JOURNAL FÜR
FERTILITÄT UND REPRODUKTION

KEMETER P, FIEGL J, LEEB K, SCHOLL T

Psychosomatik und assistierte Reproduktion

Journal für Fertilität und Reproduktion 2001; 11 (5) (Ausgabe für Österreich), 34-36

Homepage:

www.kup.at/fertilitaet

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR IN-VITRO-FERTILISIERUNG, ASSISTIERTE REPRODUKTION UND KONTRAZEPTION

Indexed in EMBASE/
Excerpta Medica

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

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

Mehr als nur eine Dekoration:

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

Dann sind Sie hier richtig

P. Kemeter, J. Fiegl, K. Leeb, T. Scholl

PSYCHOSOMATIK UND ASSISTIERTE REPRODUKTION

EINLEITUNG

Seit 1985 führen wir das psychosomatisch orientierte Erstgespräch mit dem Kinderwunsch (KW) -Paar gemeinsam, nämlich der Erstautor (Gynäkologischer Endokrinologe und Reproduktionsmediziner) mit der Zweitautorin (Psychotherapeutin, Systemikerin) auf Basis der fokussierenden Beratung [1]. Seit 1996 nehmen wir mit Einverständnis der PatientInnen die Gespräche auf Tonband auf. Auswertungen dieser Tonbandaufzeichnungen wurden bereits publiziert [2, 3].

Diesmal ging es uns darum herauszufinden, wie es den Paaren längere Zeit nach dem Erstgespräch in puncto Kinderwunsch geht. Zu diesem Zweck haben wir die folgende Follow-up Studie durchgeführt.

MATERIAL UND METHODEN

Zwei Lehrpraktikantinnen (Dritt- und Viertautorin) nahmen telefonisch Kontakt zu solchen Betroffenen auf, deren Erstgespräch im Zeitraum von 1993–1999 aufgezeichnet worden war und erkundigten sich danach,

- ob seit dem Erstgespräch Schwangerschaften eingetreten sind, und wenn ja, wie sie ausgegangen sind,
- wie das Erstgespräch in Erinnerung geblieben ist,
- inwiefern sie durch das Erstgespräch ihre Einstellung zum Kinderwunsch und ihr Sexualverhalten, bzw. das „Planen" eines Kindes geändert haben,
- welche Zukunftsperspektiven sie in puncto Kinderwunsch haben.

Nach Vorliegen von 100 Telefoninterviews wurde mit der Auswertung begonnen.

ERGEBNISSE

Behandlungen und Schwangerschaften

Die Intervalle zwischen Erstgespräch und Follow-up lagen zwischen 12 und 62 Monaten, Median: 32 Monate.

1. Beratungsgruppe (Abb. 1)

43 der 100 Befragten wurden ausschließlich beraten, erhielten also keine Behandlung mit assistierter Reproduktions-Technik (ART) oder sonstige Behandlungen. Von diesen hatten 37 nur das Erstgespräch und 6 hatten zusätzliche Beratungsgespräche. Von den 43 wurden nach der Beratung 11 spontan schwanger (25,6 %), es kam 9 x zu einer Einlingsgeburt (20,9 %), 1 x zum Abortus und zu einer Extrauteringravidität (EU).

2. Konservative Therapie (Hormonbehandlung, homologe Insemination etc.)

Diese Behandlungen führen wir selten durch; die Gruppe besteht nur aus 4 Fällen und wurde deshalb in Abbildung 1 nicht dargestellt. Von diesen 4 wurden 2 im Intervall der Behandlung spontan schwanger (25 %): es kam zu einer Einlingsgeburt und zu einer Extrauteringravidität (EU).

3. Heterologe Insemination (Abb. 1)

Von 14 PatientInnen wurden in 1–15 Zyklen (Median 4,0) 4 schwanger und bekamen jeweils 1 Kind (28,6 %). Eine der nicht schwanger gewordenen adoptierte später ein Kind.

