

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Bayerle-Eder M

Guter Sex in und nach der Schwangerschaft

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2015; 33 (3)
(Ausgabe für Österreich), 21-23*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Guter Sex in und nach der Schwangerschaft

M. Bayerle-Eder

Hintergrund

Die Geburt als zentrales Ereignis im reproduktiven Lebenszyklus beeinflusst die Sexualfunktion durch biologische und psychosoziale Veränderungen. Sexualität ist ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität und auch in der WHO-Definition für Gesundheit verankert [1]. Gerade während der Schwangerschaft kann ein erfülltes Sexualeben die Beziehung der zukünftigen Eltern positiv beeinflussen. Jedoch geht die Schwangerschaft oft mit Angst und Unwissen bezüglich der richtigen sexuellen Verhaltensweise einher. 21–36 % aller Frauen in Europa leiden an einer Sexualfunktionsstörung [2], die nach den DSM-V-Kriterien über 6 Monate anhält und einen Leidensdruck verursacht [3]. Bei postpartalen Patientinnen sind es bis zu 83 %, von denen bis zu 30 % langfristige sexuelle Probleme entwickeln [4].

Mythen über Sexualität in der Schwangerschaft

Eine falsche Konditionierung bzw. Mythenbildung während der Schwangerschaft kann

zu einem Vermeidungsverhalten führen: So kennen fast 90 % der befragten Paare die Mythen, dass vaginaler Geschlechtsverkehr Wehentätigkeit auslöst (durch Prostaglandine im Ejakulat oder Uterus-Kontraktionen während des Orgasmus) oder dass der Orgasmus zu Hypoxie des Fetus führt oder gar der Penis den Fetus direkt traumatisieren könnte [5], und fast 50 % glauben, dass diese wahr sind. Sexualität ist während und ca. 4 Wochen nach der Schwangerschaft gesund und soll auch vom behandelnden Arzt „empfohlen“ werden, wenn keine Kontraindikationen bestehen (Tab. 1, 2).

Körperliche Ursachen für sexuelle Probleme

Insgesamt sind die körperliche Gesundheit während der Schwangerschaft und ein reibungsloser Geburtsverlauf ein wichtiger Prädiktor für den Erhalt der Sexualfunktion postpartum. In einer Studie mit 331 Fällen und 1339 Kontrollen konnte gezeigt werden, dass Frauen mit einer perinatalen Sepsis, Eklampsie oder Blutung 12 Monate nach der Geburt noch immer an einer Sexualfunktionsstörung leiden [6]. Der postnatale Wundschmerz, einschließlich dem Dammschmerz, sollte definitionsgemäß spätestens nach 3 Monaten abgeklungen sein, wohingegen die Dyspareunie, die durch die plötzlichen postnatalen hormonellen und anatomischen Verände-

Tabelle 1: Sexualität ist gesund in und ca. 4 Wochen nach der Schwangerschaft.

Durch sexuelle Aktivität	Positive Faktoren
Gefäßtraining	Durchblutungsfördernd Verbesserung der Endothelfunktion
Oxytocinfreisetzung	Schlaffördernd, entspannend, antidepressiv
Endorphinfreisetzung	Schmerzstillend
Dopaminfreisetzung	„Glückshormon“
Endogenes Kortisol	Entzündungshemmend
Immunglobuline erhöht	Verstärken Abwehr
Gute Sexualität	Beziehungsfördernd!

Tabelle 2: Absolute Kontraindikationen für Sexualität in der Schwangerschaft.

- Blasensprung
- Placenta praevia
- Mehrlingsschwangerschaft oder anamnestiche Frühgeburt
- Blutungen
- Zervikalinsuffizienz
- Vorzeitige Wehen

Tabelle 3: Tipps und Tricks für guten Sex nach der Schwangerschaft.

- Kinderbetreuung für „Quality Time“ einsetzen
- Kurzer „Power-Nap“ vor sexueller Aktivität
- Ausreichend wasserlösliches Gleitmittel verwenden
- Änderung der Positionen bei Schmerzen oder nicht-koitale sexuelle Aktivität
- Trotz Übernahme der Vater-/Mutterrolle auch ein Paar bleiben, Ausgrenzung der Männer vermeiden

rungen zu Vulva- und vaginaler Atrophie mit verminderter Lubrikation und Mucosa-Compliance führen kann, bis 6 Monate oder länger bestehen bleibt [7] und die Sexualität ungünstig beeinflusst. Während der Laktation ist durch Prolaktin die pulsatile LH/FSH-Freisetzung gestört, was in weiterer Folge die Bildung von ovarialem Östrogen vermindern und die oben beschriebenen Prozesse verstärken und sich aber auch direkt durch einen Libidoverlust bemerkbar machen kann.

