



Springer

Dear Author:

Please find attached the final pdf file of your contribution, which can be viewed using the Acrobat Reader, version 3.0 or higher. We would kindly like to draw your attention to the fact that copyright law is also valid for electronic products. This means especially that:

- You may not alter the pdf file, as changes to the published contribution are prohibited by copyright law.
- You may print the file and distribute it amongst your colleagues in the scientific community for scientific and/or personal use.
- You may make your article published by Springer-Verlag available on your personal home page provided the source of the published article is cited and Springer-Verlag is mentioned as copyright holder. You are requested to create a link to the published article in Springer's internet service. The link must be accompanied by the following text: The original publication is available at <http://link.springer.de> or at <http://link.springer-ny.com>. Please use the appropriate URL and/or DOI for the article. Articles disseminated via SpringerLink are indexed, abstracted and referenced by many abstracting and information services, bibliographic networks, subscription agencies, library networks and consortia.
- Without having asked Springer-Verlag for a separate permission your institute/your company is not allowed to place this file on its homepage.
- Please address any queries to the production editor of the journal in question, giving your name, the journal title, volume and first page number.

Yours sincerely,

Springer-Verlag

Gynäkologie 2003 · 36:125–136  
 DOI 10.1007/s00129-002-1328-8  
 Online publiziert: 29 Januar 2003  
 © Springer-Verlag 2003

#### Redaktion

Prof. Dr. D. Berg, Amberg (Schriftleitung)  
 Prof. Dr. R. Kreienberg, Ulm  
 Prof. Dr. T. Strowitzki, Heidelberg  
 Prof. Dr. K. Vetter, Berlin

(Für den Berufsverband der Frauenärzte e.V.)  
 Prof. Dr. M. Link, Dresden

Die Beiträge der Rubrik „Weiterbildung · Fortbildung“ sollen dem Facharzt als Repetitorium dienen und dem Wissenstand der Facharztprüfung für den Arzt in Weiterbildung entsprechen. Die Rubrik beschränkt sich auf gesicherte Aussagen zum Thema.



### Willkommen zur Zertifizierten Fortbildung bei Springer!

Neben den Teilnahmebedingungen und Informationen rund um CME können Sie unter <http://cme.springer.de> Ihr persönliches Ergebnis bzw. Ihre Teilnahmebestätigung abrufen. Dies ist nur an dieser Stelle und – da u. a. der Durchschnitt aller Teilnehmer berücksichtigt wird – erst etwa 3 Wochen nach Einsendeschluss möglich.

Die offiziellen Antworten dieser Fortbildungseinheit werden zusätzlich in dieser Zeitschrift an selber Stelle publiziert und zwar in Ausgabe XX/2003.

Die Teilnahme ist kostenlos und beschränkt sich im Hinblick auf eine eindeutige Identifizierung über die Abonnementnummer auf Individualabonnenten der Zeitschrift.

Für diese Fortbildungseinheit erhalten Sie einen Fortbildungspunkt im Rahmen des freiwilligen Fortbildungszertifikats, wenn Sie 70% der Fragen richtig beantwortet haben bzw. über dem Durchschnitt liegen.

Diese Initiative ist zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrhein-schischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung:

**Springer-Verlag**  
**CME-Helpdesk**  
**E-Mail: [cme@springer.de](mailto:cme@springer.de)**

**[cme.springer.de](http://cme.springer.de)**

T. Wischmann · Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg

# Psychosoziale Aspekte bei Fertilitätsstörungen

## Zusammenfassung

Die Anzahl ungewollt kinderloser Paare wird allem Anschein nach weiterhin steigen. Daher unterziehen sich auch immer mehr Paare einer IVF-Behandlung. Diese ist in Deutschland jedoch nur in 14,7% pro durchgeführtem Versuch erfolgreich. Ein unerfüllter Kinderwunsch kann sowohl negative emotionale Auswirkungen auf den einzelnen Ehepartner als auch Konsequenzen für die Paarbeziehung haben. Besonders Frauen leiden unter dem psychischen Stress, den eine Infertilität auslösen kann; sie sind ängstlicher, depressiver und in ihrem Selbstwert eingeschränkter als ihre Partner. Der Wunsch, diesen Belastungen entgegenzuwirken und die Lebensqualität wieder zu steigern, wird größer; dementsprechend nimmt auch die Nachfrage nach Kinderwunschberatung zu. Wie bei vielen anderen psychosozialen Beratungsangeboten bestehen auch hier Informationsdefizite und Schwellenangst sowie Angst vor Stigmatisierungen durch die Umwelt. Studien belegen, dass verschiedene psychologische Interventionsverfahren häufig zur Stressreduktion beitragen, aber nur selten die Möglichkeit einer Schwangerschaft erhöhen können.

## Schlüsselwörter

Assistierte Reproduktion · In-vitro-Fertilisation · Kinderlosigkeit · Fertilitätsstörung · Psychotherapie

## Psychosocial aspects of fertility disorders

### Abstract

The number of couples experiencing unwanted childlessness will in all likelihood continue to grow. Thus, ever more couples are undergoing IVF treatment; in Germany, this is, however, successful in only 14.7% of attempts. An unfulfilled wish for a child can have both negative emotional effects on the individual partner and consequences for the couple's relationship. Women in particular suffer from the psychological stress that can be caused by infertility; they are more anxious, depressed, and have a decreased self-esteem than their partners. The desire to counteract these emotional strains and to enhance the quality of life is increasing and accordingly requests for counseling services are on the rise. As is the case in so many other psychosocial counseling services offered, there are shortcomings in the information available and a threshold of fear and dread of stigmatization by others persist. Studies have shown that various psychological treatments can often contribute to reducing stress but they do rarely increase the possibility of pregnancy.

### Keywords

Assisted reproduction · In vitro fertilization · Childlessness · Fertility disorder · Psychotherapy

## Problemstellung aus medizinischer und psychologischer Sicht

Nur ca. 3–9% aller Paare mit Kinderwunsch bleiben kinderlos [2, 18, 38, 61], aber jede 3. Frau mit Kinderwunsch wartet länger als 1 Jahr auf eine Schwangerschaft [33]. Mit einer weiteren Zunahme ungewollt kinderloser Paare ist zu rechnen, da das Durchschnittsalter der Erstgebärenden in Deutschland ansteigt: von 25 Jahren im Jahr 1977 auf 29 Jahre im Jahr 1999 [23]. Die Techniken der **▶ assistierten Reproduktion (ART)** werden in immer größerem Maße in Anspruch genommen. So nahm die Zahl der In-vitro-Fertilisationsbehandlungen (IVF) in Deutschland seit 1998 jährlich um 30% zu [24].

Dagegen ist die „Baby-take-home-Rate“ über die Jahre in Deutschland relativ unverändert niedrig geblieben: Nach dem Deutschen IVF-Register lag sie im Jahr 1999 bei 14,7% pro durchgeführtem IVF-Versuch [24]. Bezogen auf die Gesamtzahl der begonnenen Behandlungszyklen, liegt die Rate noch niedriger, da es in nur ca. 3/4 aller Behandlungszyklen überhaupt zu einer Eizellgewinnung und -präparation kommt [24]. Dies bedeutet, dass in Deutschland nach 4 durchgeführten IVF-Versuchen 52,9% der Paare diese Behandlung kinderlos abschließen müssen.

