoanalyse
- Verhaltenstherapie
- andere:

Diese fand statt:

- ambulant
- stationär

- 23.) Hat Ihnen die psychotherapeutische Behandlung Erleichterung bezüglich Ihrer Vulvabeschwerden gebracht?**
 Nein Ja Ich habe keine Psychotherapie gemacht.
- 24.) Glauben Sie dass Ihre jeweilige psychische Verfassung Einfluss auf Ihr körperliches Wohlbefinden hat?**
 Nein Ja
- 25.) Wie hoch würden Sie auf einer Skala von 1-10 den Verlust an Lebensqualität durch Ihre Vulvaerkrankung einstufen?**
(0=kein Verlust an Lebensqualität;10=kompletter Verlust an Lebensqualität)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 26.) Wie hoch würden Sie auf einer Skala von 0-10 Ihren Leidensdruck durch Ihre Vulvaerkrankung einstufen?**
(0=kein Leidensdruck;10=sehr starker Leidensdruck)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 27.) Hätten Sie Interesse an einer Selbsthilfegruppe, in der Sie Gelegenheit hätten, sich mit anderen betroffenen Frauen auszutauschen und gegenseitige Unterstützung zu leisten?**
 Nein Ja
- 28.) Hätten Sie Interesse, an einer Gruppe unter Anleitung eines Arztes/Ärztin bzw. Psychotherapeuten/in teilzunehmen?**
 Nein Ja

Hinweis: Der folgende Fragebogen befasst sich mit Fragen zur Partnerschaft. Sollten Sie derzeit nicht in einer Partnerschaft leben, so brauchen Sie hier keine Angaben zu machen. Bitte fahren Sie einfach mit dem nächsten Fragebogen fort!

Fragebogen zur Partnerschaft

(Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen BFBE)

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft ganz zu
1. Mein Partner und ich haben viele gemeinsame Interessen.					
2. An sich fällt es mir leicht, mit meinem Partner über das zu sprechen, was in mir vorgeht.					
3. Manchmal kommt mir der Gedanke, dass es meinem Partner zu viel sein könnte, mich so, wie ich bin, zu ertragen.					
4. Der Gedanke, mein Partner könnte mich tiefergehend auf meine Gefühle ansprechen, ist mir eher unangenehm.					
5. Bei aller Zuneigung, ein Rest von Distanz meinem Partner gegenüber bleibt von mir aus eigentlich immer.					
6. Wenn ich mich über meinen Partner ärgere, hüte ich mich davor, es ihm zu sagen.					
7. Es fällt mir leicht, mit meinem Partner über meine Gefühle zu reden.					
8. Wenn sich mein Partner einmal nicht genug um mich kümmert, bedrückt mich das sehr.					
9. Ich befürchte, dass mein Partner auf Distanz zu mir gehen könnte, wenn er wüsste, was wirklich in mir vorgeht.					
10. Im Gespräch mit meinem Partner rede ich lieber über sachliche Themen als über persönliche.					
11. Vor allem, wenn es mir schlecht geht, bin ich sehr darauf angewiesen, dass mein Partner sich mir besonders zuwendet und auf mich eingeht.					
12. Wenn mich mein Partner auf meine Gefühle anspricht, weiß ich öfter nicht recht, was ich sagen soll.					