4. IVF/ICSI-Gruppe (In-vitro-Fertilisation/Intrazytoplasmat. Spermien-Injektion) (Abb. 1)

Von 39 Patientinnen wurden 20 schwanger (51,3 %), und zwar in 1–6 IVF/ICSI-Zyklen (Median 2,0). Die

Abbildung 1: Behandlung und Baby-take-home-Rate

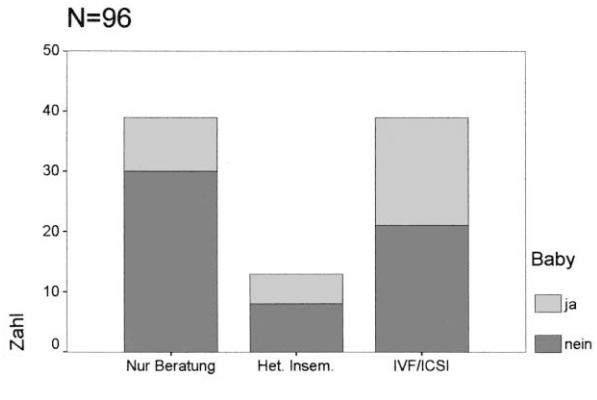
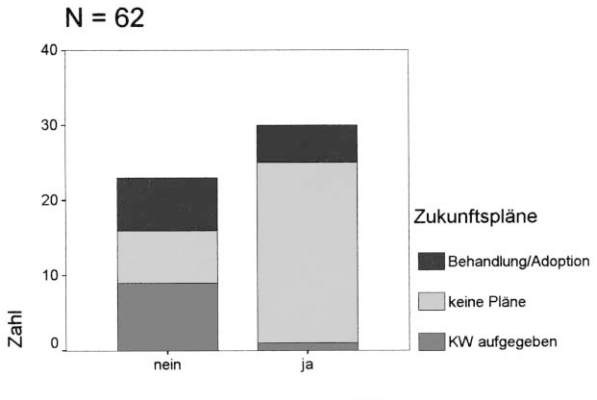


Abbildung 2: Gruppe ohne Kind



For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.
Homepage Journal für Fertilität und Reproduktion: http://www.kup.at/fertilitaet

Geburtenrate betrug 43,6%. Es wurden 13 x Einlinge, 3 x Zwillinge und 1 x Drillinge geboren. Es kam 2 x zum Abortus und 1 x trat eine EU auf. Zusätzlich entstand eine Einlingsgeburt durch IVF auswärts. Ein Paar hat nach erfolgloser Behandlung ein Kind adoptiert.

Das Erstgespräch in der Erinnerung

Das Erstgespräch blieb überwiegend in angenehmer Erinnerung (64% eher angenehm, 23% indifferent, 13% eher unangenehm). Auch 13% der PatientInnen wechselten später zu einem anderen Zentrum oder Arzt. In 6 Fällen wurde unser eher analytisch-zuwartendes Konzept mit Verständnislosigkeit aufgenommen und letztlich nicht akzeptiert; in 5 Fällen waren es äußere Umstände, wie zu große Entfernung, finanzielle Erwägungen etc., die zum Wechsel veranlaßten. In einem Fall von heterologer Insemination erfuhr das Paar von der Möglichkeit, doch ein Kind vom eigenen Mann mit Hilfe der ICSI-Methode nach Hodenpunktion bekommen zu können und veranlaßte uns, diese Methode bei ihnen durchzuführen. Nach 2 erfolglosen Versuchen wechselten sie zu einem anderen Arzt, der erfolgreich mit einer Mischung aus eigenem und gespendetem Samen inseminierte.

Eine andere Patientin fand, wir hätten ihren aus religiösen Gründen geäußerten Wunsch, nur 2 Eizellen zu entnehmen, nicht wirklich gutgeheißen (wegen der geringen Erfolgsaussichten). Sie habe daraufhin auf jede weitere Behandlung verzichtet.

Änderung des Sexualverhaltens und der Einstellung zum Kinderwunsch

48 Betroffene änderten nach dem Erstgespräch ihre Einstellung zum Kinderwunsch (weniger fokussiert) und ihr Sexualverhalten insofern, als sie vom strikten Planen des Geschlechtsverkehrs an den fruchtbaren Tagen absahen. Dies vor allem deshalb, weil wir sie darüber informierten, daß dieses Sexualverhalten belastend, wenig zielführend und sogar kontraproduktiv sein kann.