Wie ist es nun um die psychologische Seite der Fertilitätsstörungen und der reproduktionsmedizinischen Behandlung bestellt? Übereinstimmend berichten alle Studien, dass Infertilität zumindest von Frauen als **▶ schwere emotionale Belastung** wahrgenommen wird: In der Studie von Freeman et al. [28] gaben 48% der Frauen und 15% der Männer an, dass sie die Infertilität als schlimmste Krise in ihrem Leben empfunden hatten. Das gefühlsmäßige Auf und Ab im Verlauf einer reproduktionsmedizinischen Behandlung **▶ („emotional roller-coaster“)**, [43] verstärkt sich in den ersten Jahren, wenn diese Behandlung erfolglos bleibt [8, 58].

In der Laienätiologie (sowohl in den Medien als auch in den Vorstellungen vieler Betroffener und Angehöriger) wird die Bedeutung von psychischen Ursachen hoch eingeschätzt **▶ („psychogenic infertility model“)**, [19]. Dies führt dazu, dass auch Paare mit organisch bedingter Fruchtbarkeitsstörung von Außenstehenden häufig den Rat hören, „sie sollten sich nicht so auf den Kinderwunsch fixieren, dann würde es schon klappen“.

Die Etablierung zweier psychosomatischer Forschungsverbände innerhalb des **▶ Förderschwerpunktes „Fertilitätsstörungen“ des BMBF** in den Jahren 1993–2000 war eine Folge des bis dahin unbefriedigenden Forschungsstands zu psychosozialen Aspekten bei Fertilitätsstörungen in Deutschland [16]. Wichtige Ergebnisse und Schlussfolgerungen dieser Forschungen werden im Folgenden dargestellt.

## Psychosoziale Merkmale von ungewollt kinderlosen Paaren

Ein Mythos bezüglich ungewollter Kinderlosigkeit lautet, dass Paare mit unerfülltem Kinderwunsch unzufriedener mit ihrer Partnerschaft seien und vom zu erwartenden Kind eine Verbesserung der Partnerschaftsqualität erhoffte („Messias-Funktion“). Die systematischen Studien des BMBF-Förderschwerpunktes ergaben dagegen, dass es keine größere partnerschaftliche Unzufriedenheit bei ungewollt kinderlosen Paaren gegenüber den repräsentativen Stichproben gibt. Ungewollt kinderlose Frauen stellen sich mit ihrer Partnerschaft im Verlauf einer reproduktionsmedizinischen Behandlung sogar zufriedener als die Norm dar (zur Übersicht: [34, 57]).

Ein weiterer Mythos besagt, dass bei ungewollt kinderlosen Paaren spezifische Paarbeziehungsmuster aufzufinden seien. Dieses gelte insbesondere für **▶ das idiopathisch sterile Paar**: So fand Stauber [53] bei den von ihm untersuchten 39 idiopathisch sterilen Paaren besonders häufig „anklammernd-symbiotische“ Paarbeziehungen (ermittelt durch den Gießen-Test, [5]). Dieser Befund konnte allerdings in einer Analyse von 841 Paaren nicht repliziert werden: Dieser Paartypus stellte nur einen von 6 Paarbeziehungsmustern dar mit einem Anteil von 25,4%, sodass nicht von einer Dominanz dieses Beziehungstyps gesprochen werden kann [65].

Die meisten Erhebungen zur **▶ sexuellen Partnerschaftszufriedenheit** sind aufgrund methodischer Unzulänglichkeiten nicht schlüssig interpretierbar. Allerdings ist hinrei-

### ▶ Assistierte Reproduktion (ART)

In Deutschland schließen 52,9% der Paare die Behandlung nach 4 durchgeführten IVF-Versuchen kinderlos ab

### ▶ Schwere emotionale Belastung

#### ▶ „emotional roller-coaster“

Die Bedeutung von psychischen Ursachen wird in der Laienätiologie hoch eingeschätzt

#### ▶ „psychogenic infertility model“

### ▶ Förderschwerpunkt

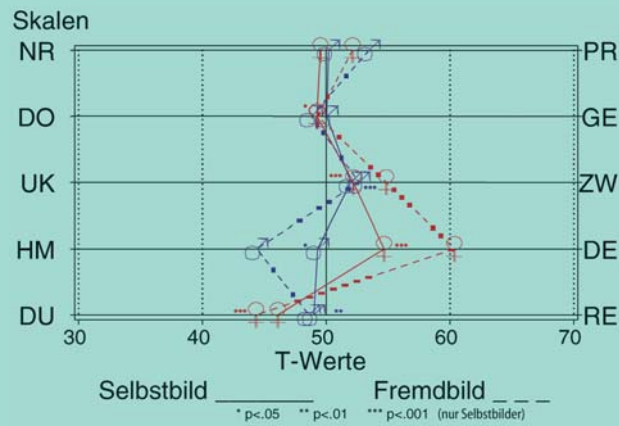
„Fertilitätsstörungen“ des BMBF

Ungewollt kinderlose Paare sind mit ihrer Partnerschaft nicht unzufriedener als andere

### ▶ Idiopathisch steriles Paar

### ▶ Sexuelle Partnerschaftszufriedenheit

Abb. 1 ► **Gießen-Test, Paarprofil (Selbst- und Fremdbilder) bei 841 ungewollt kinderlosen Paaren (n=841).** (Aus [65]; mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des Schöningh-Verlags, Paderborn; NR negativ resonant, DO dominant, UK unkontrolliert, HM hypoman, DU durchlässig, PR positiv resonant, GE gefügig, ZW zwanghaft, DE depressiv, RE retentiv)



chend geklärt, dass ein großer Teil der Paare zu einem bestimmten Zeitpunkt der medizinischen Diagnostik oder Therapie teilweise gravierende Einschränkungen der sexuellen Zufriedenheit als Auswirkung der Behandlung erlebt.

Auch die Untersuchung von Persönlichkeitsmerkmalen ungewollt kinderloser Paare mit standardisierten Instrumenten und an größeren Patientenzahlen führte zu einer weiteren Entpathologisierung dieser Paare aus psychologischer Sicht: Im Durchschnitt erscheinen Kinderwunschaare psychopathologisch unauffällig. Als durchgängige Befunde zeigten sich in den meisten Studien leicht erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierungstendenz bei den Frauen. Die Befunde der Partner sind weitestgehend unauffällig. Beispielhaft dafür ist in **Abb. 1** das Gießen-Test-Paarprofil der im BMBF-Verbund erhobenen Gießen-Test-Daten dargestellt.

Auffällig ist hier die Polarisierung auf der Skala „Grundstimmung“ (Mann „hypoman“ bzw. Frau „depressiv“), die in der Fremdeinschätzung noch akzentuiert wird.

Es liegen noch keine prospektiven Studien zu Persönlichkeitsmerkmalen bei Frauen und Männern vor und nach Aufkommen des Kinderwunsches vor, sodass nicht eindeutig entschieden werden kann, ob diese emotionalen Störungen mögliche Ursache oder ausschließlich Folge der Kinderlosigkeit sind. Es liegt aber nahe, diesen Befund als Folge der medizinischen Diagnostik bzw. Therapie zu interpretieren, da die Ausprägung der Symptome – insbesondere die Depressivität der Frauen – mit der Dauer der Kinderwunschbehandlung zunimmt [8]. In der Gruppe der Kinderwunschaare findet sich ein Anteil psychopathologisch auffälliger Personen, der aber mit 15–20% nicht höher ist als in der Allgemeinbevölkerung [14]. Bei **► unterschiedlichen Sterilitätsdiagnosen** liegen keine gravierenden psychologischen Unterschiede zwischen den Gruppen vor [34].

