

Grenzen erfahren

Psychologische Beratung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch¹

Psychologische Beratung kann für die Paare mit Fruchtbarkeitsstörungen hilfreich sein, auch wenn die Störung nicht psychisch bedingt ist. Tewes Wischmann von der «Heidelberger Kinderwunsch Sprechstunde» beschreibt die psychologischen Begleitumstände ungewollter Kinderlosigkeit und ihre Bedeutung für die Paar-Beratung.

«Kinderkriegen ist keine Kunst» – mit diesem Vorurteil haben sich ungewollt kinderlose Paare noch häufig auseinander zu setzen. Die Situation dieser Paare gerät in den letzten Jahren aufgrund neuerer und oft auch umstrittener medizinischer Behandlungsmethoden zunehmend in das Blickfeld der Öffentlichkeit. Zwar bleiben weniger als 9 Prozent aller Paare dauerhaft ungewollt kinderlos, aber fast jede dritte Frau mit Kinderwunsch wartet länger als ein Jahr auf eine Schwangerschaft.

Die In-vitro-Fertilisation (IVF) beim Menschen ist inzwischen über ein Vierteljahrhundert alt: 1978 wurde die so gezeugte Engländerin Louise Brown geboren. Inzwischen kamen hunderttausende Kinder mittels fortpflanzungsmedizinischer Massnahmen (so genannter ART, assistierter Reproduktion) auf die Welt. Es bleibt aber weiterhin knapp die Hälfte der Schweizer Paare mit Kinderwunsch nach drei fortpflanzungsmedizinischen Behandlungszyklen ohne ein leibliches Kind.

Frauen suchen Beratung

Wann spricht man von ungewollter Kinderlosigkeit? Nach offizieller Definition der WHO liegt sie vor, wenn es trotz regelmässigen Geschlechtsverkehrs ohne Verhütung innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr zu keiner Schwangerschaft gekommen ist.

Obwohl die Ursachen der Fertilitätsstörung zu 40 bis 50 Prozent beim Mann liegen, begeben sich meistens zuerst die Frauen in eine Kinderwunsch-Behandlung: Von den Patientinnen der Kinderwunsch-Sprechstunde der Universitätsfrauenklinik Heidelberg waren 77 Prozent bereits in Behandlung wegen ihres Kinderwunsches gewesen (meist beim niedergelassenen Frauenarzt), von ihren Partnern dagegen nur 56 Prozent.

Kinderlosigkeit nimmt zu

Von einer Zunahme ungewollter Kinderlosigkeit muss heute ausgegangen werden. In den westlichen Ländern wird die Realisierung des Kinderwunsches immer häufiger für ein späteres Lebensalter geplant: 1973 waren Schweizer Frauen bei der Geburt des ersten Kindes durchschnittlich 25,5 Jahre alt, dreissig Jahre später betrug das Durchschnittsalter bereits 29,1 Jahre, mit steigender Tendenz (Tönz 2004). Die Fruchtbarkeit nimmt allerdings mit dem Alter der Frau ab: Für Frauen zwischen 19 und 25 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft pro Zyklus bei ca. 30 Prozent, zwischen 25 und 33 Jahren dagegen bei ca. 18 Prozent. So kann eine zunächst gewollte Kinderlosigkeit in einen unerfüllten Kinderwunsch übergehen. Zu Beginn reproduktionsmedizinischer Behandlung sind Schweizer Patientinnen im Schnitt bereits 35,3 Jahre alt.

Als weitere Ursachen für die Zunahme ungewollter Kinderlosigkeit gelten die wachsende Verbreitung sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten in den letzten Jahrzehnten sowie der steigende Anteil von Übergewichtigen. Der Einfluss schädlicher Umweltfaktoren wird verstärkt diskutiert.

¹ Aktualisierte und gekürzte Version eines Textes aus dem „Heidelberger Lesebuch Medizinische Psychologie“ (1999; Hrsg.: Verres, R.; Schweitzer, J.; Jonasch, K.; Süssdorf, B.; Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 203-213). In der vorliegenden Form erschienen in: [Psychoscope \(2006\), 27 \(3\), S. 6-9](#). Copyright © 2006 Förderung der Schweizer Psychologinnen und Psychologen, Bern. Nachdruck nur mit Genehmigung.