Die Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch und die Zukunftsperspektiven der Betroffenen

Hier muß man unterscheiden zwischen Paaren, die bereits Kinder haben und solchen, die noch keine haben. Für erstere ist naturgemäß der Wunsch nach einem weiteren Kind nicht so dringend und belastend wie für letztere. Für Paare ohne Kind ist das Problem dann nicht so belastend, wenn sie eine klare Position zum Kinderwunsch einnehmen können (Abb. 2), d. h. wenn sie sich entweder mit der Kinderlosigkeit abgefunden haben, oder konkrete Schritte zur Realisierung des Kinderwunsches unternehmen (Behandlung, Adoption). Mit der Kinderlosigkeit abgefunden haben sich in unserem Kollektiv 5 Paare deshalb, weil sie sich inzwischen voneinander getrennt haben oder geschieden worden sind. Andere deshalb, weil sie glauben, jetzt schon zu alt zu sein oder weil andere Umstände eingetreten sind (Erkrankung, Todesfall, Ortswechsel, Partnerschaftsprobleme etc.), die gegen ein Kind sprechen.

Relativ viele wünschen sich zwar weiter ein Kind (56%), verharren aber quasi in einer „Warteposition", ohne konkrete Lösungen zur Realisation des Kinderwunsches zu suchen. Diese Situation wird als belastend erlebt (Abb. 2), trotzdem nehmen sie unser Behandlungsangebot nicht an oder können sich sonst zu keinen konkreten Schritten in Richtung Kind entschließen. Hier wirken unserer Erfahrung nach vor allem psychische Barrieren, wie Angst vorm Versagen oder vor der Verantwortung, Partnerschaftsproblem etc., blockierend. Unsere Aufgabe sehen wir hier darin, in keine Richtung zu drängen, sondern mit Verständnis für die jeweilige persönliche Situation als Stütze gegen Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle zu wirken.

Diskussion und Zusammenfassung

Nach unserem psychosomatischen Konzept hat die Berücksichtigung der bio-psycho-somatischen Zusammenhänge den gleichen Rang wie die ART. Dies wurde von unseren PatientInnen insoferne gewürdigt, als die meisten mit einer Beratung das Auslangen fanden, obwohl ihnen auch die ART angeboten wurde. Natürlich richtet sich die Behandlungsstrategie zunächst nach den organischen Befunden, läßt aber die psychosozialen Einflußfaktoren nie außer acht. Dies hat z. B. große Bedeutung für die Wahl des Behandlungszeitpunktes, für die Behandlungsumstände, Behandlungspausen, sowie für etwaige Interventionen im psychosozialen Umfeld.

Diese mehr personen- als schwangerschaftsorientierte Strategie soll die Kinderwunschproblematik entschärfen und entlastend wirken. Die Tatsache, daß etwa ein Viertel der Betroffenen in der Folge schwanger wurde, kann (auch) als Folge dieser Entlastung angesehen werden (siehe Beispiel in Abb. 3). Wenn man die doch deutlich höhere Rate an gestörten Schwangerschaften (Aborte, EU) und Mehrlingsschwangerschaften nach ART bedenkt, so haben die spontan schwanger gewordenen PatientInnen, die sich, gestützt auf die Autorität eines Reproduktionsmedizinischen Zentrums mehr auf die eigenen Ressourcen zur Gesundung verlassen haben, eindeutig gewonnen.

Man muß aber auch sagen, daß einige ihre spontane Schwangerschaft nicht in einen kausalen Zusammenhang mit ihrem Gespräch oder mit Gesprächen bei uns brachten – das wäre eben Zufall gewesen. Die Tatsache aber, daß sie sich nach dem Gespräch mit uns nicht woanders behandeln ließen und auch öfter als diejenigen, die nicht schwanger wurden (21%/12%), von der geplanten fruchtbarkeitszentrierten

zur spontanen Sexualität zurückkehrten, spricht dafür, daß sie unsere Strategie – vielleicht nicht bewußt, aber letztlich doch – angenommen hatten.

