

Sexualität in der Schwangerschaft und nach der Entbindung

Kirsten von Sydow

Sexuality during Pregnancy and Postpartum

Abstract

This article reviews existing studies on the female and male sexuality during pregnancy and the postpartum phase (months 1–6 and later). The basis for the article is a meta-content-analysis of 59 primary studies published between 1950 and 1996, complemented with new findings and follow-up results of a German longitudinal study. On average, female sexual interest and coital activity decrease only slightly in the first trimester, varie in the second trimester, and are greatly reduced in the third. Most couples have no sexual intercourse in the 2–3 months before and after the birth of the child. Thereafter sexual activity is resumed, but, for months, even years, is less frequent than before pregnancy. Striking is the high inter-individual variability in regard to sexual interest, activity, and enjoyment. The research on this topic focusses on three questions: 1. Does sexual activity during pregnancy harm the fetus? (Unless there are risk factors: no); 2. Are physical and psychological problems or birth data associated with sexual variables? (Partly: yes); 3. Is there a correlation between socio-demographic data and sexual variables? (Mostly: no)

Keywords: Sexuality, Pregnancy, Postpartum sexual activity, Couple relations, Longitudinal study

Zusammenfassung

Es wird ein Überblick über vorhandene Studien zur Sexualität von Paaren während der Schwangerschaft und der Postpartum-Phase gegeben (Monate 1–6 und später). Grundlage ist eine Meta-Inhaltsanalyse von 59 Primärstudien, die zwischen 1950 und 1996 publi-

ziert wurden, ergänzt durch neue Befunde sowie follow-up Ergebnisse einer deutschen Längsschnittstudie. Durchschnittlich sinkt das weibliche sexuelle Interesse und die koitale Aktivität geringfügig im ersten Schwangerschafts-Trimester, zeigt variable Verläufe im zweiten Trimester und nimmt stark ab im dritten Trimester. Die meisten Paare praktizieren etwa 2–3 Monate um die Geburt herum keinen Geschlechtsverkehr. Danach wird die sexuelle Aktivität wieder aufgenommen – jedoch über Monate oder sogar Jahre auf einem geringeren Niveau verglichen mit der Häufigkeit sexueller Aktivität vor der Schwangerschaft. Bemerkenswert ist die hohe inter-individuelle Variabilität bzgl. sexuellem Interesse, Aktivität und Genuss. Die Forschung zum Thema ist fokussiert auf drei Fragen: 1. Schadet sexuelle Aktivität während der Schwangerschaft dem Fötus? (Sofern keine Risikofaktoren bestehen: Nein); 2. Sind körperliche und psychische Beschwerden oder Geburtsdaten assoziiert mit sexuellen Variablen? (Z.T.: ja); 3. Korrelieren soziodemographische Daten und sexuelle Variablen? (Meist: nein)

Schlüsselwörter: Sexualität, Schwangerschaft, sexuelle Aktivität nach Geburt, Paarbeziehung, Längsschnittstudie

Bisherige Forschungen über die Auswirkungen von Schwangerschaft, Geburt und der neuen familiären Konstellation auf Sexualität und Partnerschaft der Eltern fokussieren überwiegend auf die Frauen (in ca. zwei Dritteln der Studien werden die Partner nicht einbezogen). Es handelt sich zum großen Teil um Stichproben aus den USA, die nur kurze Zeitabschnitte (Schwangerschaft und die unmittelbare postpartale Periode) berücksichtigen und ein reduktionistisches Verständnis von Sexualität aufweisen, in dem diese meist auf den Vollzug von Geschlechtsverkehr begrenzt wird.

Dabei ist aus der klinischen Arbeit längst bekannt, dass in der Schwangerschaft und nach der Geburt so-

wohl bei den Frauen als auch bei ihren Partnern viele Unsicherheiten, Ängste und Probleme bezüglich der gemeinsamen sexuellen Aktivität vorliegen. Vor diesem Hintergrund ist naheliegend, dass Aufklärung und Beratung einen wesentlichen Beitrag zur Prävention partnerschaftlicher und sexueller Probleme des Elternpaares leisten können und dass die Frauenärzte/innen sowie die Hebammen als wichtigste Ansprechpartner für Schwangere/Mütter und ihre Partner fungieren.