In Bezug auf die Subgruppe von Paaren mit idiopathischer Sterilität zeigten systematische Studien zur Partnerschaftsqualität und zu Persönlichkeitsmerkmalen, dass es keine gesicherten psychologisch relevanten Unterschiede zwischen idiopathisch sterilen und organisch sterilen Paaren gibt. Dies bedeutet, dass idiopathische Sterilität nicht mit psychogener Sterilität gleichzusetzen ist. Nach den **► Leitlinien „Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin“** [56] kann von einer psychischen (Mit-)Verursachung der Fertilitätsstörungen nur dann gesprochen werden:

- wenn ein Paar trotz Kinderwunsches und Aufklärung durch den Arzt weiterhin fruchtbarkeitsschädigendes Verhalten praktiziert (z. B. Ernährungsweise, vor allem Über- bzw. Untergewicht, Hochleistungssport, Genussmittel- bzw. Medikamentenmissbrauch, extremer v. a. beruflicher Stress);
- wenn ein Paar keinen Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen praktiziert bzw. wenn eine nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung vorliegt;
- wenn ein Paar eine aus medizinischer Sicht notwendige Kinderwunschtherapie zwar bewusst bejaht, diese dann aber doch nicht beginnt.

Persönlichkeitsmerkmale ungewollt kinderloser Paare

Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierungstendenzen sind überwiegend Folge der Kinderlosigkeit

#### ► Unterschiedliche Sterilitätsdiagnosen

Idiopathische Sterilität ist nicht mit psychogener Sterilität gleichzusetzen

#### ► Leitlinien „Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin“

Frauen sind deutlich ängstlicher und depressiver sowie in ihrem Selbstwert und im sozialen Netzwerk eingeschränkter als ihre Partner

#### ► Invasive Techniken (TESE bzw. MESA)

Mit der Dauer der Behandlung nehmen Partnerschaftsqualität und sexuelle Aktivität ab, bleiben aber im Normbereich

#### ► Psychische Stressfaktoren

#### ► Beziehung zwischen Eltern und Kind

Es gibt keine Häufung gravierender Auffälligkeiten in der Entwicklung des Kindes oder in der Paarbeziehung bzw. der Eltern-Kind-Beziehung

#### ► Familien mit höhergradigen Mehrlingen

Ungewollt kinderlose Paare sind durchschnittlich genauso glücklich und sozial eingebunden; sie sind nicht kränker oder gesünder als Eltern

Systematische Untersuchungen zur Einschätzung der Prävalenz psychogener Sterilität nach dieser Definition liegen bisher noch nicht vor, aus klinischer Beobachtung kann dieser Anteil auf ca. 5% geschätzt werden [36, 42, 46].

## Psychische Auswirkungen von ART

### Auswirkungen auf die Partnerschaft

Die negativen emotionalen Auswirkungen nicht nur der Infertilität, sondern auch der reproduktionsmedizinischen Verfahren auf das Erleben der Patientinnen sind inzwischen unumstritten. Frauen zeigen sich deutlich ängstlicher und depressiver sowie in ihrem Selbstwert und im sozialen Netzwerk eingeschränkter als ihre Partner [66], auch im Vergleich zu den Normwerten standardisierter Erhebungsinstrumente. Dies trifft auch dann zu, wenn ausschließlich ein andrologischer Faktor für die Fertilitätsstörung verantwortlich ist [44]. Bei den ► **invasiven Techniken wie TESE bzw. MESA** während einer ICSI-Behandlung erscheinen die betroffenen Männer im Vergleich zur Norm emotional stark belastet [8]. Männer mit andrologischem Faktor beschreiben sich als ängstlicher und unsicherer im Vergleich zur Norm [31].

Partnerschaftsqualität und sexuelle Aktivität nehmen mit der Dauer der Behandlung ab, bleiben aber im Normbereich [4, 7], wohingegen die Depressivität der Frauen bei Behandlungsmisserfolg zunimmt [37]. Über eine Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens bei Geschlechtsverkehr nach Termin und während einer IVF-Behandlung berichten bis zu 60% der Frauen [22, 26, 27, 28, 41].

Der höchste ► **psychische Stress** liegt beim Einsetzen der Monatsblutung bei Behandlungsmisserfolg und in der Wartezeit nach Embryotransfer [11, 12, 32, 39]. Der medizinische Teil der Behandlung (z. B. Laparoskopie, Narkose, Blutentnahmen) wurde nur von einer Minderheit als ziemlich oder sehr unangenehm empfunden. 41% von 195 befragten Patientinnen berichteten über berufliche Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der IVF-Behandlung [3, 39]. Nahezu 2/3 aller Paare nehmen trotz Misserfolgs nicht alle angebotenen Behandlungszyklen in Anspruch [45]. Als Gründe dafür werden in erster Linie die emotionalen Belastungen der ART angegeben [32].

### Entwicklungen von Familien nach ART

Zur Entwicklung der durch ART gezeugten Kinder gab es bisher 2 konträre Standpunkte: zum einen, dass sich diese Kinder und auch die ► **Beziehung zwischen Eltern und Kind** eher schlecht entwickelten. Schließlich würden die Eltern nach der Phase des idealisierten Kinderwunsches nun auch mit den Schwächen und Schattenseiten des Kindes konfrontiert und wendeten sich dementsprechend aus Enttäuschung ab.

Auf der anderen Seite steht, dass diese Kinder eine besonders gute Entwicklung nahmen, da sie ja so innig gewünscht worden seien. Systematische Studien zeigen, dass keine dieser beiden Vorannahmen berechtigt ist: Es findet sich grundsätzlich keine Häufung gravierender Auffälligkeiten in der körperlichen, kognitiven und psychischen Entwicklung von Kindern nach ART, dieses gilt auch für die Beziehung der Eltern und die Eltern-Kind-Beziehung [29, 58], wobei bei letzterer eine Tendenz zur Überbehütung in der Adoleszenz zu erkennen ist [30]. Als wichtige Ausnahme sind ► **Familien mit höhergradigen Mehrlingen** nach ART zu nennen. Diese erscheinen nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus psychologischer Sicht eindeutig als Risikogruppe [58]. Der hohe Anteil der Mehrlingsgeburten nach ART von bis zu 47,2% [9] ist daher sehr kritisch zu bewerten.

### Langfristige Folgen ungewollter Kinderlosigkeit

Die Annahme, dass Kindersegen zum Lebensglück unbedingt dazugehörte, ist falsch. In einer gemeinsamen Studie der Universitäten Jena und Freiburg i. B. wurden 428 Personen zwischen 43 und 65 Jahren, je zur Hälfte Kinderlose und Eltern, befragt. Ergebnisse: Ungewollt kinderlose Paare sind durchschnittlich genauso glücklich und sozial eingebun-

den; sie sind nicht kränker oder gesünder, haben nicht mehr psychosomatische Störungen, depressive Verstimmungen oder andere Erkrankungen als Eltern. Als günstig für die langfristige Bewältigung ungewollter Kinderlosigkeit erweist sich die positive Neubewertung und Akzeptanz der Situation, aktive Suche nach Alternativen und nach sozialen Kontakten. Prognostisch ungünstig sind Grübeln und Ursachensuche in eigenem Versagen, das Gefühl der Machtlosigkeit und eine starke Fokussierung auf Kinder als Lebensziel [58].

