

Journal für

# Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

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



## Implikation der psychosozialen Unterstützung bei Fertilitätsstörungen - eine kritische Bestandsaufnahme

Wischmann T

*J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2009; 6 (5), 214-222*

[www.kup.at/repromedizin](http://www.kup.at/repromedizin)

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, DIR, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

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



# Ab sofort in unserem Verlag

Thomas Staudinger  
Maurice Kienel

# ECMO

## für die Kitteltasche

2. Auflage Jänner 2019  
ISBN 978-3-901299-65-0  
78 Seiten, div. Abbildungen  
19.80 EUR

**Krause & Pachernegg**  
GmbH

Bestellen Sie noch heute Ihr Exemplar auf  
[www.kup.at/cd-buch/75-bestellung.html](http://www.kup.at/cd-buch/75-bestellung.html)

# Implikationen der psychosozialen Unterstützung bei Fertilitätsstörungen – eine kritische Bestandsaufnahme\*

T. Wischmann

**Ziel:** Es sind verschiedene psychosoziale Interventionen für infertile Personen empfohlen worden, es bleibt aber unklar, was deren Implikationen sind und ob einige von ihnen unter bestimmten Umständen nicht sogar schädlich sein können. **Methoden:** Es wird ein Überblick über Artikel zur Wirksamkeit der psychosozialen Betreuung bei Fertilitätsstörungen gegeben. **Ergebnisse:** Es erleichtert den Umgang mit Fertilitätsstörungen und den Techniken künstlicher Befruchtung, wenn Informationen über den Ablauf und technische Aspekte der Kinderwunschbehandlung gegeben werden. Diese vorbereitenden Informationen können in Form von Broschüren oder Lehrfilmen bereitgestellt werden. Das Internet ist eine schnelle und einfache Methode, Informationen über Fertilitätsstörungen zu erhalten, aber es bringt das Risiko falscher oder irreführender Informationen mit sich. Strukturierte psychoedukative Onlineangebote für infertile Paare erscheinen vielversprechend effektiv und sollten zukünftig weiterentwickelt und evaluiert werden. Telefonberatungen bieten spezifische Informationen über die Kinderwunschbehandlung, allerdings können sie die persönliche Beratung zu belastenden psychosozialen Themen nicht ersetzen. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen empfiehlt sich zur Stärkung der Bewältigungsfähigkeiten. Psychosoziale Beratung und Psychotherapie sind in der Regel schon nach kurzer Zeit (weniger als 10 Sitzungen) eindeutig effektiv in der Reduktion negativer Affekte. Schwangerschaftsraten erhöhen sich wahrscheinlich nicht durch psychosoziale Interventionen, was aber endgültig noch nicht geklärt ist. **Fazit:** Kinderwunschberatung und professionell angeleitete edukative Gruppen scheinen die effektivsten Formen psychosozialer Interventionen bei Fertilitätsstörungen zu sein. Kinderwunschberatung sollte daher in allen Stadien der medizinischen Behandlung möglich und für die teilnehmenden Personen kostenfrei sein. Ablauf, Inhalt und Ziele der Beratung sollten transparent gemacht werden. Die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen muss noch systematischer evaluiert werden. Psychosoziale Interventionen bei Fertilitätsstörungen sollten auf die jeweilige Zielgruppe und den jeweiligen Behandlungsabschnitt spezifisch zugeschnitten sein. Einige methodische Fragen bedürfen nach wie vor der Klärung und die Generalisierbarkeit der Resultate ist immer noch eingeschränkt.

**Schlüsselwörter:** Vorabinformation, Internet, Telefonberatung, Selbsthilfegruppen, Kinderwunsch-Beratung, Psychotherapie

**Implications of Psychosocial Support in Infertility – a Critical Appraisal.** *Objective:* Various psychosocial interventions have been recommended for infertile persons, but it remains unclear what their implications are, and if some of them might even be harmful under certain circumstances. *Methods:* A survey is given of papers concerning the usefulness of psychosocial support in infertility. *Results:* Providing procedural information concerning the technical aspects of infertility investigation probably facilitates coping with infertility and with assisted reproductive techniques. This preparatory information can be given in the form of booklets or educational films. Using the Internet is a fast and easy way to obtain information on infertility and its treatment, but with the risk of getting wrong or misleading information. Structured online education and support programs seem to be promising effective and should be enhanced and evaluated furthermore. Telephone counseling can be helpful in providing specific information about the infertility workup but it cannot replace face-to-face counseling on distressing psychosocial issues. Attendance at support groups can be recommended to strengthen coping abilities. Psychosocial counseling and psychotherapy are definitely effective in reducing negative affect, mostly within a short period of time (less than 10 sessions). Pregnancy rates are unlikely to be affected by psychosocial interventions, but this has to be clarified yet. *Conclusion:* Infertility counseling and professionally facilitated groups seem to be the most efficient psychosocial interventions in infertility. Therefore, infertility counseling should be available at all stages of medical therapy, and it should be free of charge for the persons attending it. Course, content and goals of the infertility counseling should be made transparent. The efficacy of support groups has to be evaluated more systematically. Psychosocial interventions in infertility have to be custom-tailored to the target groups and to the treatment stages. Several methodological questions have to be solved yet, and the generalizability of these results is still restricted. **J Reproduktionsmed Endokrinol 2009; 6 (5): 214–22.**

**Key words:** preparatory information, Internet, telephone counseling, support groups, infertility counseling, psychotherapy

## ■ Einleitung

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Einstellung zu psychosozialen Faktoren bei Fertilitätsstörungen verändert (für einen Überblick siehe [1]). Am Anfang wurde die Forschung in diesem Bereich durch das „psychogene Infertilitätsmodell“ (psychisch bedingte Infertilität) bestimmt. Jedoch gibt es bis jetzt noch keine überzeugenden systematischen Studien, die sich auf ausreichende Fallzahlen stützen und überzeugende

Beweise für psychische Belastung als Ursache von Fertilitätsstörungen liefern. Heutzutage befinden sich die psychischen Folgen von Fertilitätsstörungen und Reproduktionsmedizin im Zentrum der Aufmerksamkeit (Modell der psychologischen Konsequenzen). Allgemein lassen sich eine etwas erhöhte Depression, etwas mehr Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden bei infertilen Frauen nachweisen. Dies kann als Resultat der medizinischen Diagnose und/oder der Behandlung interpretiert

werden [2]. Etwa 15–20 % aller Paare erleben die reproduktionsmedizinische Behandlung als so belastend, dass sie psychologische Beratung benötigen [3]. Verschiedene psychosoziale Interventionen sind für diese betroffenen Personen vorgeschlagen worden. Es bleibt aber unklar, was deren Implikationen sind. Im Sinne der Qualitätssicherung wird die Evaluation dieser psychosozialen Interventionen zunehmend gefordert, insbesondere wenn sie zeit- und personalintensive Maßnahmen wie persönliche

\* Dieser aktualisierte und erweiterte Beitrag erschien im Original unter dem Titel „Implications of psychosocial support in infertility – a critical appraisal“ im J Psychosom Obstet Gynecol 2008; 29: 83–90. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von Informa Healthcare.

Eingegangen: 31.03.2009; akzeptiert: 13.08.2009.

Aus dem Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg

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

Beratung oder Psychotherapie betrifft [4].

## ■ Methoden

Ende 2006 wurde in PubMed, MEDLINE, PsycINFO und Scopus eine Literaturrecherche mit den Schlagworten „infertility“ und „internet“ oder „counseling“ oder „group work“ oder „psychotherapy“ oder „coping“ durchgeführt. Die sich hieraus ergebenden Literaturangaben wurden vom Autor daraufhin untersucht, ob sie zum Thema dieser Übersichtsarbeit passten. Diese Recherche wurde Ende 2008 durch aktuelle Arbeiten ergänzt.

