

Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie & Biologie • Endokrinologie • Ethik & Recht • Genetik
Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Reproduktionsmedizin • Urologie



Psychosoziale Kinderwunschberatung: Einzel-, Paar- und Gruppeninterventionen

Van den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P
J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2015; 12 (1), 13-18

www.kup.at/repromedizin

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D-I-R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

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

Psychosoziale Kinderwunschberatung: Einzel-, Paar- und Gruppeninterventionen*

U. Van den Broeck¹, M. Emery², T. Wischmann³, P. Thorn⁴

Zielsetzung: Infertilität ist eine biopsychosoziale Krise und daher wird die psychosoziale Kinderwunschberatung als integraler Bestandteil eines interdisziplinären Behandlungsansatzes empfohlen. Dieser Artikel skizziert den theoretischen Hintergrund und beschreibt gebräuchliche Interventionen in der (behandlungsunabhängigen) psychosozialen Kinderwunschberatung für Einzelpersonen, Paare und im Gruppensetting. **Methoden:** Dieser Artikel fasst die Ergebnisse des ersten Campus Workshops der Special Interest Group „Psychology and Counselling“ der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) zusammen. **Ergebnisse:** Nach der Diagnose einer Fertilitätsstörung ermöglicht die psychosoziale Kinderwunschberatung, eine befriedigendere und ressourcenorientierte Lebensweise zu explorieren und (wieder-) zu entdecken. Aufbauend auf dem Modell der „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ werden Einzel- und Paarberatung vorgestellt, und es werden wichtige Beratungsinhalte hervorgehoben. Für die Arbeit mit Gruppen werden die nötigen Schritte zur Etablierung einer Gruppe innerhalb einer Kinderwunsch-Behandlung diskutiert. **Schlussfolgerungen:** In den vergangenen Jahren hat sich die behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung als eine spezielle Form der Beratung herausgebildet, die professionelle Expertise und Qualifikation erfordert. Es werden zentrale Themen und gebräuchliche Interventionen beschrieben, um ein Bewusstsein für die spezifischen Bedürfnisse von Einzelpersonen und Paaren zu schaffen, die mit Unfruchtbarkeit konfrontiert sind und sich deshalb einer medizinischen Behandlung unterziehen. **Fazit für die Praxis:** Sowohl Beratungsfachkräfte, die sich erstmals in der Reproduktionsmedizin orientieren, als auch solche aus anderen Bereichen der psychosozialen Beratung mit entsprechend wenig Kinderwunsch-Beratung können von den hier angesprochenen Themen profitieren.

Schlüsselwörter: Psychosoziale Kinderwunschberatung, Interventionen, assistierte Reproduktion

Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Objective:* Infertility is considered a biopsychosocial crisis and infertility counselling is recommended as an integral part of a multidisciplinary approach. This article will outline the theoretical background and describe common interventions used in infertility counselling for individuals, couples and in a group setting. *Methods:* This article summarizes the proceedings of the first campus workshop of the Special interest group of Psychology and Counselling of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Results:* Infertility counselling offers the opportunity to explore, discover and clarify ways of living more satisfyingly and resourcefully when fertility impairments have been diagnosed. The 'Heidelberg Fertility Consultation Service' is presented as a framework for individual and couples counselling and highlights important issues in counselling patients. For group work a number of steps to set up a group within an infertility framework are discussed. *Conclusion:* In recent years, infertility counselling has become a specialist form of counselling requiring professional expertise and qualification. Key issues and common interventions are presented to raise awareness for the specific counselling needs of individuals and couples experiencing infertility and undergoing medical treatment. *Practice implications:* Mental health professionals new to the field of reproductive technologies as well as those in other areas of mental health counselling clients with fertility disorders can benefit from the topics addressed. **J Reproduktionsmed Endokrinol Online 2015; 12 (1): 13–8.**

Key words: infertility counselling, interventions, assisted reproduction

■ Einleitung

Infertilität ist eine biopsychosoziale Krise und daher wird die psychosoziale Kinderwunschberatung als integraler Bestandteil eines interdisziplinären Behandlungsansatzes empfohlen. In den vergangenen Jahren hat sich die (behandlungsunabhängige) psychosoziale Kinderwunschberatung als eine spezielle Form der Beratung herausgebildet, welche professionelle Expertise und Qualifikation erfordert.

■ Methoden

Dieser Artikel fasst die Ergebnisse des ersten Campus Workshops der Special

Interest Group „Psychology and Counselling“ der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) (29. August 2009, Basel, CH) zusammen und aktualisiert diese.

An diesem eintägigen Workshop nahmen 41 Personen (Ärzte, Beratungsfachkräfte, Krankenschwestern etc.) aus 15 verschiedenen Ländern teil, die in unterschiedlichem Maße in der psychosozialen Kinderwunschberatung aktiv sind. Die Autoren hielten Impulsreferate und skizzierten die Bedeutung und die verschiedenen Formen psychosozialer Beratung im Bereich von Infertilität und reproduktionsmedizinischer Behandlung. Basierend auf den Vorträgen und der

Auswertung des Workshops, ihrer klinischen Erfahrung sowie der Literatur (so weit verfügbar) beschreiben sie nachfolgend einen theoretischen Hintergrund der psychosozialen Kinderwunschberatung und schlagen mögliche Interventionen für Individuen, Paare sowie einen Gruppenansatz vor.

■ Resultate

Die psychosoziale Kinderwunschberatung eröffnet die Möglichkeit, nach der Diagnose einer Fertilitätsstörung eine befriedigendere und ressourcenorientierte Lebensweise zu explorieren und (wieder) zu entdecken [1–3]. „Beratung“ ist allerdings eine wenig präzise Begriff-

* Von T. Wischmann und P. Thorn aktualisiert und überarbeitet nach: Van den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn T. Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. Patient Education and Counselling 2010; 81: 422–8 mit Genehmigung von Elsevier.

