

Unerfüllter Kinderwunsch aus gynäkologisch-psychosomatischer Perspektive

Sophia Holthausen-Markou, Cordula Schippert

Modifiziert nach Erstveröffentlichung in: PSYCH up2date 2015; 9: 305 – 320

Übersicht

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| Einleitung | 223 | Spezielle Herausforderungen der Kinderwunschbehandlung | 228 |
| Sterilität und Infertilität | 223 | Psychosomatische Therapie unter Berücksichtigung der Leitlinien | 232 |
| „Social Freezing“ | 225 | | |
| Fertilitätserhalt bei Krebserkrankungen | 226 | | |
| Betreuung und Therapie bei Kinderwunsch | 226 | | |

Einleitung

Der Wunsch nach Gründung einer Familie, Zeugung und Empfängnis eines Kindes sowie Schwangerschaft und Geburt sind primär natürlich. Eine ungewollte Kinderlosigkeit bedeutet für viele Paare eine schwere und belastende Lebenssituation. Zahlreiche Betroffene nehmen daher medizinische Hilfe in Anspruch, um einerseits die Ursachen der Kinderlosigkeit zu ergründen und andererseits mittels der vielfältigen Möglichkeiten der modernen Medizin ein Kind bekommen zu können.

Dieser Weg verläuft meist nicht geradlinig, sondern ist mit Entbehrungen, psychischen Belastungen und Strapazen für die zunächst kinderlosen Frauen und Männer bzw. das Paar verbunden. Besonders, wenn trotz aufwendiger, hochmoderner Kinderwunschtherapie kein Kind zur Welt gebracht wird, ist mit psychischen Störungen zu rechnen [1]. Die 2014 publizierte Leitlinie „Psychosomatische Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ nimmt darauf ausführlich Bezug und schildert, welche psychischen Störungen auftreten können und welche Konsequenzen sich daraus neben der organmedizinischen Behandlung für die psychosomatische Beratung und Mitbehandlung ergeben [2].

Im folgenden Artikel möchten wir praxisrelevant darstellen, welche Herausforderungen sich in konkreten Behandlungssituationen für die behandelnden (organ-

medizinisch, psychosomatisch bzw. psychiatrisch tätigen) Ärzte und Psychologen ergeben und wie diese interdisziplinär zum Wohle der Betroffenen gemeistert werden können. Wir präsentieren hierzu anonymisierte Kasuistiken, die aus der gynäkologisch-psychosomatischen Ambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover stammen.

Sterilität und Infertilität

Definition

Sterilität wird als Ausbleiben einer Schwangerschaft trotz regelmäßigen ungeschützten Geschlechtsverkehrs innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr definiert [3]. Bei Infertilität tritt eine Schwangerschaft zwar ein, die betroffene Frau kann das Kind aber nicht bis zur Lebensfähigkeit austragen, d.h. es kommt zur Fehlgeburt oder zum intrauterinen Fruchttod.

Weltweit leiden 3,5 – 16,7% der Paare im reproduktionsfähigen Alter unter ungewollter Kinderlosigkeit [2, 4].

Ursachen

Die Ursachen der Kinderlosigkeit sind vielfältig, eine eindeutige Trennung der weiblichen und männlichen Sterilitätsursachen ist nicht immer möglich [4].

Weibliche Ursachen. Sie betreffen in ca. 40–50% die Frau allein. Hierzu zählen ovarielle Pathologien wie Eizellreifungsstörungen, häufig eileiterbedingte Pathologien (meist Folge von Infektionen oder Voroperationen im kleinen Becken) und Gebärmutteranomalien wie Myomknoten oder intrauterine Adhäsionen [5]. Als weitere Sterilitätsursachen sind Gebärmutterhalspathologien wie Stenosen nach Konisationen oder Infektionen an der Zervix zu nennen sowie Endometriose, extragenitale Pathologien wie Schilddrüsenfunktionsstörungen, Diabetes mellitus, Über- und Untergewicht oder gesundheitsschädliches Verhalten wie Nikotin- und Alkoholabusus.

Aufgrund psychischer Störungen können hormonelle oder sexuelle Störungen auftreten, die die Umsetzung des Kinderwunsches beeinträchtigen oder verhindern. Hormonelle Störungen können sich z. B. in Form einer Amenorrhö bei Anorexie bemerkbar machen.

Männliche Ursachen. In ca. 30% liegen rein männliche Sterilitätsursachen vor. Hierbei ist die Samenqualität des Mannes betreffend der Anzahl, Beweglichkeit und

Ursachen der Sterilität

Rein weibliche Sterilität

- Ovarfunktionsstörungen (Follikelreifungsstörung, Anovulation, Gelbkörperschwäche), Eileiterverschlüsse, uterine Pathologien (Myome, Synechien, Zervixstenose), Endometriose, schwere internistische Erkrankungen

Rein männliche Sterilität

- pathologische Spermienqualität (verringerte Anzahl, Beweglichkeit, Morphologie der Spermien)

Kombinierte Sterilität

- kombinierte weibliche und männliche Sterilitätsfaktoren (s. 1 und 2)

Weitere Formen

- Sterilität aufgrund psychischer Störungen, sexueller (inkl. Erektions-/Orgasmusstörungen) oder hormoneller Störungen
- idiopathische (ungeklärte) Sterilität: keine organischen bzw. psychischen Ursachen der Sterilität feststellbar
- verhaltensbedingte Sterilität: bei fertilitätsschädigendem Verhalten

Morphologie der Spermien eingeschränkt. Ursachen hierfür können Fehlbildungen, Varikozelen, Infektionen und Hormonstörungen sein. Funktionelle Sterilitätsursachen des Mannes wie Erektions- oder Orgasmusstörungen sind überwiegend psychischer Genese.

Ursachen bei beiden Partnern. In ca. 10–15% treten die Fruchtbarkeit negativ beeinträchtigende Faktoren bei beiden Partnern auf.

Weitere Ursachen. Eine besondere Gruppe von sterilen Paaren ist in ca. 10–15% diejenige mit idiopathischer Sterilität; hierbei handelt es sich um die ungeklärte Kinderlosigkeit, bei der keine organischen bzw. psychischen Gründe für das Ausbleiben der Schwangerschaft eruiert werden können [6]. Von einer verhaltensbedingten Fruchtbarkeitsstörung wird gesprochen, wenn ein Paar trotz Kinderwunsch und ärztlicher bzw. psychologischer Aufklärung weiter fertilitätsschädigendes Verhalten wie gestörtes Essverhalten, Genuss- und Arzneimittelmisbrauch usw. praktiziert bzw. die Schwangerschaftschancen nicht nutzt, indem am Konzeptionsoptimum kein Geschlechtsverkehr ausgeübt wird [2].

Kasuistik 1

Endometriose, wiederholte Fehlgeburtsneigung

Frau T., zum 4. Mal schwanger, stellte sich nach insgesamt 7 IVF-Therapien und 3 Fehlgeburten in der Frühschwangerschaft vor. Aufgrund der 3 Schwangerschaftsverluste hatte sie große Angst vor einem erneuten Abort. In den ersten psychosomatischen Interventionen gelang eine deutliche Stabilisierung der Patientin, sodass ihre Angst subjektiv abnahm und die „gute“ Hoffnung überwog. Leider kam es in der 9. Schwangerschaftswoche erneut zu einer Fehlgeburt. Die Trauer war zunächst sehr groß. In einem Paargespräch gelang es dem Paar auszusprechen, welche Situationen für sie schwer erträglich waren: „Wenn wir Elternpaare mit Babys und Schwangere sehen.“ Darüber hinaus war es auch zum Rückzug von befreundeten Paaren mit Kindern gekommen. Das Paar berichtete von einem 3-jährigen Zeitraum, der von Hoffnung, Enttäuschung und aber auch großer „Einmischung“ von Ärzten in ihr Leben bestimmt war. Bei einem psychosomatischen Nachsorgertermin 4 Monate nach dem Abort berichtete die Patientin: „Ich bin lange damit alleine schwanger gegangen, dann habe ich meinem Ehemann den Entschluss mitgeteilt, auf weitere IVF-Versuche zu verzichten. Seitdem kann ich die Kinder von anderen als eigenständig und nicht mehr bezogen auf mich sehen. Wir haben begonnen, uns wieder mehr über unser Leben zu freuen und die Freiheiten, die wir ohne Kinder haben, zu genießen.“

Altersabhängig abnehmende Konzeptionsfähigkeit der Frau

Die Konzeptionsfähigkeit der Frau nimmt bereits nach dem 25. Lebensjahr ab [7,8]. Die Anzahl an antralen, in der frühen Entwicklungsphase befindlichen Follikeln, die sich zu einer befruchtungsfähigen Eizelle entwickeln können, nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. Ist die Eizellreserve aufgebraucht, tritt die Menopause, die letzte vom Eierstock gesteuerte Menstruationsblutung ein. Das durchschnittliche Menopausenalter liegt in Deutschland bei ca. 48,5 Jahren [4]. Anschließend ist eine Schwangerschaft per via naturalis nicht mehr möglich. Auch wenn die Fertilität bei Männern über 40 Jahren abnimmt, können sie prinzipiell noch in höherem Lebensalter Kinder zeugen [9].

