

Psychosoziale Betreuung von infertilen Paaren

Tewes Wischmann

Abt. für Medizinische Psychologie
Psychosomatische Klinik
Universitätsklinikum Heidelberg

Zusammenfassung

Obwohl Paare mit unerfülltem Kinderwunsch aus psychologischer Sicht weitgehend unauffällig erscheinen bedarf ein Teil dieser Paare einer psychologischen Betreuung. In den letzten Jahren sind in Folge von psychosomatischer Forschung zu Fertilitätsstörungen in Deutschland detaillierte Beratungskonzepte entwickelt worden. Beratungskonzepte, Patientenratgeber sowie das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland werden vorgestellt. Hinweise für die Gesprächsführung in der Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch werden gegeben.

Schlüsselwörter

Infertilität, psychologische Beratung, psychosoziale Aspekte, kritische Lebensereignisse, idiopathische Infertilität, ungewollte Kinderlosigkeit

Summary

Though, from a psychological point of view, infertile couples appear rarely symptomized, some of them do need psychological counselling. Over the last years detailed treatment concepts have been developed in the sequel of psychosomatic research on fertility disorders in Germany. Counselling strategies, advising literature for patients as well as the „Counselling Network for Infertility Germany“ are presented. Hints at how to conduct counselling and curative treatment in the case of infertility are given.

Keywords

infertility, psychological counseling, psychosocial factors, negative life events, idiopathic infertility, involuntary childlessness

Die Situation ungewollt kinderloser Paare gerät in den letzten Jahren aufgrund neuerer und auch umstrittener medizinischer Behandlungsmethoden zunehmend in das Blickfeld der Öffentlichkeit. Zwar bleiben weniger als 5% aller Paare dauerhaft ungewollt kinderlos, aber fast jede dritte Frau mit Kinderwunsch wartet länger als ein Jahr auf eine Schwangerschaft. Es spricht vieles dafür, von einer Zunahme von Fertilitätsstörungen auszugehen. Dieses ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass in den westlichen Ländern die Realisierung des Kinderwunsches immer häufiger für ein späteres Lebensalter geplant wird. Die Etablierung und Durchführung zweier psychosomatischer Forschungsverbände innerhalb des Förderschwerpunktes „Fertilitätsstörungen“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung in den Jahren 1993 bis 2000 war eine Folge des bis dahin unbefriedigenden Forschungsstandes zu psychosozialen Aspekten bei Fertilitätsstörungen in Deutschland. Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen dieser Forschung werden im Folgenden dargestellt.

Stand der Forschung zu psychologischen Aspekten bei Fertilitätsstörungen

Die frühe psychoanalytisch-psychosomatische Forschung betrachtete das Nichtschwangerwerden der Frau als Ausdruck ihrer unbewussten Abwehr. Es wurde angenommen, insbesondere die „idiopathisch sterile“ Frau wehre sich unbewusst gegen ein Kind, häufig aufgrund ihrer Erfahrungen mit der eigenen Mutter. Diese Betrachtung

tungsweise, die leider auch noch heutzutage bei einigen Autorinnen und Autoren vorherrscht, ist unzureichend und in dieser Pauschalität falsch. Von einer psychisch bedingten Fruchtbarkeitsstörung im engeren Sinne kann nur dann gesprochen werden, wenn ein Paar trotz seines Kinderwunsches und Aufklärung durch den Arzt weiter fertilitätsschädigendes Verhalten praktiziert bzw. die Konzeptionschancen nicht nutzt. Psychische Faktoren liegen auch dann vor, wenn ein Paar eine medizinisch indizierte Infertilitätstherapie bewusst zwar bejaht, sie aber nicht beginnt (s. Strauß et al. 2000a).

Als durchgängiger Befund einer systematischen Forschung kann bisher nur als gesichert gelten, dass sich Frauen mit Fruchtbarkeitsstörungen depressiver und ängstlicher darstellen als die Norm. Diese Störungen sind die Folge der Kinderlosigkeit und der Diagnosestellung Fruchtbarkeitsstörung. Denn nach psychologischer Beratung bzw. Psychotherapie stellt sich häufig eine Verbesserung der Grundbefindlichkeit – auch unabhängig vom Eintritt einer Schwangerschaft – ein. Systematische Studien zeigen keine erhöhten Schwangerschaftsraten nach psychosozialer Beratung bzw. Paartherapie (Wischmann et al. 1999).