Eingegangen: 24. September 2013; akzeptiert nach Revision: 15. Juli 2014

Aus: ¹University Hospital Gasthuisberg, Leuven University Fertility Centre (LUFCC), Leuven, Belgien; ²Psychosomatic and Psychosocial Medicine SAPP, Centre for Medically Assisted Procreation (CPMA) and F.A.B.E.R Foundation, Lausanne, Schweiz; ³Universitätsklinikum Heidelberg; ⁴Praxis für Paar- und Familientherapie, Mörfelden, Germany.

Korrespondenzadresse: PD Dr. Tewes Wischmann, Institut für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, D-69115 Heidelberg, Berghheimer Straße 20; E-Mail: tewes.wischmann@med.uni-heidelberg.de.

lichkeit, die – je nach Kontext – unterschiedliche Bedeutungen umfasst [2]. Daher soll zunächst dieser Begriff präzisiert werden: Psychosoziale Kinderwunschberatung unterscheidet sich von patientenzentrierter Versorgung, da sie eine professionelle Qualifikation erfordert, um die mit Infertilität verknüpften psychologischen und sozialen Herausforderungen anzugehen [4]. Mit „Berater“ ist nachstehend eine psychosoziale Fachkraft beschrieben, die über diese Qualifikation verfügt. Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer sind in Deutschland sowohl eine Beratung durch den behandelnden Arzt als auch eine behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung vorgesehen, deren Umsetzung in der Praxis allerdings auf sehr unterschiedliche Art und Weise erfolgt [4, 5]. Inhalte der behandlungsunabhängigen psychosozialen Kinderwunschberatung variieren je nach Beratungssetting (im IVF-Zentrum lokalisiert oder in eigener Praxis niedergelassen), und hängen außerdem von der jeweiligen Rolle des Beraters ab: Manche Berater sind für die psychologische Beurteilung der Paare zuständig, die eine Kinderwunschbehandlung beginnen möchten, während andere die Paare zu spezifischen Aspekten beraten (wie z. B. zu Gametenspende, Adoption, Entscheidungsfindungen etc.). Patienten werden entweder durch Ärzte oder andere medizinische Fachkräfte überwiesen oder sie kommen von sich aus mit bestimmten psychotherapeutischen Anliegen zum Berater [5]. Nachfolgend werden die Ansätze für Einzel- und Paarberatung (wegen der vielen Ähnlichkeiten hier zusammengefasst) sowie für die Gruppenarbeit skizziert.

Einzel- und Paarberatung

Ein Konzept für die psychosoziale Exploration

Inzwischen sind sowohl zur Einzelberatung (z. B. [6–8]) als auch zur Paarberatung (z. B. [9–11]) zahlreiche Veröffentlichungen verfügbar. Ein hilfreiches Konzept, wie in den ersten Beratungssitzungen die zahlreichen für die Einzel- bzw. Paarberatung relevanten Themen angesprochen werden können, wird in der Studie „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ beschrieben [12]. Diese psychosoziale Exploration kann auf bestimmte Themen fokussieren, beim Einzelnen wie beim Paar, die – sofern sowohl indiziert als auch gewünscht – in

weiteren Beratungssitzungen oder in einer nachfolgenden Psychotherapie vertieft werden. Einige der Schlüsselfragen/-themen werden hier aus der Perspektive sowohl der Einzel- als auch der Paarberatung vorgestellt.

Die psychosoziale Kinderwunschberatung dem Patienten vorstellen

Zu Beginn der Beratung ist es wichtig, mit den Patienten eine offene Kommunikation zu etablieren. Dazu zählt die Exploration ihrer Vorstellungen, Erwartungen und Befürchtungen bezüglich der Beratung und der Beratungsfachkraft („Auftragsklärung“), um dann die Beratungsziele festlegen zu können [13]. Zunächst sollte sich der Berater einer möglichen Zurückhaltung und Voreingenommenheit der Patienten bewusst sein. Für viele ist dies der erste Kontakt mit einer psychosozialen Beratung und manche fühlen sich befangen oder stigmatisiert, dass sie Hilfe wegen solchen intimen Belangen wie Kinderwunsch und Fortpflanzung annehmen müssen [13]. Je nachdem, wie die behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung durch die Mitarbeiter des IVF-Zentrums vorgestellt und vermittelt wurde, befürchten Patienten auch eine Bewertung oder einen Behandlungsausschluss oder sie betrachten es nachträglich als Fehler, vor einem Arzt Schwäche gezeigt zu haben [1]. Die psychosoziale Kinderwunschberatung ist im besten Fall jedoch ein Zugewinn für die Patienten, das IVF-Zentrum und den Berater selbst, da sie helfen kann, Kommunikationsdefizite und Missverständnisse aufzudecken und zu beheben [5]. Berater müssen, ihre Position im Behandlungsteam berücksichtigend, mit dem Patienten vorab besprechen, ob und was aus den Sitzungsinhalten an das IVF-Zentrum zurückgemeldet und wie die Schweigepflicht eingehalten wird. Für Patienten sollte die psychosoziale Kinderwunschberatung einen geschützten und unterstützenden Raum bieten, in dem sie ihre Gefühle in Bezug auf die Erfahrung ihrer Fertilitätsstörung und der Kinderwunschbehandlung explorieren und ausdrücken können [1]. Es ist außerdem zu beachten, dass in der ersten Beratungssitzung Kinderwunschpatienten eher selten konkrete Erwartungen an die Beratung haben [12]. Daher hat die einführende genaue Klärung, was psychosoziale Kinderwunschberatung umfasst, eine äußerst wichtige Funktion. Im Rahmen dieser

Klärung sollten auch unrealistische Erwartungen korrigiert werden, z. B. dass die Bearbeitung „innerer Blockaden“ automatisch die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit erhöht [14]. Eine weitere Funktion der Einführung ist die Etablierung eines Arbeitsbündnisses, die Klärung der Rollendefinition sowie des Beratungsablaufs. Das kann auch eine offene Diskussion darüber beinhalten, ob beide Partner eine Paarberatung wahrnehmen möchten oder ob ein Einzelsetting bevorzugt wird [12].