Das durchschnittliche Alter der Frau bei Geburt des 1. Kindes hat sich im Lauf der letzten Jahrzehnte aus Gründen längerer Ausbildungszeiten, Berufstätigkeit, sozioökonomischer Faktoren, späterer Entscheidung für Partnerschaft und weiterhin noch nicht ausreichenden Angeboten an Kinderbetreuungseinrichtungen immer weiter nach hinten verschoben und ist zum Teil mit für eine Sterilität verantwortlich [4, 10]. Im Jahr 2012 lag das Alter der Frau bei Geburt des 1. Kindes bei 29,2 Jahren, in den 1960er-Jahren bei rund 25 Jahren. Insbesondere in Westdeutschland zeigte sich 2009 ein Zusammenhang zwischen Kinderlosigkeit und höherem Bildungsstand der Frau [11].

„Social Freezing“

Wenngleich der Sterilitätsfaktor „Alter“ von vielen Menschen unterschätzt wird [12–14], hat in den letzten Jahren das Interesse am „Social Freezing“ zugenommen. Frauen, die in jüngeren Jahren noch keine Familie gründen wollen, keinen Partner haben und sich aber der altersbedingten abnehmenden Fruchtbarkeit bewusst sind, lassen unbefruchtete Eizellen nach hormoneller Stimulation operativ entnehmen und für spätere Kinderwunschtherapien (künstliche Befruchtungen) kryokonservieren. Bei Fertilitätsmindernden Erkrankungen wie einer vorzeitigen Ovarialerschöpfung oder Endometriose kann eine Fertilitätsreserve angelegt werden.

Die Erfolgsaussichten hinsichtlich späterer Schwangerschaften hängen erheblich vom Alter der Frau zum Zeitpunkt der Entnahme, von der Zahl gewonnener Eizellen und der Erfahrung der behandelnden Ärzte und

Biologen ab. Die Vitrifikation, eine neue Einfriertechnik, ermöglicht die Kryokonservierung der ansonsten sehr empfindlichen unbefruchteten Eizellen mit hohen Überlebensraten. In spezialisierten Zentren werden Schwangerschaftsraten erzielt, die mit den Ergebnissen künstlicher Befruchtungen im „frischen“ System ohne Kryokonservierung vergleichbar sind [15].

Tipp für die Praxis

Bei der Option Kryokonservierung zum Zweck einer späteren Schwangerschaft ist jedoch zu beachten, dass Schwangere über 40 Jahre ein höheres Risiko für die Entstehung von Schwangerschaftsdiabetes und Präeklampsie haben [16].

Die Vor- und Nachteile des „Social Freezings“ werden derzeit weltweit – sowohl von Medizinern als auch von Ethikern, Philosophen und Angehörigen anderer Professionen – sehr kontrovers diskutiert [16].

Vorteile. Als größter Vorteil kann gesehen werden, dass Frauen zu einem späteren Zeitpunkt als vom biologischen Alter her möglich schwanger werden können. Dies macht sie sowohl unabhängiger vom altersbedingten Rückgang der Fruchtbarkeit als auch ggf. vom aktuellen „Partnerschaftsstatus“.

Nachteile. Als Nachteil kann benannt werden, dass gesunde Frauen primär nicht notwendige medizinische Behandlungen mit Komplikationsmöglichkeiten durchführen lassen. Es bleibt zu bedenken, dass soziale Probleme, die eine Schwangerschaft in jüngeren Jahren unmöglich machen, durch das „Social Freezing“ nicht unbedingt gelöst, sondern womöglich nur verschoben werden [16]. Zu diskutieren ist ferner, ob Frauen aus dem beruflichen Umfeld nicht sogar unter Druck gesetzt werden, ihre Lebensplanung bzw. den Kinderwunsch auf ihr Erwerbsleben abzustimmen.

Neue Technologien können auch zu Abhängigkeiten führen.

In einem Artikel der TAZ vom April 2015 kritisiert der Arzt und Philosoph Urban Wiesing das Angebot einiger großer Unternehmen wie Facebook und Apple, ihren Mitarbeiterinnen die Kosten für das Einfrieren von Eizellen zu erstatten. Auf „tückisch normative Weise“ würden 2 Lebensbereiche vermischt, die eigentlich getrennt seien: Familien- und Berufsleben [17].

Fertilitätserhalt bei Krebserkrankungen

Eine spezielle Situation hinsichtlich einer möglichen Fertilitätsreduktion entsteht bei Frauen und Männern, die sich noch vor der Familiengründung aufgrund einer Krebserkrankung chemo- oder strahlentherapeutischen Maßnahmen unterziehen müssen. Hierbei kann es in Abhängigkeit von Art, Dosis und Dauer der Chemotherapie bzw. Bestrahlung zu einer partiellen oder kompletten Eierstockerschöpfung bzw. zum Ausbleiben der Spermienreifung kommen.

2006 wurde das Netzwerk FertiPROTEKT gegründet (www.fertiprotekt.de), das Betroffene vor Beginn der Therapie über Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion berät. Hierzu zählen Kryokonservierungen (Einfrieren in flüssigem Stickstoff) von Spermien und Hodengewebe aufseiten des Mannes. Bei Frauen können unbefruchtete oder befruchtete Eizellen (nach Durchführung einer künstlichen Befruchtung im Reagenzglas wie der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion [ICSI]) und Ovargewebe eingefroren werden. Darüber hinaus können die Ovarien operativ aus dem Strahlen-

feld heraus luxiert werden oder mittels GnRH-Analoga die Vulnerabilität der Ovarien reduziert werden [18].

Jungen Frauen muss nach lokal begrenzter Brustkrebs-erkrankung nicht primär von einer Schwangerschaft abgeraten werden, da die Schwangerschaft keinen negativen Einfluss auf die Prognose des weiteren Erkrankungsverlaufs zu haben scheint. Teilweise zeigt sich sogar eine höhere Überlebensrate bei den Frauen, die nach abgeschlossener onkologischer Therapie ein Kind bekommen haben.

Tipp für die Praxis

Eine Schwangerschaft sollte frühestens 2 Jahre nach der Erkrankung angestrebt und die individuelle Situation mit den behandelnden Onkologen/Senologen besprochen werden [21].

Eine Schwangerschaft während einer Krebserkrankung, das Auftreten einer Krebserkrankung im Wochenbett oder ein Kinderwunsch nach überstandener Krebstherapie stellen hohe und spezifische Herausforderungen an die Medizin dar. Das Setting einer Universitätsklinik mit allen Fachdisziplinen vor Ort ist ideal, um spezifische individuelle Risiken sowie auch den psychosozialen und psychosomatischen, ggf. auch psychiatrischen Behandlungsbedarf zu berücksichtigen und entsprechend reagieren zu können.

Tipp für die Praxis

Gute interdisziplinäre Absprachen machen es möglich, für die betreffende Patientin ein individuell abgestimmtes Behandlungskonzept zu erstellen [22].

Kasuistik 2

Diagnose Mammakarzinom bei bereits geplanter Kinderwunschbehandlung

Bei der 31-jährigen Frau A. war bereits aufgrund eingeschränkter Spermienqualität des Ehemanns eine ICSI-Therapie geplant, als sie einen Knoten in der linken Brust erastete. Dieser stellte sich nach histologischer Sicherung als maligne heraus. Die Lebensperspektiven von Frau A. änderten sich schlagartig. Von der Situation überfordert stellte sie sich in der gynäkologischen Psychosomatik vor. Die Psychotherapeutin und zugleich Gynäkologin hatte zunächst die Aufgabe, empathisch die nahezu unerträglichen Gefühle der Patientin und ihres Partners (Angst und tiefe Verunsicherung) auszuhalten.

Im Folgenden wurde das Paar unterstützt bei der Entscheidungsfindung für oder gegen mögliche fertilitätsprotektive Maßnahmen (Hormonstimulation mit Eizellentnahme, Kryokonservierung befruchteter Eizellen oder Ovarkryokonservierung) vor Durchführung einer ovartoxischen primären Chemotherapie [19]. Trotz vorher ausgeprägten Kinderwunsches entschied sich das Paar angesichts des möglichen Risikos eines hormoninduzierten Tumorprogresses und einer möglichen genetischen Tumorerkrankung (BRCA-Mutation) gegen eine Fertilitätsprotektion und für einen raschen Beginn der Chemotherapie [20]. Der Verarbeitungsprozess der Brustkrebs-erkrankung war für die Patientin sehr schmerzhaft. Aufgrund ausgeprägter depressiver Verstimmungen, massiver Angst vor Tumorprogress, sekundär aber auch der Enttäuschung über den Verlust der gesamten Lebensperspektive und eines sich zuspitzenden Paarkonflikts konnte die Patientin nach der Krisenintervention zu einer ambulanten Psychotherapie motiviert werden.