Die Datenlage ist – auf der Grundlage von mehreren Meta-Inhaltsanalysen (von Sydow 1999, 2006 in press) in den letzten Jahren erheblich angewachsen (alleine 86 Nennungen aus den letzten 2 Jahren in einer aktuellen Recherche in PubMed zu „Sexual“ und „Delivery“).

Die Befunde werden ergänzt durch die Ergebnisse einer deutschen Längsschnittstudie mit 30 Paaren im Rahmen eines DFG-Projektes. Die erste Datenerhebung erfolgte zwischen Sommer 1997 und Herbst 1998. Beim ersten Interview waren die Männer durchschnittlich 34 und die Frauen durchschnittlich 32 Jahre alt. Die Partnerschaft bestand durchschnittlich 6–7 Jahre und überdurchschnittlich viele Teilnehmer hatten einen Hochschulabschluss (57% der Frauen, 73% der Männer). Alle Frauen wurden von einem gesunden Kind entbunden (18 Mädchen, 12 Jungen) – zwischen der 37. und der 42. Schwangerschaftswoche; 77% hatten eine Spontangeburt und bei 7 wurde ein Kaiserschnitt durchgeführt. Bei den 23 Müttern mit Spontangeburt wurde in 15 Fällen eine Episiotomie durchgeführt. Alle Mütter stillten ihre Kinder, in 90% noch 8 Monate nach der Geburt. Die Untersuchungszeitpunkte im Rahmen der Studie erstreckten sich vom 3. Trimester vor der Geburt bis 7 Monate nach Geburt (t 4) bzw. 1,5 Jahre (t 5) und 6 Jahre (t 6) nach der Geburt. Die Datenerhebung basierte auf verschiedenen testpsychologischen Untersuchungsverfahren wie dem Partnerschaftsfragebogen von Hahlweg (1979) sowie einem eigenen Erfassungsinstrument für das sexuelle Erleben und Verhalten der Paare, dem Fragebogen zu Sexuellen Vorlieben (FSV, Sexual Preference Questionnaire SPQ, s. Sydow et al. 2001, Sydow 2002).

Sexuelle Aktivität

Abbildung 1 zeigt die Häufigkeit koitaler Aktivität der befragten deutschen Paare. Im Verlauf der Schwangerschaft sinkt die durchschnittliche koitale Aktivität von etwa 10 mal pro Monat (Sicht der Männer) bzw. 8 mal (Sicht der Frauen) auf 3–4 mal im 3. Trisemester und dann auf 1 mal im Monat und 1–3 mal nach der Geburt. Allerdings zeigt sich auch, dass ca. 3–5% der Paare

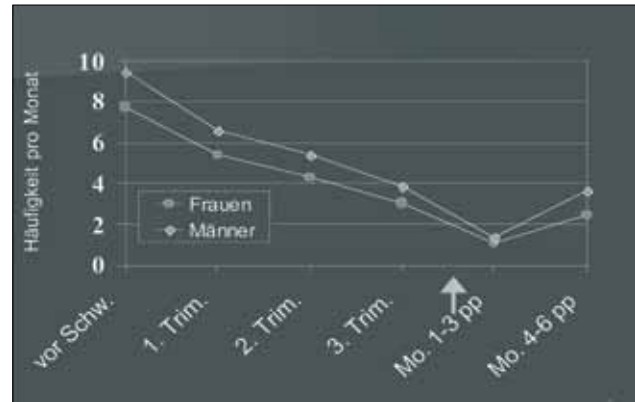


Abb. 1 Geschlechtsverkehr vor und nach der Geburt. Nach: Sydow, Ullmeyer & Happ (2001)