## ■ Ergebnisse

### Hilfesuchendes Verhalten infertiler Frauen

In der Studie von Greil und McQuillan [5] wurden mit einer nicht-klinischen Zufallsstichprobe von 580 Frauen Telefoninterviews durchgeführt. Die Teilstichprobe von 123 infertilen Frauen, die angaben, Fertilitätsprobleme zu haben und versuchten, schwanger zu werden, zeigten folgende Muster im hilfesuchenden Verhalten: Viele der Frauen besprachen das Thema Infertilität mit Freunden oder Familienangehörigen (66 %) oder mit anderen, die ähnliche Erfahrungen gemacht hatten (58 %), sie lasen Artikel über Fertilitätsstörungen in populären Zeitschriften (60 %), in technischen/wissenschaftlichen Fachzeitschriften (50 %) oder Bücher über Fertilitätsstörungen (42 %). Weniger Frauen suchten im Internet nach Informationen über Fertilitätsstörungen (24 %) oder nahmen zu einer Selbsthilfegruppe oder Gesundheitsorganisation Kontakt auf (15 %). Nur etwa 8 % der Frauen konsultierten einen Psychotherapeuten oder Psychiater wegen Infertilität. Dieselbe Anzahl konsultierte einen Pfarrer oder eine spirituelle Autoritätsperson, wohingegen sich doppelt so viele mit Fragen über Infertilität an einen Heiler oder Alternativmediziner wandten. Zwei Drittel der infertilen Frauen suchten medizinische Hilfe und 48 % hatten medizinische Behandlung erfahren. Bei Frauen, die sich aktuell in medizinischer Behandlung befanden (n = 56) lagen die Prozentsätze für informelle Handlungen (z. B. mit Freunden und Familie reden) um 15–20 % höher als die eben beschriebenen, wohingegen die Prozentsätze im

Vergleich zum Aufsuchen professioneller Hilfe nur 10–15 % höher lagen. Die Autoren folgerten daraus, dass informelle Handlungen wie Austausch über den Kinderwunsch häufiger seien als formelle Strategien (z. B. einer Selbsthilfegruppe beitreten oder Psychotherapeuten/Psychiater konsultieren). Die Ergebnisse zeigen außerdem die Wichtigkeit sozialer Netzwerke bei der Bewältigung von Fertilitätsstörungen. Boivin [6] wies 1997 darauf hin, dass die Mehrheit infertiler Personen von alleine in der Lage ist, die Belastung der Infertilität zu bewältigen und dass informelle Ressourcen dabei hilfreicher sein könnten als eine professionelle Beratung. In der Regel nennen Frauen den Partner als wichtigste Quelle der Unterstützung während der Behandlung [7]. Cousineau und Domar wiesen allerdings darauf hin, dass Männer im Bemühen, ihre Partnerinnen zu unterstützen, möglicherweise „stumm“ leiden [8], was die Studie zu einem Internetforum zu bestätigen scheint (s. u.).

### Vorbereitende Informationen: Broschüren und andere Medien

Mehr als die Hälfte der 117 Frauen und 101 Männer in Laffonts und Edelmanns [9] Studie stimmten zu, dass Informationsbroschüren über praktische Aspekte ihr Wissen über und die Bewältigung eines In-vitro-Fertilisations- (IVF-) Zyklus verbessern würden. Im Bezug auf Broschüren über psychologische Aspekte der IVF sanken diese Raten auf 39 % bei Frauen und 34 % bei Männern. Die Studie von Schmidt et al. [10] zeigte ein ähnliches Ungleichgewicht zugunsten von Sachinformationen: Etwa 80 % der Frauen und Männer erwarteten schriftliche Sachinformationen über die Behandlung, wohingegen schriftliche Informationen zu den psychosozialen Aspekten von Fertilitätsstörungen nur von 56 % der Frauen und 45 % der Männer erbeten wurden. Das Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung verstärkt sich bei infertilen Frauen mit dem Alter [11]. Der Studie von Souter et al. [12] zufolge erhielten nur 33 % von 806 Frauen überhaupt schriftliche Informationen von ihrer Klinik, 78 % hätten gerne mehr Informationsmaterial gehabt. Eine groß angelegte aktuelle Fragebogenuntersuchung in 16 reproduktionsmedizinischen Zentren in den Niederlanden ergab, dass sich bspw. nur ca. ein Drittel der befragten Patienten über das Risiko des Überstimulationssyndroms ausreichend in-

formiert fühlte [13]. Nur die Hälfte der interviewten 25 Frauen einer schottischen Studie [14] hatten schriftliche Informationen vor ihrem ersten Klinikbesuch erhalten und holten daher mehr Informationen über das Internet oder Ratgeberbücher ein. Gemäß der ESHRE „Guidelines for Counselling in Infertility“ [3] sollten Infobroschüren von pharmazeutischen Konzernen durch Ratgeber von Selbsthilfegruppen ergänzt werden, um eine Einseitigkeit der Informationen zu verhindern und für die Bereitstellung psychosozialer Informationen zu sorgen.

Wallace [15] verglich 20 Patienten, die vor ihrer Laparoskopie eine umfassend informative Broschüre erhielten, mit 17 Patienten, die nur minimale Informationen erhielten und mit 26 Patienten, die nur die übliche Behandlung erfuhren. Ergebnis: Patienten, die mehr über ihre Operation wussten, machten sich weniger Sorgen vor dem Eingriff, erholten sich danach schneller wieder und waren kommunikativer. Takefman et al. [16] verglichen 3 Gruppen: 13 infertile Paare sahen ein Video über die emotionalen und die technischen Aspekte der Kinderwunschbehandlung. Außerdem lasen sie eine Broschüre über mögliche sexuelle Probleme, die während der Behandlung auftreten können. Eine zweite Gruppe von 13 Paaren sah nur das Video und eine dritte Gruppe von 13 Paaren bekamen ein Video nur über die technischen Aspekte der Untersuchung gezeigt. Ergebnis: Nur die Intervention in der dritten Gruppe zeigte positive Effekte bei den Reaktionen auf die Infertilität und auf bestimmte diagnostische Verfahren.

Pook und Krause [17] konnten zeigen, dass eine Gruppe von 250 Männern, die sich für eine gründliche andrologische Diagnostik angemeldet hatten, und die – im Gegensatz zu einer Kontrollgruppe – einen Flyer mit Vorabinformationen über den Ablauf erhielten, niedrigere Belastungswerte und eine höhere Teilnahmequote zeigte als die Kontrollgruppe. In einer vorläufigen Machbarkeitsstudie von Cousineau et al. [18] wurde eine Aufklärungs-CD-ROM, welche Audio, Video, interaktive Aufgaben und personalisiertes Feedback einsetzte, von 12 Patienten und 12 Experten als sehr zufriedenstellend eingestuft. In einer Pilotstudie wurde die Effektivität einer

Bibliotherapie bei 115 infertilen Frauen in einer kontrollierten Studie bezüglich abnehmender Depressivität und zunehmender Selbstwirksamkeit gezeigt [19]. In Bezug auf die Schwangerschaftsraten gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

### Internet

Innerhalb von 2 Jahren ist die Rate derer, die das Internet für Gesundheits- und Medizininformationen nutzen, von 71 % auf 86 % im Jahr 2000 gestiegen. Da es keine bindenden Richtlinien für web-basierte medizinische Informationen gibt, besteht ein großes Risiko, dass Benutzer inkorrekte oder unvollständige Informationen erhalten [20]. Zahalsky et al. [21] zeigten bspw., dass auf mehr als der Hälfte der Webseiten zu männlichen Fertilitätsstörungen die Rolle der Varikozele nicht erwähnt wurde. Die Qualität der Webseiten von Reproduktionskliniken in den USA entsprach meistens nicht den Richtlinien für Gesundheitsinformationen dieser Kliniken [22, 23]. Huang et al. fanden heraus, dass bei der Hälfte der privaten IVF-Kliniken in den USA der Inhalt der Webseite von Werbeanzeigen nicht zu unterscheiden war [22]. Ähnlich ein Befund aus Großbritannien: Während über 90 % der zum „National Health Service“ gehörenden Webseiten Angaben über Erfolgsraten der reproduktionsmedizinischen Behandlung enthielten, betraf dieses nur 60 % der privaten Kliniken; bei Webseiten zu alternativmedizinischen Infertilitätstherapien gab es diese Angaben in keinem Fall [24]. In einer Analyse von 197 Webseiten zu Fertilitätsstörungen, die sich auf die Kernkriterien des JAMA für verantwortungsvolles Veröffentlichliches stützte, entsprachen nur 2 % der Seiten allen empfohlenen 4 Standards und 51 % verwiesen auf keinen einzigen dieser Standards. Mehr als 2/3 der kommerziellen Webseiten boten dazu überhaupt keine Informationen an [25]. Nur 4 % der „häufig besuchten“ Gesundheitsseiten gaben die Quelle ihrer Informationen an und 2 % gaben Auskunft über die Art der Inhaltsaktualisierungen [26]. Um den Inhalt infertilitätsrelevanter Webseiten zu evaluieren, böte sich die Entwicklung eines Qualitätssiegels durch eine Expertenorganisation in diesem Bereich an [27].