Betreuung und Therapie bei Kinderwunsch

Reproduktionsmedizin: therapeutische Möglichkeiten bei Sterilität

Vonseiten der Frau. Bei ovarbedingter Sterilität bzw. hormonellen Störungen kommen medikamentöse Strategien wie z. B. hormonelle Stimulationstherapien mit Geschlechtsverkehr zum Konzeptionsoptimum in Frage. Bei uteriner Sterilität oder Endometriose sind meist operative Interventionen notwendig. Bei eileiterbedingter Kinderlosigkeit ist die Realisierung des Kinderwunsches, wenn überhaupt, nur durch aufwendige Therapien wie eileiterrekonstruierende Operatio-

nen oder künstliche Befruchtungen außerhalb des Körpers (In-vitro-Fertilisation/IVF) möglich. Die IVF geht mit einer hormonellen Hyperstimulation der Eierstöcke einher. Es reifen mehrere Eizellen heran, die mittels sonografisch gesteuerter vaginaler Punktion entnommen werden. Nach der In-vitro-Kultivierung durch Zusammenbringen von Ei- und Spermienzellen bilden sich Embryonen, die nach 2–5 Tagen in die Gebärmutterhöhle transferiert werden. Die Anzahl an Embryonen, die eingesetzt werden dürfen, ist in Deutschland nach dem 1991 verabschiedeten Embryonenschutzgesetz auf maximal 3 pro Therapiezyklus begrenzt.

Überzählig befruchtete Eizellen dürfen für spätere Therapien kryokonserviert werden.

Bei wiederholten Fehlgeburten (Infertilität) wird zunächst eine ausgiebige Diagnostik gemäß der Leitlinien durchgeführt (u. a. Gerinnungsdiagnostik, Hysteroskopie, Hormonanalyse). Bei Zervixverschlussinsuffizienz kommt die Durchführung eines totalen Muttermundverschlusses sowie Cerclage infrage.

Vonseiten des Mannes. Ist die Spermienqualität hochgradig eingeschränkt, sind ebenfalls IVF-Therapien in Kombination mit einer intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) indiziert. Bei leicht eingeschränkter Spermienqualität können Samenübertragungen in die Gebärmutter zum Ovulationszeitpunkt (intrauterine Inseminationen) erfolgreich sein. Hierbei – wie auch bei IVF- oder ICSI-Therapien – dürfen in Deutschland Samen des Lebenspartners (homologes System) oder auch Fremdsamen (donogenes/heterologes System) verwendet werden.

Die Verwendung fremder Eizellen (Eizellspende) ist wie auch die Leihmutterschaft in Deutschland gesetzlich untersagt.

Die Durchführung von künstlichen Befruchtungen ist Gynäkologen vorbehalten, welche die Schwerpunktbezeichnung „gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ besitzen.

Adoption. Die Adoption als Option zur Familiengründung ist in den letzten Jahren in den Hintergrund getreten, da nur wenig Neugeborene für eine Adoption zur Verfügung stehen. Auf die Besonderheit der Familienbildung nach Gametenspende werden wir später näher eingehen.

Therapieoptionen bei Sterilität

- ovarielle Sterilität: medikamentöse Therapie/Hormonstimulationen
- uterine Sterilität (Myome, intrauterine Adhäsionen): operative Intervention
- Endometriose: operative Intervention, medikamentöse Therapie, IVF
- tubare Sterilität: eileiterrekonstruierende Operation, IVF
- leicht eingeschränkte Spermienqualität: intrauterine Insemination (homologes System/Spermien des Partners)
- stark eingeschränkte Samenqualität: IVF/ICSI (homologes System)
- komplette Zeugungsunfähigkeit bzw. genetische Erkrankung des Mannes: intrauterine Insemination oder IVF/ICSI mit Fremd-/Spendersamen (heterologes/donogenes System)
- komplette Ovarerschöpfung der Frau: Eizellspenden im Ausland (in Deutschland gesetzlich verboten)
- Adoption/Pflegschaft

Psychosomatische Betreuung

Vor Durchführung einer invasiven Sterilitätsdiagnostik oder -therapie ist neben der nicht invasiven Diagnostik des weiblichen Zyklus und des Samenbefundes des Mannes (Spermiogramm), die durch Gynäkologen, Urologen und Reproduktionsmediziner durchgeführt wird, eine psychosomatische Abklärung und ggf. Behandlung sinnvoll. Dies betrifft v. a. auch Frauen bzw. Paare, die wiederholt Fehlgeburten erlitten haben.

Die psychosomatische Grundversorgung ist in der Weiterbildungsordnung für Frauenärzte integriert. In der Musterrichtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion von 2006 ist festgelegt, dass neben medizinischen und human-genetischen Aspekten auch aufgeklärt und beraten werden muss über

- psychische Belastungen unter der Therapie,
- mögliche Auswirkungen auf die Paarbeziehung und die Sexualität,
- mögliche depressive Reaktionen bei Misserfolgen oder die Steigerung des Leidensdrucks bei erfolgloser Behandlung,
- alternative Perspektiven (Adoption, Pflegekind, Verzicht auf Therapie etc.) und
- mögliche psychosoziale Belastungen bei Mehrlingen [23].

Psychosomatische Behandlungen können vor, während und nach einer Kinderwunschbehandlung erfolgen.

Psychosomatische Betreuung im Rahmen von Kinderwunschtherapien

- *Beratung und psychosomatische Diagnostik vor der Behandlung:* psychische Störungen werden erkannt und ggf. behandelt; in Fällen von schwerer psychischer oder psychosomatischer Beeinträchtigung wie z. B. Suizidalität, Drogenabhängigkeit, Psychose oder Anorexie, ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung muss ggf. auch von einer Kinderwunschbehandlung abgesehen werden.
- *Während der Behandlung:* meist in Form einer Krisenintervention mit dem Ziel der psychischen Stabilisierung; dies kann zu vorübergehendem Pausieren der Behandlung oder zur besseren Compliance aufgrund erworbener Skills (Entspannungsmöglichkeiten, Distanzieren von Ängsten, Einordnen depressiver Verstimmungen, Mobilisieren von Gefühlen, Mobilisierung von Ressourcen) führen.
- Nach Kinderwunschtherapie:
 - bei nicht erfolgreicher Kinderwunschtherapie und psychischen Folgestörungen (v. a. Ängsten, depressiven Verstimmungen [24]) zur psychischen Stabilisierung und Entwicklung neuer sinngebender Lebensperspektiven
 - bei eingetretener Schwangerschaft und fortbestehenden Ängsten vor Verlust der Schwangerschaft (besonders nach Aborten) zur Resilienzstärkung und psychischen Stabilisierung bisweilen bis zur Geburt und darüber hinaus im Wochenbett.

Psychosomatische Behandlungen können durch behandelnde Gynäkologen oder die psychosomatisch tätigen Ärzte und Psychologen angeregt und empfohlen werden (Modell Medizinische Hochschule Hannover, Gynäkologische Psychosomatik).

Bedeutsam für ein fruchtbares Leben und eine gute Lebensqualität auch ohne eigene Kinder ist die Entscheidung, anderes im Leben als gleichwertig anzusehen. Nicht selten geht dieser Entscheidung ein Trauerprozess voraus, in dem Gefühle von Wut, Enttäuschung und Neid, aber auch Angst, versagt zu haben, durchlebt und bearbeitet werden, damit sie innerpsychisch integriert werden können. Psychotherapeutische Einzel- oder Paargespräche können diesen Prozess sinnvoll unterstützen, insbesondere bei psychischen Störungen [25].

Spezielle Herausforderungen der Kinderwunschbehandlung

Therapie mit Fremdsamen und Eizellspenden

Spendersamen. Gründe für eine Behandlung mit Spendersamen sind überwiegend männliche Sterilität oder genetische Erkrankungen des Partners.

In Deutschland werden jährlich bis zu 1000 Kinder durch donogene Behandlungen (Insemination oder IVF/ICSI) gezeugt [26].

Eine Behandlung homosexueller oder alleinstehender Frauen ist rechtlich problematisch, da der Samenspende das Risiko einer juristischen Vaterschaft eingeht [27], wohingegen bei heterosexuellen Paaren und Verwendung einer Samenspende der Partner nach Geburt des Kindes zum juristischen Vater wird. In Deutschland führen aufgrund dieser statusrechtlichen Unsicherheiten daher nur wenige Kinderwunschzentren Behandlungen homosexueller bzw. alleinstehender Frauen durch. Eine Vielzahl der Betroffenen lässt eine entsprechende Therapie im Ausland, beispielsweise in Dänemark, durchführen. In Zeiten des Internets ist der Zugang der betroffenen Frauen zu ausländischen Kinderwunschzentren, die sich auf deutschsprachige „Kundschaft“ eingestellt haben, recht einfach geworden. Bei Verwendung von Fremdsamen hat das so gezeugte Kind in Deutschland spätestens mit Vollendung des 18. Lebensjahres das Recht, den biologischen Vater kennenzulernen. In einem aktuellen Urteil des Bundesgerichtshofs vom 28.1.2015 (BGH Az: XII ZR 201/13) wurde 2 Minderjährigen das Recht zugesprochen, Auskunft über ihren biologischen Vater zu erhalten.

Die donogene Therapie kann mit psychischen Belastungen aufseiten des Elternpaares, des Kindes und des Samenspenders verbunden sein.

Tipp für die Praxis

Bei Verwendung von Fremdsamen ist eine umfassende psychosomatische Beratung vor Durchführung der Intervention ratsam und notwendig.

Häufig wird die Frage der Potenz thematisiert und die Aufgabe der Männer ist es, zu antizipieren, nicht der leibliche Vater zu sein.