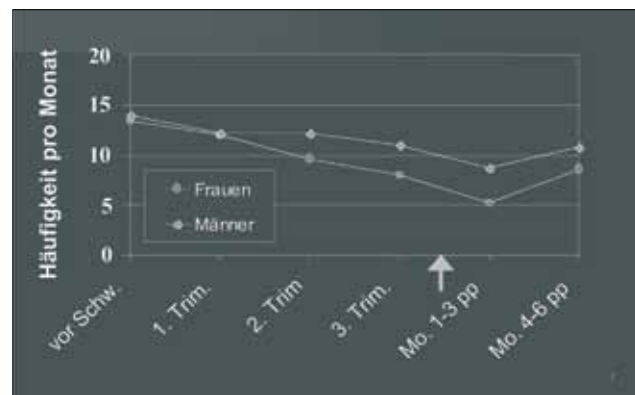


Abb. 2 Austausch von Zungenküssen vor und nach der Geburt. Nach: Sydow, Ullmeyer & Happ (2001)

auch später, nämlich bis zum 2. Jahre nach der Geburt, keinen Geschlechtsverkehr wieder aufnehmen.

Der Austausch von Zungenküssen nimmt im unmittelbaren Zeitraum vor und nach Geburt keineswegs so deutlich ab wie die Häufigkeit von Geschlechtsverkehr (Abbildung 2), während die Selbstbefriedigung bei den Männern gar keine Veränderungen zeigt und bei den Frauen nach der Geburt deutlich abnimmt (Abbildung 3).

Sexuelles Erleben

Die Befragung von 138 Paaren durch Wendt und Mitarbeiter (2006) ergab, dass immerhin zwei Fünftel der Paare ihre Sexualität 6 Monate nach Entbindung als etwas oder deutlich schlechter im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Schwangerschaft erlebten und drei Fünftel keine Unterschiede oder sogar Verbesserungen angaben (vgl. Abbildung 4).

In der eigenen Längsschnittuntersuchung bei 30 Paaren konnten differenziert die Einflussfaktoren erfasst werden, die sich als störend auf die gemeinsame Sexualität der Eltern ausgewirkt hatten, wobei über 80% von entsprechenden Beeinträchtigungen berichteten (Sydow et al., in Vorbereitung): Für die Frauen war die Entbindung sowie die physische oder psychische Präsenz des Kindes neben fehlender Lubrikation und Milchfluss bei der sexuellen Interaktion maßgeblich, während für die Männer die Geburt und die physische Präsenz des Kindes wichtige Einflussfaktoren darstellten (vgl. Abbildung 5).

Sexuelle Probleme

Während bisherige großangelegte, z.T. repräsentative Studien keine Belege dafür erbracht haben, dass es einen Zusammenhang zwischen koitaler Aktivität und / oder Orgasmushäufigkeit während der Schwangerschaft und genitalen Infektionen, perinataler Sterblichkeit, Frühgeburt, vorzeitigem Blasensprung oder geringem Geburtsgewicht gibt, lassen sich doch einige Risikofaktoren für perinatale Probleme des Kindes bzw. für Frühgeburtslichkeit ausmachen:

- ◆ GV-Position „Mann oben“ in der Spätschwangerschaft
- ◆ GV ohne Kondom bei Schwangeren mit bestimmten genitalen Infektionen
- ◆ GV ohne Kondom mit Partner, der sexuell übertragbare Krankheit hat oder kürzlich hatte, hetero- oder homosexuelle Außenbeziehungen hatte oder hat
- ◆ GV ohne Kondom mit Partner, der Drogen injiziert.

Als sehr seltene Komplikation wird darüber hinaus als Risikofaktor für eine venöse Luftembolie Cunnilingus als Sexualpraktik während der Schwangerschaft beschrieben (dann wenn Luft in die Vagina insuffliert wird und nachfolgend in Uterus und Gefäße gelangt; vgl. Jacobs et al. 2000).

In der eigenen Stichprobe hatten ca. die Hälfte sowohl der Männer als auch der Frauen Angst, durch koitale Aktivität während der Schwangerschaft das Baby zu verletzen. Ca. die Hälfte der Frauen machte sich Sorgen um die sexuelle Zufriedenheit ihres Partners und annähernd die Hälfte der Frauen hatte Schmerzen beim Verkehr (bei 12% bestand dieses Problem schon vor der Schwangerschaft).

Ein ebenso großer Anteil der Frauen sorgte sich um eine reduzierte körperliche Attraktivität. Speziell im 3.