Infertilität und Kinderwunsch

Sobald ein klares Arbeitsbündnis etabliert worden ist, kann der Berater die Patienten ermutigen, über ihre Erfahrung mit der Infertilität zu berichten. Eine behutsame Exploration des Kinderwunsches in Hinblick auf individuelle, partnerschaftliche, transgenerationale und soziale Motive kann helfen, Einblicke in das oft als übermächtig erlebte Gefühl des Kinderwunsches zu erlangen [15]. Außerdem kann sie helfen, das Krisenerleben zu normalisieren und Gefühlen wie Schmerz, Trauer, Ärger, Optimismus, Hoffnung usw. Raum zu geben. Zwangsläufig wird beim Sprechen über die Familienplanung auch die Partnerschaft, die Paargeschichte und die Herkunftsfamilie thematisiert [12]. Dies kann zu weiteren wichtigen Themen und Inhalten führen, z. B. zu Aspekten von Selbstakzeptanz und (Geschlechts)Identität, Bewältigung und Kommunikation, Betrauern bisheriger Verluste im Leben, zu alternativen Perspektiven bezüglich des Kinderwunsches und zu Entscheidungsfindungen in der medizinischen Behandlung [12].

Subjektive vs. tatsächliche Ätiologie

Ein weiteres Schlüsselthema in den ersten Phasen der Beratung betrifft die subjektiven Ätiologien des Fertilitätsproblems, insbesondere bei Paaren mit ungeklärter („idiopathischer“) Infertilität [16]. Dies kann u. a. subjektive Ursachenzuschreibungen wie Schuldgefühle oder depressive Gedanken aufdecken, – z. B. dass die Infertilität ein Zeichen dafür sei, dass die Partner nicht zueinander „passen“ würden oder dass sie eine Strafe für falsche Entscheidungen in der Vergangenheit ist [12]. Wenn die Infertilitätsursache nur bei einem der Partner diagnostiziert werden kann, sollten in der Beratung Attributionsfehler verändert werden („Externalisierung der Un-

fruchtbarkeit“; [17]): „Sich schuldig fühlen“ ist nicht gleichbedeutend mit „schuldig sein“. Es ist wichtig, innere Zuschreibungen („*Ich bin ein Versager*“) in externe Zuschreibungen zu ändern („*Dieser Schicksalsschlag ist unsere Herausforderung*“). Die Patienten sollten Schuldzuschreibungen innerhalb der Partnerschaft erkennen und diese durch „*Ich akzeptiere meine Verantwortung für unser gemeinsames Problem*“ ersetzen [12].

Infertilität und der Umgang mit intensiven Gefühlen

Wenn der Wunsch nach einem Kind unerreicht bleibt, entstehen viele emotionale und körperliche Belastungen sowie Ambivalenzen [18]. Widersprüchliche Gefühle können übermächtig werden und Gefühle der Hilflosigkeit und des Kontrollverlustes hervorrufen. Eine Möglichkeit, diese Erfahrungen zu verdeutlichen, ist der Gebrauch von Bildern oder Metaphern [17]. Eine gebräuchliche Metapher ist das Erleben der assistierten Reproduktion (ART) als „Achterbahnfahrt der Gefühle“: ansteigende Erwartungen und Hoffnungen während der potenziell „fruchtbaren Tage“ oder einem Behandlungsversuch, gefolgt von Enttäuschung bei Nichteintritt einer Schwangerschaft [1]. Das Bild der Achterbahn versinnbildlicht auch das Gefühl, während der Fahrt nicht aussteigen zu können, die Geschwindigkeit der Fortbewegung, das Gefühl der Unkontrollierbarkeit etc. Es ist wichtig zu betonen, dass die emotionale Achterbahnfahrt weiter geht, solange der Kinderwunsch besteht, und somit weitere Enttäuschungen möglich sind [12]. Die Patienten können das emotionale Auf und Ab begrenzen, aber dessen Amplituden nicht vollständig nivellieren [12].

Gelegentlich sind konkrete Tipps sinnvoll, insbesondere für schwierige Zeiten wie z. B. die Wartezeit vor dem Schwangerschaftstest. Etliche Studien haben gezeigt, dass diese Wartezeit als der belastendste Teil der Kinderwunschbehandlung empfunden wird [19]. Patienten kann in dieser Phase empfohlen werden:

1. So oft wie möglich Ablenkung zu suchen,
2. sich für die 14 Tage nach dem Embryotransfer etwas Besonderes vorzunehmen (z. B. Friseurtermin, die beste Freundin treffen, Kinobesuch etc.) und

3. sich gezielt zu entspannen (wie z. B. eine CD mit Entspannungsübungen zu hören, Yoga oder Meditation zu praktizieren).