Die körperliche und psychische Entwicklung der mittels donogener Insemination gezeugten Kinder in he-

terosexuellen Beziehungen ist unauffällig und die Beziehung zu ihren Eltern stabil [28,29]. Es zeigt sich, dass eine frühzeitige Aufklärung ab etwa dem Kindergarten- oder Grundschulalter sowohl für die Kinder als auch für die Eltern mit geringer bis keiner Belastung verbunden zu sein scheint [28,30].

Bezüglich der Entwicklung der in lesbischen Beziehungen geborenen Kinder gibt es leider nur wenige Daten. Insgesamt wird die psychologische und soziale Entwicklung der Kinder als unauffällig beschrieben, ebenso die psychosexuelle Entwicklung [31,32]. Die Kinder zeigen darüber hinaus ein breiteres, geschlechtsunabhängigeres Verhaltensmuster als Kinder aus heterosexuellen Beziehungen [33].

Alleinstehende Frauen mit Kinderwunsch sind in der Regel nicht gewollt alleinstehend, sie haben ein reproduktionsbiologisch fortgeschrittenes Alter erreicht, jedoch keinen passenden Partner zur Familiengründung gefunden [34]. Die Entwicklung der Kinder von alleinstehenden Müttern ist nach Studien von Murray und Golombok in sozialer, emotionaler und kognitiver Hinsicht ebenso gut wie die von Kindern aus heterosexuellen Partnerschaften [35,36].

Eizellspende. Die aktive Teilnahme an Behandlungen mit donogenen Eizellen (Eizellspende) oder Leihmutterchaften ist Frauenärzten in Deutschland prinzipiell gesetzlich untersagt. Frauen, die z. T. schon im fortgeschrittenen Alter über 45 oder sogar 50 Jahren sind und eine stark reduzierte oder nicht mehr existente Eizellreserve haben, begeben sich daher nicht selten für eine Eizellspende ins Ausland. Exakte Zahlen hierzu existieren nicht, Schätzungen sprechen von bis zu 4200 Behandlungszyklen an deutschen Paaren [37]. Eine reproduktionsmedizinische Behandlung im Ausland kann jedoch mit Problemen verbunden sein, die die Paare vorab bedenken sollten. Hierzu zählen neben Sprachbarrieren auch juristische Vorgaben des Behandlungslandes, die das Auskunftsrecht der Kinder auf biologische Abstammung regeln.

Tipp für die Praxis

Aus geburtshilflicher Sicht ist zu beachten, dass Schwangere nach Eizellspende ein erheblich erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer hypertensiven Schwangerschaftserkrankung (Hypertonus, Prä-/Eklampsie) aufweisen [38].

Psychische Belastungen. Abgesehen von körperlichen Risiken in der Schwangerschaft nehmen Risiken für

psychische Störungen zu. Frauen, die sich auf eine Eizellspende einlassen, kommen aufgrund ihres in der Regel fortgeschrittenen Alters oder sogar postmenopausalen Zustands mit dem Kind nach der Geburt leichter in Erschöpfungszustände als jüngere Frauen und haben häufiger depressive Episoden. Ein besonderes Problem besteht auch darin, die befruchtete Eizelle einer fremden Frau in sich auszutragen. Biologisch gesehen ist der Samen des Mannes immer „fremd“, unabhängig davon, ob es sich um den Samen des eigenen Partners oder eines fremden Spenders handelt. Die Eizelle hingegen ist biologisch immer „eigen“. Die psychische/psychosomatische Anpassungsleistung einerseits und daraus resultierend die psychische/psychosomatische Störanfälligkeit andererseits ist im Falle einer Eizellspende ungleich höher [39].

Bisweilen sind bereits antizipierte Ängste bis hin zur tiefen Verunsicherung im Hinblick auf die potenziell mütterliche Identität und die Identitätsentwicklung des Kindes Auslöser für psychische Krisenzustände.

Embryonenspende

Im Gegensatz zur Eizellspende ist eine nicht kommerzielle Weitergabe von Embryonen, die während einer Kinderwunschbehandlung rechtmäßig entstanden und anschließend nicht mehr verwendet werden, erlaubt. Es gibt diesbezüglich weder im Embryonenschutzgesetz noch im Bürgerlichen Gesetzbuch ablehnende Aussagen [40].

Die Embryonenspende ist für Paare gedacht, bei denen jegliche Behandlung mit eigenen Ei- und Samenzellen nicht mehr sinnvoll bzw. möglich ist.

Paare, die imprägnierte Eizellen nicht mehr für sich selbst verwenden, jedoch auch nicht vernichten lassen wollen, können diese nach ausführlicher Beratung freigeben und spenden. Das Spenderpaar verzichtet nach Aufklärung durch den behandelnden Arzt auf die Herausgabe der Daten des nach dem Embryotransfer geborenen Kindes. Die Freigabe erfolgt ohne materielle Gegenleistung. Die Spende erfolgt anonym, für die Einhaltung der Anonymität zwischen Embryonenspendepaar und Empfängereltern sorgt das Kinderwunschzentrum.

Die Identität der Spendereltern wird bei einem Notariat hinterlegt, da die geborenen Kinder (wie auch bei der Samenspende) das Recht haben, auf Wunsch die Identität der biologischen Eltern zu erfahren. Nach persön-

Kasuistik 3

Vorhaben einer Eizellspende

Eine 44-jährige Patientin stellte sich aufgrund von Sterilität mit dem Wunsch nach psychosomatischer Begleitung im Rahmen einer geplanten Kinderwunschbehandlung zunächst alleine, dann in 2 folgenden Gesprächen gemeinsam mit ihrem Partner vor. Es stellt sich heraus, dass aufgrund einer Eierstockerschöpfung eine Eizellspende im Ausland geplant war. Frau F. wirkte deutlich depressiv, sprach über Erschöpfungszustände mit Schlafstörungen und erhöhter Reizbarkeit sowie Anspannung auch im Berufsalltag. Der Wunsch nach einem Kind war bei ihrem jüngeren Partner stärker ausgeprägt als bei ihr selbst. Frau F. befürchtete, ihren Partner zu verlieren, sofern sie sich nicht auf die „einzige“ noch verbliebene Therapieoption der Eizellspende einließ. Es wurde deutlich, dass sich Frau F. in verschiedener Hinsicht überfordert fühlte: „Ich halte den Gedanken kaum aus, dass eine fremde Frau in meinem Bauch sein wird, die gemeinsam mit meinem Mann ein Kind hat, welches ich austrage und mein Kind seine leibliche Mutter nicht kennenlernen wird. All das verwirrt mich und lässt mich nicht mehr zur Ruhe kommen.“ Es wurde darüber hinaus deutlich, dass sich Frau F. gut ein Leben gemeinsam mit ihrem Partner ohne Kind vorstellen konnte. Im Paargespräch gelang es, dies zu thematisieren und Frau F. empathisch in den nachvollziehbar komplizierten Gefühlen anzunehmen. Sie entschied sich schließlich gemeinsam mit ihrem Partner gegen eine Eizellspende. Wir einigten uns aufgrund der ausgeprägten Lebens- und Partnerschaftskrise mit deutlich depressiver Symptomatik und der ausgeprägten Angst, verlassen zu werden, auf einen teilstationären Aufenthalt in unserer Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie. Ziel des Aufenthaltes war es auch, die getroffene Entscheidung gegen eine Eizellspende und ein gemeinsames Kind innerpsychisch zu integrieren und ggf. bereits neue tragfähige Lebensperspektiven zu entwickeln.

Nützliche Links im Internet

Bayerische Fortpflanzungsmediziner gründeten 2013 das „Netzwerk Embryonenspende“: www.netzwerk-embryonenspende.de/index.html

Ein aktuelles Gutachten von Frau Prof. Frommel von Ende 2014 ist einsehbar unter: www.netzwerk-embryonenspende.de/recht/gutachten_frommel_embryonenspende.pdf

lichen Informationen von am Netzwerk Beteiligten sind bereits die ersten Kinder nach Embryonenspende geboren.

Problematik künstlicher Befruchtungen

Erfolgsaussichten in Deutschland. Die Erfolgsaussichten künstlicher Befruchtungen sind über die letzten Jahre nahezu konstant geblieben. Im Jahr 2013 lag die Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer bei 54237 IVF- bzw. ICSI-Therapien bei 30,7%. Die Geburtenrate (Baby-take-Home-Rate) lag bei rund 22% [41]. Dies be-

deutet, bei aller Freude über eingetretene Schwangerschaften, dass ein Großteil der Paare zunächst mit einer nicht erfolgreichen Therapie umgehen muss.

Einfluss auf die Sexualität. Störungen der Sexualität sind ebenso wie Angst und Depression nach Kinderwunschbehandlung häufig anzutreffen [2, 42]. Es stellt sich die Frage, ob eine Sexualtherapie indiziert ist. Zu berücksichtigen ist dabei, dass Depressionen nicht selten mit Sexualstörungen verbunden sind. In Bezug auf sexuelle Störungen im Zusammenhang von Kinderwunschbehandlung sollte aus Sicht der Autorinnen nach ausführlicher Sexualanamnese empathisch abgewogen werden, ob eine Sexualtherapie notwendig ist oder nicht. Unnötige weitere Eingriffe in die Intimsphäre und die Kompetenzbereiche des Paares sollten insbesondere nach erfolgloser Kinderwunschbehandlung vermieden werden, um das ohnehin dann oft gestörte Körpergefühl und Selbstvertrauen nicht noch weiter zu destabilisieren.