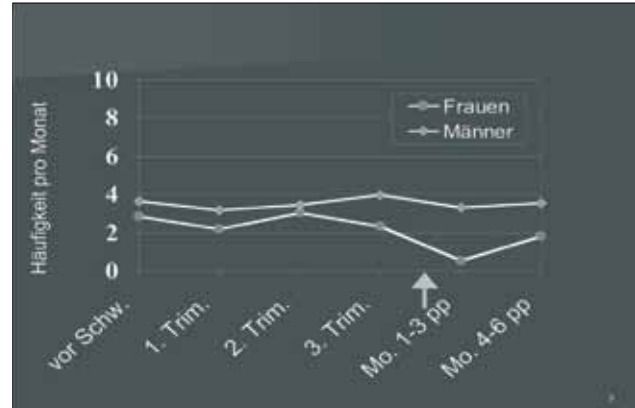


Abb. 3 Häufigkeit der Selbstbefriedigung vor und nach der Geburt. Nach: Sydow, Ullmeyer & Happ (2001)

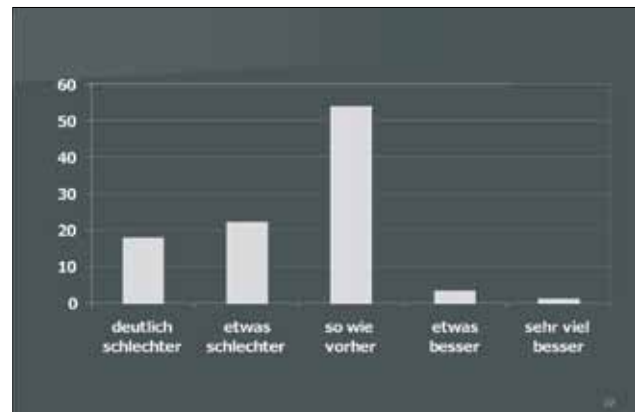


Abb. 4 Allgemeines sexuelles Erleben bei 138 Paaren 6 Monate nach der Geburt im Vergleich zur Zeit vor der Schwangerschaft. Nach: Wendt, Berner, Kriston & Rohde, 2006: N=138, BRD

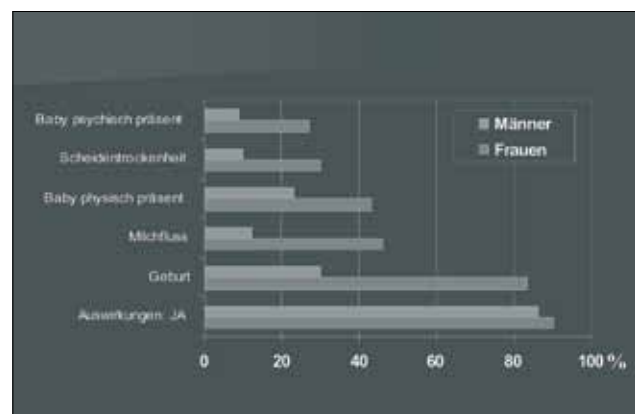


Abb. 5 Auswirkungen von Geburt und Baby auf die Sexualität der Eltern. Nach Sydow, Happ, Ernst, Roeschmann & Hirschberg (in Vorbereitung)

Trimester waren bis zu 62% der Frauen durch orgasmische Uteruskontraktionen verunsichert, während Probleme, eine geeignete GV-Position zu finden, lediglich bis zu 20% der Frauen angaben.

Nach der Geburt gaben ca. die Hälfte aller Frauen und Männer als häufige sexuelle Probleme an: Angst vor Schmerzen oder anderen Problemen, die beim Geschlechtsverkehr auftreten könnten und erneut – insbesondere bei den Frauen – die Sorge um die sexuelle Zufriedenheit des Partners. Seltener wurden als problemhaft angegeben: Verhütung (ca. 20% der Frauen und Männer); Milchfluss beim Sex (ca. 20% der Frauen und Männer); bleibende Gewichtszunahme (7% der Frauen gaben eine Gewichtszunahme von mehr als 5 kg ein Jahr nach der Geburt an); Außenbeziehungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Frauen kaum, Männer hatten in 4–28% außereheliche Affären, s. Sydow 1999, 2006 in press).