Diese emotionale Achterbahnfahrt kann jedoch andere für den Patienten wichtige Lebensbereiche überschatten, welche dadurch während der Kinderwunschbehandlung möglicherweise vernachlässigt werden [13]. So sollten Patienten ermutigt werden, über andere Lebensziele (wie Herkunftsfamilie, Spiritualität, Freundschaften und soziale Kontakte, Arbeit, Freizeit, Gemeinwesen etc.) zu reflektieren, die einem Sinnhaftigkeit oder Befriedigung geben können. Damit werden Patienten davor geschützt, sich von ihren eigentlichen Lebensinhalten zu entfernen bzw. zu entfremden und mit einem nur auf ihre Fruchtbarkeitsstörung gerichteten Tunnelblick stecken zu bleiben.

Infertilität und die Vorbereitung eines „Fahrplans“

Da viele Patienten während der Kinderwunschbehandlung eine eher passive Haltung einnehmen und lediglich den Anweisungen der Ärzte und des Teams folgen, sollten sie darin bestärkt werden, aktiv Entscheidungen bezüglich ihres Fertilitätsproblems zu treffen. Dazu gehört die Exploration alternativer Perspektiven zur biologischen Elternschaft und der Grenzen in der medizinischen Behandlung. Eine hilfreiche Intervention ist, Patienten zur Erstellung von Fahrplänen zu ermutigen, die im Verlauf der Kinderwunschbehandlung entsprechend angepasst werden können [20]. Ziel des Fahrplans ist es, in dieser potenziell unkontrollierbaren Lebenskrise diejenigen Aspekte selbst in die Hand zu nehmen, die kontrolliert werden können:

- Erstelle zunächst eine „Lebenslinie der Zufriedenheit“ vom Beginn der Partnerschaft bis einschließlich jetzt. Integriere die „Hochs“ und „Tiefs“ der Partnerschaft (z. B. Hochzeit und Paarkrisen) in diese Linie. Versuche das Ausmaß der Lebenszufriedenheit als Paar mit und auch ohne Kind in der näheren und in der späteren Zukunft zu skizzieren.
- Zentrale Elemente dieses Fahrplans sind Flussdiagramme mit den verschiedenen Optionen (keine Schwangerschaft, Fehlgeburt, Lebendgeburt).
- Entwerfe einen „Plan B“, „Plan C“ etc. von Anfang an.

- Jeder Partner erstellt zunächst den eigenen Fahrplan, danach werden die Pläne übereinandergelegt und aufeinander abgestimmt.
- Fahrpläne können gegebenenfalls wieder neu geschrieben werden (z. B. nach einem ersten gescheiterten IVF-Versuch), aber das Paar sollte der Kinderwunschbehandlung immer eine Grenze setzen.

Idealerweise ist dies eine konkrete Paarübung, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den jeweiligen Fahrplänen veranschaulichen und damit den Fokus einer Beratungssitzung darstellen kann.

Klinische Erfahrung zeigt, dass sich viele Patienten und Paare sträuben, einen „Plan B“ bereits zu Beginn einer Kinderwunschbehandlung zu entwerfen. In diesem Fall kann eine umsichtige Exploration der „guten Gründe“, zunächst keinen „Plan B“ zu entwerfen, erwogen werden [13].

Infertilität und die Paarbeziehung

Infertilität beeinträchtigt häufig nicht nur das soziale und familiäre Umfeld des Paares, sie kann auch einen deutlichen (positiven und/oder negativen) Effekt auf die Partnerschaft haben. Mit der Infertilität und ihrer Behandlung gehen viele Stressoren einher: die körperlichen Beschwerden der Hormontherapie, emotionale Belastungen, Veränderungen in der Sexualität, schwierige Entscheidungsfindungen etc. Viele dieser Stressoren werden von Männern und Frauen unterschiedlich erlebt. Sowohl die Forschung [21–23] als auch die klinische Erfahrung betonen die Wichtigkeit guter Paarkommunikation bei Infertilität. Daher sollte die Beratung die Paarkommunikation verbessern und auf die Stärkung der Partnerschaft zielen. Geschlechtsdifferenzen bei Infertilität können einen Austausch dazu initiieren, wie Patienten sich selbst und ihren Partner in Bezug auf das Erleben der Infertilität sehen [24]. Männer neigen dazu, von konkreten Hilfestellungen der Stressbewältigung zu profitieren. Frauen hingegen suchen tendenziell eher emotionale Unterstützung, um die „Depressionsschübe“ zu überwinden, die sie erleben. Der Berater sollte bezüglich dieser Unterschiedlichkeiten Neutralität bewahren und Vor- und Nachteile beider Verarbeitungsstrategien thematisieren [12].

Folgendes Kommunikationsmuster ist bei infertilen Paaren häufig: Mit dem schmerzhaften Erleben der Infertilität konfrontiert, möchte die Frau über den Schmerz und die Traurigkeit sprechen, während sich ihr Partner als hilflos erlebt und zurückzieht. Dieses zirkuläre Muster kann zu Polarisierung und Isolation führen, ausgerechnet zu einer Zeit, in der sich beide Partner am meisten brauchen [12]. Während die Frau ihren Partner als emotional unberührt und weit weniger depressiv erlebt als dieser sich selbst einschätzt, überschätzt er möglicherweise ihre depressive Gemüthsstimmung und nimmt diese als dramatischer als sie selbst wahr. In der Paarberatung kann es hilfreich sein, diese Polarisierung zu veranschaulichen.

Leiden Männer überhaupt an Infertilität? An der „männlichen Norm“ orientiert, neigen viele Männer zum Unterdrücken ihrer Gefühle. Sich-Zurückziehen kann auch als ein Versuch verstanden werden, die Partnerin nicht mit dem eigenen Schmerz zu konfrontieren [25]. Einer der Hauptvorteile der Paarberatung ist, dass eine solche Hypothese unmittelbar durch Befragen des männlichen Partners überprüft werden kann.