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft ganz zu
13. Ich fürchte, dass mein großes Bedürfnis nach Zuwendung meinem Partner zu viel werden könnte					
14. Wenn ich von meinem Partner getrennt bin (Reise, beruflich,...), macht mich das unruhig und nervös.					
15. Ich kann mich meinem Partner gegenüber leicht öffnen.					
16. Bei der Trennung von meinem Partner würde für mich eine Welt zusammenbrechen.					
17. Wenn mein Partner liebevoll zu mir ist, können mir schon mal Zweifel kommen, ob er das auch wirklich so meint.					
18. Ehrlich gesagt, wäre es mir am liebsten, wenn sich mein Partner möglichst viel Zeit für mich nehmen und sich fast ausschließlich um mich kümmern würde.					
19. Mich kann Kummer so sehr lähmen, dass mein Partner dann auf mich zugehen und mir weiterhelfen müsste.					
20. Mir könnte schon einmal der Gedanke kommen, dass mein Partner mich am liebsten los sein möchte.					
21. Manchmal denke ich, dass ich meinem Partner mehr Zuneigung entgegen bringe als er mir.					
22. Mir ist es wichtig, dass mein Partner, auch wenn wir nicht zusammen sind, in Gedanken bei mir ist.					
23. Selbst meinem Partner gegenüber behalte ich doch manches für mich alleine.					
24. Ich kann schon mal auf den Gedanken kommen, dass mich mein Partner nur in dem Maße mag, in dem ich seinen Erwartungen entspreche.					
25. So wie ich mich kenne, bin ich meinem Partner gegenüber eher zurückhaltend in dem, was ich ihm von mir zeige.					
26. Auch bei einer vorübergehenden Trennung: mit dem Abschied komme ich schwer klar.					
27. Ich muss aufpassen, dass ich meinen Partner mit meinen großen Wünschen nach Zuwendung nicht irritiere.					

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft ganz zu
28. In der Beziehung mit meinem Partner erlebe ich öfter heftige Gefühle: innige Nähe und Fremdheit, Vertrauen und starke Eifersucht.					
29. Eigentlich hänge ich mit meinen Gefühlen mehr an meinem Partner als mir lieb ist.					
30. Mir fällt es relativ leicht, mit meinem Partner über mich, meine Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen.					
31. So wie ich mich selbst einschätze, kann ich mir kaum vorstellen, dass mich mein Partner akzeptieren kann.					
32. Ich war vor meiner Vulvaerkrankung mit meiner Partnerschaft zufrieden.					
33. Mein Partner nimmt sich seit meiner Vulvaerkrankung mehr Zeit für mich.					
34. Ich befürchte, dass sich mein Partner aufgrund meiner Vulvaerkrankung von mir trennen könnte.					
35. Ich bin seit meiner Vulvaerkrankung mit meiner Partnerschaft weniger zufrieden.					
36. Der Beginn meiner Vulvaerkrankung fiel mit einer Partnerschaftskrise zusammen.					
37. Ich fühle mich von meinem Partner verstanden und unterstützt.					
38. Mein Partner ist seit meiner Vulvaerkrankung mit unserer Partnerschaft weniger zufrieden.					
39. Seit meiner Vulvaerkrankung habe ich mich von meinem Partner distanziert.					
40. Ich habe das Gefühl, dass sich mein Partner seit meiner Vulvaerkrankung von mir distanziert hat.					
41. Ich bin seit meiner Vulvaerkrankung mit meiner Partnerschaft mehr zufrieden.					
42. Ein früherer Partner hat sich aufgrund meiner Vulvaerkrankung von mir getrennt.					
43. Ich kann mit meinem Partner über meine Vulvaerkrankung sprechen.					
44. Mein Partner ist seit meiner Vulvaerkrankung mit unserer Partnerschaft mehr zufrieden.					

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft ganz zu
45. Ich habe das Gefühl, dass sich seit meiner Vulvaerkrankung etwas an der Liebe und Zuneigung meines Partners geändert hat.					
46. Ich fühle mich trotz meiner Vulvaerkrankung von meinem Partner geliebt und angenommen.					
47. Seit meiner Vulvaerkrankung werde ich von meinem Partner mehr geschont und geschützt als zuvor.					
48. Mein Partner war vor meiner Vulvaerkrankung mit unserer Partnerschaft zufrieden.					
49. Ich habe seit meiner Vulvaerkrankung das Gefühl, meinen Partner zu enttäuschen und seinen Erwartungen nicht gerecht zu werden.					
50. Seit meiner Erkrankung ist mein Partner mehr um mich bemüht als zuvor.					
51. Zwischen mir und meinem Partner ist seit meiner Vulvaerkrankung eine größere Nähe entstanden.					

Hinweis: Der folgende Fragebogen befasst sich mit Fragen zur Sexualität. Sollten Sie derzeit keine Sexualität leben, so brauchen Sie hier keine Angaben zu machen. Bitte fahren Sie einfach mit dem nächsten Fragebogen fort!