In der langfristigen Perspektive stellt sich die sexuelle Beziehung bei den 30 Paaren folgendermaßen dar: Bei ca. 1/3 kommt es zur Verschlechterung mit einem „Peak“ der sexuellen Probleme 3–4 Jahre nach Geburt, bei ca. 1/4 verbessert sich die sexuelle Beziehung (s. Sydow 1999, 2006 in press).

Wichtige Einflussfaktoren

Abbildung 6 zeigt die Risikofaktoren für abnehmende Sexualität und zunehmende sexuelle Probleme während der Schwangerschaft und Abbildung 7 für die Phase nach der Geburt (s. Sydow 1999, 2006, in press).

Dass der Geburtsmodus ein Risikofaktor für das Entstehen postpartaler Koitusschmerzen ist, ließ sich durch eine Vielzahl von Studien nachweisen; der Zustand nach Dammschnitt ist in 40% der Fälle mit einer postpartalen Dyspareunie vergesellschaftet (vgl. Abbildung 8).

Von Bedeutung für die sexuelle Aktivität des Elternpaares ist auch das Stillen. Stillende Mütter erleben beim Stillen manchmal erotische Empfindungen, die für sie wegen der Tabuisierung verwirrend sein können. Die veränderte Bedeutung der Brüste (nährend versus sexuell) kann die Partner in ihrer Intimität genauso irritieren wie ein bei der sexuellen Aktivität auftretender Milchfluss der Frau (vgl. Abbildung 9).

Implikationen für die Beratung

Die verfügbaren Daten über den Einfluss von Schwangerschaft und Geburt auf die Sexualbeziehung der Paare legen nahe, bereits zu einem früheren Zeitpunkt der Schwangerschaft Informationsangebote zu unterbreiten, die auch den Partner einbeziehen sollten. Ideal wäre die

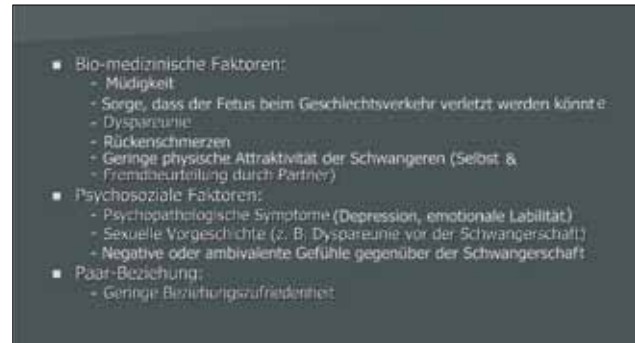


Abb. 6 Schwangerschaft: Risikofaktoren für abnehmende Sexualität und zunehmende sexuelle Probleme

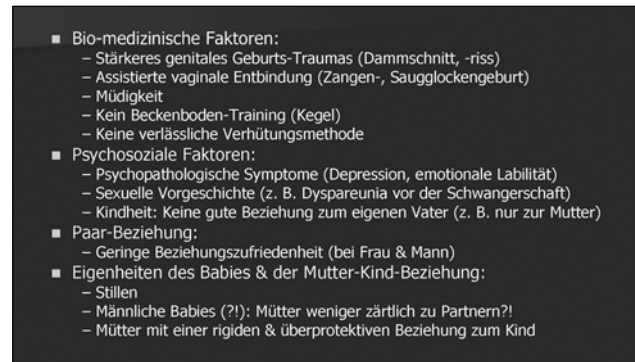


Abb. 7 Postpartum Phase: Risikofaktoren für abnehmende Sexualität und zunehmende sexuelle Probleme