Sich Zeit zum Reden und zum Gefühls-austausch zu nehmen, kann für Patienten auch eine Herausforderung darstellen [26]. Gefühle austauschen bedeutet das Ansprechen des Schmerzes, der Anforderungen, der Ungewissheiten und anderer schwieriger Themen, denen die Paare begegnen. Wenn die Partner eine Zeit zum Austausch von Gefühlen festlegen, ist es wichtig, dass sie einander aktiv zuhören. Die Beratung kann ihnen helfen, unvoreingenommenes und voraussetzungsloses Zuhören zu lernen und auf verbale und nonverbale Hinweisreize zu achten. Für manche Paare kann es hilfreich sein, sich im Erzählen abzuwechseln und sich klarzumachen, dass „Sprechen und Zuhören“ an sich noch keine Problemlösung darstellt. Durch „Sprechen und Zuhören“ werden aber Klarheit und ein neues Verständnis darüber, wie sich der jeweils Andere fühlt, gefördert. Letztlich ist der Gebrauch von „Ich“-Botschaften (anstelle von Vorwürfen oder Schuldzuweisungen) unabdingbar. Wenn eine Frau zu ihrem Mann bspw. sagt: „*Du warst für mich während meiner medizinischen Behandlung nicht da, Dir ist das alles wohl egal!*“, wird sie

vermutlich eine andere Reaktion hervorrufen als mit einer „Ich“-Botschaft wie „*Ich bin wirklich traurig, weil ich Dich während meiner medizinischen Behandlung hier haben wollte!*“

Sexualität und Körperbild sind häufig durch die Monate oder Jahre des Schwanger-werden-Wollens beeinträchtigt [27]. Beim Versuch, spontan schwanger zu werden, wird dem Geschlechtsverkehr viel Aufmerksamkeit gewidmet: Er ist zeitlich festgelegt, geplant und mit dem Zeugen eines Kindes assoziiert. Beginnt das Paar eine medizinische Behandlung, verliert der Geschlechtsverkehr häufig an Bedeutung und wird dann anstrengend. In der Beratung können die Patienten über ihre Verunsicherungen wie auch über ihre Bedürfnisse nach Intimität sprechen. Einigen Patienten hilft dabei die Unterscheidung „Sex zur Zeugung“ an den fruchtbaren Tagen der Frau und „Sex zur Lust“ in der sonstigen Zeit. Sollten Patienten aufgrund des Stresses und Drucks eine klinisch relevante sexuelle Funktionsstörung entwickeln, sollten mögliche zugrundeliegende Gefühle (wie Körperbild, Schuld, Scham, Versagensängste etc.) angesprochen werden. Auch kann empfohlen werden, während der fruchtbaren Phase für eine begrenzte Zeit (z. B. 2–3 Zyklen) Kondome zu gebrauchen, bis sich die Lust am Sex wieder eingestellt hat. Bei allen hier genannten Punkten sind selbstverständlich die Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten zu berücksichtigen.

Infertilität und Umgang mit dem sozialen Umfeld

Werden Freunde und Verwandte spontan schwanger, so werden die Patienten direkt mit ihrem „Unvermögen“ und ihren Bemühungen um eine Schwangerschaft konfrontiert. Während im sozialen Umfeld das Leben weiter geht, können sich die Patienten zurückgelassen oder „in der Schwebel“ fühlen und ihre gesamte Zukunft wie in einer Warteschleife empfinden. Berater können diese intensiven negativen Emotionen normalisieren, wie z. B. Verzweiflung nach einem negativen Schwangerschaftstest oder Neid auf Schwangere [12, 28]. Allerdings werden die Patienten in der Beratung auch ermutigt, sich diesen Gefühlen zu stellen. Das Vermeiden aller negativen Gefühle und Situationen (wie z. B. Besuche auf Entbindungsstationen, Feierlichkeiten anlässlich der Geburt eines Kindes etc.)

hilft nur kurzzeitig [29], langfristig führt Vermeidungsverhalten zu Isolation und zum Verlust von familiärer und sozialer Unterstützung. Die teilweise Offenlegung des Fertilitätsproblems gegenüber Verwandten und Freunden bei gleichzeitiger klarer Grenzziehung kostet letztendlich weniger „psychische Energie“ als ständige Notlügen oder Vorspielen von Normalität. Es sollten auch hier Grenzen berücksichtigt werden (wenn z. B. die Patienten gegenüber ihren Freunden mit Kindern aggressiv werden oder Schwangere in der Verwandtschaft mit bissigen Bemerkungen kränken etc.). Berater können den Paaren im Umgang mit ihrem sozialen Umfeld zu realistischen Einschätzungen verhelfen: Was können sie von ihren Freunden und Angehörigen erwarten, und was nicht [12]. Psychoedukation spielt in diesem Prozess eine wichtige Rolle, und manchmal kann die Einbeziehung des sozialen Umfeldes in diese Diskussion hilfreich sein [1].

Gruppenarbeit

In der Praxis der psychosozialen Kinderwunschberatung entstand die Gruppenarbeit vor allem aufgrund des Bedürfnisses von Paaren und Individuen, sich mit Anderen in ähnlicher Lage auszutauschen. Gruppenangebote können danach ausgerichtet sein, Erfahrungen auszutauschen, Informationen einzuholen, Kommunikationsfertigkeiten zu verbessern, Entspannungsverfahren zu lernen oder andere Formen psychologischer Unterstützung anzubieten [1, 5]. Für die Entwicklung eines Gruppenangebotes müssen die spezifischen Bedürfnisse der Teilnehmer, die Fähigkeiten des Leiters sowie praktische Erwägungen berücksichtigt werden. Im Folgenden werden konkrete Schritte zum Aufbau einer Gruppe beschrieben.