Nach dem heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand kann festgestellt werden, dass Paare mit unerfülltem Kinderwunsch nicht häufiger psychische Störungen aufweisen als Paare ohne Fruchtbarkeitsstörung. Dies gilt auch für Paare mit idiopathischer Sterilität, für langfristig ungewollt kinderlos gebliebene Paare und für Kinder nach reproduktionsmedizinischen Maßnahmen sowie deren Eltern (mit der Ausnahme von Familien mit höhergradigen Mehrlingen).

Wichtige Ergebnisse der Verbundforschung sind inzwischen veröffentlicht (Brähler et al. 2000) und haben ihren Niederschlag in den Leitlinien „Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin“ (Strauß et al. 2000a) gefunden. Die diesen Leitlinien zugrundeliegenden Quellentexte (Strauß et al. 2000b, 2000c und 2001) stellen den „state of

the art“ der psychologischen Forschung bei Fruchtbarkeitsstörungen in Deutschland dar.

Psychosoziale Betreuungskonzepte bei unerfülltem Kinderwunsch

Die psychosoziale Betreuung sollte auf der Grundlage der o. g. Leitlinien erfolgen. Die psychosoziale Beratung sollte fakultativ sein und zu jedem Zeitpunkt der medizinischen Diagnostik und Therapie in Anspruch genommen werden können. Für vulnerable (psychisch vorbelastete) bzw. besonders belastete Paare ist sie als notwendig anzusehen. Diese Risikogruppe umfasst ca. 15-20% aller Frauen und Männer (Boivin et al. 1999).

Bewährt haben sich Kooperationsmodelle, bei denen Reproduktionsmediziner mit entsprechend weitergebildeten psychosozialen Beratern z. B. auf der Grundlage eines Liaisondienstes zusammenarbeiten. Exemplarisch für ein solches Kooperationsmodell sollen hier Struktur und Inhalte der Beratung in der „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ dargestellt werden (ausführlich in Strauß 2000):

Alle Paare mit unerfülltem Kinderwunsch haben hier das Angebot der psychologischen Beratung, die in der Regel zwei Gespräche von jeweils einstündiger Dauer umfasst. Ein zentrales Element des Kooperationsmodells ist die regelmäßig stattfindende interdisziplinäre Fallkonferenz, zu der die psychologischen Projektmitarbeiter mit dem Ärzteteam der Kinderwunsch-Sprechstunde zusammenkommen. Diagnosestellung und Therapiemöglichkeiten aller in der Beratung gesehenen Paare werden eingehend miteinander durchgesprochen, die Erkenntnisse aus der Beratung und aus den medizinischen Konsultationen werden hier zusammengetragen. Ziel der Fallkonferenzen ist es, für jedes Paar zu einem eindeutigen und ganzheitlichen Behandlungsangebot zu kommen.

Die Beratungsgespräche werden mit der Grundhaltung geführt, Kinderlosigkeit nicht zwangsläufig als Ausdruck einer pathologischen Paarstruktur oder eines „fixierten“ Kinder-

wunsches zu verstehen. Eine Fertilitätsstörung basiert auf einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge, bei dem psychische Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen können. Das Erleben einer Fertilitätsstörung kann als ein kritisches Lebensereignis angesehen werden, dessen Bewältigung bzw. Nicht-Bewältigung weitreichende Konsequenzen für die Fruchtbarkeit, für die Paarbeziehung und für weitere Lebensbereiche haben kann.

Hauptpfeiler der Gesprächsführung in der Paarberatung

Transparenz

Ablauf, Inhalte und Ziele der Beratung werden dem Paar erläutert und begründet.

Paarzentrierung

Der Kinderwunsch wie auch der Umgang mit der Kinderlosigkeit gehen beide Partner an.

Klärung

Welche Motive fließen bei beiden Partnern in den Kinderwunsch mit ein?

Entlastung

Fast jedes Paar empfindet die Sexualität während der Kinderwunschbehandlung als beeinträchtigt.

Ressourcenaktivierung

Die Gestaltungsmöglichkeiten des Paares in der jetzigen Situation der Kinderlosigkeit werden gestärkt.