Der Eintritt von ► **Spontanschwangerschaften** nach Aufgabe des Wunsches nach einem leiblichen Kind (z. B. nach durchgeführter Adoption) wird zwar häufig zitiert, hält aber einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht statt [1, 48, 54]. In der Studie „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ innerhalb des BMBF-Förderschwerpunktes wurden 204 Paare befragt, von denen 32 den Kinderwunsch inzwischen aufgegeben hatten. Von diesen 32 Paaren war eine Frau mit mehrjähriger sekundärer Sterilität nach Annahme eines Pflegekindes spontan schwanger geworden. Die Wahrscheinlichkeit von Spontanschwangerschaften nach Adoption bzw. Pflegschaft liegt damit also noch deutlich unter der Schwangerschaftswahrscheinlichkeit nach reproduktionsmedizinischer Behandlung [62].

### Bedarf an psychologischer Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch

In der Studie „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ [64] wurde ► **der Versorgungsbedarf an psychosozialer Beratung** bei unerfülltem Kinderwunsch aus der Sicht der betroffenen Paare sowie der niedergelassenen Gynäkologen erfasst.

#### Aus der Sicht der Ärzte

Zunächst wurden die über 200 niedergelassenen Gynäkologen des Kreises „Unterer Neckar“ von einer Projektmitarbeiterin telefonisch ausführlich interviewt (85% Teilnahmequote). Die Ergebnisse dieser Umfrage entsprechen weitgehend denen der Studie von Bengel et al. [6]: Im Mittel wird der Anteil der Patientinnen mit Fertilitätsproblemen in der eigenen Praxis bei ca. 5 % gesehen. Der Bedarf an psychosozialer Kinderwunsch-Beratung wird bei durchschnittlich der Hälfte dieser Patientinnen angenommen. Von den befragten Ärztinnen wurde ein hoher Beratungsbedarf der Patientinnen doppelt so häufig angenommen wie von ihren männlichen Kollegen.

Wie in der Studie von Bengel et al. (a. a. O.) sahen die meisten Interviewten eine psychologische Beratung bei Misserfolg der reproduktionsmedizinischen Behandlung für notwendig an (49,5%, s. ■ **Abb. 2**), ein geringerer Prozentsatz bei Diagnosestellung bzw. Behandlungsbeginn (37,9%). Von einem Teil der befragten Ärzte (21%) wurde die psychologische ► **Beratung als Alternative zur medizinischen Behandlung** gesehen, d. h. als nicht sinnvoll bei Vorliegen organischer Ursachen der Kinderlosigkeit.

#### Aus der Sicht der Paare

Um den Bedarf an psychosozialer Kinderwunschberatung aus der Sicht der betroffenen Paare zu erheben, wurden sowohl eine Internetumfrage als auch eine Reihe persönlicher Patienteninterviews durchgeführt. Die Internetumfrage wurde im Verlauf eines Jahres von 109 Personen beantwortet (überwiegend von Frauen). An den Interviews beteiligten sich 67 Patienten der Kinderwunsch-Sprechstunde der Universitätsfrauenklinik Heidelberg (auch hier überwiegend Frauen). Die Ergebnisse der Interviews erscheinen aufgrund der geringen Selektion dieser Stichprobe besser generalisierbar als die Ergebnisse der Internetumfrage.

Im Gegensatz zu den Annahmen der interviewten niedergelassenen Frauenärzte wünschte die Mehrzahl der Befragten in der Internetumfrage das Angebot oder die Vermittlung von mehr Informationen schon zu Beginn der Behandlung (32%; s. ■ **Abb. 3**). Weniger häufig wurde die Beratung vor invasiven medizinischen Maßnahmen und nach erfolgloser Behandlung gewünscht. Für die ca. 40% der Teilnehmer der Internetumfrage, die Argumente gegen eine psychologische Kinderwunsch-Beratung angaben, stan-

#### ► Spontanschwangerschaften

#### ► Versorgungsbedarf an psychosozialer Beratung

Bei durchschnittlich der Hälfte der Patientinnen mit Fertilitätsproblemen wird ein Bedarf an psychosozialer Kinderwunschberatung angenommen

#### ► Beratung als Alternative zur Behandlung



Abb. 2 ◀ **Beratungsbedarf aus Sicht der Ärzte: Ergebnisse der Telefoninterviews (n=105).** (Aus [64])

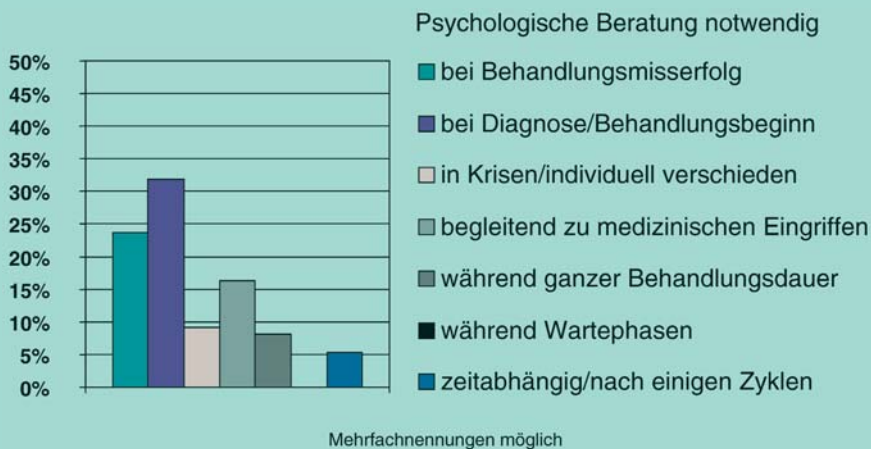


Abb. 3 ◀ **Beratungsbedarf aus Sicht der Paare: Ergebnisse der Internetumfrage (n=109).** (Aus [64])

Äußere Gründe und Angst vor Stigmatisierung, vor zusätzlicher Belastung und vor Fremdbestimmtheit sind die häufigsten Motive für eine Entscheidung gegen eine Beratung

- ▶ **Stigmatisierung**
- ▶ **Angst vor emotionaler Labilisierung**
- ▶ **Eigene Bewältigungskompetenz**
  
- ▶ **Informationsdefizite**

Eine psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch sollte fakultativ sein und zu jedem Zeitpunkt der medizinischen Diagnostik und Therapie zur Verfügung stehen

den äußere Gründe (wie mangelnde Verfügbarkeit oder Kosten) und die Angst vor Stigmatisierung sowie zusätzlicher emotionaler Belastung und Fremdbestimmtheit im Vordergrund. Ein Teil der Befragten (18%) gab an, über „genügend eigene Bewältigungsressourcen“ zu verfügen.