Theoretischer Hintergrund

Im Vergleich zu Einzel- und Paarberatung haben Gesprächsgruppen u. a. den Vorteil, dass sie Hoffnung erwecken, normalisieren („*Ich bin nicht alleine!*“), interpersonales Lernen ermöglichen sowie Gruppenzusammenhalt und Informationen vermitteln.

Für Gruppenangebote bei Infertilität wurden von Covington [1] folgende zentrale Themen beschrieben: Trauerarbeit, Kontrollverlust, Geschlechterunterschiede, zwischenmenschliche Beziehungen,

Zusammenarbeit mit dem medizinischen Team, Stress und Stressbewältigung, Entscheidungsfindung, schwangere Gruppenmitglieder, Wissenserwerb zu sozialen und juristischen Aspekten, Alternativen der Familienbildung (Gameten- oder Embryonenspende, Leihmutterchaft, Adoption), Umgang mit Schwangerschaft nach medizinischer Behandlung und Zurechtkommen mit der Möglichkeit eines Lebens ohne Kinder.

Den verschiedenen Interventionen liegen unterschiedliche therapeutische Konzepte zugrunde: Die Gruppenarbeit kann ausgelegt sein als kognitiv-behavioral, emotionsbezogen-interaktionell, psychoedukativ (wie in Gruppen mit Paaren vor geplanter Spendersamenbehandlung), Gruppenaustausch für das medizinische Team oder computerunterstützte Gruppen (Online-Coaching, z. B. [30]) etc. In der Literatur werden zahlreiche Beispiele für Gruppenarbeit bei Infertilität beschrieben (z. B. [31–34]). Mit fortschreitender Verbreitung des Internets werden virtuelle Gruppen in Zukunft vermutlich an Bedeutung gewinnen, da diese Interaktionsform immer beliebter wird [35].

Für die Planung eines Gruppenangebotes spielen soziokulturelle Aspekte eine wichtige Rolle. Grundsätzlich richtet sich die Rekrutierungsstrategie danach, wie Gruppenarbeit allgemein in der Öffentlichkeit angesehen ist. Möglich ist beispielsweise eine Zusammenarbeit mit Fachärzten oder das Auslegen von Faltschirmen in Wartezimmern. Die Benennung der Gruppe ist ebenso wichtig: „Informationsaustausch zu Kinderwunschbehandlungen“ oder „Entspannungstechniken bei stressigen Behandlungsmethoden“ können einladender wirken (vor allem für Männer) als „Reflexionen zur Unfruchtbarkeit“ oder „Entspanne Deinen Körper“, was als zu vage und zu vieldeutig wahrgenommen werden kann. Weiterhin sind die Anzahl der Gruppenleiter und deren notwendige Qualifikationen festzulegen, die Räumlichkeiten, das Programm und die Kosten. Diese Punkte sind zeitaufwendig, tragen aber zum konstruktiven Prozess der Gruppenarbeit bei [13].

Schritte des Gruppenaufbaus

Der Gruppenaufbau hängt sowohl von den persönlichen Motiven und Ressourcen der beteiligten Berater ab als auch von der Nachfrage der Patienten bzw.

Paare. Zusammengefasst sind folgende Schritte für den Aufbau eines Gruppenangebots im Bereich Infertilität und Reproduktionsmedizin sinnvoll:

- Erfasse sowohl die klinischen Themen als auch die Zielgruppe, z. B.: Infertilität im Allgemeinen (für alle Paare offen), Spendersamenbehandlung (offen für Paare vor dieser Behandlungsoption), erfolglose Behandlung (für Einzelpersonen und Paare nach Beendigung der ART offen), offen für > 40-jährigen Frauen (um sich mit dem Thema der biologischen Grenzen auseinander zu setzen), offen für Schwangere nach IVF (um sich als Frau/als Paar mit deren neuen Aspekten zu befassen) ...
- Formuliere die Hauptziele: Informationsvermittlung, Stresslinderung, Entspannungstechniken lernen, Erfahrungsaustausch, Stabilisierung der Paarbeziehung ...
- Definiere die Interventionen: Kognitiv-behavioral, psychoedukativ, computerunterstützt ...
- Definiere die Struktur: Auswahl und Anzahl der Teilnehmer und der Gruppenanbieter, Sitzungsfrequenz und -anzahl, Zeitpunkt und Ort, detailliertes Programm der Sitzungen (eine gut vorstrukturierte Sitzung trägt auch zur Gelassenheit der Gruppenleiter bei), Prozess- und Ergebnisbewertung durch die Teilnehmer (für alle Gruppen sehr wichtig, um zukünftige Angebote an die Bedürfnisse der Teilnehmer anzupassen).

Gruppenarbeit ist in der Regel sehr lohnend, da sie das grundlegende menschliche Bedürfnis nach gemeinsamem Austausch über neue emotionale Erfahrungen oder über Lernprozesse befriedigt. Die Implementierung einer Gruppe kann hingegen schwierig sein, hauptsächlich aufgrund hinderlicher kultureller oder sozialer Aspekte. Von zentraler Bedeutung sind daher die Achtsamkeit der Gruppenleitung und das Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer [13].