Sexualfragebogen:

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft ganz zu
1. Es ist für mich wichtig, Geschlechtsverkehr mit meinem Partner zu haben.					
2. Es kommt zwischen mir und meinem Partner zu Zärtlichkeiten wie Berühren, Streicheln, Umarmen, Küssen usw.					
3. Ich habe mehr Lust zu Geschlechtsverkehr als mein Partner.					
4. Ich habe weniger Lust zum Geschlechtsverkehr als mein Partner.					
5. Mein Partner ist nur dann zärtlich, wenn er sexuellen Kontakt mit mir möchte.					
6. Mein Partner stimuliert mich gegen meinen Willen.					
7. Ich lasse mich auf sexuelle Kontakte ein, auch wenn ich sexuell nicht erregt bin.					
8. Ich ergreife die Initiative bei sexuellen Kontakten.					
9. Mein Partner weicht sexuellen Kontakten mit mir aus.					
10. Mir fällt es leicht, sexuelle Kontakte mit meinem Partner abzulehnen.					
11. Ich habe Lust zum Geschlechtsverkehr.					
12. Ich ekle mich vor meinen Geschlechtsteilen.					
13. Ich ekle mich vor den Geschlechtsteilen des Mannes.					
14. Ich habe das Gefühl, mein Partner wünscht sich eine bessere Sexualpartnerin.					
15. Es fällt mir leicht, auf die sexuellen Wünsche meines Partners einzugehen.					

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft ganz zu
16. Ich sage meinem Partner, wenn ich Lust auf sexuellen Kontakt habe.					
17. Ich habe Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.					
18. Ich verspüre ein Jucken, Brennen oder Stechen beim Geschlechtsverkehr.					
19. Ich habe nach dem Geschlechtsverkehr das Gefühl versagt zu haben.					
20. Ich komme beim Geschlechtsverkehr zum Orgasmus.					
21. Nach dem Geschlechtsverkehr habe ich Schuldgefühle.					
22. Beim Geschlechtsverkehr habe ich das Gefühl, etwas Verbotenes zu tun.					
23. Nach dem Geschlechtsverkehr fühle ich mich befriedigt.					
24. Beim Geschlechtsverkehr habe ich Angst, ungewollt schwanger zu werden.					
25. Beim Geschlechtsverkehr verspüre ich Ekel.					
26. Ich freue mich, wenn mein Partner sexuell erregt ist.					
27. Mein Partner hat sexuelle Schwierigkeiten.					
28. Mein Partner lehnt verschiedene sexuelle Praktiken, die ich mir wünsche, ab.					
29. Sexualität hat in meinem Leben einen hohen Stellenwert.					
30. Sexualität hat einen hohen Stellenwert im Leben meines Partners.					
31. Ich bin als Jugendliche über Sexualität aufgeklärt worden.					
32. Sexualität war ein Tabuthema in meiner Familie.					
33. Ich habe meinen ersten sexuellen Kontakt in schöner, erfüllter Erinnerung.					
34. Ich habe sexuelle Kontakte bisher im Allgemeinen als befriedigend erlebt.					

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft ganz zu
35. Ich habe im Kindesalter Erfahrungen mit körperlicher Misshandlung gemacht.					
36. Ich habe als Erwachsene Erfahrungen mit körperlicher Misshandlung gemacht.					
37. Ich habe im Kindesalter negative Erfahrungen mit der Sexualität gemacht.					
38. Ich habe als Erwachsene negative Erfahrungen mit der Sexualität gemacht.					
39. Ich habe im Kindesalter Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch gemacht.					
40. Ich habe als Erwachsene Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch gemacht.					
41. Ich war (vor meiner Erkrankung) ganz allgemein mit meinem Sexualleben zufrieden.					
42. Mein Partner war (vor meiner Erkrankung) ganz allgemein mit unserem Sexualleben zufrieden.					
Die folgenden Angaben beziehen sich auf Ihr Sexualleben <u>seit Beginn Ihrer Vulvaerkrankung</u>:					
43. Es hat sich nichts verändert.					
44. Geschlechtsverkehr ist nicht möglich.					
45. Ich habe seltener Geschlechtsverkehr.					
46. Ich erlebe den Geschlechtsverkehr als weniger befriedigend.					
47. Ich bin schneller sexuell erregbar.					
48. Ich habe Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.					
49. Ich habe gesteigertes sexuelles Interesse.					
50. Ich bin weniger erregbar.					
51. Mein Partner hat weniger sexuelles Interesse.					