Die Entscheidung für eine Sexualtherapie muss wegen des zusätzlichen Eingriffs in die Intimsphäre sorgfältig abgewogen werden.

Das Paar sollte in seiner Autonomie durch Anknüpfen an vorhandene Ressourcen der Paarbeziehung oder Entwicklung neuer Ressourcen gestärkt werden. Gelingt dies nicht, droht aufgrund geringer Veränderungs- und Anpassungskompetenz des Paares eine Chronifizierung der Störung. In diesem Fall sollte eine sexualmedizinische Abklärung erfolgen und es sollten ggf. (sexual-)therapeutische Schritte eingeleitet werden [43].

Weitere Problembereiche

Probleme künstlicher Befruchtungen liegen (neben physischer und psychischer Belastung v. a. der behandelten Frau) insbesondere in folgenden Bereichen:

- die methodenbedingte hohe Rate an Mehrlingschwangerschaften mit entsprechenden Komplikationsmöglichkeiten
- Fehlgeburten
- Frühgeburtlichkeit
- eine etwas höhere Rate an kindlichen Fehlbildungen (Odds Ratio 1,28 nach ICSI-Therapien) [44, 45]

Es ist bislang unklar, ob die höhere Rate an fetalen Malformationen auf die Sterilität an sich oder die Anwendung der assistierten Reproduktion zurückzuführen ist [16, 45].

Mehrlingsschwangerschaften. Im Jahr 2013 erwarteten die nach IVF/ICSI schwangeren Frauen in 76,8% der Fälle einen Einling. Die Zwillings- bzw. Drillingschwangerschaftsrate lag bei 22,3 bzw. 0,8% [41]. Zu den Risikofaktoren für den Eintritt einer Mehrlingsschwangerschaft gehören ein eher jüngeres Alter der behandelten Frau sowie die steigende Anzahl der transferierten Embryonen [46].

Langfristige Gesundheitsbeeinträchtigungen und Entwicklungsstörungen beispielsweise durch intrakranielle Hirnblutungen oder bronchopulmonale Dysplasien (neurologisch, mental, sprachlich) sind mit der Zahl der Kinder assoziiert.

Gemini und Drillings haben im Vergleich zu Einlingen ein 1,7- bis 2,9-faches Risiko, eine langfristige Beeinträchtigung zu entwickeln [47].

Nach einer Mehrlingsgeburt findet die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung unter erschwerten Bedingungen statt, da die Kinder möglicherweise noch auf einer neonatalen Station behandelt werden müssen und die Belastungen bei der häuslichen Pflege deutlich erhöht sind. Die Risiken einer Mehrlingsgravidität und insbesondere die möglichen kindlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen und Entwicklungsstörungen werden von vielen Paaren oft deutlich unterschätzt. Gelegentlich besteht vor Beginn einer Therapie sogar der Wunsch nach einer Zwillingschwangerschaft (man möchte ohnehin 2 Kinder, das wäre ein „Abwasch“). Insbesondere wiederholte Frustration nach misslungenen Kinderwunschtherapien wirken sich auf die Entscheidung aus, eine höhere Anzahl an Embryonen in die Gebärmutter einsetzen zu lassen oder sogar eine Mehrlingschwangerschaft zu erhoffen [48,49].

Vor jeder Therapie muss eine umfangreiche Risikoaufklärung zur Mehrlingsproblematik erfolgen.

Embryoreduktion. Hier sei auf die Sondersituation Embryoreduktion hingewiesen, bei der – im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben – vitale Embryonen mittels Kaliuminjektion getötet werden, um das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften zu minimieren. Im Falle einer Entscheidung dafür und gesicherter Rechtslage gemäß § 218 StGB stellt sich jeweils die brisante Frage, welcher Embryo bzw. welche Embryonen der Reduktion zum Opfer fallen sollen. Der „selektive“ Schwangerschaftsabbruch ist nicht nur für das Paar, sondern auch für die behandelnden Ärzte eine besondere Belastung [50].

Kasuistik 4

3 Jahre ungewollte Kinderlosigkeit, 4 bereits erfolgte Inseminationen, 3 IVF-Therapien

Die 36-jährige Frau S. kam im Zustand der psychischen Erschöpfung einhergehend mit Depressivität und Zukunftsängsten in die gynäkologisch-psychosomatische Ambulanz. Sie war im Kontakt reflexions- und schwingungsfähig, ihr Leidensdruck spürbar. Von einer weiteren Kinderwunschbehandlung wollte sie absehen. Es gelang, sie in ihren selbstquälerischen Insuffizienzgefühlen und dem Unvermögen, schwangeren Frauen oder Müttern mit Babys zu begegnen, anzunehmen und dahinterliegende unangenehme Gefühle wie Wut und Neid so zu benennen, dass eine innerpsychische Integration beginnen konnte.

Frau S. mobilisierte alte und entdeckte neue Ressourcen durch bewusste Veränderungen ihres Lebens. Ein entscheidender Faktor war für Frau S. der Umzug in eine Gegend, die sie und ihr Partner schon lange liebten. Sehr schambesetzt wurde von ihr – nachdem sie bereits zu insgesamt guter Lebensqualität zurückgekehrt war – davon berichtet, dass sie lustlos geworden war, Geschlechtsverkehr vermied und wegen der ausbleibenden Sexualität mit ihrem Partner sehr besorgt war. Es gelang, mit ihr über die Eingriffe in das Intimleben während der Kinderwunschbehandlung und über die sexuelle Distanz, die zwischen ihr und ihrem Partner entstanden war, zu reflektieren. Vorsichtig fragte sie, ob eine Sexualtherapie notwendig sei. Es wurde aber deutlich, dass sie dies als erneuten Eingriff in die Intimsphäre erleben und eine Sexualtherapie ihre Insuffizienzgefühle verstärken würde. Tatsächlich erlebte sie es als sehr entlastend und ermutigend, auch im Bereich Sexualität auf „verschüttete“ Ressourcen vertrauen zu können. Darüber hinaus nahm es ihr den Druck, „funktionieren zu müssen“. Das „Leben nach Plan“ während der Kinderwunschbehandlung hatte sie mehr und mehr belastet. Es gelang Frau S. in der Folge, mit ihrem Ehemann an die vor der Kinderwunschbehandlung erlebte Sexualität anzuknüpfen.

Spontane „natürliche“ Schwangerschaft. In den Leitlinien [2] ist vermerkt, dass selbst nach Durchführung der ICSI-Methode Schwangerschaften spontan eintreten können. Hintergrund ist, dass ein großer Teil der Paare in Kinderwunschbehandlung subfertil und nicht infertil ist. Die frauenfachärztlichen und psychosomatischen Erfahrungen der Autorinnen und betroffener Frauen sprechen dafür, diesem Phänomen Beachtung zu schenken. Die tägliche Praxis zeigt ebenfalls, dass Frauen durchaus auch dann noch spontan schwanger werden, wenn sie den Kinderwunsch nicht mehr aktiv zu erfüllen versuchen bzw. ihr Lebensglück nicht mehr von der Geburt eines Kindes abhängig gemacht wird und ein neuer Lebensentwurf in ähnlicher Weise attraktiv erscheint. Allerdings ist der Umkehrschluss nicht zulässig, dass sich durch ein gezieltes Sich-Abfinden mit der Kinderlosigkeit Schwangerschaften einstellen.

Kasuistik 5

Spontane Schwangerschaft nach Beendigung der Kinderwunschtherapie

Die 32-jährige Frau B. kam nach einer sehr belastend empfundenen Kinderwunschbehandlung und einem Abort in die gynäkologisch-psychosomatische Ambulanz. Sie litt unter depressiven Verstimmungen und konnte sich ein Leben ohne Kind nicht vorstellen. Erschwerend kam eine akute Krebserkrankung des Ehemanns hinzu und die Angst, dessen Erkrankung könnte voranschreiten. Das Paar hatte zahlreiche gemeinsame Interessen, Frau B. hatte das Gefühl, hinsichtlich der Gesundheit und des Kinderwunsches „Pech zu haben“. Zu einem Paargespräch kam es nicht, da sich Herr B. darauf nicht einließ. Frau B. arbeitete hart daran, Perspektivwechsel auf ihr Leben vorzunehmen, das sie für sich selbst – ebenso wie ihre Partnerschaft – schließlich als interessant, vielfältig und entwicklungsfähig bewertete. Ein „Durchbruch“ gelang ihr jedoch erst, als ihr Herz im Urlaub für ein neues „Projekt“ entflammte. In der dem Urlaub folgenden Therapiestunde äußerte sie: „Es gibt im Leben immer einen Plan B, davon bin ich jetzt endlich überzeugt.“ Zu diesem Zeitpunkt wusste sie noch nicht, dass sie bereits fröhschwanger war. Inzwischen, nach Geburt des Kindes, hat das Elternpaar die gleichen alltäglichen Sorgen und Freuden wie viele andere Eltern. Die innerseelische Erfahrung einer als gleichwertig erlebten Lebensperspektive sieht Frau B. heute als sehr bedeutsam an: „Da habe ich offenbar losgelassen und bin dann schwanger geworden.“

Psychosomatische Therapie unter Berücksichtigung der Leitlinien

Diagnostik. Angesichts des hohen Leidensdrucks und der psychischen Belastungen bei ungewollter Kinderlosigkeit ist bereits im Vorfeld von Kinderwunschbehandlungen eine psychosomatische Diagnostik sinnvoll. Patientinnen bzw. Paare mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen können frühzeitig erfasst und psychotherapeutischen Interventionen zugeführt werden. Mitunter kann eine ambulante oder (teil-)stationäre Psychotherapie notwendig werden.