Psychische Ursachen?

Dass eine Fruchtbarkeitsstörung ausschliesslich psychisch bedingt sein kann, ist stark zu bezweifeln. Die frühe psychoanalytisch-psychosomatische Forschung betrachtete das Nicht-Schwanger-Werden der Frau als Ausdruck ihrer unbewussten Abwehr. Es wurde angenommen, insbesondere Frauen, bei denen eine medizinisch ungeklärte Fertilitätsstörung vorliegt, wehrten sich unbewusst gegen ein Kind, häufig aufgrund ihrer Erfahrungen mit der eigenen Mutter. Diese Betrachtungsweise ist unzureichend und in dieser Pauschalität falsch.

Von psychogener Fertilitätsstörung im engeren Sinne kann nur dann gesprochen werden, wenn ein Paar trotz Kinderwunsch und Aufklärung durch den Arzt weiter fertilitätsschädigendes Verhalten praktiziert (z. B. Essstörung, Hochleistungssport, Genussmittel- und Medikamentenmissbrauch, extremer beruflicher Stress) bzw. die Konzeptionschancen nicht nutzt (eine nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung bzw. kein Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen). Psychische Faktoren liegen auch dann vor, wenn ein Paar eine medizinisch indizierte Infertilitätsdiagnostik bewusst bejaht, aber – auch nach längerer Bedenkzeit – nicht mit der Diagnostik beginnt (Strauss, Brähler & Kentenich 2004).

Die Häufigkeit einer medizinisch ungeklärten Fertilitätsstörung (auch *idiopathische Sterilität* genannt), liegt – bei entsprechend genauer medizinischer Diagnostik – bei ca. 10 Prozent. Idiopathische Sterilität ist als Ausschlussdiagnose zu verstehen und daher nicht gleichzusetzen mit psychogener Sterilität. Da auch bei eindeutiger organischer Verursachung psychische Faktoren eine Rolle spielen können, ist eine Trennung in eine organisch bedingte und eine psychisch bedingte Fruchtbarkeitsstörung nicht möglich und auch nicht sinnvoll. Nach dem heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand kann festgestellt werden, dass Paare mit unerfülltem Kinderwunsch aus psychologischer Sicht weit gehend unauffällig und normal erscheinen, so wie Paare ohne Fruchtbarkeitsstörung auch. 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). Die wenigen psychologischen Auffälligkeiten wie die durchschnittlich erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit der Frauen sind ganz überwiegend Folge der Fertilitätsstörung und nicht etwa deren Ursache.

Überschätzte Reproduktionsmedizin

Die «Planbarkeit gewollter Kinderlosigkeit» – aufgrund vielfältiger Verhütungsmethoden – sowie die Entwicklung der ART in den letzten Jahren können zu der Annahme verführen, eine gewollte Schwangerschaft sei jederzeit herstellbar. Übersehen wird dabei, dass auf die erste Schwangerschaft in der Regel gewartet werden muss und diese nicht selten mit einer Fehlgeburt endet (Hohl 2003). Vor allem aber werden die Erfolge der assistierten Reproduktion überschätzt, zumindest von vielen Paaren mit Kinderwunsch. Die Rate der Lebendgeburten liegt bei der ART in der Schweiz bei ca. 19 Prozent pro Behandlungsversuch (22 Prozent pro durchgeführtem Zyklus, FIVNAT-CH 2003), nach anderen Quellen dagegen nur bei 10,6 Prozent (Bundesamt für Gesundheit 2004). Übersehen wird gelegentlich, dass sich zwar mit der Zahl der Versuche die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft erhöht, aber eben nicht addiert.

Falscher Kinderwunsch?