Eine Internetumfrage mit 589 Teilnehmern ergab, dass Teilnehmer, die aus-

schließlich das Internet nutzten, um über Fertilitätsstörungen zu kommunizieren, depressiver waren und weniger Unterstützung im realen Leben aufwiesen als solche, die auch alternative Ressourcen nutzten [28]. Diese Ergebnisse stimmen überein mit den Befunden von Kraut et al. [29], die ebenfalls herausfanden, dass ein vermehrter Gebrauch des Internets mit höherer Depression und Einsamkeit einhergeht. Neuere Studien hingegen, wie die unten erwähnte, stützen diese Schlussfolgerungen nicht. In der Studie von Haagen et al. [30] nutzten 2/3 der Paare mit Fertilitätsstörungen das Internet in diesem Zusammenhang und 64 % davon berichteten, dass das Internet ihr Wissen über Fertilitätsstörungen verbessert habe. Es ist auch bemerkenswert, dass 19 % der Paare nie online waren, obwohl sie Zugang zum Internet hatten. Etwa 1/3 der 33 infertilen Frauen in der oben genannten Studie von Greil und McQuillan [5], die nach Internetinformationen suchten, berichteten, dass sie es sehr hilfreich fanden (ein Prozentsatz, der mit den Ergebnissen der Umfrage von Weissman et al. vergleichbar ist [31]), aber nur 2 der 33 Frauen schlossen sich einer Online-Selbsthilfegruppe an. Etwa die Hälfte der Frauen hatte mit einem Arzt über die Internetinformationen gesprochen, was einen ähnlichen Prozentsatz wie in einer deutschen Studie darstellt [32]. Die Frauen, die mit ihrem Arzt über die Informationen sprachen, waren in letzterer Studie zufriedener mit ihrer Beziehung zu ihnen. Zwei Drittel der Befragten erwarteten generelle medizinische Informationen und eine „zweite Meinung“, aber Anfragen an das Expertenforum im Internet hatten teilweise auch den Zweck, emotionale Unterstützung zu bekommen (17 %) oder um sich über einen Arzt zu beschweren (15 %). Hier waren 55 % der Befragten mit der Antwort der Experten zufrieden. Einer neueren Studie nach stellt das Internet für viele Frauen in den USA inzwischen sogar bereits die wichtigste Informationsquelle dar, noch vor Ratgeberbüchern und Informationen des behandelnden Arztes [33].

Die Analyse mehrerer tausend Mitteilungen in einem Onlineforum zum Thema Reproduktionsmedizin, die Wingert et al. vornahmen [34], zeigte, dass sich fast 2/3 der Mitteilungen um psychosoziale Aspekte drehten (z. B. Offenheit gegenüber Außenstehenden bezüglich

der Infertilität, unterstützende und entwicklungsfördernde Kommunikation und das Entwickeln und Erhalten von Beziehungen). Nur 7 % der Mitteilungen wurden als auf medizinische Hilfe ausgerichtet kodiert. Die inhaltliche Analyse eines „Men's Room“ eines Kinderwunschforums mit über 700 Beiträgen ergab, dass die Teilnehmer in ähnlich starker Weise wie ihre Partnerinnen sowohl durch die Diagnosestellung als auch durch die reproduktionsmedizinische Therapie gefühlsmäßig belastet waren [35]. Die Autoren wiesen auch auf eine mögliche und eher wahrscheinliche Selektivität dieser Stichprobe hin.

Infertilen Patienten über das Internet Zugang zu ihren medizinischen Akten zu gewähren, erhöht ihre Selbstkompetenz anscheinend nicht [36]. Die Möglichkeit der Online-Kommunikation mit dem reproduktionsmedizinischen Behandlungsteam wird von den Patienten allerdings als hilfreich wahrgenommen [37]. Über die Hälfte der Kommunikation bezieht sich dabei auf die IVF-Behandlung, nur 2 % auf das Problem der Kinderlosigkeit [38]. In einer interessanten und originellen vergleichenden ethnologischen Arbeit eines deutschen und eines US-amerikanischen Kinderwunsch-Forums mit persönlichen E-Mail-Interviews konnte Albert zeigen, dass das Internetforum im Vergleich zu einer Selbsthilfegruppe wegen der ständigen Verfügbarkeit, aber auch wegen der möglichen Kontrolle über Zeit und Menge der Information als zeitgemäßer eingeschätzt wurde [39]. Die virtuelle Gemeinschaft wurde häufig von den Teilnehmerinnen als Empowerment wahrgenommen, welches auch die „Offline“-Kommunikation, also die nicht-virtuelle Kontaktaufnahme in Richtung mehr Offenheit, beeinflusst hätte. Die beiden Foren unterschieden sich im Kontaktverhalten (schnelle Forumsfreundschaften im amerikanischen Forum gegenüber distanzierteren Bekanntschaften im deutschen Forum) und einer deutlicher ausgeprägten christlichen Orientierung im US-amerikanischen Forum.

Ein anspruchsvolles und differenziertes psychoedukatives Onlineangebot wurde an 190 infertilen Frauen in einer kontrollierten Studie evaluiert [40]. Ergebnisse: Frauen der Interventionsgruppen gaben auf fast allen infertilitätspezifischen Skalen positivere Werte an als Frauen

der Kontrollgruppen. Statistisch signifikant wurden dabei allerdings nur 2 Unterschiede („soziale Eingebundenheit“ und „Sicherheit bezüglich der medizinischen Entscheidungsfindung“). Ein interessantes, für den deutschsprachigen Raum adaptiertes und weiterentwickeltes Onlineangebot stellt das „Kinderwunsch Online Coaching“ dar [41]. In diesem über insgesamt 8 Wochen laufenden Programm werden 13 Module interaktiv bearbeitet, wobei viele interaktive Elemente einschließlich eines Bezugstherapeuten eingesetzt werden. Letzterer gibt während der Laufzeit des Programms regelmäßiges supportives Feedback. Obwohl eine systematische Evaluation dieses Coaching-Programms bisher noch aussteht, überzeugt es von den heute vorliegenden Internetangeboten zur psychosozialen Unterstützung für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch am meisten. Die Wirksamkeit von Chatrooms und virtuellen Gemeinschaften konnte bislang allerdings noch nicht bestätigt werden, da die vorliegenden Studien methodisch noch nicht anspruchsvoll genug sind [42]. Die hohe Wirksamkeit von internetbasierten psychotherapeutischen Interventionen gilt dagegen inzwischen als gesichert [43]. Insgesamt zeigt sich bezüglich der Internetnutzung auch bei der Zielgruppe der infertilen Paare die „digital divide“ [44], also die Abhängigkeit der Nutzung vom ethnischen Hintergrund und der Höhe des Familieneinkommens.

### Telefonberatung

Telefonberatung hat eine breite Akzeptanz und kann eine mögliche Alternative für Menschen sein, die keinen Zugang zu bezahlbarer psychologischer Versorgung haben [45]. Telefonberatung scheint für Menschen mit ausgeprägter Symptomatologie nicht so gut zu funktionieren wie eine persönliche Beratung: 31 % der Befragten, die zu Anfang berichteten, dass sie sich sehr schlecht fühlten, berichteten eine Funktionsverbesserung nach einer telefonischen Beratung, in der Consumer Reports-Studie über persönliche Beratung waren es 54 % [46]. Die meisten unter Fertilitätsstörungen leidenden Patienten nutzen dieses Angebot hauptsächlich, um technische Aspekte der medizinischen Behandlung zu klären und zu diskutieren [3]. Etwa 15 % von ihnen – zumeist Frauen – nutzen die Möglichkeit aber auch, um über die emotionalen und psy-

chosozialen Auswirkungen der Infertilität und der Behandlung zu sprechen [47]. In einer Studie, die 161 Anrufe bei einer Selbsthilfeorganisation untersuchte [48], stellte sich heraus, dass 90 % der Anrufer Frauen waren, 15 % an psychosoziale Fachkräfte weiter verwiesen wurden und es in 25 % der Fälle um Unzufriedenheiten ging. Die Telefonberatung hatte eine informative sowie unterstützende Funktionen: in 21 % der Fälle steckte hinter einer Informationsanfrage ein Gefühlsausbruch. Die Effekte der Telefonberatung wurden allerdings nicht systematisch evaluiert.

### Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen lassen sich in von Patienten initiierte Selbsthilfegruppen und professionell angeleitete Gruppen unterteilen. Der Vorteil von Selbsthilfegruppen ist ihre Niedrigschwelligkeit, sodass Patienten mit Berührungängsten gegenüber sonstigen psychosozialen Beratungsangeboten erreicht werden. Allerdings konnten sich nur 13 % der Frauen und Männer in Laffonts und Edelmanns Studie [9] vorstellen, eine Informationsveranstaltung mit anderen Paaren zu besuchen. Bei professionell angeleiteten Gruppen ist es üblich, dass Teilnahmegebühren erhoben werden [49]. Das mag der Grund sein, warum nur 10 % der Frauen und 4 % der Männer in der Studie von Schmidt et al. [10] angaben, eine professionell angeleitete Gruppe besuchen zu wollen, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten. Die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen wurde noch nicht systematisch untersucht, aber Voruntersuchungen lassen darauf schließen, dass Frauen und Männer von Selbsthilfegruppen [50] und von professionell angeleiteten Gruppen [51] profitieren. In der letztgenannten Studie besuchten 39 Frauen und 25 Männer eine Gruppe, die von einem Psychiater und einer Krankenschwester 8 Wochen lang angeboten wurde. Bei Gruppenabschluss zeigten sie signifikante Verringerungen auf Depressions-, Ängstlichkeits-, Zwangsverhaltens- und Feindlichkeitsskalen und auch bezüglich des vermeidenden Bewältigungsstils. In der Kontrollgruppe, die aus 27 Frauen und 8 Männern auf einer Warteliste bestand, zeigten sich diese Veränderungen nicht. Alle Patienten beurteilten das Gruppenangebot als „hilfreich“ oder „sehr hilfreich“. Die Gruppen unterschieden sich nicht in ihren Schwangerschaftsraten [51].

Teilnehmer von professionell angeleiteten Gruppen berichteten, dass die gemeinsame Erfahrung und der Austausch mit anderen mit unerfülltem Kinderwunsch der wichtigste Effekt der Gruppeninterventionen war [52, 53]. Diese Erfahrung scheint die Bewältigung der Fertilitätsstörung zu erleichtern. Die meisten Männer empfanden Selbsthilfegruppen wegen der dort erhaltenen praktischen Informationen und Ratschläge als gut [54]. Hauptnachteil von Selbsthilfegruppen ist deren zeitliche Unbeständigkeit (Tab. 1), da betroffene Paare die Gruppe in der Regel parallel zu einer Kinderwunschbehandlung aufsuchen und nach (erfolgreicher bzw. erfolgloser) Beendigung der Therapie diese Gruppe dann meist verlassen. Von daher, und auch weil es in den Gruppen erfahrungsgemäß häufig um den Austausch von „Tipps zur Optimierung“ der medizinischen Interventionen geht, sind Selbsthilfegruppen zur Erleichterung des Abschieds vom Kinderwunsch eher nicht zu empfehlen. Professionell angeleitete psychoedukative Gruppenarbeitsansätze scheinen besonders angebracht für Menschen, die sich mit den Besonderheiten einer „third party reproduction“ auseinandersetzen: Bei einer Befragung über Erfahrungen mit den angeleiteten Seminaren zu donogener Insemination (n = 66) berichteten 68 %, dass sich Isolationsgefühle verringert hätten und 67 % sagten aus, dass das Teilen von Erfahrungen wichtig war [55].

### Beratung und Psychotherapie

„Warum nehmen infertile Patienten keine psychosoziale Beratung in Anspruch?“ fragten Boivin et al. 1999 [56]. In unserer eigenen Studie [57] suchten wir nach Antworten bei Gynäkologen und infertilen Frauen. Wir interviewten 129 Gynäkologen der Region telefonisch. Fast 50 % von ihnen sahen psychosoziale Beratung als notwendig an, wenn die medizinische Behandlung zu keinem Erfolg führt. Es waren 38 % der Meinung, dass Beratung bereits zu Beginn der Kinderwunschbehandlung angeboten werden sollte. Im Gegensatz dazu wünschten nur 24 % der interviewten infertilen Frauen (67 Patientinnen einer Frauenklinik und 109 Teilnehmerinnen einer Internetbefragung) Beratung, wenn die Behandlung fehlschlug und 32 % direkt von Beginn an. Diese geringeren Prozentraten könnten damit zusammenhängen, dass 27 % der betrof-

**Tabelle 1:** Psychosoziale Interventionen bei Infertilität: Vorzüge und Nachteile

Art der Intervention	Vorzüge	Nachteile
Broschüren	<ul style="list-style-type: none"> <li>– große Akzeptanz</li> <li>– hilfreich bei Sachinformationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ungenügend für emotionale Themen</li> </ul>
Multimediale Produkte	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Videos: große Akzeptanz</li> <li>– PC CD-ROM: ? (Akzeptanz?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Effekte noch nicht befriedigend evaluiert</li> <li>– ? (Kosten, Effekte?)</li> </ul>
Internet	<ul style="list-style-type: none"> <li>– schneller Zugang, Anonymität</li> <li>– Empowerment der Patienten</li> <li>– Informationen können einfach auf den neuesten Stand gebracht werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verlässlichkeit der Informationen (nur 2 % der Webseiten erfüllten alle empfohlenen JAMA-Standards)</li> <li>– Effekte sind noch nicht evaluiert</li> </ul>
Telefonberatung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– große Akzeptanz</li> <li>– geringe Schwellenangst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kann persönliche Beratung nicht ersetzen</li> <li>– Effekte noch nicht genügend evaluiert</li> </ul>
Selbsthilfegruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Effektivität (emotionale Themen)</li> <li>– mittlere Schwellenangst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zeit und Aufwand</li> <li>– Unbeständigkeit der Gruppe</li> </ul>
Angeleitete Gruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Effektivität (emotionale Themen)</li> <li>– mittlere bis hohe Schwellenangst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kosten, Zeit und Aufwand</li> <li>– oft nicht verfügbar</li> </ul>
Beratung/Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– hohe Effektivität (emotionale Themen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– hohe bis sehr hohe Schwellenangst</li> <li>– hohe Kosten, Zeit und Aufwand</li> <li>– oft nicht verfügbar</li> </ul>

fenen Frauen Stigmatisierung und 18 % eine Labilisierung durch die Beratung befürchteten, wohingegen 21 % Zweifel an deren Effektivität hatten. 18 % der Frauen gaben genügend eigene Bewältigungsmechanismen an. Wenn Paare tatsächlich eine Kinderwunschberatung in Anspruch nehmen, ist die psychische Belastung der Frauen dafür meist deutlich ausschlaggebender als die der Männer [58]. In einer Studie von 1366 Frauen in reproduktionsmedizinischer Behandlung sagten 57 % der Befragten, sie würden eine Kinderwunschberatung in Anspruch nehmen, wenn sie angeboten würde, aber dieses war nur bei 14 % tatsächlich der Fall [12]. Wenn die psychosoziale Beratung ein integraler Bestandteil der Behandlung ist, und ihr Ziel und Verlauf von Beginn an transparent gemacht werden, können Akzeptanzraten von bis zu 80 % erreicht werden [59]. Im Gegensatz hierzu gaben nur 26 % der Frauen und 22 % der Männer in der bereits erwähnten Studie von Laffont und Edelman [9] an, dass sie einem Treffen mit einem Psychologen zustimmen würden. In der Studie von Schmidt et al. [10] lagen diese Raten sogar noch niedriger: 19 % der Frauen und 8 % der Männer würden einen Psychologen konsultieren, wenn dieser Service verfügbar wäre. Retrospektiv betrachtet wird Kinderwunschberatung aber wesentlich mehr wertgeschätzt: 72 % der Teilnehmerinnen einer umfangreichen postalischen Nachbefragung waren sehr zufrieden oder zufrieden mit der Kinderwunsch-

beratung, die sie im Zuge ihrer Kinderwunschbehandlung erhalten hatten [60]. Überdies stimmten in der Studie von Hammarberg et al. [61] 90 % der Frauen, die einige Jahre nach dem Ende ihrer IVF-Behandlung befragt worden waren, der Aussage zu, dass eine fortlaufende psychosoziale Beratung Teil der IVF sein sollte. Dieselbe Studie ergab außerdem, dass die Diskussion über eine eventuelle Beendigung der medizinischen Behandlung einer der entscheidenden Punkte in der Kinderwunschberatung ist. Während fast 80 % der Frauen zustimmten, dass Paare zur Option der Behandlungsbeendigung beraten werden sollten, schätzten nur 16 % ihre Berater als hilfreich bezüglich der Entscheidungsfindung zur Behandlungsbeendigung ein.