Zeitnahe Intervention. Zu bedenken ist, dass psychische Störungen zu jedem Zeitpunkt der Kinderwunschtherapie auftreten können, sodass das Angebot zeitnaher Interventionen wünschenswert ist (Modell MHH, s. Abb. 1). Insbesondere nach erfolgloser Kinderwunschbehandlung, bei Schwangerschaftsverlusten und/oder zusätzlichen psychosozialen Belastungsfaktoren mit Zusammenbruch der ersehnten Lebensperspektive der Elternschaft ist das Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen besonders hoch. Langfristig scheint sich die Lebensqualität nach gelungener Trauerarbeit bei kinderlos gebliebenen Paaren aber wieder zu verbessern [39,51].

Elemente der Psychotherapie. In den psychotherapeutischen Interventionen sind das Zulassen, Durcharbeiten und Integrieren der häufig assoziierten Gefühle von Angst, Verunsicherung, Enttäuschung, Wut und Neid wesentlich. Vor allem Letzteres wird von den Betroffenen oft sehr schwer ausgehalten. Nicht selten verhindern Schamgefühle gegenüber Paaren mit Kindern das Zulassen von Neid.

Tipp für die Praxis

Wichtig ist im psychotherapeutischen Prozess, dass dem starken Wunsch nach einem Kind Raum gegeben wird.

Der Wunsch nach einem Kind sollte keineswegs ausgedredet oder bagatellisiert werden, selbst dann nicht, wenn keine realistische Hoffnung mehr auf ein Kind besteht. Allerdings sollte nicht suggeriert werden, dass durch psychotherapeutische Interventionen Schwangerschaften induziert werden können. Keinesfalls sollte durch Sätze wie „Lassen Sie los, dann wird sich der Kinderwunsch erfüllen“ zusätzlicher emotionaler Druck aufgebaut werden. Auch sollte man sich umgekehrt als Behandler nicht von dem Wunsch des Paares nach einem Kind unter Druck setzen lassen. Es ist nicht zielführend, die Erwartung zu bestärken, durch eine psychotherapeutische Intervention den Kinderwunsch erfüllbar zu machen.

Suizidalität als Drohung. Es sei auf die brisante therapeutische Situation hingewiesen, dass einer der Partner mit Suizidalität droht im Falle einer fortbestehenden Kinderlosigkeit. Der antizipierte Suizid ist zu verstehen als extremer Ausdruck von Verzweiflung, gleichzeitig zeugt er von hoher Aggressivität sich selbst, dem Partner, dem potenziellen Kind und auch dem Therapeuten gegenüber. Darüber hinaus verhindert eine Suiziddrohung im benannten Kontext, dass der Raum für kreative andere Möglichkeiten des Lebens geöffnet und daran gearbeitet werden kann. Die Blockierung des psychotherapeutischen Prozesses muss in Kontakt gebracht und gespiegelt werden mit dem Ziel der Distanzierung vom angedrohten Suizid.

Paarkonflikte. Viele auch weniger herausfordernde psychotherapeutische Prozesse bergen Konfliktpotenzial zwischen den Partnern, das es aufzugreifen und zu bearbeiten gilt. Eine nicht geringe Rolle spielen die (körperlichen, sexuellen) Entbehrungen, die Paare gerade auch während einer Kinderwunschbehandlung auf sich nehmen. Je nach Paarkonstellation können Schuldgefühle und Schuldzuweisungen auftreten.

Häufige Fragen, die strittig zur Sprache kommen, sind z.B.:

- Wer ist fruchtbarer?
- Wer setzt sich mehr für ein gemeinsames Kind jetzt und ggf. in Zukunft ein?
- Wer entscheidet zuerst über die Beendigung von Therapien, wer, ob es ggf. zu einem späteren Zeitpunkt weitergeht?

Auseinandersetzungen darüber sollen in der Psychotherapie gefördert und begleitet werden, um das Paar im Klärungsprozess zu unterstützen.

Aktivieren neuer Ressourcen. Die Auseinandersetzung mit dem Ende der Hoffnung auf ein leibliches Kind und die Akzeptanz einer veränderten Lebensperspektive gehen im psychotherapeutischen Prozess der Aktivierung neuer kreativer Potenziale voraus. Erfahrungsgemäß sind die Patientinnen dazu unterschiedlich in der Lage, je nachdem welche Ressourcen bereits im Vorfeld bestanden. Im Falle des Sich-darauf-Einlassens kann der Prozess zu neuer Lebensfreude und -qualität führen.

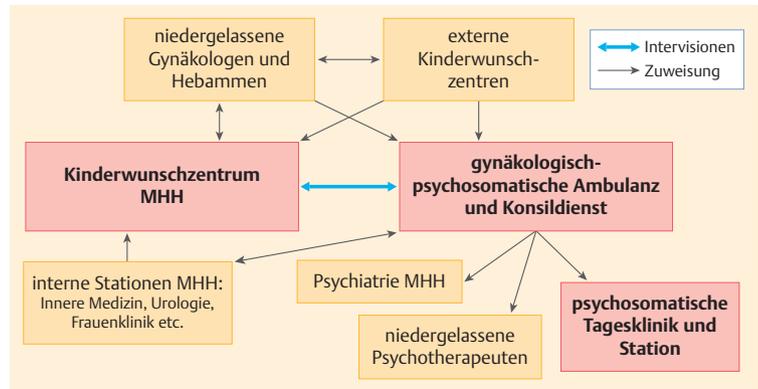


Abb. 1 Modell MHH. Multidirektionale Versorgungsstruktur im „Modell Hannover“ für Kinderwunsch- und psychosomatische Behandlung.

Vermieden werden sollte seitens der Behandler:

- den Kinderwunsch ausreden
- vorzugeben, durch Psychotherapie den Kinderwunsch erfüllbar machen zu können
- sich durch den Kinderwunsch des Paares unter Druck setzen zu lassen
- Suiziddrohungen zu übergehen

Kernaussagen

Ungewollte Kinderlosigkeit führt nicht selten zu einer Lebenskrise. Bestehen bereits unabhängig vom aktuellen „Life Event“ im Vorfeld unbehandelte psychische Störungen, ist mit einer erhöhten Vulnerabilität und einer Zuspitzung der psychischen Symptomatik zu rechnen [52].

Psychische Belastungen sollten frühzeitig erkannt und im Falle von psychischen Störungen dringend psychotherapeutisch behandelt werden. Bisweilen ist währenddessen ein Pausieren der Kinderwunschbehandlung sinnvoll, insbesondere bei ausgeprägten Erschöpfungszuständen. Ambulante Kriseninterventionen, oft sinnvoll als Paarinterventionen, sind bei leichteren Störungen, wie Anpassungsstörungen, leichter bis mittelgradiger depressiver Episode und leichter Angststörung indiziert. Bei schwerwiegenden Störungen ist eine längerfristige ambulante Psychotherapie oder eine teil-/stationäre psycho-

somatische Behandlung, bei schwersten Störungen, wie akute Suizidalität, Psychose oder Suchterkrankungen, eine stationäre psychiatrische Behandlung indiziert.

Zu berücksichtigen im Umgang mit den Betroffenen ist, dass unerfüllter Kinderwunsch ein kritisches Lebensereignis darstellt. Bereits vor und während einer Kinderwunschbehandlung kann es daher für das Paar bedeutsam sein, Ressourcen und gemeinsame Interessen zu stärken und damit den Blick auch für alternative, sinngebende Lebensperspektiven zu öffnen. Dies trifft v. a. auf Situationen zu, in denen eine Vielzahl an Kinderwunschtherapien durchgeführt wurde, ohne dass eine Schwangerschaft eingetreten ist bzw. nach mehrfachen Fehlgeburten. Eine ergebnisoffene, gelassene Haltung dem ersehnten Kind gegenüber kann in jedem Fall zur Verbesserung der Lebensqualität führen. Treten Schwangerschaft und Geburt eines (gesunden) Kindes darüber hinaus ein, ergibt

sich ein weiterer in die Zukunft wirkender konstruktiver Begleiteffekt für das Paar und auch für das Kind: Das Kind ist nicht mehr das einzig Sinnstiftende. Dies wiederum ist für vielfältige Entwicklungen der Familie als positiv zu werten.

Deutschlandweit gibt es ein Beratungsnetzwerk (BKID) für Paare, Männer und Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch. Hier engagieren sich neben Ärzten und Psychologen auch Sozialpädagogen und Juristen, um Betroffene individuell zu beraten und ggf. zu behandeln [1]. Eine entsprechende Kontaktliste ist unter www.bkid.de frei zugänglich.