Noch stärker als in der Internetumfrage wurden in den Patienteninterviews Befürchtungen in Bezug auf die psychologische Beratung genannt: Fast 1/3 der Befürchtungen betrafen eine mögliche ▶ **Stigmatisierung** beim Aufsuchen einer psychosozialen Kinderwunschberatung; ca. 18% betrafen die ▶ **Angst vor einer emotionalen Labilisierung**. In 1/5 der Nennungen wurde ▶ **eine ausreichende eigene Bewältigungskompetenz** angegeben, sodass eine psychologische Beratung für sich selbst nicht für notwendig erachtet wurde. 20% der Gründe gegen die Inanspruchnahme einer psychosozialen Kinderwunschberatung ließen

▶ **Informationsdefizite** erkennen, d. h. die Interviewten hatten keine genaue Vorstellung von Ablauf und Zielen der Beratung. Von 15% der interviewten Patienten wurde häufig angenommen, dass eine psychologische Beratung nur bei Fehlen von organischen Störungen und bei Behandlungsmisserfolg ihren Platz hätte.

Aufgrund der genannten Befürchtungen und der Informationsdefizite bezüglich der psychologischen Beratung, aber auch aufgrund der verfügbaren Ressourcen der betroffenen Paare lässt sich erklären, weshalb durchschnittlich nur etwa 20–25% der Paare das Angebot einer psychologischen Beratung tatsächlich in Anspruch nehmen [13]. Aus diesen Ergebnissen kann man folgern, dass eine psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch fakultativ sein und zu jedem Zeitpunkt der medizinischen Diagnostik und Therapie zur Verfügung stehen sollte [47]. Für vulnerable bzw. besonders belastete Paare ist sie als notwendig anzusehen. Diese Risikogruppe umfasst ca. 15–20% aller Frauen und Männer [13].

## Ziele psychologischer Kinderwunschberatung

Als beispielhaft für die Ziele psychologischer Kinderwunschberatung seien hier die Beratungsschwerpunkte der Studie „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ genannt [50, 51]:

- Bessere Bewältigung der Kinderlosigkeit ermöglichen,
- potenziell auftretende (Paar-)Konflikte vermindern,
- Kommunikation des Paares miteinander, mit den Ärzten und mit anderen verbessern,
- Akzeptanz bei erfolgloser medizinischer Therapie fördern,
- Unterstützung bei der Suche nach alternativen Perspektiven.

Die Beratungsgespräche werden mit der Grundhaltung geführt, Kinderlosigkeit nicht zwangsläufig als Ausdruck einer pathologischen Paarstruktur oder eines „fixierten“ Kinderwunsches zu verstehen. Eine Fertilitätsstörung basiert auf einem ► **multifaktoriellen Bedingungsgefüge**, bei dem psychische Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen können.

Das Erleben einer Fertilitätsstörung kann als ein ► **kritisches Lebensereignis** angesehen werden, dessen Bewältigung bzw. Nicht-Bewältigung weitreichende Konsequenzen für die Fruchtbarkeit, für die Partnerschaft und für weitere Lebensbereiche haben kann. Angestrebt wird eine allgemeine Stressreduktion, die sekundär auch die medizinische Behandlung insofern positiv beeinflussen kann, als z. B. Behandlungsentscheidungen rationaler getroffen werden und aufgrund eines differenzierteren Informationsstandes die Konzeptionschancen insgesamt verbessert werden. Weitere Ziele der Beratung sind, möglicherweise entstandene sexuelle Störungen zu bessern und die Lebenszufriedenheit langfristig dadurch wieder zu erhöhen, dass das Leiden am unerfüllten Kinderwunsch relativiert wird, indem neue Lebensziele in den Vordergrund treten. Insbesondere soll die ► **Kommunikation des Paares** miteinander, mit den behandelnden Ärzten und Außenstehenden wie z. B. Verwandten gefördert werden. Eine praxisnahe Übersicht über psychologische Beratungs- und Therapieansätze bei unerfülltem Kinderwunsch gibt das Manual von Strauß [55]. Hinweise zur Sexualberatung finden sich in Hoyndorf [35].

## Effekte psychologischer Interventionen: „Counselling“ und Psychotherapie

In ihrer aktuellen Übersichtsarbeit weist Boivin (2003) [15] darauf hin, dass in nur 25 von 380 Studien zur psychologischen Kinderwunsch-Beratung die Effekte systematisch evaluiert wurden. Bei den systematisch ► **untersuchten psychologischen Interventionen** handelte es sich überwiegend um:

- Entspannungsverfahren,
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und
- Verhaltenstherapie.

Psychoanalytische Verfahren wurden bisher nicht systematisch evaluiert. Von daher fehlt dem „psychogenic infertility model“ die wissenschaftliche Bestätigung. Boivin (a. a. O.) und Strauß et al. [59] konnten zeigen, dass bei der Mehrzahl der Frauen bereits durch ein niederschwelliges Angebot von wenigen Beratungen die emotionale Belastung deutlich reduziert wurde. Bei den Männern war dieser Effekt nicht so deutlich ausgeprägt, da sie sich durchschnittlich gering belastet durch den unerfüllten Kinderwunsch zeigten und deshalb eine starke Reduktion der Belastung nicht zu erwarten war. Nur ► **verhaltensmedizinisch orientierte Interventionen** und ► **Entspannungsverfahren** scheinen eine Erhöhung der Schwangerschaftsrate zur Folge zu haben. Grundlage für diese Einschätzung ist die randomisierte Studie von Domar et al. [25] an 184 ungewollt kinderlosen Frauen mit 2 unterschiedlichen Interventionsverfahren. Das erste Verfahren bestand aus einer Kombination von unterschiedlichen Entspannungstechniken (autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Imagination, Yoga etc.) und verhaltenstherapeutischen Inter-

Studie „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“

- **Multifaktorielles Bedingungsgefüge**
- **Kritisches Lebensereignis**

Ziele der Beratung sind eine allgemeine Stressreduktion, Linderung eventueller sexueller Störungen und eine Erhöhung der Lebenszufriedenheit

- **Kommunikation des Paares**

- **Psychologische Interventionen**

Ein niederschwelliges Beratungsangebot reduziert die emotionale Belastung von Frauen bereits erheblich

- **Verhaltensmedizinisch orientierte Interventionen**
- **Entspannungsverfahren**

ventionen (Kognitive Restrukturierung, Ernährungs- und Bewegungsberatung, „Mind/Body-Program“), jeweils in kleinen Gruppen. Im Vergleich zu diesem Verfahren sollte die Effektivität eines psychosozialen Unterstützungsangebots überprüft werden.

Beide Interventionsverfahren zeigten sich im Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe als wirksam: In den beiden Behandlungsgruppen lag die Schwangerschaftsrate mit über 55% und 54% deutlich über der 20%-Rate der Kontrollgruppe. Es liegen allerdings noch nicht genügend systematische Studien vor, die zeigen, dass sich nach psychologischen Interventionen die Schwangerschaftsrate erhöht.

## Leitlinien

Die Ergebnisse der im BMBF-Förderschwerpunkt „Psychosomatik bei Fertilitätsstörungen“ geförderten Studien sind in den **▶ Leitlinien „Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin“** zusammengefasst worden [56]. Die dazugehörigen Quellentexte wurden in der *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* veröffentlicht [57, 58, 59]. Die Leitlinien und die entsprechenden Quellentexte werden nach ihrer ersten Revision Anfang 2003 im Schattauer-Verlag in Buchform erscheinen. Die Leitlinien der „Special Interest Group: Psychology and Counseling“ der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) von Boivin & Kertenich sind als ESHRE Monograph erschienen [14].