In ihrer ausführlichen und systematischen Überblicksarbeit [54] wies Boivin darauf hin, dass eine systematische Evaluation der Interventionseffekte (mit Kontrollgruppe und Nachuntersuchung) nur in 25 von 380 Studien zur Kinderwunschberatung durchgeführt worden war (= 6,6 %). Insgesamt wurden 11 dieser 25 Studien (= 44 %) als Studien „besserer Qualität“ definiert. Dies bedeutet, dass eine Kontrollgruppe und entweder eine randomisierte Zuteilung und/oder ein Prä-Post-Design angewandt wurden, um die Effekte unkontrollierter Einflüsse zu berücksichtigen. Nur 8 dieser 25 Studien untersuchten Schwangerschaftsraten. Die 25 Studien ließen sich in Beratungsinterventionen,

fokussierte psychoedukative Interventionen und umfassende edukative Programme zuordnen. Die meisten der systematisch untersuchten psychologischen Interventionen waren Entspannungstherapien, psychodynamische Psychotherapien und Verhaltenstherapien. Ergebnisse: Psychosoziale Interventionen waren effektiver darin, negative Affekte zu reduzieren, als partnerschaftliche und soziale Beziehungsaspekte zu verbessern. Fast alle Interventionen zeigten einen positiven Effekt auf mindestens eine der untersuchten Outcome-Variablen und keine der Studien berichtete einen negativen Effekt auf das Wohlbefinden. Gruppeninterventionen, die Wert auf Aufklärung und das Vermitteln von Fertigkeiten (z. B. Entspannungstrainings) gelegt hatten, zeigten sich als signifikant effektiver bei dem Erzielen positiver Veränderungen als die Beratungsinterventionen, die emotionalen Ausdruck und Unterstützung bzw. Diskussionen über Gefühle und Gedanken zur Infertilität betonten. Männer und Frauen profitierten gleichermaßen von psychosozialen Interventionen. Psychoedukative Interventionen waren für Männer attraktiver als Beratungen oder psychotherapeutische Fokalthérapien (s. a. [10]). Nur 3 von 8 Studien guter Qualität zeigten höhere Schwangerschaftsraten in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die bisher einzige Studie, die höhere Schwangerschaftsraten nach psychosozialer Intervention zeigte und repliziert werden konnte, wurde von

Domar et al. durchgeführt [62, 63]. Dort wurden eine Gruppe von Frauen in kognitiv-behavioraler Behandlung und eine Selbsthilfegruppe mit einer Kontrollgruppe verglichen, die nur eine Routinebehandlung erfuhr. Die Autoren berichteten höhere Schwangerschaftsraten in den beiden Interventionsgruppen (55 % und 54 %) im Vergleich zu 20 % in der Kontrollgruppe. Ob die höheren Schwangerschaftsraten allein auf die kognitiv-behaviorale Intervention zurückzuführen waren, ließ sich allerdings nicht eindeutig feststellen: „Teilnehmerinnen der kognitiv-behavioralen Gruppe erhielten [...] Informationen über Ernährung und Ausgleichssport mit Bezug auf Fertilitätsstörungen“ [63, 64], und die Frauen in der Kontrollgruppe waren im Durchschnitt ein Jahr älter (allerdings mit  $p = 0,16$  nicht statistisch signifikant; [63]) als die Frauen der Selbsthilfegruppe (mit einer Effektstärke von 0,31) oder die Frauen der kognitiv-behavioralen Gruppe (Effektstärke von 0,27). Boivin zog daraus die Schlussfolgerung, dass nur Interventionen, die auf einen verhaltensmedizinischen Ansatz abzielen, sowie Entspannungstechniken eine Erhöhung der Schwangerschaftsrate bewirken können. Noch immer gibt es allerdings nicht genügend Studien, die eine Erhöhung der Schwangerschaftsrate nach einer psychologischen Intervention nachweisen können.

In der ersten Metaanalyse [65] wurden 11 Studien zu Individual- und Paarinterventionen und 11 Studien zu Gruppeninterventionen analysiert. Es wurden nicht nur Studien mit Kontrollgruppen, sondern auch solche mit einem einfachen Prä-Post-Design berücksichtigt. Die Autoren bestätigen Boivins Ergebnisse im Bezug auf die Reduktion negativer Affekte (wie Depression oder Ängstlichkeit). Sie ziehen auch den Schluss, dass Psychotherapie eventuell die Konzeptionswahrscheinlichkeit erhöhen kann, da die Schwangerschaftsraten über alle Studien hinweg 3-mal so hoch waren wie die der gepoolten Vergleichsgruppen. Da allerdings unterschiedliche medizinische Therapieansätze (oder überhaupt keine Behandlung) in den Vergleichsgruppen als entscheidender Erfolgsfaktor nicht ausgeschlossen werden kann, folgern die Autoren, dass eine definitive Verknüpfung zwischen Psychotherapie Wirkung und erfolgreicher Empfängnis an diesem Punkt noch

nicht erfolgen kann. Weiterhin ist an dieser Analyse kritisch anzumerken, dass die Studien einer australischen Arbeitsgruppe [66–69] mit den mit Abstand höchsten Schwangerschaftsraten in den Interventionsgruppen (Gewichtsreduktionsprogramme) mit aufgenommen worden waren, bei der die Kontrollgruppen ausschließlich aus Studienabbrechern bestanden (und die alle Schwangerschaftsraten von 0 % aufwiesen). Alle 5 Interventionsstudien, die nach der Veröffentlichung dieser beiden Überblicksartikel durchgeführt wurden, zeigten auch keine signifikant höheren Schwangerschaftsraten für die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (z. B. [70–73]), auch nicht für den Zeitraum von einem Jahr bei der Nachbefragung [74].

Eine aktuelle und methodisch sehr anspruchsvolle zweite Metaanalyse [75] kommt wiederum zu einem anderen Bild. Die Autoren identifizierten 12 randomisierte und 9 kontrollierte Studien zu psychologischen Interventionen bei infertilen Patienten. Bezüglich der Verbesserung des psychischen Befindens (Depressivität, Ängstlichkeit, psychische Belastung, interpersonelles Funktionieren und infertilitätsspezifischer Stress) schlussfolgerten sie aufgrund ihrer Ergebnisse, dass es keine nachweisbaren Effekte gäbe, da die Effektstärken im Durchschnitt mit 0,02 bis maximal 0,12 vernachlässigbar gering seien. Bezogen auf die Schwangerschaftsrate ergab die Metaanalyse hingegen einen positiven Effekt, das durchschnittliche relative Risiko lag bei 1,42. Wurden allerdings ausschließlich die vorliegenden kontrollierten Studien mit randomisierter Zuweisung betrachtet, war der Effekt klein und statistisch nicht signifikant. Weiterhin stellte sich heraus, dass die medizinische Behandlung als Moderatorvariable anzusehen war. Während bei den Studien, die sich auf IVF- bzw. ICSI-Behandlungen bezogen, das relative Risiko mit 1,34 nur tendenziell erhöht war, stieg es für die übrigen Studien auf 2,73 ( $p = 0,001$ ). Die Autoren boten als Erklärung für den ersten Befund an, dass infertile Paare generell ein gutes psychisches Befinden aufweisen und von daher drastische Verbesserungen durch psychologische Interventionen nicht zu erwarten seien. Eine Subgruppenanalyse getrennt für Frauen und Männer ergab dann auch einen signifikanten Effekt bezüglich der