Psychische Ursachen für sexuelle Probleme

Weiters zeigte sich an einer Untersuchung an > 400 Frauen, dass die postpartale Depression auch mit dem Auftreten einer Sexualfunktionsstörung korreliert. Depressive Frauen haben eine deutliche niedrigere Wahrscheinlichkeit, nach 6 Monaten Geschlechtsverkehr wieder aufzunehmen, als Kontrollen [8]. Hinzu kommt, dass sich das Körperbild der Frau während der Schwangerschaft ändert, was sich besonders postpartal negativ auf die weibliche sexuelle Funktion auswirkt [9].

Ursachen für eine Sexualfunktionsstörung bei Männern „in der Schwangerschaft“

Aber auch Männer können in der Schwangerschaft und danach unter Sexualfunktionsstörungen leiden:

So kommt es zu Erektionsstörung, vorzeitigem Samenerguss oder vermindertem sexuellem Verlangen, wobei die möglichen Ursachen Ängste in Bezug auf die bevorstehende Vaterschaft sein können oder Angst, der Partnerin beim Sexualakt Schmerzen zu verursachen. Sexualfunktionsstörungen können auch durch ein „seelisches Trauma“ durch das ungewollte Dabeisein beim

Geburtsakt ausgelöst oder durch den so genannten „Madonna-Hore-Komplex“ verursacht werden, wo dann die Partnerin als „verehrwürdige Mutter“ nicht mehr als sexuell attraktiv empfunden wird [10].

Kommunikation ist äußerst wichtig und soll vom Arzt ausgehen

Zudem kommt, dass sexuelle Fragestellungen weder von der Patientin noch von dem behandelnden Arzt angesprochen werden. Über 80 % der frischgebackenen Eltern haben sexuelle Probleme, nur 15 % sprechen sie an, weil sie glauben, dass der Arzt ihr sexuelles Thema nicht ernst nimmt (71 %), dass der Arzt sich unwohl fühlt (68 %) oder dass der Arzt ohnehin nicht helfen kann (76 %) [11]. Aber es ist dem Paar wichtig, bei Bedarf mit dem Arzt über Sexualprobleme sprechen zu können (81 %), und der Arzt/die Hebamme soll Gesprächsbereitschaft durch direktes Ansprechen des Themas Sexualität signalisieren (64 %) [12].

Diagnostik & Management

In jedem Fall sollte die Sexualfunktion vom behandelnden Arzt als Teil der gynäkologischen und geburtshilflichen Anamnese angesprochen werden. Mit dem PLISSIT-Modell wird die Erlaubnis („Permission“) vom Patienten eingeholt, über Sexualität zu sprechen. Z. B. können folgende Fragen frei formuliert werden: *„Für viele Paare kommt es zu einer Veränderung der sexuellen Beziehung nach der Geburt ... Ist das auch für Sie ein Thema? In den meisten Fällen ist Sexualität während und nach der Schwangerschaft gesund. Haben Sie diesbezüglich irgendwelche Fragen?“*

In weiterer Folge werden begrenzte Informationen („Limited Information“) über physiologische und patho-physiologische Schwangerschaft und Geburtsvorgänge gegeben: *„Widerlegen Sie die sexuellen Mythen und geben Sie Information über physiologische Veränderungen nach der Geburt! Weisen Sie darauf hin, dass man sich bald nach der Geburt auch Gedanken über die Kontrazeption machen sollte! Bestärken Sie, dass Sexualität wichtig für die Beziehung ist!“* Durch konkrete Vorschläge („Specific Suggestions“) wird auf die Beschwerden direkt eingegangen (Tab. 3).

Im Anschluss kann mit einer intensiven Therapie („Intensive Therapy“) begonnen werden (Sexualtherapie/pharmakologische Therapie/Mindfulness/Verhaltenstherapie/Psychotherapie).