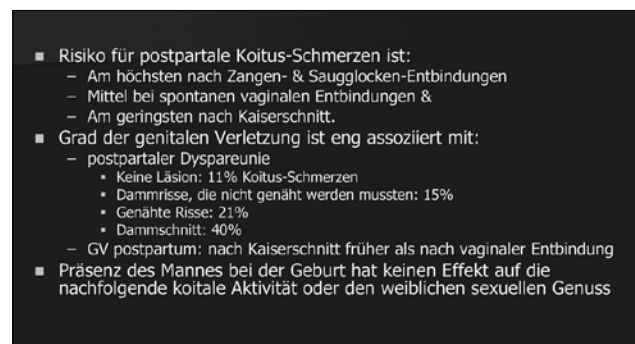


Abb. 8 Einfluss des Geburtsmodus auf die postpartale Sexualität. Nach: Barrett & Victor 1996; Glazener 1997; Klein et al 1994; Signorello et al 2001; Wenderlein & Merkle 1983

Initiation solcher Gespräche durch die Gynäkologen/innen (ca. 50% derartiger Gespräche werden aber von den Schwangeren selbst initiiert). 75% der Schwangeren wünschen sich derartige Gesprächsangebote, bei zwei Dritteln finden diese aber nicht statt.

Die frauenärztliche Beratung sollte sich nach der Geburt auch auf die Sexualbeziehung des Paares erstrecken und die Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr, das mögliche Auftreten von Schmerzen, Inkontinenz, Fragen der Verhütung und des Einflusses des Stillens

zum Thema haben. Tatsächlich wird meist nur die Verhütung erfragt (76%), alles andere aber nicht. Gerade Schmerzen beim Verkehr oder Harninkontinenz werden aus Scham von den Patientinnen oft verschwiegen und sollten deshalb von den Frauenärzten/innen aktiv erfragt werden. Etwa 30 % der Frauen wünschen sich eine Paar- bzw. Sexualberatung unter Einbeziehung des Partners. Abbildung 10 fasst einige Aspekte realistischer Aufklärung für die Paare zusammen.

Der Zugang zum Paar ist umso leichter, je früher der Partner einbezogen wird, was schon in der Schwangerschaft in vielen Fällen gelingen kann, wenn für die Frauen deutlich wird, dass dies aus frauenärztlicher Sicht wünschenswert und für das Paar sinnvoll ist.

Dies ermöglicht auch eine adäquate Beratung zur Geburt selbst, weil nicht gilt, dass „gute Partner“ immer mit zur Geburt kommen, da sie durch dieses Ereignis auch überfordert werden können. Partner sollten nur dann an der Geburt teilnehmen, wenn sie selbst und die Frau das tatsächlich wünschen. Anderenfalls ist eher zu empfehlen, dass alternativ oder zusätzlich eine Frau zur Unterstützung anwesend ist (z.B. eine Freundin, Schwester, Mutter). Dass die Schonung des Beckenbodens beim Geburtsvorgang selber ein Prädiktor für die spätere sexuelle Beziehungszufriedenheit des Paares ist, kann gar nicht genug betont werden und sollte daher Anlass für die Reduzierung von Zangen- und Sauglockengeburten sowie von Dammschnitten sein.

Literatur

- Avery M.D., Duckett L., Frantzich C.R. (2000): The experience of sexuality during breastfeeding. *J Midwifery Womens health* 45 (3): 227–237.
- Barrett G. & Victor C. (1996): Incidence of postnatal dyspareunia. *British J of Sexual Medicine* 9/10: 6–8.
- Glazener C.M.A. (1997): Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British J Obstet Gynecol* 104: 330–335.
- Hahlweg K. (1979): Konstruktion und Validierung des Partnerschaftsfragebogens PFB (Construction and validation of the Partnership Questionnaire). *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 8: 17–40.
- Hyde J.S., DeLamater, J.D., Plant E.A., Byrd J.M. (1996): Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Sex Research*, 33, 143–151.
- Jacobs V.R., Maass N., Hilpert F., Mundhenke Ch., Jonat W. (2000): Die Oro-Vaginale Insufflation: Verkannter Pathomechanismus mit tödlichen Folgen in der Schwangerschaft, *Sexuologie* (7) 4: 233–239.
- Klein M.C., Gauthier R.J., Robbins J.M. et al. (1994): Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 171 (3): 591–598.
- Signorello L.B., Harlow B.L., Chekos A.K. et al. (2001): Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 184: 881–90.
- Sydow K. v. (1999): Sexuality during pregnancy and after childbirth: A meta-contentanalysis of 60 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (1): 27–49.
- Sydow K. v. (2000): Sexualität während der Schwangerschaft und nach der Geburt. In: W. Künzel & M. Kirschbaum, Gießener Gynäkologische Fortbildung. Berlin: Springer: 199–206.
- Sydow K. v. (2002): Sexual enjoyment and orgasm postpartum: Sex differences and perceptual accuracy concerning partners' sexual experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 23 (3): 147–155.
- Sydow K. v. (2006): Pregnancy, childbirth and the postpartum period. In: I. Goldstein, C.M. Meston, S.R. Davis & A.M. Traish (Ed.): *Women's sexual function and dysfunction: Study, diagnosis and treatment*. London / UK & New York: Taylor & Francis: 282–289.
- Sydow K. v. (2006, in press): Sexuality in pregnancy and the postpartum period. In: A. Reece & J. Hobbins, *Clinical*