## Patientenratgeber

Aus dem BMBF-Schwerpunkt Fertilitätsstörungen sind verschiedene Materialien entstanden, die sich direkt an die betroffenen Paare wenden. Das **▶ Medienpaket „ungewollte Kinderlosigkeit“** der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung besteht aus 4 Patienteninformationsbroschüren und 4 Videobändern; 3 dieser Broschüren sind auch in türkischer Sprache erhältlich [21]. Die Broschüren können kostenfrei bei der BZgA in 51101 Köln angefordert werden, die Videos sind über Landesbildstellen erhältlich. Der **▶ Patientenratgeber** von Wischmann u. Stammer hat die psychologischen Aspekte von ungewollter Kinderlosigkeit zum Schwerpunkt [63].

## Literaturhinweise für Fachleute/Sachkundige

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der BMBF-geförderten Studien sind im **▶ Jahrbuch der Medizinischen Psychologie**, Bd. 17: „Fruchtbarkeitsstörungen“ zusammengefasst [17]. Übersichten über psychosoziale Aspekte bei Fertilitätsstörungen und insbesondere Beratungskonzepte bei ungewollter Kinderlosigkeit sind detailliert in dem **▶ Sammelband** von Strauß beschrieben [55]. Das Heidelberger Beratungskonzept wird in Stammer u. Wischmann umfassend dargestellt [50]. Als englischsprachige Publikation ist insbesondere auf das Buch von Hammer-Burns u. Covington hinzuweisen [20]. In diesem **▶ Handbuch** werden umfassend alle psychologischen Aspekte bei Fertilitätsstörungen und deren Behandlung einschließlich Eizellspende und Leihmutterchaft beschrieben; es dürfte den derzeitigen „state of the art“ in diesem Bereich darstellen. Ein aktuelles und gut recherchiertes Buch zur Fortpflanzungsmedizin sowohl für Kinderwunschaare als auch für Fachleute hat Martin Spiewak geschrieben [49].

## Internet-Adressen

Die Broschüren der BZGA [21] sind unter der Adresse [www.familienplanung.de](http://www.familienplanung.de) auch online einzusehen. Die Ergebnisse der Studie „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ [64] finden sich unter [www.kinderwunschberatung.uni-hd.de](http://www.kinderwunschberatung.uni-hd.de). Von den zahlreichen Internet-Foren, in denen sich ungewollt kinderlose Paare austauschen, seien hier erwähnt: „Die Kinderwunsch-Seite“ von E. Breitbach ([www.wunschkind.de](http://www.wunschkind.de)) und die Seiten von [www.babyhilfe.de](http://www.babyhilfe.de). In diesen beiden Foren werden auch die psychosozialen Aspekte bei unerfülltem Kinderwunsch behandelt. Seit 2000 gibt es einen Zusammenschluss psychosozialer Berater/-innen bei unerfülltem Kinderwunsch in Deutschland, der als „Beratungsnetzwerk

▶ Leitlinien „Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin“

▶ Medienpaket „ungewollte Kinderlosigkeit“

▶ Patientenratgeber

▶ Jahrbuch der Medizinischen Psychologie

▶ Sammelband

▶ Handbuch

Kinderwunsch Deutschland“ im Internet unter [www.bkid.de](http://www.bkid.de) vertreten ist. Die Internet-Seiten der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe stellen unter [www.dgpdg.de](http://www.dgpdg.de) u. a. das Werk „Praktische Therapie bei Fertilitätsstörungen Manual für Frauenärztinnen und Frauenärzte aus psychosomatischer Sicht“ von Kantenich et al. [40] online zur Verfügung. Als englischsprachige Ressourcen können die Seiten der ESHRE unter [www.eshre.com](http://www.eshre.com), der „Mental Health Professional Group“ innerhalb der American Society for Reproductive Medicine (ASRM) unter [www.asrm.org](http://www.asrm.org) sowie die „British Infertility Counselling Association“ unter [www.bica.net](http://www.bica.net) eingesehen werden.

## Korrespondierender Autor

**Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. T. Wischmann**

Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum, Bergheimer Straße 20, 69115 Heidelberg  
E-Mail: [tewes.wischmann@med.uni-heidelberg.de](mailto:tewes.wischmann@med.uni-heidelberg.de)

## Literatur

- Arronet GH, Bergquist CA, Parekh MC (1974) The Influence of adoption on subsequent pregnancy in infertile marriage. *Int J Fert* 19: 159–162
- Baird P (1995) Proceed with care: New reproductive technologies and the need for boundaries. *J Assist Reprod Gen* 8: 491–498
- van Balen F, Naaktgeboren N, Trimbos-Kemper TC (1996) In-vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. *Hum Reprod* 11: 95–98
- Baram D, Tourtelot E, Muechler E et al. (1988) Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 9: 181–190
- Beckmann D, Brähler E, Richter HE (1991) Der Gießen-Test, 4. Aufl. Huber, Berlin
- Bengel J, Mahler-Napp C, Stegie R (1994) Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Fertilitätsstörungen. *Sexualmedizin* 16: 7–10
- Berg BJ, Wilson JF (1995) Patterns of psychological distress in infertile couples. *J Psychosom Obstet Gynecol* 16: 65–78
- Beutel M, Kupfer J, Kirchmeyer P et al. (1999) Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia* 31: 27–35
- Bonduelle M, Inge Liebaers I, Deketelaere V et al. (2002) Neonatal data on a cohort of 2889 infants born after ICSI (1991–1999) and of 2995 infants born after IVF (1983–1999). *Hum Reprod* 17: 671–694
- Boivin J, Takefman JE, Tulandi T, Brender W (1995) Reactions to infertility based on the extent of treatment failure. *Fertil Steril* 63: 801–807
- Boivin J, Takefman JE (1996) Stress level across stages of in-vitro-fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertil Steril* 64: 802–810
- Boivin J, Andersson L, Skoog-Svanberg A et al. (1998) Psychological reactions during in-vitro fertilization: similar response pattern in husbands and wives. *Hum Reprod* 13: 3262–3267
- Boivin J, Scanlan LC, Walker SM (1999) Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Human Reproduction* 5: 1384–1391
- Boivin J, Kantenich H (2002) (eds) Guidelines for Counselling in Infertility. ESHRE Monograph. Oxford University Press, Oxford
- Boivin J (2003) A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med* (in print)
- Brähler E (1993) Fruchtbarkeitsstörungen – Trends in der psychosomatischen Forschung. *Psychother Psychosom Med Psych* 43: 298–303
- Brähler E, Felder H, Strauß B (2000) (Hrsg) Psychosoziale Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit. *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*, Bd 17. Hogrefe, Göttingen
- Brähler E, Stöbel-Richter Y (2002) Familienfeindlicher Zeitgeist? Zum Wandel im Reproduktionsverhalten in Deutschland und im europäischen Vergleich. *Reproduktionsmedizin* 5: 276–282
- Burns LH, Covington SH (1999a) Psychology of infertility. In: Burns LH, Covington SH (eds) *Infertility counselling. A comprehensive handbook for clinicians*. Parthenon Publishing, New York, pp 3–25
- Burns LH, Covington SH (1999b) (eds) *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. Parthenon Publishing, New York
- BzgA. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1999) (Hrsg) *Medienpaket „Ungewollte Kinderlosigkeit“*. BzgA, Köln
- Demyttenaere K, Nijs P, Ramon W (1988) Wie neurotisch sind infertile Paare? Zur Problematik von psychischen und sexuellen Störungen bei IVF. *Sexualmedizin* 11: 620–624
- Der Spiegel 4/2002: Titelthema „Babys auf Rezept“, S 70–80
- Deutsches IVF-Register (DIR) (2000) *Jahrbuch 2000. Deutsches IVF-Register*, Lübeck
- Domar AD, Clapp D, Slawsky EA et al. (2000) Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril* 73: 805–811
- Downey J, Yingling S, McKinney M et al. (1989) Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril* 52: 425–432
- Eckert H, Sobeslavsky I, Held HJ (1998) Psychische Merkmale bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch vor IVF. In: Goldschmidt S, Brähler E (Hrsg) *Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen*. Huber, Bern, S 27–49
- Freeman EW, Boxer AS, Rickels K et al. (1985) Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 43: 48–53
- Golombok S, Brewaeys A, Cook R et al. (1996) The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. *Hum Reprod* 11: 2324–2331
- Golombok S, Brewaeys A, Giavazzi MT et al. (2002) The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. *Hum Reprod* 17: 830–840
- Glover L, Gannon K, Sherr L et al. (1996) Distress in subfertile men: a longitudinal study. *J Reprod Inf Psychol* 14: 23–36
- Hammarberg K, Astbury J, Baker HWG (2001) Women's experience of IVF: a follow-up study. *Hum Reprod* 16: 374–383