Medikamentöse Therapie der Sexualfunktionsstörung

In Österreich gibt es noch kein Medikament, das für die Therapie der weiblichen Sexualfunktionsstörung zugelassen ist. Eine Übersicht von Prüfpräparaten und Off-Label-Medikamenten, die für die Behandlung der Female Sexual Dysfunction eingesetzt werden, findet sich in [13].

Bei vaginaler Atrophie und/oder verminderter Lubrikation und dadurch erhöhte Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs ist neben Gleitmittelverwendung und Hyaluronsäure auch der Einsatz von Dehydroepiandrosteron möglich; so zeigte sich eine Verbesserung der vaginalen Atrophie, es aber hatte keinen Einfluss auf das sexuelle Verlangen, jedoch verbesserte sich die sexuelle Zufriedenheit [14].

Zudem wurde gezeigt, dass bei Frauen mit einer postpartalen Sexualfunktionsstörung das Enzym 17-20-Lyase, welches für die Sexualhormonsynthese verantwortlich ist, postpartal inaktiviert war, was auf die hohen Progesteronspiegel während der Schwangerschaft zurückzuführen sein könnte. Auch diese Patientinnen könnten von Dehydroepiandrosteron profitieren [15].

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass schwangerschaftsbedingte Sexualfunktionsstörungen multifaktoriell bedingt sind und bis zu 83 % aller Frauen Sexualfunktionsstörungen innerhalb der ersten 3 Monate postpartum entwickeln. Eine Vielzahl von sexuellen Mythen führt zu sexuellem Vermeidungsverhalten, das bei 30 % der Paare eine langfristige psychosexuelle Störung mit auslösen kann. Nur 15 % der Betroffenen artikulieren Sexualprobleme von sich aus und 80 % wünschen sich, von ihrem Arzt angesprochen zu werden. Mit der entsprechenden Weitergabe von Informationen und einfachen Ratschlägen können bis zu 80 % dieser Sexualfunktionsstörungen behoben werden.

Nach dem großen Erfolg des 1. Symposiums, an dem Carl Djerassi den letzten Vortrag gehalten hat, freuen wir uns, Sie heuer wieder zu dem Symposium „Sexualmedizin interdisziplinär“ nach Wien (20.–21. November 2015) einladen zu dürfen. Alle wichtigen Detailinformationen zu unserer Veranstaltung sowie das Programm finden Sie auf unserer Website: www.sexualmedizin.or.at (Tagungspräsidium: Michaela Bayerle-Eder und Christian Dadak).

LITERATUR:

1. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. World Health Organization, Geneva, 2006.
2. Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems – HSDD in Europe. *J Sex Med* 2007; 4 (Suppl 3): 211–9.
3. Shifren JL, Monzu BU, Russo PA, et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008; 112: 970–8.
4. Barrett G, Pendry E, Peacock J, et al. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000; 107: 186–95.
5. Schaffir J. Survey of folk beliefs about induction of labor. *Birth* 2002; 29: 47–51.
6. Waterstone M, Wolfe C, Hooper R, et al. Postnatal morbidity after childbirth and severe obstetric morbidity. *BJOG* 2003; 110: 128–33.
7. Handa VL. Sexual function and childbirth. *Semin Perinatol* 2006; 30: 253–6.
8. Morof D, Barrett G, Peacock J, et al. Postnatal depression and sexual health after childbirth. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 1318–25.
9. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med* 2008; 5: 1915–22.
10. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ* 2004; 329: 559–61.
11. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, et al. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract* 1998; 47: 305–8.
12. Bitzer J, Platano G, Tschudin S, et al. Sexual counseling for women in the context of physical diseases: a teaching model for physicians. *J Sex Med* 2007; 4: 29–37.
13. Basson R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med* 2006; 354: 1497–506.
14. Rutkofski K. Dehydroepiandrosterone (DHEA): hopes and hopes. *Drugs* 2014; 74: 1195–207.
15. Oboro VO, Tabowei TO. Sexual function after childbirth in Nigerian women. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 78: 249–50.

Korrespondenzadresse:

a.o. Univ.-Prof. Dr. Michaela Bayerle-Eder
Abt. für gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin,
Univ.-Klin. für Frauenheilkunde
Abt. für Endokrinologie und Stoffwechsel,
Univ.-Klin. für Innere Medizin III
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: michaela.bayerle-eder@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)