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft ganz zu
52. Ich vermeide jede Situation, die zu Sexualität führen könnte.					
53. Ich bin unfähig einen Orgasmus zu erreichen.					
54. Ich muss ständig an Sexualität denken.					
55. Mein Partner ist ganz froh, sich wegen meiner Erkrankung sexuell zurückziehen zu können.					
56. Ich habe öfter Geschlechtsverkehr.					
57. Mein Schamgefühl hindert mich daran, mich auf Sexualität einzulassen.					
58. Ich bin (seit/trotz meiner Erkrankung) mit meinem Sexuellen zufrieden.					
59. Mein Partner ist (seit/trotz meiner Erkrankung) mit unserem Sexuellen zufrieden.					
60. Ich befürchte, ich könnte meinen Partner im Rahmen sexuellen Kontaktes anstecken.					
61. Mein Partner befürchtet, er könnte sich bei mir anstecken.					
62. Ich hatte vor meiner Vulvaerkrankung das Gefühl, sexuell attraktiv zu sein.					
63. An meinem Gefühl, sexuell attraktiv zu sein, hat sich seit meiner Erkrankung etwas geändert.					
64. Ich hatte vor meiner Vulvaerkrankung das Gefühl, "gerne eine Frau zu sein".					
65. An meinem Gefühl, "gerne eine Frau zu sein" hat sich seit meiner Erkrankung etwas geändert.					
66. Ich habe seit meiner Vulvaerkrankung das Gefühl, keine "vollwertige Frau" mehr zu sein.					

Fragebogen zum subjektiven Leidensdruck:

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft ganz zu
1. Meine Erkrankung ist zum zentralen Thema in meinem Leben geworden.					
2. Ich muss meinen Tagesablauf nach meiner Erkrankung ausrichten.					
3. Es gibt Tage, an denen ich überhaupt nicht an meine Erkrankung denke.					
4. Ich muss aufgrund meiner Erkrankung auf viele Dinge verzichten, die mir Spaß machen würden.					
5. Ich habe das Gefühl, meine Krankheit kontrollieren zu können.					
6. Ich fühle mich durch meine Erkrankung körperlich stark eingeschränkt.					
7. Ich kann aufgrund meiner Erkrankung meinen Verpflichtungen nicht nachkommen.					
8. Ich fühle mich von dem Leben mit meiner Erkrankung überfordert.					
9. Mein Leben ist auch mit der Erkrankung lebenswert.					
10. Seit ich meine Erkrankung habe, habe ich mich aus sozialen Kontakten zurückgezogen.					
11. Meine Erkrankung macht mich hilflos.					
12. Ich habe die Erkrankung als Teil von mir akzeptiert.					
13. Ich verspüre eine große Unsicherheit im Leben, weil ich nie weiß, wie sich meine Krankheit entwickelt.					
14. Meine Schmerzen reduzieren meine Freude am Leben.					
15. Durch die Unberechenbarkeit meiner Erkrankung fühle ich mich in meiner Lebensplanung beeinträchtigt.					
16. Meine Lebensqualität hat mit meiner Erkrankung abgenommen.					
17. Meine Erkrankung macht mich hoffnungslos.					
18. Meine Erkrankung hat meine Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt.					

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft ganz zu
19. Meine Erkrankung beeinträchtigt meine Partnerschaft.					
20. Durch meine Erkrankung musste ich meine sportlichen Aktivitäten aufgeben.					
21. Meine Erkrankung beschränkt mich in meiner Freizeitgestaltung (Hobbies, ...).					
22. Meine Erkrankung hat dazu geführt, dass ich mich nicht mehr so um meine Kinder kümmern kann wie zuvor.					
23. Mit meiner Erkrankung fühle ich mich mit dem Haushalt überfordert.					
24. Ich musste meine Kleidungsgewohnheiten aufgrund meiner Erkrankung umstellen und fühle mich seitdem weniger attraktiv.					
25. Ich musste aufgrund meiner Erkrankung meine Arbeitsstelle aufgeben.					
26. Ich fühle mich mit meiner Erkrankung am Arbeitsplatz weniger leistungsfähig.					
27. Die Qualität meines Schlafes hat sehr unter meiner Erkrankung gelitten, so dass ich mich oft übermüdet fühle.					
28. Seit ich erkrankt bin, gönne ich mir endlich die nötigen Erholungspausen.					