Wir sind nach Jahren klinischer Erfahrung und sehr konstruktiver Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie und gynäkologischer Psychosomatik daher der Überzeugung, dass ein guter interdisziplinärer ärztlicher Dialog mit professioneller Expertise unabdingbar ist, um Patientinnen und ihren Partnern individuelle Therapieoptionen anbieten zu können.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Erstveröffentlichung in:

PSYCH up2date 2015; 9: 305 – 320

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-102318>

Über die Autoren

Sophia Holthausen-Markou



Dr. med. Fachärztin für Gynäkologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leiterin des Bereichs Gynäkologische Psychosomatik und des Konsil-/Liaisondienstes, Psychoonkologin. Seit 2009 Oberärztin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH).

Cordula Schippert



PD Dr. med. Studium an der Medizinischen Hochschule Hannover. 2000 Promotion, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Seit 2005 Oberärztin in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Leitung des Bereichs

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Stellvertretende Lehrbeauftragte. Forschungsschwerpunkte sind klinische Studien zur ungewollten Kinderlosigkeit sowie Uterus myomatosus und Endometriose.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sophia Holthausen-Markou
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
E-Mail: Holthausen-Markou.Sophia@mh-hannover.de

Literatur

- 1 Kleinschmidt D, Thorn P, Wischmann T. Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland, BKID. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2008
- 2 Kentenich H, Brähler E, Kowalcek I et al. Leitlinie Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen. AWMF-Register Nr. 016/003. Im Internet: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/016-003l_S2k_Psychosom_orient_Diagnostik_und_Therapie_bei_Fertilitaetsstoerungen_2014.pdf; Stand: 24.06.2015
- 3 Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril* 2009; 92: 1520 – 1524
- 4 Weyerstrahl T, Stauber M, Hrsg. Duale Reihe Gynäkologie und Geburtshilfe. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2013
- 5 Schippert C, Garcia-Rocha GJ, Schaff C et al. Rekonstruktive, organerhaltende Mikrochirurgie bei Störungen der Tubenfunktion: nach wie vor eine Alternative zur In-vitro-Fertilisation (IVF). *Reconstructive, Organ-Preserving Microsurgery in Disorders of Tubal Function: Still an Alternative to In-Vitro Fertilisation (IVF)*. *Geburtsh Frauenheilk* 2008; 68: 998 – 1007
- 6 Wischmann T. Einführung Reproduktionsmedizin. Schwerpunkt Psychosomatik und psychosoziale Aspekte. München: UTB Ernst Reinhardt Verlag; 2012
- 7 Dunson D, Baird D, Colombo B. Increased infertility with age in men and women. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 7 – 14
- 8 Leridon H. Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Hum Reprod* 2004; 19: 1548 – 1553
- 9 Sartorius GS, Nieschlag E. Paternal age and reproduction. *Hum Reprod Update* 2010; 16: 65 – 70
- 10 Bertram H, Bujard M, Rösler W. Rush-hour des Lebens: Geburtenaufschub, Einkommensverläufe und familienpolitische Perspektiven. *J Reproduktionsm Endokrinol* 2011; 8: 91 – 99
- 11 Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2008. Neue Daten zur Kinderlosigkeit in Deutschland. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2009/Kinderlosigkeit/begleitheft_Kinderlosigkeit.pdf?__blob=publicationFile; Stand: 19.11.2013
- 12 Bretherick KL, Fairbrother N, Avila L et al. Fertility and aging: do reproductive-aged Canadian women know what they need to know? *Fertil Steril* 2010; 93: 2162 – 2168
- 13 Lampic C, Svanberg AS, Karlström P et al. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Hum Reprod* 2006; 21: 558 – 564
- 14 Tydén T, Svanberg AS, Karlström PO et al. Female university students' attitudes to future motherhood and their understanding about fertility. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006; 11: 181 – 189
- 15 Rienzi L, Romano S, Albricci L et al. Embryo development of fresh "versus" vitrified metaphase II oocytes after ICSI: a prospective randomized sibling-oocyte study. *Human Reprod* 2010; 25: 66 – 73

- 16 von Wolff M, Germeyer A, Nawroth F. Anlage einer Fertilitätsreserve bei nicht medizinischer Indikation: Kontrovers diskutiert, aber zunehmend praktiziert. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 27–32
- 17 Wiesing U. Die Moderne schlägt zu. *TAZ am Wochenende* 11./12. April; Gesellschaft 2015: 12
- 18 von Wolff M, Dian D. Fertilitätsprotektion bei Malignomen und gonadotoxischen Therapien. *Fertility Preservation in Women With Malignant Tumors and Gonadotoxic Treatments*. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 220–226
- 19 Razzano A, Revelli A, Delle Piane L et al. Fertility preservation program before ovariotoxic oncostatic treatments: role of the psychological support in managing emotional aspects. *Gynecol Endocrinol* 2014; 30: 822–824
- 20 Holthausen-Markou S, Steiner P. Psychische Aspekte im Zusammenhang mit tumorgenetischer Beratung. *Psych up2date* 2014; 8: 225–240
- 21 Netzwerk Fertiprotekt. Schwangerschaft und Mutterschaft nach einer Mammakarzinom-Erkrankung. Im Internet: www.fertiprotekt.de/Behandlungen/; Stand: 24.06.2015
- 22 Keller M, Holthausen-Markou S. Psychosoziale Aspekte von schwangeren Krebspatientinnen. *Geburtsh Frauenheilk* 2014; 74: 33–37
- 23 Bundesärztekammer. (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006. *Dtsch Ärzteblatt* 2006; 20: A1392–A1403
- 24 Wischmann T. Psychosoziale Aspekte bei Fertilitätsstörungen. *Der Urologe* 2005; 44: 185–195
- 25 Wischmann T, Stammer H. *Der Traum vom eigenen Kind*. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2006
- 26 Katzorke T. Entstehung und Entwicklung der Spendersamenbehandlung in Deutschland. *J Reprod Endokrinol* 2008; 1: 14–20
- 27 Wehrstedt S. Verwendung von Fremdsamen – Aufklärungspflichten und Gestaltungsaufgaben des Notars. In: Frister H, Olzen D, Hrsg. *Reproduktionsmedizin – Rechtliche Fragestellungen*. Düsseldorf: Düsseldorf University Press; 2010: 75–92
- 28 Brewaeys A. Review: parent-child relationships and child development in donor insemination families. *Hum Reprod Update* 2001; 7: 38–46
- 29 Golombok S, Brewaeys A, Giavazzi MT et al. The European study of assisted reproduction families: The transition to adolescence. *Hum Reprod* 2002; 17: 830–840
- 30 Jadva V, Freeman T, Kramer W et al. The experiences of adolescents and adults conceived by sperm donation: Comparisons by age of disclosure and family type. *Hum Reprod* 2009; 24: 1909–1919
- 31 Bos HM, van Balen F, van den Boom DC. Lesbian families and family functioning: An overview. *Patient Educ Couns* 2005; 59: 263–275
- 32 Tasker F. Lesbian mothers, gay fathers, and their children: A review. *J Dev Behav Pediatr* 2005; 26: 224–240
- 33 Maccallum F, Golombok S. Children raised in fatherless families from infancy: A follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers at early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 1407–1419
- 34 Jadva V, Badger S, Morrisette M et al. "Mom by choice, single by life's circumstance...". Findings from a large scale survey of the experiences of single mothers by choice. *Hum Fertil* 2009; 12: 175–184
- 35 Murray C, Golombok S. Going it alone: solo mothers and their infants conceived by donor insemination. *Am J Orthopsychiatry* 2005; 75: 242–253
- 36 Murray C, Golombok S. Solo mothers and their donor insemination infants: follow-up at age 2 years. *Hum Reprod* 2005; 20: 1655–1660
- 37 Shenfield F, de Mouzon J, Pennings G. Cross border reproductive care in six European countries. *Hum Reprod* 2010; 25: 1361–1368
- 38 Pecks U, Maass N, Neulen J. Eizellspende – ein Risikofaktor für Schwangerschaftshochdruck: Metaanalyse und Fallserie. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 23–31
- 39 Tordy K, Riegler J. Psychologische Aspekte der Eizellspende. *Gynäkologe* 2014; 47: 251–257
- 40 Frommel M. Aktuelle Rechtsprobleme der Eizellspende. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2010; 7: 515–519
- 41 Blumenauer V, Czeromin U, Fiedler K et al. DIR Annual 2013 – German IVF-Registry. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2014; 11: 237–273
- 42 Luk BH, Loke AY. The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: a systematic review. *J Sex Marital Ther* 2014; 11: 1–16
- 43 Hartmann U. Depressionen und sexuelle Funktionsstörungen: Aspekte eines vielschichtigen Zusammenhangs. *Psychiatr Prax* 2007; 11 (Suppl 03): 314–317
- 44 Diedrich K, Banz-Jansen C, Ludwig AK. Schwangerschaftsrisiken und Outcome der Kinder nach ART. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2011; 8: 108–111
- 45 Davies JM, Moore VM, Willson KJ et al. Reproductive technologies and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2012; 366: 1803–1813
- 46 Vahratian A, Schieve L, Reynolds M et al. Live-births rates and multiple-birth risk of assisted reproductive technology procedures conceived using thawed embryos, USA 1999–2000. *Hum Reprod* 2003; 18: 1442–1448
- 47 El-Toukhy T, Khalaf Y, Braude P. IVF results: Optimize not maximize. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 322–331
- 48 Kowalcek I. Akzeptanz von Mehrlingsschwangerschaften bei unerfülltem Kinderwunsch. *Menopause* 2004; 4: 13–16
- 49 Baor L, Blickstein I. The journey from infertility to parenting multiples: a dream comes true? *Int J Fertil Womens Med* 2005; 50: 129–134
- 50 Holthausen-Markou S, Reimer C. Psychische Probleme und das Dilemma des späten Schwangerschaftsabbruchs. *Psychotherapeut* 2004; 49: 362–365
- 51 Wischmann T. Psychogenese von Fertilitätsstörungen. Eine Übersicht. *Geburtsh Frauenheilk* 2006; 66: 34–43
- 52 Slavich GM, Irwin MR. From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychol Bull* 2014; 140: 774–815

CME-Teilnahme

- ▶ Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>
- ▶ Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für eine CME-Teilnahme verfügbar.
- ▶ Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe> finden Sie eine ausführliche Anleitung.