■ Diskussion und Schlussfolgerung

Diskussion

Die psychosoziale Kinderwunschberatung stellt einen spezialisierten Bereich der emotionalen Unterstützung von Paaren mit Fruchtbarkeitseinschränkungen

dar und wird die nächsten Jahre weiter an Bedeutung gewinnen, da die Auswirkungen von Infertilität und ihrer Behandlung in Form von emotionalen, körperlichen, sozialen und lebensbezogenen Folgen immer deutlicher werden. Während psychosoziale Fachkräfte Paare dabei unterstützen, die mit Infertilität einhergehenden intensiven Gefühle zu bearbeiten, müssen sie gleichzeitig mit ihren eigenen Haltungen und möglichen Befangenheiten umgehen, die ihre Beratung beeinflussen können. Zusätzlich ist das Maß der Einbindung der (behandlungsunabhängigen) Beratung in das IVF-Team relevant. Die Arbeit als Teammitglied wie auch als unabhängiger Berater hat jeweils Vor- und Nachteile [36]. Für den unabhängigen Berater können Nachteile darin liegen, dass weder Zugriff auf die Patientenakte noch eingehende Einsicht in die Arbeitsweise des IVF-Teams besteht. Vorteile liegen in der klaren Abgrenzung der medizinischen Behandlung von der psychologischen Unterstützung, was bei einigen Patienten Vertrauen und Offenheit fördert. Eine transparente Herangehensweise mit klaren Grenzen und Zielen sowie offene Kommunikationswege ermöglichen einen adäquaten Umgang mit den dynamischen Bedürfnissen der Patienten, des IVF-Teams und des Beraters.

Schlussfolgerung

Die Organisationen psychosozialer Kinderwunschberater stimmen darin überein, dass alle Patienten mit eingeschränkter Fertilität vor, während und nach der medizinischen Behandlung Zugang zu Einzel- bzw. Paarberatung haben sollten. International ist ebenfalls unumstritten, dass eine behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung vor jeder Form der Gametenspende bzw. Leihmutterchaft eindringlich empfohlen werden sollte, ebenso bei wiederholten Behandlungsfehlschlägen, bei länger andauernden depressiven Entwicklungen und für Personen mit psychiatrischen Risikofaktoren [2]. Ob psychologische Unterstützung in Form von Einzel- oder Paarberatung oder als Gruppe angeboten wird, hängt von der Erfahrung und dem psychotherapeutischen Hintergrund der Berater ab, ebenso den praktischen Möglichkeiten innerhalb des jeweiligen Settings. Einige allgemeine Leitlinien können jedoch aufgestellt werden:

- Psychosoziale Kinderwunschberatung mit Einzelpersonen bietet die Mög-

lichkeit, alle Anliegen bezüglich der Erfahrung und der Behandlung von Infertilität individuell zu explorieren, wie z. B. Gefühle von Trauer, Schuld und Angst, das Selbstwertgefühl und das Körperbild, die Verarbeitungsmechanismen wie auch die sozialen Auswirkungen.

- Paarberatung eröffnet die Möglichkeit, die Paardynamiken angesichts der Infertilität zu explorieren, sich besser unterstützen und verstehen zu lernen, die Kommunikation zu verbessern und die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Infertilitäts-erleben besser zu verstehen.
- Gruppenarbeit ermöglicht Einzelpersonen, die gefühlsmäßigen Auswirkungen der Infertilität mit anderen in ähnlicher Lage zu teilen und die eigenen Reaktionen zu normalisieren. Weiterhin ist es hier möglich, aus den Erfahrungen anderer Paare zu lernen, welche Strategien im Umgang mit bestimmten Gefühlen und Bedenken oder für die Beziehungsgestaltung mit Freunden und Familie hilfreich sein könnten.

■ Danksagungen und Erklärung zum Interessenkonflikt

Die Autoren bedanken sich bei der ESHRE Special Interest Group „Psychology and Counselling“, sowie bei den Veranstaltern und Teilnehmern des Basel Workshops am 29.08.2009 für ihre Ermutigung und Unterstützung. Die Erstellung dieses Manuskripts erfolgte ohne finanzielle Unterstützung. Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

1. Covington SH, Burns LH. Infertility Counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians. 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge, 2006 (hier insbesondere Kapitel 1: Psychology of Infertility, Kapitel 2: Individual Counselling and Psychotherapy, Kapitel 4: Cross-Cultural Issues in Infertility Counselling, Kapitel 9: Counselling the infertile couple und Kapitel 10: Group approaches to infertility counselling).
2. Kentenich H, Brähler E, Kowalczyk I, Strauß B, Thorn P, et al. Fertilitätsstörungen – Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Leitlinie und Quellentext. Psychosozial Verlag, Gießen, 2014.
3. Burns L. Infertility as boundary ambiguity: one theoretical perspective. Fam Proc 1987; 26: 359–72.
4. Stöbel-Richter Y, Thorn P, Brähler E, Kentenich H, Wischmann T. Umfrageergebnisse zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland – eine Pilotstudie. J Reproduktionsmed Endokrinol 2011; 8: 416–23.
5. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg). Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland.

■ Relevanz für die Praxis

Für psychosoziale Fachkräfte stellt die behandlungsunabhängige Kinderwunschberatung aufgrund ihrer Komplexität eine große Herausforderung dar. In Zukunft wird es wichtig sein, zwischen den involvierten Professionen stärkere Vernetzungen herzustellen. Psychosoziale Berater sollten anstreben, evidenzbasierte Praxis in ihre klinische Tätigkeit einzubeziehen [37] und darin gleichzeitig Flexibilität zu bewahren, um den individuellen Bedürfnissen dieses vielfältigen Klientels begegnen zu können.

Dieser Beitrag befasst sich mit einem sehr speziellen Bereich der reproduktiven Gesundheit, der für komplexe technologische Verfahren und dem damit zusammenhängenden emotionalen Stress bekannt ist. Er soll sowohl Beratungsfachkräften Hilfestellungen geben, die sich erstmals im Bereich der Reproduktionsmedizin orientieren, als auch denjenigen, die aus anderen Bereichen der psychosozialen Beratung kommen und daher nur wenige Klienten mit Fertilitätsstörungen beraten. Letztlich kann er auch für medizinische und paramedizinische Fachkräfte im Arbeitsfeld Infertilität aufschlussreich sein.