Ablauf der Beratung

Zu Beginn steht die **Einschätzung der medizinischen Diagnostik und Therapie durch das Paar** („dieses Mal muss es klappen!“). Die bei Frau und Mann möglicherweise unterschiedliche Einschätzung des Erfolges der Kinderwunschbehandlung sowie die damit verbundene Hoffnung bzw. Resignation werden thematisiert, ebenso die Frage einer Schuldzuschreibung. Zudem sind nicht alle Paare über den Zweck der einzelnen medizinischen Maßnahmen ausreichend informiert.

Umgang mit der Kinderlosigkeit und deren Behandlung („Wenn wir gefragt werden, sagen wir: wir wollen jetzt kein Kind“). Ein Kind zu bekommen ist nicht als Ausdruck einer intakten, leistungsfähigen und sexuell erfüllten Paarbeziehung zu sehen. Dennoch wird es oft als Makel empfunden, kein Kind zu bekommen, und das Sprechen darüber wird aus Scham vermieden. Die Balance zwischen dem „Verstecken“ des Kinderwunsches (oder der Behandlung) und einer ungeschützten Offenheit kann in der Beratung neu definiert werden.

Aktuelle Lebenssituation und Beruf („Mit Kind könnte ich endlich aufhören zu arbeiten“). Bei der Abklärung der beruflichen Situation geht es darum, mögliche fertilitätsrelevante Stressfaktoren bei Frau und Mann abzuklären. Auch andere Belastungen, wie z. B. eine eingeschränkte finanzielle Situation oder familiäre Umstände wie die Pflegebedürftigkeit eines Elternteils können hier zur Sprache kommen.

Kinderwunschmotivation („Erst ein Kind gibt meinem Leben einen Sinn“). Es werden mit einem Kind häufig auch Veränderungen verknüpft, die das Paar schon jetzt, auch unabhängig von der Realisierung des Kinderwunsches aktiv gestalten kann (z. B. Ausstieg aus dem ungeliebten Beruf, Abgrenzung von den Eltern/Schwiegereltern, Stabilisierung der Paarbeziehung). Zur Einschätzung des Kinderwunsches sind neben den bewusst geäußerten Motiven und Erwartungen des Paares auch unbewusste Inhalte zu berücksichtigen (wie z. B. Phantasien und Träume zum Kind). Nach jahrelanger Fertilitätsbehandlung werden Ambivalenzen, die mit dem Kinderwunsch oder der Behandlung verknüpft sind, vom Paar kaum noch bewusst wahrgenommen. Die Berater verstehen sich hier als „Anwälte der Gefühle“, welche gegebenenfalls die abgewehrten Gefühle dem Paar vorsichtig verdeutlichen. Wenn solche Ambivalenzen bewusst erlebbar und ertragbar werden, führt dieses häufig zu mehr kritischer Distanz und damit größerer innerer Freiheit in Bezug auf den Kinderwunsch und die medizinische Behandlung.

Herkunftsfamilie („Mein Kind soll es besser haben als ich“). Gerade bei Paaren, die in ihrer Kindheit oder Jugend belastende oder traumatische Erlebnisse hatten, ist der Kinderwunsch häufig mit dem (unbewussten) Wunsch der Wiedergutmachung und der Befürchtung einer Reaktualisierung verknüpft. Ein Kind kann dem Paar eine neue Identität geben (eine „richtige“ Familie) und so auch die Beziehung zur Herkunftsfamilie verändern.

Soziales Umfeld („Plötzlich sind alle Freundinnen schwanger geworden“). Der soziale Druck, unter den sich viele Paare insbesondere bei Erreichen einer bestimmten Altersstufe („die biologische Uhr tickt“) gesetzt sehen, kann zu einem defensiven Umgang mit dem Kinderwunsch führen: weder Freunde noch Eltern sind über den Kinderwunsch oder die Behandlung informiert, manche Paare glauben, zu „Notlügen“ greifen zu müssen. Gelegentlich gibt es auch direkt Druck von einem Elternteil, der auf das erste Enkelkind wartet.

Paarbeziehung („Wir haben nur noch dieses eine Thema“). Die Partnerschaft kann durch die zeitweise aufwendige und häufig langwierige Kinderwunschbehandlung erheblichen Belastungen ausgesetzt sein. Unterschiedliche Bedürfnisse und Absichten können dabei aus dem Blickfeld des Paares geraten, eigentlich fällige Auseinandersetzungen werden vermieden oder auf die lange Bank geschoben, so dass sich zusätzliche Spannungen aufbauen können. In der Beratung werden die Partner ermutigt, unterschiedliche Standpunkte und Wünsche wechselseitig (wieder) wahrzunehmen und anzuerkennen.