CME-Fragen

1 Welche der folgenden Aussagen trifft zu?

- A Bei ca. 30% der sterilen Paare liegen bei beiden Partnern die Fruchtbarkeit negativ beeinflussende Faktoren vor.
- B Psychische Störungen wie eine ausgeprägte Anorexie können hormonelle Pathologien wie z. B. eine Amenorrhö zur Folge haben.
- C Von einer verhaltensbedingten Fruchtbarkeitsstörung wird gesprochen, wenn keine organischen oder psychischen Gründe für das Ausbleiben der Schwangerschaft eruiert werden können.
- D Bei ca. 10% der ungewollt kinderlosen Paare liegt eine rein männliche Sterilität vor.
- E Das durchschnittliche Alter der Frau bei Geburt des ersten Kindes lag 2012 bei 25 Jahren, wohingegen es in den 1960er-Jahren noch bei 29 Jahren lag.

2 Welche der folgenden Aussagen trifft zu?

- A Die Konzeptionsfähigkeit der Frau nimmt ab dem 32. Lebensjahr ab.
- B Das durchschnittliche Menopausenalter liegt in Deutschland bei 53,5 Jahren.
- C Bei fertilitätsmindernden Erkrankungen wie z. B. einer geplanten Chemotherapie kann vorab über die Entnahme und Kryokonservierung von unbefruchteten oder befruchteten Eizellen eine Fertilitätsreserve angelegt werden.
- D Junge Schwangere haben im Vergleich zu älteren ein höheres Risiko für die Entstehung von Gestosen, Präeklampsien oder Gestationsdiabetes.
- E Das „Social Freezing“ ist eine risikolose Therapie und kann daher jeder jungen Frau uneingeschränkt angeboten werden.

3 Welche der folgenden Aussagen trifft *nicht* zu?

- A Bei künstlichen Befruchtungen (IVF, ICSI) dürfen pro Therapiezyklus maximal 3 Embryonen in den Uterus transferiert werden.
- B Die Verwendung von Spendersamen (Fremdsamen) bei Durchführung einer künstlichen Befruchtung ist in Deutschland unter bestimmten Voraussetzungen gestattet.
- C Die Verwendung fremder Eizellen (Eizellspende) bei Durchführung einer künstlichen Befruchtung ist in Deutschland erlaubt, wenn bei dem Paar eine genetische Erkrankung vorliegt.
- D Bei eileiterbedingter Sterilität stehen entweder tubenchirurgische Rekonstruktionen oder In-vitro-Fertilisationen als Therapieoption zur Verfügung.
- E Künstliche Befruchtungen (IVF, ICSI) dürfen von jeder/m Fachärztin/Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe durchgeführt werden.

4 Welche der folgenden Aussagen trifft zu?

- A Die Schwangerschaftsrate nach künstlichen Befruchtungen in Deutschland ist in den letzten Jahren stetig angestiegen und liegt derzeit bei ca. 60% pro durchgeführtem Embryotransfer.
- B Die Zwillingschwangerschaftsrate nach künstlichen Befruchtungen liegt in Deutschland bei rund 1,5%.
- C Bei Verwendung von Fremdsamen (Samenspende) hat das so gezeugte Kind kein Recht, seinen biologischen (genetischen) Vater kennenzulernen.
- D Bei einer „Embryonenreduktion“ werden nicht fertilisierte Eizellen im Rahmen einer künstlichen Befruchtung verworfen.
- E Nach einer Mehrlingsgeburt findet die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung oft unter erschwerten Bedingungen statt.

5 Welche der folgenden Aussagen trifft nach erfolgreicher Kinderwunschbehandlung *nicht* zu?

- A Bei einer Drillingsschwangerschaft haben Paare nach der Zeit des unerfüllten Kinderwunsches eine weitere Anpassungsleistung zu erbringen: mit den Schwangerschafts- und Geburtsrisiken zu leben.
- B Bedingt durch die Wunscherfüllung ist nicht mit (weiteren) psychischen Belastungen zu rechnen.
- C Gerade nach langen Kinderwunschbehandlungen ggf. mit Verlusten von Schwangerschaften ist ein Risiko für psychische Störungen zu antizipieren.
- D Nach Eizellspende ist die Anpassungsleistung besonders hoch, da die Eizelle „fremd“ ist.
- E Störungen in der Sexualität, die während der Kinderwunschbehandlung aufgetreten sind, können fortbestehen.

6 Welche Aussage zu Paarinterventionen trifft *nicht* zu?

- A Paarinterventionen können eine Sensibilisierung für bestehende Belastungsfaktoren erwirken.
- B Paarinterventionen können zur Stärkung der Ressourcen beitragen.
- C Paarinterventionen sind die gesetzliche Voraussetzung für eine Kinderwunschbehandlung.
- D Gegenseitige Vorwürfe und Schuldzuweisungen können in Paarinterventionen transparent gemacht werden.
- E Paarinterventionen bieten Raum für schwer aushaltbare Gefühle wie Wut, Neid, Enttäuschung.

7 Was trifft über die psychische Anpassungsleistung nach frustraner Kinderwunschbehandlung *nicht* zu?

- A Für die Betroffenen ist ein Trauerprozess notwendig, um sich auf neue andere Lebensperspektiven einlassen zu können.
- B Es können depressive Reaktionen beobachtet werden.
- C Psychotherapeutische Kriseninterventionen können zur innerpsychischen Integration des unerfüllten Kinderwunsches und zur psychischen Stabilisierung erheblich beitragen.
- D Psychische und sexuelle Störungen treten nur bei zusätzlichen Verlusten von Schwangerschaften auf.
- E Das Gelingen von psychotherapeutischen Interventionen ist nicht zuletzt gebunden an die Introspektions- und Reflexionsfähigkeit der Patientinnen.

8 Was trifft *nicht* zu für die therapeutische Haltung?

- A Dass der Wunsch nach dem Kind am Ende einer erfolglosen Kinderwunschbehandlung dem Paar ausgedrückt werden sollte, um sich neuen Lebensperspektiven öffnen zu können.
- B Antizipierte Suizidalität für den Fall einer erfolglosen Kinderwunschbehandlung sollte psychotherapeutisch behandelt werden mit dem Ziel der Distanzierung vom angedrohten Suizid.
- C Dass häufig assoziierte Gefühle wie Angst, Verunsicherung, Neid und Wut durchgearbeitet werden.
- D Dass indizierte psychotherapeutisch-psychosomatische Interventionen möglichst zeitnah stattfinden.
- E Dass Schamgefühle das Zeigen und Zulassen von Neidgefühlen verhindern können und psychotherapeutisch bedacht werden müssen.

9 Zum Aktivieren von Ressourcen im Rahmen psychotherapeutischer Interventionen gehört, ...

- A zu beschwichtigen bei Suiziddrohungen.
- B dazu zu raten, sich möglichst oft mit Eltern von Säuglingen zu konfrontieren.
- C darauf hinzuweisen, dass die gerade stattfindende Psychotherapie erheblich zur Erfüllung des Kinderwunsches beitragen kann.
- D in Hinblick auf die Erfüllung des Kinderwunsches eine ergebnisoffene Haltung zu erarbeiten.
- E Gefühle von Wut zu verdrängen.

10 Was trifft *nicht* zu?

- A Unerfüllter Kinderwunsch ist ein kritisches Lebensereignis.
- B Im Falle von akuter Psychose oder akuter Suizidalität ist eine psychiatrisch stationäre Behandlung indiziert.
- C Eine konstruktive interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie, Gynäkologischer Psychosomatik und angrenzenden Fachgebieten mit entsprechender professioneller Expertise ist wünschenswert und unabdingbar, um Patientinnen individuelle Therapieangebote machen zu können.
- D Überstandene kritische Lebensereignisse können eine Ressource darstellen.
- E Im Falle einer Anpassungsstörung ersetzt ein gynäkologisches Gespräch mit Expertise im Bereich Kinderwunsch das psychosomatisch-psychotherapeutische Gespräch.