Status quo und Erfordernisse für eine bessere Konzeptualisierung, Implementierung und Evaluation; 2014. www.informationsportal-kinderwunsch.de (zuletzt gesehen: 22.7.2014).

6. Applegarth LD. Individual counselling and psychotherapy. In: Covington SN, Burns LH (eds). Infertility Counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians. 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge, 2006: 129–42.
7. Christie GL, Morgan A. Individual therapy, group therapy and co-therapy work with infertile couples. Australasian J Psychother 2006; 25: 82–103.
8. Gibson DM, Myers JE. Gender and infertility: a relational approach to counseling women. J Counsel Develop 2000; 78: 400.
9. Diamond R, Kezur D, Meyers M, Scharf CN, Weinschel M. Couple Therapy for Infertility. The Guildford Press, New York London, 1999.
10. Myers LB, Wark L. Psychotherapy for infertility: a cognitive-behavioral approach for couples. Am J Fam Ther 1996; 24: 9–20.
11. Newton CR. Counselling the infertile couple. In: Covington SH, Burns LH (eds). Infertility Counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians. 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge, 2006; 143–55.
12. Stammer H, Verres R, Wischmann T. Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch. 1. Aufl. Göttingen, Hogrefe, 2004.
13. Thorn P, Tschudin S (eds). Developing Skills for Infertility Counselling. Proceedings of the Campus Workshop, Special interest group Psychology and Counselling of the European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Basel, 2009. www.eshre.eu (zuletzt gesehen: 22.7.2014).
14. Wischmann T. Implikationen der psychosozialen Unterstützung bei Fertilitätsstörungen – eine kritische Bestandsaufnahme. J Reproduktionsmed Endokrinol 2009; 6: 214–22.
15. Van den Broeck U, D’Hooghe T, Enzlin P, Demyttenaere K. Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility specific versus general psychological characteristics. Hum Reprod 2010; 25: 1471–80.
16. Wischmann T. Psychogenese von Fertilitätsstörungen. Eine Übersicht. Geburtsh Frauenheilk 2006; 66: 34–43.
17. Atwood JD, Dobkin, S. Storm clouds are coming: ways to help couples reconstruct the crisis of infertility. Contemp Fam Ther 1992; 14: 385–403.
18. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. Social Health Illn 2010; 32: 140–62.
19. Boivin J, Takefman JE. Stress level across stages of in-vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. Fertil Steril 1995; 64: 802–10.
20. Wischmann T. Kinderwunsch und professionelle Beratung. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 2012; 1: 26–9.
21. Schmidt L, Holstein BE, Christensen U. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of

816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. Hum Reprod 2005; 20: 3248–56.

22. Pasch LA, Dunkel-Schetter C, Christensen A. The effect of husbands’ and wives’ responses to infertility on marital communication and adjustment. Fertil Steril 2001; 76: S198.
23. Peterson BD, Pirritano M, Christensen U. The impact of partner coping in couples experiencing infertility. Hum Reprod 2008; 23: 1128–37.
24. Pasch LA, Dunkel-Schetter C, Christensen A. Differences between husbands’ and wives’ approach to infertility affect marital communication and adjustment. Fertil Steril 2002; 77: 1241–7.
25. Wischmann T, Thorn P. Der Mann in der Kinderwunschbehandlung (unter besonderer Berücksichtigung der donogen Insemination). J Reproduktionsmed Endokrinol 2014; 3: 134–41.
26. Tillman L. Couples communication in infertility treatment. 2010. www.speakupforyourself.com (zuletzt gesehen: 22.7.2014).
27. Wischmann T. Sexualstörungen bei Paaren mit Kinderwunsch. Sexuologie 2009; 16: 111–21.
28. Wischmann T. Einführung Reproduktionsmedizin: Medizinische Grundlagen – Psychosomatik – Psychosoziale Aspekte. München, Reinhardt; 2012.
29. Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Boivin J, Block J, Schmidt L. The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. Hum Reprod 2009; 24: 1656–64.
30. Hämmerli K. Kinderwunsch Online Coaching – ein webbasiertes Selbsthilfeprogramm. J Reproduktionsmed Endokrinol 2009; 6: 111–5.
31. Domar AD, Clapp D, Slawsky EA, Dusek J, Kessel B, Freizinger M. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. Fertil Steril 2000; 73: 805–11.
32. Lemmens GMD, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E, Vanderschueren D, D’Hooghe T, Demyttenaere K. Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. Hum Reprod 2004; 19: 1917–23.
33. Stewart DE, Boydell KM, McCarthy K, Swerdlyk S, Redmond C, Cohrs, W. A prospective study of the effectiveness of brief professionally-led support groups for infertility patients. Int J Psychiatry Med 1992; 22: 173–82.
34. Thorn P, Daniels KR. Pro und Contra Kindesaufklärung nach donogener Insemination – Neuere Entwicklungen und Ergebnisse einer explorativen Studie. Geburtsh Frauenheilk 2007; 67: 993–1001.
35. Malik SH, Coulson NS. Coping with infertility online: An examination of self-help mechanisms in an online infertility support group. Patient Educ Couns 2010; 81: 315–8.
36. Norré J, Wischmann T. The position of the fertility counselor in a fertility team: a critical appraisal. Hum Fertil (Camb) 2011; 14: 154–9.
37. Boivin J. Evidence-based approaches to infertility counselling. In: Covington SN, Burns LH (eds). Infertility Counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians. 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge, 2006; 117–28.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

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](#)