Sexualität und Körpererleben („An den fruchtbaren Tagen läuft jetzt nichts mehr“). Gerade in den Phasen der medizinischen Behandlung, in denen das Paar „gezielt Verkehr“ haben soll, kann die frühere Unbefangenheit der spontanen Sexualität völlig verlorengehen. Sexualität wird als Mittel zum Zweck (=Schwangerschaft) funktionalisiert, die erotische Lust nimmt ab. Es kann auch vorkommen, dass der Leistungsdruck so stark wird,

dass sexuelle Funktionsstörungen entstehen und das Paar (gegen seinen bewussten Willen) an den fruchtbaren Tagen keinen Verkehr mehr hat. Hier kann es sinnvoll sein, mit dem Paar die Aufteilung in eine „zweckorientierte“ Sexualität an den fruchtbaren Tagen und eine „lustorientierte“ Sexualität in der restlichen Zeit durchzusprechen, um den Leistungsdruck zu verringern.

Alternative Lebensentwürfe („Ich kann mir nicht vorstellen, ohne Kind leben zu müssen“). Eine Perspektive ohne ein leibliches Kind ist für das Paar zu Behandlungsbeginn nur selten vorstellbar. Wird eine solche Vorstellung in der Beratung gemeinsam erarbeitet, ermöglicht dieses oft den Beginn einer Trauerarbeit, in der von etwas bisher nicht Erreichtem Abschied genommen werden kann. Dies erleichtert die Herausbildung neuer Lebensperspektiven: z. B. die aktive Auseinandersetzung mit einer Adoption, die Schaffung einer neuen beruflichen oder sozialen Identität oder die Intensivierung der Paarbeziehung auf dem Hintergrund anderer Werte. Ein Adoptiv- oder Pflegekind stellt allerdings niemals einen Ersatz für ein leibliches Kind dar. Bei diesem Aspekt der Beratung geht es um die Konfrontation mit einer möglichen Erfolglosigkeit der medizinischen Behandlung, die bei der In-vitro-Fertilisation immerhin fast die Hälfte der Paare erwartet.

Weiterführende Hilfsangebote für Betroffene und Berater

Aus den vom BMBF geförderten Forschungsprojekten gingen zum einen Publikationen hervor, die sich direkt an interessierte Paare richteten: Ein Medienpaket mit Informationsbroschüren und Videos – teilweise auch in türkischer Sprache – zu medizinischen und psychologischen Aspekten des Kinderwunsches (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1999) sowie ein Patientenratgeber zu psychologischen Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch (Wischmann & Stammer 2001). Zum anderen wurde ein „Beratungsmanual“ erstellt, in dem verschiedene psychosoziale Beratungskonzepte für professionelle Behandler von Fertilitätsstörungen in ihren konkreten Abläufen praxisnah

dargestellt werden (Strauß 2000), einschließlich eines Manuals für Frauenärzte. Im englischsprachigen Raum liegen etablierte Betreuungskonzepte schon seit einiger Zeit vor (z. B. Hammer-Burns & Covington 1999).

Initiiert von den Kinderwunsch-Beraterinnen Christl Büchl und Petra Thorn wurde im Juli 2000 das „Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland“ (BKID) gegründet. Das Beratungsnetzwerk versteht sich als Zusammenschluss der psychosozialen Berater und Beraterinnen in Deutschland, welche langjährige Erfahrungen in der psychologischen und psychosozialen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch und ungewollter Kinderlosigkeit haben. Das BKID hat das Ziel, bundesweit das Beratungsangebot zu verbessern, indem es auch Qualifikationskriterien für Berater/innen erstellen wird. Informationen zum BKID finden sich im Internet unter www.bkid.de.