Reduktion von psychischer Belastung ausschließlich bei den Frauen. In einer weiteren Subgruppenanalyse nach Dauer der psychologischen Intervention (1–5 Sitzungen bzw. 6 Sitzungen und mehr) zeigten sich Effekte bezüglich psychologischer Variablen wie Ängstlichkeit oder Depressivität – anders als bei [54] – deutlicher bei den länger dauernden Interventionen. Die positiven Auswirkungen auf die Schwangerschaftschancen könnten z. B. durch die Steigerung der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs nach psychologischer Beratung bzw. Psychotherapie erklärt werden, aber auch durch die hohen Drop-out-Quoten nicht schwanger werdender Paare während reproduktionsmedizinischer Behandlung. Die größeren Effekte bei Paaren ohne IVF bzw. ICSI ließen sich aufgrund deren kürzerer Dauer der Kinderwunschbehandlung (und damit erhöhter Chance auf Spontanschwangerschaft, s. [1]) im Vergleich zu Paaren in IVF- bzw. ICSI-Behandlung erklären.

Fasst man die Ergebnisse des Reviews und der beiden Metaanalysen zusammen, so hat Boivins Aussage bezüglich der Schwangerschaftsraten nach psychosozialer Intervention noch nichts von ihrer Gültigkeit verloren. Sie schrieb „[Es] erscheint klar, dass weitere Forschungsarbeiten sich mit der systematischen Evaluierung von Schwangerschaftseffekten befassen müssen, bevor psychosoziale Interventionen als Hilfe zur Verbesserung der Schwangerschaftswahrscheinlichkeit für Paare mit Kinderwunsch empfohlen werden können“ [54].

## ■ Diskussion und Schlussfolgerung

Psychosoziale Interventionen werden hauptsächlich von infertilen Personen in Anspruch genommen, die sich als Personen mit Fertilitätsproblemen sehen und die sich als Patienten definieren, hierbei vor allem von Patientinnen. Für viele von ihnen sind informelle Handlungen (wie mit Freunden und Familie zu sprechen) alltäglicher als formellere Strategien (wie einen Psychiater oder Psychotherapeuten aufzusuchen). Die Vorteile und Nachteile solcher formellerer Interventionen sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Wenn Informationen über den Ablauf und die technischen Aspekte der Kinderwunschbehandlung auf eine ver-



ständige Weise vermittelt werden, hilft dies wahrscheinlich bei der Bewältigung der Infertilität und der Kinderwunschbehandlung. Diese Informationen können in Form von Broschüren oder Aufklärungsfilmern vermittelt werden. Das Internet ist ein einfacher und schneller Weg, an Informationen über Fertilitätsstörungen und -behandlungen zu kommen, doch das Risiko, falsche oder irreführende Informationen zu erhalten, ist sehr hoch. Weiterhin scheint das Internet als einzig genutztes Medium (virtueller) Kommunikation negative Bewältigungsstile noch zu verstärken. Um dem vorzubeugen, können interessierte Paare im Internet Hinweise finden (z. B. „Using the Internet for Infertility Information“ auf [www.resolve.org](http://www.resolve.org)). Telefonberatungen können nützlich sein, in dem sie spezifische Sachinformationen über die Kinderwunschbehandlung vermitteln, sie können aber persönliche Beratungsgespräche über belastende psychosoziale Themen nicht ersetzen. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und an professionell angeleiteten Gruppen kann zur Verbesserung der Bewältigungsfähigkeiten empfohlen werden, zur Erleichterung des Abschieds vom Kinderwunsch sind Selbsthilfegruppen alleine allerdings eher nicht geeignet. Psychosoziale Beratung und Psychotherapie sind definitiv effektiv, wenn es um das Reduzieren negativer Affekte geht, vor allem in relativ kurzer Zeit (weniger als 10 Sitzungen). Schwangerschaftsraten werden von psychosozialen Interventionen zumeist nicht beeinflusst, es sei denn, die ursächlichen Faktoren einer psychogenen Fertilitätsstörung (s. [1]) konnten psychotherapeutisch erfolgreich bearbeitet werden. Der Einfluss psychosozialer Interventionen auf die Schwangerschaftsrate vor Beginn einer reproduktionsmedizinischen Behandlung (als „Frühbehandlung“) scheint höher zu sein. Kinderwunschberatung und professionell angeleitete edukative Gruppen scheinen – wenn es um die Reduktion negativer Affekte geht – die effektivsten Formen psychosozialer Intervention bei Fertilitätsstörungen zu sein. Deshalb sollten diese Interventionen in allen Phasen der medizinischen Behandlung (und auch danach) kostenlos zur Verfügung stehen.

Um die Schwelle für den Besuch von Kinderwunschberatung oder Gruppenangeboten zu senken und Vorurteile ab-

zubauen, sollte von Behandlungsbeginn an Informationsmaterial über typische emotionale und psychosoziale Reaktionen auf Infertilität bei Frauen und Männern, über Bewältigungsmöglichkeiten und über typische Inhalte der Kinderwunschberatung in Form von Schriftmaterial oder Videos zur Verfügung gestellt werden. Verlauf, Inhalt und Ziele einer Kinderwunschberatung sollten so transparent gemacht werden [76–78] – 2 Beispiele für Gruppenarbeit: [53, 79] –, und die Beratung über die Beendigung der Behandlung sollte ihr integraler Teil sein [80, 81]. Vielversprechend erscheinen Ansätze, die spezifisch auf bestimmte Phasen der Kinderwunschbehandlung zugeschnitten sind (s. z. B. [82]) sowie interaktive, modular aufgebaute und persönlich betreute Internetangebote (s. [41]). Vor allem für Patienten, die eine „third party reproduction“ nutzen wollen, scheinen edukative Gruppenansätze angebracht. Die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen muss allerdings noch gezielter systematisch evaluiert werden.

Zusätzlich zu den generellen methodischen Problemen, denen man sich in Studien zur Wirksamkeit von Beratungen und Psychotherapien gegenüber sieht (z. B. die ethischen Dilemmata der Randomisierung und das Problem eines vorgegebenen Standards für Beratungen oder Therapien), müssen auch noch einige spezifisch die Kinderwunschberatung betreffende Probleme gelöst werden, wie Monach 2003 aufzeigte [60]. Zwei Beispiele seien hier genannt: Aus wem sollten sich die Kontrollgruppen zusammensetzen: Eltern oder freiwillig kinderlose Paare oder infertile Paare, die nie in medizinischer Behandlung waren? Wie sollte der Forschende mit der hohen experimentellen Schwundrate umgehen (die daher kommt, dass Paare wegen Schwangerschaft, einer Entscheidung gegen eigene Kinder oder aus finanziellen Gründen die psychosoziale Intervention abbrechen) und der daraus entstehenden geringen Stichprobengrößen und Teststärke? Bevor diese Probleme nicht gelöst sind, können wir zwar die Implikationen der verschiedenen psychosozialen Interventionen bei Fertilitätsstörungen beschreiben, aber wir können ihre unterschiedlichen Effekte nicht befriedigend evaluieren. Cousineau und Domar nennen diese noch ausstehenden spezifischen Forschungsziele: Untersuchungen

der Auswirkungen psychologischer Interventionen auf die biologischen Marker männlicher und weiblicher Infertilität und den Wert psychologischer Interventionen für das Beharren von Patienten in reproduktionsmedizinischer Behandlung und für die Schwangerschaftsraten [8].