Bei diesem Fragebogen geht es um Ihren Körper, d.h. wie Sie ihn wahrnehmen und empfinden, womit Sie zufrieden oder aber nicht zufrieden sind.

Lesen Sie sich bitte die auf den folgenden Seiten aufgeführten Aussagen durch und entscheiden Sie, ob für Sie die jeweilige Aussage stimmt oder aber nicht stimmt und machen Sie ein Kreuz in eines der beiden Kästchen.

Beispiel:

Mein Körper bereitet mir oftmals heftige Schmerzen...

Stimmt

Stimmt
nicht

Machen Sie ein Kreuz in das linke. Kästchen, wenn dies für Sie zutrifft. Wenn nicht, markieren Sie das rechte Kästchen mit einem Kreuz.

Bei einigen Aussagen wird es Ihnen manchmal schwer fallen, sich hierzu zustimmend oder ablehnend zu verhalten.

Versuchen Sie, sich dennoch möglichst spontan auf das festzulegen, was Ihnen als erstes in den Sinn kam.

1. Es ist mir unangenehm, wenn andere mir ansehen, was in mir vorgeht.
2. Ich nehme mir Zeit für Körperpflege.
3. Ich kann mich auf meinen Körper verlassen.
4. Ich bin mit meinen Geschlechtsmerkmalen zufrieden.
5. Ungewöhnliche Körperreaktionen machen mir schnell angst.
6. Wenn mich etwas beunruhigt, greift es stark auf meinen Körper über.
7. Ich kenne die typischen Gesten vieler meiner Bekannten.
8. Auf meine Körpersignale kann ich mich verlassen.
9. Viele Leute machen zuviel Aufhebens um ihren Körper.
10. Ich neige dazu, meinen Körper zu verbergen.
11. Die äußere Erscheinung sagt viel über einen Menschen aus.
12. Die Vorstellung, andere sehen mich nackt, bereitet mir Unbehagen.
13. Ich stoße oft irgendwo gegen.
14. An meiner Haltung und an meinem Gang kann man meine Stimmung gut ablesen.
15. Häufig entsprechen meine sexuellen Erlebnisse nicht meinen eigentlichen Bedürfnissen.
16. Ich schaue häufig in den Spiegel.

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

Stimmt

Stimmt
nicht

17. Ich bin mit meinem Gewicht und mit meiner Größe zufrieden.

Stimmt

Stimmt
nicht

18. Mein Äußeres hat mich schon daran gehindert, mit anderen in Kontakt zu kommen.

Stimmt

Stimmt
nicht

19. Ich reagiere stark auf die körperliche Ausstrahlung von anderen.

Stimmt

Stimmt
nicht

20. Ich wünsche mir einen anderen Körper.

Stimmt

Stimmt
nicht

21. Ich betrachte mich oft und gern.

Stimmt

Stimmt
nicht

22. Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden.

Stimmt

Stimmt
nicht

23. Körperliche Belastungen verkrafte ich gut.

Stimmt

Stimmt
nicht

24. Ich lasse mich nicht gern berühren.

Stimmt

Stimmt
nicht

25. Es verunsichert mich, wenn irgend etwas an meinem Äußeren nicht so ist, wie es sein sollte.

Stimmt

Stimmt
nicht

26. Ich zwinge mich oft dazu, ruhig zu werden.

Stimmt

Stimmt
nicht

27. Ich bin mit meiner Figur zufrieden.

Stimmt

Stimmt
nicht

28. Ich möchte genau wissen, was in meinem Körper vorgeht

Stimmt

Stimmt
nicht

29. In der Sexualität bin ich oft wie blockiert.

Stimmt

Stimmt
nicht

30. Wenn ich nicht gut aussehe, fühle ich mich unwohl.

Stimmt

Stimmt
nicht

31. Ich bin attraktiv.

Stimmt

Stimmt
nicht

32. Ich weiß oft nicht, wo ich mit den Händen hin soll.

Stimmt

Stimmt
nicht

33. Mein Körper macht oft, was er will.

Stimmt

Stimmt
nicht

34. Ich kann mir nur schwer vorstellen, dass andere mich anziehend finden.

Stimmt

Stimmt
nicht

35. Manchmal habe ich Wut auf meinen Körper.

Stimmt

Stimmt
nicht

36. Ich berühre mich oft sehr liebevoll.

Stimmt

Stimmt
nicht

37. Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit.