Ca. 1/3 der stillenden Mütter erlebt das Stillen als erotisch (Tabuthema!). Stillen hat negative Auswirkungen auf die partnerschaftliche Sexualität/GV:

- Spätere Wiederaufnahme des GV & geringere koitale Aktivität
- Geringeres sexuelles Interesse der Frau
- Geringeres sexuellen Genuss von Frau & Mann
- Häufigere Koitus-Schmerzen der Frau

Beendigung des Stillens:

- Positiver Effekt auf die sexuelle Aktivität
- Kein Effekt auf die sexuelle Responsivität oder Orgasmus der Frau

Ursache des negativen Einflusses des Stillens auf die elterliche Sexualität:

- Veränderter mütterlicher Hormonstatus beim vollen Stillen -> Lubrikation, Dyspareunie
- Veränderte "Bedeutung" der Brüste (nährend vs. sexuell) für beide Partner
- Irritation durch Milchfluss beim Sex für beide Partner

Abb. 9 Einfluss des Stillens auf die postpartale Sexualität. Nach: Avery et al. 2000, Glazener 1997, Hyde et al. 1996, Signorello et al. 2001, Sydow 1999

- In der Schwangerschaft ist sowohl sexuelles Desinteresse & Inaktivität als auch „normale“ oder gesteigerte Lust normal.
- Mehr als die Hälfte der Paare leidet nach der Geburt – zunächst – unter sexuellen Problemen.
- Die sexuelle Aktivität von Langzeitpaaren ist weitaus geringer als die Medien postulieren (2 x / Monat!; s. auch Ahlborg et al., 2005)
- Voraussetzungen für intakte Sexualität post partum:
 - Frau muss sich wieder körperlich fit fühlen (Dammschnitt)
 - Beide Partner müssen wieder ein wenig Raum für sich selbst & ihre Bedürfnisse gefunden haben.
 - Das Paar muss wieder gemeinsamen Raum & Zeit für sich gefunden haben.
 - Abstillen ist gut für die Sexualität (aber weniger gut fürs Baby & die Mutter-Kind-Beziehung!)

Abb. 10 Realistische Aufklärung über Sexualität in der Schwangerschaft und nach der Geburt (s. Sydow 1999; 2000; 2002; 2006, in press, 2006, in Vorbereitung; Sydow et al. 2006, im Druck)

- Obstetrics: The Fetus & Mother. Oxford / UK: Blackwell.
- Sydow K. v. (in Vorbereitung): Sexuelle Beziehungen. Göttingen: Hogrefe.
- Sydow K. v., Ullmeyer M. & Happ N. (2001): Sexual activity during pregnancy and after childbirth Results from the Sexual Preferences Questionnaire (SPQ). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 22: 29–40.
- Sydow K. v., Beher S., Schweitzer-Rothers J. & Retzlaff R. (2007): Die Wirksamkeit Systemischer Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Wenderlein J.M. & Merkle F. (1983): Beschwerden infolge Episiotomie: Studie an 413 Frauen mit komplikationsloser Spontangeburt. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 43 (10): 625–628.

Adresse der Autorin

PD Dr. Kirsten von Sydow, Universität Hamburg, Psychologisches Institut, Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg, mail: kirsten.von.sydow@uni-hamburg.de