Der Wunsch nach einem Kind ist meistens ambivalent: Neben den positiven Vorstellungen gegenüber Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft gibt es auch fast immer Ängste zu den kaum einschätzbaren Veränderungen, die damit verknüpft sind. Das betrifft die eigene Rolle (als Schwangere, Gebärende, als Mutter oder Vater) wie auch die Qualität der Paarbeziehung, die sich durch ein Kind in jedem Fall ändert. Daher ist eine Unterscheidung in einen «gesunden» vs. «fixierten» oder «richtigen» vs. «falschen» Kinderwunsch ausgesprochen

heikel. In der Beratung ungewollt kinderloser Paare spielt diese Tatsache eine wichtige Rolle, da viele Paare mit Befürchtungen in Bezug auf die «Ernsthaftigkeit» ihres Kinderwunsches die Psychologen aufsuchen. Für eine erfolgreiche Bewältigung der Fertilitätskrise erscheint allerdings wichtig, sich die Ambivalenz des Kinderwunsches zugestehen zu können.

Exemplarisches Beratungskonzept

Allen Paaren, die sich in die Kinderwunsch-Sprechstunde der Universitätsfrauenklinik Heidelberg wegen bisher unerfüllten Kinderwunsches in Behandlung begeben, werden psychologische Beratungsgespräche angeboten. Ziel der Beratung ist es nicht, den Kinderwunsch in Frage zu stellen, sondern das Paar vom inneren bzw. äusseren Druck, unter den sich das Paar gesetzt sieht und der häufig zu massiver Verunsicherung führt, zu entlasten. Zudem soll das Paar in den Entscheidungsprozessen bei den verschiedenen medizinischen Behandlungsschritten unterstützt werden.

Die Hauptpfeiler der Gesprächsführung sind: *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) und *Ressourcenaktivierung* (die Gestaltungsmöglichkeiten des Paares in der jetzigen Situation der Kinderlosigkeit werden gestärkt). Eingehend werden die thematischen Schwerpunkte in Stammer, Verres & Wischmann (2004) dargestellt. 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 bis 20 Prozent der Paare eine intensivere psychologische Betreuung brauchen.

Effekte psychosozialer Beratung

Die Effekte von Beratung und Psychotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch sind kürzlich in einer umfangreichen Übersichtsarbeit analysiert worden (Boivin, 2004). Auffällig war, dass nur in 25 von 380 ausgewerteten Studien die Effekte systematisch evaluiert wurden, in dem beispielsweise prä-/post-Messungen vorgenommen worden waren.

Es stellte sich in dieser sorgfältigen Analyse erstens heraus, dass bei der Mehrzahl der Frauen bereits ein niederschwelliges Angebot von ein bis maximal fünf Sitzungen die emotionale Belastung deutlich reduzierte; und zweitens, dass in der Regel keine Erhöhung der Schwangerschaftsrate nach psychosozialer Intervention zu beobachten war, d. h., dass eine erhöhte Schwangerschaftsrate realistischere auch nicht zu den Zielen einer solchen Beratung oder Psychotherapie gezählt werden kann.

Häufig hört man in der Beratung von Kinderwunschpaaren, dass es bei Paaren, die sich von einem leiblichen Kind innerlich verabschiedet und ein Kind adoptiert oder in Pflege genommen haben, dann doch zu einer spontanen Schwangerschaft kommt. Systematische Untersuchungen können den Zusammenhang zwischen Adoption und Schwangerschaft jedoch nicht belegen. Grössere Fallzahlen betrachtet, liegt die Schwangerschaftsrate bei Adoptiveltern sicherlich nicht über der anderer Paare nach Fertilitätsbehandlung (Wischmann 2006).

Diverse Hilfsangebote

Inzwischen gibt es diverse Publikationen, die sich direkt an interessierte Paare richten: ein Medienpaket mit Informationsbroschüren und Videos zu medizinischen und psychologischen Aspekten des Kinderwunsches (BZgA 1999) sowie ein Patientenratgeber zu psychologischen Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch (Wischmann & Stammer 2006). Weitere Hinweise (z.

B. auf Internetforen) und Literaturempfehlungen bei ungewollter Kinderlosigkeit finden sich im Internet unter www.kinderwunschberatung.uni-hd.de.

Im Juli 2000 wurde das "Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland" (BKID) gegründet, in dem auch einige KollegInnen aus Österreich und der Schweiz organisiert sind. Das Beratungsnetzwerk versteht sich als Zusammenschluss der psychosozialen Berater und Beraterinnen, welche langjährige Erfahrungen in der psychologischen und psychosozialen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch und ungewollter Kinderlosigkeit haben (im Internet: www.bkid.de).