Obwohl es einen beachtlichen Corpus methodisch adäquater Studien über „Face-to-face“-Beratung oder Psychotherapie bei Fertilitätsstörungen gibt, gibt es keine methodische Vergleichbarkeit mit anderen psychosozialen Interventionen (wie Telefonberatung, Broschürenstudium oder dem Nutzen des Internets). Weiterhin gibt es bis jetzt noch keine Studie, die psychosoziale Interventionen über verschiedene Ansätze hinweg vergleicht und zum Beispiel die Nutzung des Internets mit den Effekten der persönlichen Beratung vergleicht oder die Effektivität von Telefonberatung im Gegensatz zum Lesen von Broschüren über psychosoziale Aspekte von Fertilitätsstörungen evaluiert. Eine weitere Einschränkung dieses Überblicks muss erwähnt werden. Alle oben genannten Studien wurden ausschließlich in den USA und Europa durchgeführt und vornehmlich mit Angehörigen der Mittel- und Oberschicht. Aus diesem Grund können die hier präsentierten Schlussfolgerungen nur auf diese Population generalisiert werden. Wir können vorerst nur spekulieren, wie unterschiedlich die Effekte psychosozialer Interventionen zu Fertilitätsstörungen ausfallen könnten, z. B. für Menschen, die nur einen eingeschränkten Zugang zum Internet haben oder nur begrenzt die Möglichkeit, psychosoziale Fertilitätsberatung in Anspruch zu nehmen (z. B. aus finanziellen Gründen oder wegen eines Nichtvorhandenseins dieses Angebotes). In diesem Bereich muss also noch viel geforscht werden.

## ■ Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehung hin: Der Autor ist zweiter Vorstandsvorsitzender des „Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID) e.V.“.



## ■ Relevanz für die Praxis

Frauen bzw. Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch kann eine qualifizierte psychosoziale Beratung oder Psychotherapie zur emotionalen Entlastung empfohlen werden. Voraussetzung ist die unbedingte Einhaltung wissenschaftlich abgesicherter Qualitätsstandards durch die jeweiligen psychosozialen Berater/innen (z. B. nach [83, 84]). Ablauf, Inhalt und Ziele der Beratung sollten von vornherein transparent sein. Auch das Erlernen von Entspannungsverfahren (wie autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, Yoga etc.) kann betroffenen Frauen (bzw. Männern) angeraten werden. Für Paare vor „third party reproduction“ (wie z. B. einer Spermienbehandlung) sind edukative Gruppenangebote als hilfreich zu erachten. Obwohl die Studienergebnisse aus Sicht der evidenzbasierten Medizin noch uneinheitlich sind, ist eine Erhöhung der Schwangerschaftsraten während reproduktionsmedizinischer Behandlung durch Teilnahme an einer begleitenden psychologischen Intervention allerdings unwahrscheinlich (es sei denn, die ursächlichen Faktoren einer psychogenen Fertilitätsstörung konnten psychotherapeutisch erfolgreich bearbeitet werden) und sollte von daher den Paaren nicht in Aussicht gestellt werden. Andere psychosoziale Interventionsangebote (wie z. B. das Lesen von Ratgeberbüchern oder die Teilnahme an Internetforen) werden zwar von vielen Kinderwunschaaren als hilfreich eingeschätzt, ihre Wirksamkeit ist aber wissenschaftlich noch nicht genügend evaluiert worden.

## Literatur:

1. Wischmann T. Psychogenese von Fertilitätsstörungen. Eine Übersicht. *Geburtsh Frauenheilk* 2006; 66: 34–43.
2. Levy S, Brizendine L, Nachtigall RD. How to treat depression, stress associated with infertility Tx. *Current Psychiatry* 2006; 5: 65–74.
3. Boivin J, Ketenich H (eds). *Guidelines for counselling in infertility*. Oxford, Oxford University Press, 2002.
4. Boivin J. Evidence-Based Approaches to Infertility Counseling. In: Covington SH, Burns LH (eds). *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. 2<sup>nd</sup> ed. Taylor & Francis, Oxford, London, New York, 2006: 117–28.
5. Greil AL, McQuillan J. Help-seeking patterns among sub-fertile women. *J Reproduct Infant Psychol* 2004; 22: 305–19.
6. Boivin J. Is there too much emphasis on psychological counseling for infertile patients? *J Assist Reprod Genetics* 1997; 14: 184–6.
7. Boivin J, Takefman JE. Impact of the in-vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Hum Reprod* 1996; 11: 903–7.
8. Cousineau TM, Dohar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21: 293–308.
9. Laffont ER, Edelmann RJ. Psychological aspects of in-vitro fertilization: A gender comparison. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1994; 15: 85–92.
10. Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, et al. High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Hum Reprod* 2003; 18: 2638–46.
11. Salakos N, Roupas Z, Sotiropoulou P, Grigoriou O. Family planning and psychosocial support for infertile couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2004; 9: 41–51.
12. Souter V, Penney G, Hopton J, Templeton A. Patient satisfaction with the management of infertility. *Hum Reprod* 1998; 13: 1831–6.
13. Mourad SM, Hermens RP, Cox-Witbraad T, Grol RP, Nelen WL, Kremer JA. Information provision in fertility care: a call for improvement. *Hum Reprod* 2009; 24: 1420–6.
14. Porter M, Bhattacharya S. Helping themselves to get pregnant: a qualitative longitudinal study on the information-seeking behaviour of infertile couples. *Hum Reprod* 2008; 23: 567–72.
15. Wallace LM. Psychological adjustment to and recovery from laparoscopic sterilization and infertility investigation. *J Psychosom Res* 1985; 29: 507–18.
16. Takefman JE, Brender W, Boivin J, Tulandi T. Sexual and emotional adjustment of couples undergoing infertility investigation and the effectiveness of preparatory information. *J Psychosom Obstet Gyn* 1990; 11: 275–90.
17. Pook M, Krause W. Stress reduction in male infertility patients: A randomized, controlled trial. *Fertil Steril* 2005; 83: 68–73.
18. Cousineau TM, Lord SE, Corsini EA, et al. A multimedia psychosocial support program for couples receiving infertility treatment: A feasibility study. *Fertil Steril* 2004; 81: 532–8.
19. Jacobs NN. A bibliotherapy approach for treating the psychological sequelae of infertility. Reno, University of Nevada, 2003;161.
20. Theodosiou L, Green J. Emerging challenges in using health information from the internet. *Advances in Psychiatric Treatment* 2003; 9: 387–96.
21. Zahalsky M, Wilson S, di Blasio C, Lam S, Nagler H. Male infertility on the internet: An analysis of web-based resources. *Brit J Urol* 2005; 95: 481–4.
22. Huang JYJ, Discepolo F, Al-Fozan H, Tulandi T. Quality of fertility clinic websites. *Fertil Steril* 2005; 83: 538–44.
23. Abusief ME, Hornstein MD, Jain TJ. Assessment of United States fertility clinic websites according to the American Society for Reproductive Medicine (ASRM)/Society for Assisted Reproductive Technology (SART) guidelines. *Fertil Steril* 2007; 87: 88–92.
24. Marriott JV, Stec P, El-Toukhy T, et al. Infertility information on the World Wide Web: a cross-sectional survey of quality of infertility information on the internet in the UK. *Hum Reprod* 2008; 23: 1520–5.
25. Okamura K, Bernstein J, Fidler A. Assessing the quality of infertility resources on the World Wide Web: tools to guide clients through the maze of fact and fiction. *J Midwifery Women's Health* 2002; 47: 264–8.
26. Fox S. Online Health Search 2006, Pew Internet & American Life Project. In: [www.pewinternet.org](http://www.pewinternet.org); 2006
27. Epstein YM, Rosenberg HS. Assessing infertility information on the Internet: Challenges and possible solutions. *Fertil Steril* 2005; 83: 553–5.
28. Epstein YM, Rosenberg HS, Grant TV, Hemenway N. Use of the internet as the only outlet for talking about infertility. *Fertil Steril* 2002; 78: 507–14.
29. Kraut R, Patterson M, Lundmark V, et al. Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *Am Psychol* 1998; 53: 1017–31.
30. Haagen EC, Tuil W, Hendriks J, et al. Current Internet use and preferences of IVF and ICSI patients. *Hum Reprod* 2003; 18: 2073–8.
31. Weissman A, Gotlieb L, Ward S, Greenblatt E, Casper RF. Use of the Internet by infertile couples. *Fertil Steril* 2000; 73: 1179–82.
32. Himmel W, Meyer J, Kochen MM, Michelmann HW. Information needs and visitors' experiences of an internet expert forum on infertility. *J Med Internet Res* 2005; 7: e20.
33. Kahlor L, Mackert M. Perceptions of infertility information and support sources among female patients who access the Internet. *Fertil Steril* 2009; 91: 83–90.
34. Wingert S, Harvey CDH, Duncan KA, Berry RE. Assessing the needs of assisted reproductive technology users of an online bulletin board. *Intern J Cons Stud* 2005; 29: 468–78.
35. Malik SH, Coulson N. The male experience of infertility: a thematic analysis of an online infertility support group bulletin board. *J Reproduct Infant Psychol* 2008; 26: 18–30.
36. Tuil WS, Verhaak CM, Braat DDM, de Vries Robbé PF, Kremer JA. Empowering IVF-patient by internet access to medical data – a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2005; 20: i60.
37. Tuil WS, van Selm M, Verhaak CM, de Vries Robbé PF, Kremer JAM. Dynamics of Internet usage during the stages of in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2009; 91: 953–6.
38. Tuil WS, Van Selm M, Verhaak CM, Woldringh G, Kremer JAM. Chat about what matter most. *Hum Reprod* 2008; 23: i224.
39. Albert K. „I am no longer like a rare white tiger who sticks out in the Serengeti“: Internetforen für ungewollt kinderlose Frauen; eine ethnologische Studie im Cyberspace. In: Philosophische Fakultät, Institut für Ethnologie. Freiburg, Universität Freiburg; 2008.
40. Cousineau TM, Green TC, Corsini E, et al. Online psycho-educational support for infertile women: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2008; 23: 554–66.
41. Hämmerli K. Kinderwunsch Online Coaching – ein webbasiertes Selbsthilfeprogramm. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2009; 6: 111–5.
42. Eysenbach G, Powell J, Englesakis M, Rizo C, Stern A. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ* 2004; 328: 1166–72.
43. Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, Shapira Na. A Comprehensive Review and a Meta-analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *J Tech Hum Services* 2008; 26: 109–60.
44. Thoms M. Digital Divide – Die Wissensklufft im digitalen Zeitalter: Internet und informationelle Ungerechtigkeit. Vdm Verlag Dr. Müller, Saarbrücken, 2008.
45. Reese RJ, Conoley CW, Brossart DF. The attractiveness of telephone counseling: An empirical investigation of client perceptions. *J Counsel Develop* 2006; 84: 54–60.
46. Reese RJ, Conoley CW, Brossart DF. Effectiveness of telephone counseling: A field-based investigation. *J Counsel Psychol* 2002; 49: 233–42.
47. Bartlam B, McLeod J. Infertility Counselling: the ISSUE experience of setting up a telephone counselling service. *Patient Educ Couns* 2000; 41: 313–21.
48. van Balen F, Verdurmen J, Ketting E. Assessment of a telephone helpline on infertility provided by a patient association. *Patient Educ Couns* 2001; 42: 289–93.
49. Shapiro C. Group Counseling. In: Burns L, Covington S (eds). *Infertility Counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. Parthenon Publishing, New York, 1999; 117–27.
50. Lentner E, Glazer G. Infertile couples' perceptions of infertility support-group participation. *Health care for women international* 1991; 12: 317–30.
51. Stewart DE, Boydell KM, McCarthy K, et al. A prospective study of the effectiveness of brief professionally-led support groups for infertility patients. *Int J Psychiatry Med* 1992; 22: 173–82.
52. McNaughton-Cassill ME, Bostwick M, Vanscoy SE, et al. Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 2000; 74: 87–93.
53. Lemmens GMD, Vervaeke M, Enzlin P, et al. Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Hum Reprod* 2004; 19: 1917–23.
54. Boivin J. Psychosoziale Interventionen bei Kinderwunsch: Ein Review. *Gynäkol Endokrin* 2004; 2: 94–109.
55. Thorn P, Daniels KR. A group-work approach in family building by donor insemination: empowering the marginalized. *Hum Fertil (Camb)* 2003; 6: 46–50.
56. Boivin J, Scanlan LC, Walker SM. Why are infertile patients not using psychosocial counseling? *Hum Reprod* 1999; 14: 1384–91.
57. Wischmann T. Psychosoziale Aspekte bei Fertilitätsstörungen. *Gynäkologe* 2003; 36: 125–36.
58. Wischmann T, Scherg H, Strowitzki T, Verres R. Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Hum Reprod* 2009; 24: 378–85.