## Internetadressen

<http://www.med.uni-heidelberg.de/psycho/medpsych/kiwulit.htm>

<http://www.bkid.de>

33. Helfferich C, Küppers-Chinnow M (1996) Verbreitung von und Umgang mit Fertilitätsstörungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Kontrazeption, Konzeption, Kinder oder keine. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, S 113–136
34. Henning K, Strauß B (2000) Psychologische und psychosomatische Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit: Zum Stand der Forschung. In: Strauß B (Hrsg) Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie. Hogrefe, Göttingen, S 15–33
35. Hoyndorf S (1999) Sexualberatung. Was Therapeuten wissen sollten, die keine Sexualtherapie anbieten. *Psychotherapeut* 44: 327–336
36. Hull MGR, Glazener CMA, Kelly NJ (1985) Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. *B Med J* 291: 1693–1697
37. Hynes GJ, Callan VJ, Terry DJ et al. (1992) The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: the effects of coping. *Br J Med Psychol* 65: 269–278
38. Huinink J, Brähler E (2000) Die Häufigkeit gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit. In: Brähler E, Felder H, Strauß B (Hrsg) Fruchtbarkeitsstörungen. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Nr. 17. Hogrefe, Göttingen, S 43–54
39. Kantenich H, Hölzle C, Schmiady H et al. (1987) "Am schlimmsten ist das Warten!" Wie Paare die In-vitro-Fertilisation erleben. *Sexualmedizin* 9: 364–370
40. Kantenich H, Henning K, Himmel W et al. (2000) Praktische Therapie bei Fertilitätsstörungen Manual für Frauenärztinnen und Frauenärzte aus psychosomatischer Sicht. In: Strauß B (Hrsg) Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie. Hogrefe, Göttingen, S 225–240
41. Keye WR (1984) Psychosexual responses to infertility. *Clin Obstet Gynecol* 27: 760–766
42. Mai FM (1971) Interesting sexual cases. Psychogenic infertility. *Med Aspects Hum Sex* 5: 26–32
43. Menning BE (1980) The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril* 34: 313–319
44. Nachtigall RD, Becker G, Wozny M (1992) The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertil Steril* 57: 113–121
45. Olivius K, Friden B, Lundin K et al. (2002) Cumulative probability of live birth after three in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycles. *Fertil Steril* 77: 505–510
46. Rantala ML, Koskiamies AI (1988) Sexual behavior of infertile couples. In *J Fertil* 33: 26–30
47. Schuth W, Keck C (2001) Die ideale reproduktionsmedizinische Behandlung – aus der Sicht der Betroffenen. *Geburth Frauenheilkd* 61: 476–482
48. Seibel MM, Taymor ML (1982) Emotional aspects of infertility. *Fertil Steril* 37: 137–145
49. Spiewak M (2002) Wie weit gehen wir für ein Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin. Eichborn, Frankfurt/M.
50. Stammer H, Wischmann T (2003) Paarberatung bei unerfülltem Kinderwunsch. Hogrefe, Göttingen (im Druck)
51. Stammer H, Wischmann T, Verres R (2002) Counseling and couple-therapy for infertile couples. *Fam Proc* 41: 111–122
52. Stanton AL, Dunkel-Schetter C (1991) Cognitive appraisals, coping processes, and adjustment to infertility. Plenum Press, London New York
53. Stauber M (1988) Psychosomatik der sterilen Ehe, 2. Aufl. Grosse, Berlin
54. Strauß B (1991) Psychosomatik der Sterilität und der Sterilitätsbehandlung. Enke, Stuttgart
55. Strauß B (2000) (Hrsg) Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie. Hogrefe, Göttingen
56. Strauß B, Bettge S, Bindt C et al. (2000a) Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin. Leitlinien. *Reproduktionsmedizin* 5: 326–331
57. Strauß B, Bettge S, Bindt C et al. (2000b) Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin – Teil I: Psychosomatische Diagnostik. *Z Med Psychol* 3: 101–109
58. Strauß B, Berger M, Bettge S et al. (2000c) Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin – Teil II: Belastungen durch ungewollte Kinderlosigkeit und Bewältigung der Sterilität nach erfolgreicher reproduktionsmedizinischer Behandlung. *Z Med Psychol* 4: 147–155
59. Strauß B, Berger M, Bettge S et al. (2001) Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin – Teil III: Beratung und Therapie. *Z Med Psychol* 1: 5–13
60. Templeton A, Morris JK, Parslow W (1996) Factors that affect outcome of in-vitro fertilisation treatment. *Lancet* 348: 1402–1406
61. Winston RML (1991) Resources for infertility treatment. *Baillier Clin Obstet Gynaecol* 5: 551–573
62. Wischmann T (2000) Ungewollte Kinderlosigkeit. Ein brennendes Problem: Aus psychologischer Sicht. In: Paulitz H (Hrsg) Adoption. Positionen, Impulse, Perspektiven. Beck, München, S 133–143
63. Wischmann T, Stammer H (2001) Der Traum vom eigenen Kind. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch. Kohlhammer, Stuttgart
64. Wischmann T, Verres R, Stammer H, Scherg H (2001) „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ – Psychosomatische Beratung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch: Teilprojekte „Fortbildung“ und „Beratung“. Schlussbericht für das Bundesministerium für Bildung und Forschung (FKZ: 01KY9606)
65. Wischmann T, Scherg H, Brähler E (2002) Beziehungsmuster ungewollt kinderloser Paare im Gießen-Test. *Z Klin Psych Psychiatr Psychother* 4: 409–426
66. Wright J, Duchesne C, Sabourin S et al. (1991) Psychosocial distress and infertility. Men and women respond differently. *Fertil Steril* 55: 100–108