Nicht nur segensreich

Welche psychologischen Auswirkungen die rasante reproduktionsmedizinische Entwicklung haben wird, lässt sich kaum vorhersehen. Die Nebenwirkungen der assistierten Reproduktion (wie die erhöhte Fehlbildungs- und Frühgeborenenrate) werden erst in jüngster Zeit vermehrt diskutiert (Wunder 2005). Der Blick in andere Länder, insbesondere die USA, zeigt, wie weit das «Geschäft mit der Hoffnung» gehen kann: Eizellenspenderinnen und Samenspender können aus dem Katalog ausgewählt werden. Wie bei allen medizinischen Bemühungen, bei denen es um existenziell Menschliches geht – und um nichts anderes handelt es sich auch beim Kinderwunsch – ist der technische Fortschritt nicht nur ein Segen. Auch in der Reproduktionsmedizin zeigt sich die Notwendigkeit, Abbruchkriterien für ärztliche Interventionen zu definieren. Es werden hier nicht nur die betroffenen Paare mit Grenzerfahrungen konfrontiert, sondern auch ihre behandelnden Ärzte.

Bibliographie

- Boivin, J. (2004): [Psychosoziale Interventionen bei Kinderwunsch. Ein Review](#). Gynäkol Endokrin, 6, 94-109.
- Bundesamt für Gesundheit (2004): Faktenblatt In-vitro-Fertilisation (IVF). Online verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/gender/themen/d/ivf.pdf>
- BzgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1999, Hrsg.): [Medienpaket "Ungewollte Kinderlosigkeit"](#). D-51101 Köln.
- FIVNAT-CH (2003): Annual Report 2003. Online verfügbar unter http://sgrm.org/FIVNAT_2003.pdf
- Hohl, M. K. (2003): [Aktueller Stand der Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz](#). Schweiz Med Forum 16, 382-386.
- Stammer, H., Verres, R., Wischmann, T. (2004): [Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch](#). Hogrefe, Göttingen.
- Strauss, B.; Brähler, E.; Kentenich, H. (Hrsg., 2004): [Fertilitätsstörungen – psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Leitlinie und Quellentext](#). Schattauer, Stuttgart
- Tönz, O. (2005). [Stirbt die Schweiz aus? Demografische Fakten und Perspektiven zur heutigen Reproduktionssituation in Europa](#). Gynäkologisch-geburtshilfliche Umschau, 45 (2), 93-106.
- Wischmann, T. (2006): [Psychogenese von Fertilitätsstörungen: eine Übersicht](#). Geburtsh Frauenheilk, 66, 34-43.
- Wischmann, T., Stammer, H. (2006): [Der Traum vom eigenen Kind. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch](#). Kohlhammer, Stuttgart (3. Aufl.).
- Wunder, D. (2005): [Fehlbildungen nach assistierter Reproduktionsmedizin](#). Der Gynäkologe, 38, 33-38.

Der Autor:

Priv.-Doz. Dr. Tewes Wischmann, Dipl.-Psych. (Psychotherapeut/Psychoanalytiker) ist an der Universitätsklinik Heidelberg seit über 15 Jahren in der Beratung ungewollt kinderloser Paare tätig. Er war Leiter des psychosomatischen Forschungsprojektes «Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde» (1994-2000) und ist Autor des Ratgebers «Der Traum vom eigenen Kind» sowie Mitautor beim Medienpaket «Kinderwunsch» der Leitlinien «Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin» und des Manuals «Paarberatung und –therapie bei unerfülltem Kinderwunsch»; ausserdem 1. Vorsitzender und Gründungsmitglied des «Beratungsnetzwerks Kinderwunsch Deutschland» (www.bkid.de).

Anschrift:

PD Dr. Tewes Wischmann, Dipl.-Psych.
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Psychologie,
Universitätsklinikum Heidelberg, Bergheimer Strasse 20, D-69115 Heidelberg
Tel.: 06221-568137, Fax: 06221-565303
E-Mail: tewes.wischmann@med.uni-heidelberg.de, Internet: www.medpsych.uni-hd.de/