59. Emery M, Beran M-D, Darwiche J, et al. Results from a prospective, randomized, controlled study evaluating the acceptability and effects of routine pre-IVF counselling. *Hum Reprod* 2003; 18: 2647–53.
60. Monach J. Counselling – its role in the infertility team. *Human Fertility (Camb)* 2003; 6: S17–S21.
61. Hammarberg K, Astbury J, Baker HWG. Women's experience of IVF: a follow-up study. *Hum Reprod* 2001; 16: 374–83.
62. Domar AD, Zuttermeister PC, Seibel MM, Benson H. Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: a replication. *Fertil Steril* 1992; 58: 144–7.
63. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, et al. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril* 2000; 73: 805–11.
64. Homan GF, Davies M, Norman R. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Hum Reprod Update* 2007; 13: 209–23.
65. de Liz TM, Strauss B. Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Hum Reprod* 2005; 20: 1324–32.
66. Clark AM, Ledger W, Galletly C, et al. Weight loss results in significant improvement in pregnancy and ovulation rates in anovulatory obese women. *Hum Reprod* 1995; 10: 2705–12.
67. Clark AM, Thornley B, Tomlinson L, Galletly C, Norman RJ. Weight loss in obese infertile women results in improvement in reproductive outcome for all forms of fertility treatment. *Hum Reprod* 1998; 13: 1502–5.
68. Galletly C, Clark A, Tomlinson L, Blaney F. Improved pregnancy rates for obese, infertile women following a group treatment program an open pilot study. *General Hospital Psychiatry* 1996; 18: 192–5.
69. Galletly C, Clark A, Tomlinson L, Blaney F. A group program for obese, infertile women: weight loss and improved psychological health. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1996; 17: 125–8.
70. de Klerk C, Hunfeld JAM, Duivenvoorden HJ, et al. Effectiveness of a psychosocial counselling intervention for first-time IVF couples: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2005; 20: 1333–8.
71. Schmidt L, Tjørnhøj-Thomsen T, Boivin J, Nyboe Andersen A. Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Educ Couns* 2005; 59: 252–62.
72. Chan CHY, Ng EHY, Chan CLW, Ho PC, Chan THY. Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: A randomized controlled study. *Fertil Steril* 2006; 85: 339–46.
73. Anderheim L, Holter H, Bergh C, Möller A. Extended encounters with midwives at the first IVF cycle: a controlled trial. *Reprod BioMed online* 2007; 14: 279–87.
74. Emery M, Joris V, Béran M-D, et al. Prospective study of pre-IVF counseling: One-year follow-up. *J Reproduktionsmed Endokrin* 2006; 1: 77–8.
75. Hämmerli K, Znoj H, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum Reprod Update* 2009; 15: 279–95.
76. Kainz K. The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Women's Health Issues* 2001; 11: 481–5.
77. Stammer H, Verres R, Wischmann T. Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch. Hogrefe, Göttingen, 2004.
78. Covington SH, Burns LH (eds). *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. 2<sup>nd</sup> ed. Taylor & Francis, Oxford, London, New York, 2006.
79. Hämmerli K, Znoj H, Burri S, et al. Psychological interventions for infertile patients: A review of existing research and a new comprehensive approach. *Counsel Psychother Res* 2008; 8: 246–52.
80. Paulson RJ, Sauer MV. Counseling the infertile couple: when enough is enough. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 462–4.
81. Boivin J, Takefman JE, Bravermann A. Giving bad news: 'It's time to stop'. In: Macklon N (ed). *IVF in the Medically Complicated Patient: A Guide to Management*. Taylor & Francis, Oxford, London, New York, 2005; 233–40.
82. Lancaster D, Boivin J. A feasibility study of a brief coping intervention (PRCI) for the waiting period before a pregnancy test during fertility treatment. *Hum Reprod* 2008; 23: 2299–307.
83. BKiD. Richtlinien „Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch“ (PB-Richtlinien von BKiD). In: Kleinschmidt D, Thorn P, Wischmann T (Hrsg). *Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)*. Kohlhammer, Stuttgart, 2008; 117–21.
84. Thorn P, Wischmann T. Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2008; 3: 147–52.

# 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](#)