## Auswahl deutschsprachiger Literatur zum Thema: Ratgeber (Stand: 10/2002)

- Online-Artikel von Anke Rohde: „Zur psychischen Situation ungewollt kinderloser Paare“ und Tewes Wischmann: „Psychologische Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch“ aus dem [www.familienhandbuch.de](http://www.familienhandbuch.de)
- Brassel B (2002), „Alles wird gut“ ... sagt ein kinderloses Paar. Bakiba-Verlag, Gummersbach ([www.bakiba-verlag.de](http://www.bakiba-verlag.de))
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1999) (Hrsg) Medienpaket „Ungewollt kinderlos Ursachen, Behandlung, Hilfen“. Erhältlich über Bzga, 51101 Köln
- Frohn B (1999) Das Buch vom Kinderkriegen. Wege gegen Unfruchtbarkeit. Midena, Augsburg
- Lothrop H (1998) Gute Hoffnung – jähes Ende. Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit. Kösel, München
- Sautter Th (1994) Wirksame Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch, 2. Aufl. Trias, Stuttgart
- Spiewak M (2002) Wie weit gehen wir für ein Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin. Eichborn, Frankfurt/M.
- Stammer H, Wischmann T Paarberatung bei unerfülltem Kinderwunsch. Hogrefe, Göttingen (erscheint 2003)
- Strowitzki T (1998) Wenn das Wunschkind ausbleibt. Ursachen, Diagnosen und Behandlungsmöglichkeiten. Hüthig, Heidelberg
- Thöne Chr, Rabe Th (1999) Wir wollen ein Kind! Unfruchtbarkeit: Ursachen und Behandlung, 2. Aufl. dtv Ratgeber, München
- Winkler U (1994) Der unerfüllte Kinderwunsch. Ein Ratgeber für kinderlose Paare. Beck'sche Reihe
- Wischmann T, Stammer H (2001) Der Traum vom eigenen Kind. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch. Kohlhammer, Stuttgart

## Fragen zur Zertifizierung

### 1. Welche Aussage trifft zu?

- a) Paare mit unerfülltem Kinderwunsch sind mit ihrer Partnerschaft unzufriedener.
- b) Paare mit unerfülltem Kinderwunsch haben spezifische Paarbeziehungsmuster.
- c) Paare mit unerfülltem Kinderwunsch sind im Behandlungsverlauf mit ihrer Partnerschaft zufriedener als die Norm.
- d) Paare mit unerfülltem Kinderwunsch sind psychopathologisch auffällig.
- e) Paare mit unerfülltem Kinderwunsch haben im Behandlungsverlauf keine Einschränkungen ihrer sexuellen Zufriedenheit.

### 2. Welche Aussage trifft zu?

- a) Die Inzidenz der psychogenen Sterilität liegt bei 30%.
- b) Idiopathische Sterilität ist gleichzusetzen mit psychogener Sterilität.
- c) Die Depressivität nimmt mit der Behandlungsdauer ab.
- d) Die sexuelle Aktivität nimmt, wenn auch noch im Normbereich, mit der Dauer der Behandlung ab.
- e) Eine andrologische Ursache belastet die Männer nicht.

### 3. Welche Aussage trifft zu? Der höchste psychische Stress während der Behandlung besteht

- a) während der hormonellen Stimulation,
- b) während der Follikelpunktion,
- c) in der Wartezeit nach dem Embryotransfer,
- d) während des Embryotransfers,
- e) vor Beginn des Behandlungszyklus.

### 4. Welche Aussage trifft zu? Kinder aus Maßnahmen der künstlichen Befruchtung

- a) haben häufiger eine auffällige psychische Entwicklung,
- b) haben häufiger eine auffällige kognitive Entwicklung,
- c) haben häufiger eine auffällige körperliche Entwicklung,
- d) leiden mehr unter einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung,
- e) zählen als Mehrlingskinder zu einer Risikogruppe im psychologischen Sinne.

### 5. Welche Aussage trifft zu? Kinderlose Paare sind

- a) unglücklicher als Paare mit Kindern,
- b) sozial weniger eingebunden als Paare mit Kindern,
- c) kränker als Paare mit Kindern,
- d) gesünder als Paare mit Kindern,
- e) keine der Aussagen trifft zu.

### 6. Welche Aussage trifft nicht zu? Ziel der psychologischen Kinderwunschberatung ist:

- a) bessere Bewältigung der Kinderlosigkeit,
- b) Minderung von Paarkonflikten,
- c) Steigerung der zyklusbezogenen Schwangerschaftsrate,
- d) Verbesserung der Paarkommunikation,
- e) Förderung der Akzeptanz erfolgloser medizinischer Therapie.

### 7. Welche Aussage trifft nicht zu? Zu den typischen psychologischen Interventionen bei unerfülltem Kinderwunsch zählen:

- a) Entspannungsverfahren,
- b) tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- c) klassische Psychoanalyse,
- d) Verhaltenstherapie,
- e) progressive Muskelentspannung.



#### Wichtige Hinweise:

Online-Einsendeschluss: 19.03.2003

Geben Sie die Antworten bitte über das CME-Portal ein: <http://cme.springer.de>

Per Fax oder Brief eingesandte Antworten können nicht berücksichtigt werden.

Die Lösungen der Zertifizierten Fortbildung aus Ausgabe 12/02 lauten:

**1e, 2a, 3d, 4b, 5d, 6d, 7c, 8d, 9e, 10b.**

**8. Welche Aussage trifft nicht zu?  
Häufige Argumente von Paaren  
mit unerfülltem Kinderwunsch  
gegen eine psychologische Beratung  
sind:**

- a) Stigmatisierung,
- b) emotionale Labilisierung
- c) eigene Bewältigungskompetenz
- d) Verschlechterung der Erfolgsaussichten
- e) Indikation zur Beratung nur bei Misserfolg der Behandlung.

**9. Welche Aussage trifft zu?**

- a) Frauenärzte sehen einen Beratungsbedarf bei 50% der Paare mit unerfülltem Kinderwunsch.
- b) Frauenärzte sehen einen Beratungsbedarf bei allen Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch.
- c) Frauenärztinnen sehen weniger Beratungsbedarf als ihre männlichen Kollegen.
- d) Frauenärzte sehen Beratungsbedarf ausschließlich bei Misserfolg der Behandlung.
- e) Psychologische Beratung wird von Frauenärzten grundsätzlich als Alternative zur medizinischen Therapie eingestuft.

**10. Welche Aussage trifft zu?**

- a) 30% aller Paare mit Kinderwunsch bleiben kinderlos.
- b) Das Durchschnittsalter der Erstgebärenden steigt kontinuierlich an.
- c) Die Erfolgsaussichten der In-vitro-Fertilisation steigen kontinuierlich an.
- d) Die Zahl der IVF-Behandlungen in Deutschland nimmt jährlich ab.
- e) Die Lebendgeburtenrate nach In-vitro-Fertilisation liegt bei 25% pro Behandlungszyklus.

**Hier steht eine Anzeige**  
**This is an advertisement**



**Springer**

85 x 240 mm