Psychologische Beratung als fakultatives Angebot

Ungewollt kinderlose Paare zeigen durchschnittlich keine Häufung an psychischen Störungen als Paare ohne eingeschränkte Fruchtbarkeit. Dieses gilt auch für Paare mit medizinisch ungeklärter Fertilitätsstörung. Die wenigen psychologischen Auffälligkeiten wie die durchschnittlich erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit der Frauen sind überwiegend Folge der Fertilitätsstörung und nicht deren Ursache. Ein Teil der Paare mit unerfülltem Kinderwunsch bedarf einer psychologischen Betreuung, da sie aufgrund ihrer Biographie nur schwer in der Lage sind, diese aktuelle Belastungssituation aus eigenen Kräften zu bewältigen. Es sollten daher Basiskompetenzen einer empathischen und wertschätzenden Gesprächsführung bei jedem Behandler von Fruchtbarkeitsstörungen vorhanden sein, um diese „vulnerablen“ Paare zu erkennen, und sie gegebenenfalls in kompetente psychologische Beratung überweisen zu können. Hilfreich erweist es sich, bei diesem noch immer schambesetzten und teilweise tabuisierten Thema Fruchtbarkeitsstörung, den Paaren mit Offenheit und Wertschätzung der individuellen Um-

gangsweisen gegenüber ideologiefrei zu begegnen. Die psychologische Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch sollte fakultativ sein und von den Paaren zu jedem Zeitpunkt der medizinischen Behandlung in Anspruch genommen werden können. Als sinnvoll hat sich ein abgestuftes Angebot erwiesen, da nur ca. 15-20% der Paare eine intensivere psychologische Betreuung brauchen. Ziel einer psychologischen Betreuung bei unerfülltem Kinderwunsch sollte die erfolgreiche Verarbeitung dieser existentiellen Lebenskrise sein einschließlich der sie begleitenden ambivalenten Affekte.

Literatur

Boivin J, Scanlan LC, Walker SM (1999) Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Human Reproduction* (5) pp. 1384-1391.

Brähler E, Felder H, Strauß B (2000, Hrsg.) Psychosoziale Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit. *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* Bd. 17, Hogrefe, Göttingen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1999, Hrsg.) Medienpaket „Ungewollte Kinderlosigkeit“. BzGA, Köln.

Hammer-Burns LH, Covington SH (1999, Hrsg.) *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. Parthenon Publishing, New York.

Strauß B (2000, Hrsg.) *Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie*. Hogrefe, Göttingen.

Strauß B, Bettge S, Bindt C, Brähler E, Felder H, Gagel D, Goldschmidt S, Henning K, Ittner E, Kentenich H, Ningel K, Stammer H, Verres R, Wischmann T, Yüksel E (2000a) Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin. *Leitlinien. Reproduktionsmedizin* (5), S. 326-331.

Strauß B, Bettge S, Bindt C, Felder H, Gagel D, Goldschmidt S, Henning K, Ittner E, Kentenich H, Ningel K, Stammer H, Verres R, Wischmann T, Yüksel E, Brähler E (2000b) Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin – Teil I: Psychosomatische Diagnostik. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* (3), S. 101-109.

Strauß B, Berger M, Bettge S, Bindt C, Felder H, Gagel D, Goldschmidt S, Henning K, Ittner E, Kentenich H, Ningel K, Stammer H, Verres R, Wischmann T, Yüksel E, Brähler E (2000c) Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin – Teil II: Belastungen durch ungewollte Kinderlosigkeit und Bewältigung der Sterilität nach erfolgreicher reproduktionsmedizinischer Behandlung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* (4), S. 147-155.

Strauß B, Berger M, Bettge S, Bindt C, Felder H, Gagel D, Goldschmidt S, Henning K, Ittner E, Kentenich H, Ningel K, Stammer H, Verres R, Wischmann T, Yüksel E, Brähler E (2001) Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin – Teil III: Beratung und Therapie. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* (1), S. 5-13.

Wischmann T, Stammer H, Gerhard I, Verres R (1999): Inhalte und Effekte psychologischer Paarberatung bei unerfülltem Kinderwunsch. *Reproduktionsmedizin* (15), S. 37-44.

Wischmann T, Stammer H (2001) *Der Traum vom eigenen Kind. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch*. Kohlhammer, Stuttgart.

Korrespondenzadresse

Dr. Tewes Wischmann
Dipl.-Psychologe, Psychotherapeut
Abt. für Medizinische Psychologie
Psychosomatische Klinik
Universitätsklinikum Heidelberg
Bergheimer Strasse 20
D-69115 Heidelberg
Tel 06221/568137
Fax 06221/565303
tewes_wischmann@med.uni-heidelberg.de