Nur 13 % hatten das Erstgespräch in eher unangenehmer Erinnerung. Ebenfalls 13 % wechselten zu einem anderen Arzt oder einem anderen Zentrum, davon aber nur 8 %, weil sie unser Konzept nicht akzeptierten, bzw. das Vertrauen in uns verloren hatten. Die übrigen 5 % aus rationellen Gründen, wie der zu lange Anfahrtsweg, die zu teure Behandlung etc. 11 von 39 haben 4–6 Behandlungszyklen absolviert, ohne die Hoffnung und das Vertrauen zu verlieren.

Interessant erscheint uns die Tatsache, daß von 43 PatientInnen, die sich nicht für eine ART entschieden, nur 6 weitere Gespräche benötigten. Für 37 war das Erstgespräch ausreichend, um ihre Situation zu akzeptieren, um neue Lebensperspektiven in Erwägung zu ziehen, um Alternativen überlegen zu können etc. Ganz ähnliche Erfahrungen beschreibt Moshe Talmon im Buch „Single Session Therapy“ [4]. In Follow-up-Interviews zeigte sich, daß etwa 80 % der Ratsuchenden wegen Depressionen, Angst, Krisen etc., mit nur einer Beratung das Auslangen fanden, um ihr Leiden oder ihren Konflikt in den Griff zu bekommen.

Trotzdem sollte man gerade aus den – wenn auch wenigen – negativen Rückmeldungen lernen. Wahrscheinlich erwarten wir von den Paaren zu viel und zu schnell, wenn es um die Gewinnung von Körpervertrauen, also um den Einsatz eigener Ressourcen geht. Hier werden wir in Zukunft behutsamer vorgehen müssen. Die große Linie aber scheint zu stimmen und das macht uns Mut, mit dieser psychosomatisch orientierten Arbeit fortzufahren, auch wenn sie oft mühevoll und zeitaufwenig ist.

Abbildung 3: e-mail eines Patienten

Sg. Herr Dr. Kemeter,

es sind nun schon fast 2 Jahre vergangen, seit wir Sie aufgesucht haben. Um genau zu sein, es war der ... 1999. Wir, meine Frau D. und ich, wollten ein Kind, aber das war nicht so einfach.

Nach einem Gespräch mit Ihnen gaben Sie uns den Rat, nichts zu übereilen und es ohne Zwang weiter zu versuchen. Nun, wir besorgten uns Theater- und Konzert-Abos, belegten einen Tanzkurs, gingen auf Bälle, urlaubten, ... und haben einfach das Leben genossen. Plötzlich hat es eingeschlagen. Es war nach dem Besuch eines mexikanischen Restaurants Ende März 99 (war es das feurige Essen??). Unser Sohn T. ist nun seit dem ... 2000 (13.55 Uhr) 1 Jahr alt und erfreut unser Leben.

Wir möchten uns auf diesem Wege bei Ihnen und Ihrem Team bedanken, daß Sie nicht gleich mit allen medizinischen Möglichkeiten aufgefahren sind, sondern uns zur Geduld, Ablenkung etc. geraten haben.

Literatur:

1. Springer-Kremser M. Fokussierende Beratung bei funktioneller Sterilität. In: Kemeter P, Lehmann F (eds). Psychosomatik der Infertilität. Springer, Berlin, 1989; 1–8.
2. Kemeter P, Fiegl J. Das psychosomatisch orientierte Gespräch im Rahmen der Sterilitätsbehandlung – Eine Quantifizierung der Gesprächsschwerpunkte und der therapeutischen Strategien. J Fertil Reprod 1999; 9 (1): 23–31.
3. Kemeter P, Fiegl J, Scholl T. Erfahrungen mit der psychosomatisch orientierten Beratung im Rahmen der Sterilitätsbehandlung. Frauenheilkunde aktuell (S. Karger AG, Postfach CH-4009 Basel, ISSN 1021-5697) 2001; 10 (1): 32–5.
4. Talmon M. Single-session therapy – maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1990.

Korrespondenzadresse:
Univ.-Doz. Dr. med. Peter Kemeter
Institut für Reproduktionsmedizin und Psychosomatik der Sterilität
A-1140 Wien, Hadikgasse 82
e-mail: p-kem@asog.co.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere

zeitschriftenübergreifende Datenbank

☑ **Bilddatenbank** ☑ **Artikeldatenbank** ☑ **Fallberichte**

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**