Stimmt

Stimmt
nicht

38. Oft denke ich, ich könnte mich verletzen.

Stimmt

Stimmt
nicht

39. Duschen oder ein Bad nehmen ist für mich mehr als eine
Reinigungsmaßnahme.

Stimmt

Stimmt
nicht

40. Ich wünsche mit oft, mehr zu empfinden.

Stimmt

Stimmt
nicht

41. Ich bin mit meinem Körper zufrieden.

Stimmt

Stimmt
nicht

42. Ich reagiere sensibel auf Körpergeruch.

Stimmt

Stimmt
nicht

43. Manchmal verspüre ich Ekel mir selbst gegenüber.

Stimmt

Stimmt
nicht

44. Ich weiß, daß andere mich gern betrachten.

Stimmt

Stimmt
nicht

45. Ich kenne es, daß der Körper wie abgestorben ist.

Stimmt

Stimmt
nicht

46. Ich fühle mich in meinem Körper zuhause.

Stimmt

Stimmt
nicht

47. Wenn jemand etwas Negatives über mein Aussehen sagt,
trifft es mich sehr stark.

Stimmt

Stimmt
nicht

48. Ich bin stolz auf meinen Körper.

Stimmt

Stimmt
nicht

49. Mein Aussehen ist mir wichtig.

Stimmt

Stimmt
nicht

50. Ich bin oft tollpatschig.

Stimmt

Stimmt
nicht

51. Ich achte darauf, dass mein Körper bekommt, was er braucht.

Stimmt

Stimmt
nicht

52. Ich bin mit meinem sexuellen Empfindungen zufrieden.

Stimmt

Stimmt
nicht

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich besonders bei Frau Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt bedanken, die meine Arbeit engagiert betreute, mir wertvolle inhaltliche Anregungen gab und mir jederzeit unterstützend und motivierend zur Seite stand.

Des Weiteren danke ich Herrn Prof. Dr. Wolfgang Berner, Direktor des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf für die Möglichkeit der Durchführung meiner Dissertation in seiner Abteilung.

Frau Dr. Giesecking danke ich für die Initiative zur Durchführung dieser Arbeit, für ihre inhaltlichen Beiträge bezüglich des gynäkologischen Abschnitts sowie für die Überlassung der Patientinnendaten aus der Dysplasiesprechstunde mit freundlicher Genehmigung des Herrn Prof. Dr. Fritz Jänicke, Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf.

Mein ganz herzlicher Dank gilt auch Frau Christine Mühlhan für ihre geduldige, kompetente und motivierende Unterstützung bei der statistischen Auswertung der erhobenen Daten.

Den Patientinnen danke ich für das Ausfüllen der Fragebögen; ohne ihre Mitarbeit wäre diese Studie nicht möglich gewesen.

Danken möchte ich an dieser Stelle auch meinen Eltern und Geschwistern, die mich während meines Studiums in vielerlei Hinsicht unterstützt haben.

Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Maren Karg
Adresse: Rehmstr.9a
22299 Hamburg
geb. am: 17.05.1974
in: Mayen

Ausbildung und Studium

1980-84: Grundschule St. Clemens, Mayen
1984-93: Megina - Gymnasium, Mayen
1993: Abitur
1993-96: Studium der Neueren Fremdsprachen, Universität Gießen
(`95: Auslandssemester Oxford Brookes University, England)
(`96: Vordiplom der Neueren Fremdsprachen)
1996-2003: Medizinstudium an der Universität Hamburg
(`99: Physikum
`00: 1.Staatsexamen
`02: 2.Staatsexamen
voraussichtlich `04: 3.Staatsexamen)