

# JOURNAL FÜR FERTILITÄT UND REPRODUKTION

KEMETER P, FIEGL J

*Das psychosomatisch orientierte Gespräch im Rahmen der Sterilitätsbehandlung - eine Quantifizierung der Gesprächsschwerpunkte und der therapeutischen Strategien*

*Journal für Fertilität und Reproduktion 1999; 9 (1) (Ausgabe für Österreich), 23-31*

**Homepage:**

**[www.kup.at/fertilitaet](http://www.kup.at/fertilitaet)**

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

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

# DAS PSYCHOSOMATISCH ORIENTIERTE GESPRÄCH IM RAHMEN DER STERILITÄTS-BEHANDLUNG – EINE QUANTIFIZIERUNG DER GESPRÄCHSSCHWERPUNKTE UND DER THERAPEUTISCHEN STRATEGIEN

DAS PSYCHO-SOMATISCH ORIENTIERTE GESPRÄCH

## Summary

*In order to get a better insight into our psychosomatic way of counselling infertile patients, we analysed 69 tape-recorded and transcribed sessions of counselling. Relevant sequences in the interview were assigned to 5 groups of diagnostic foci (focus = psychogenic aspect causing distress and /or symptom) and 3 therapeutic groups. In addition, the patients' mood at the end of the session was assessed and documented by codes.*

*The following diagnostic groups of foci were found (% women, % men): 1. Social surrounding and life situation (92, 53); 2. Partner problems (73, 65); 3. Biographic factors (69, 23); 4. Psychodynamics (57, 39); 5.*

*Stress of treatment (23, 17). Counselling was differentiated into: 1. Information about biological and medical issues (100, 86); 2. Psychotherapeutic strategies (151, 86); 3. Labor of mourning (49, 33). The patients' mood at the end of the session was as follows (% women, % men): unchanged (29, 21); relieved (32, 42); markedly relieved (39, 37). Statistical comparison of the mood after counselling with all diagnostic and therapeutic parameters, as well as with clinical data of the patients showed significant positive connections with the following parameters: 1. Social surrounding and life situation ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ); 2. Partner problems ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ); 3. Psychotherapeutic counselling ( $p < 0,01$ ; n.s.). No significant*

*connections were found with: age, diagnosis, „unencumbered time“, duration of infertility, and the decision for or against a treatment with assisted reproductive technology (ART).*

*The results support our experience, that it is mainly the psychic strain which comes from the social surrounding, the life situation and the partner problems – in contrast to biographic and psychodynamic factors – which can be acutely relieved by counselling. In most cases only one session of counselling is necessary to relieve the patients strained mood, if the relevant diagnostic foci and psychotherapeutic strategies are used. A follow-up study on the long-lasting effect of counselling is under way.*

## ZUSAMMENFASSUNG

Um einen besseren Einblick in unsere psychosomatisch orientierte Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch zu bekommen, haben wir 69 Beratungsgespräche auf Band aufgezeichnet, abgeschrieben und analysiert. Jeder relevante Gesprächsinhalt erhielt einen Code für 5 Focus-Gruppen (Focus = Psychogener Auslöser für Distress bzw. Symptome) und 3 Beratungsarten. Schließlich wurde noch die Stimmung der Betroffenen am Ende des Gesprächs beurteilt und ein Code vergeben.

Die folgenden diagnostischen Foci wurden gefunden (% Frau,

% Mann): 1. Belastungen aus Umfeld, Lebenssituation und soziale Faktoren (92, 53); 2. Partnerschaftsprobleme (73, 65); 3. Biographische Faktoren (69, 23); 4. Psychodynamik (57, 39); 5. Stress der Behandlung (23, 17). An Beratung wurde eingesetzt (% Frau, % Mann): 1. Biologisch-medizinische Information (100, 86); 2. Psychotherapeutische Strategien (151, 86); 3. Trauerarbeit (49, 33). Die Stimmung am Ende des Gesprächs war bei Frauen und Männern wie folgt: unverändert (29, 21); erleichtert (32, 42); deutlich erleichtert (39, 37). Der statistische Vergleich der Stimmung bei Gesprächsende mit den diagnostischen Foci und den Behandlungsarten zeigte positive signifikante Zusammenhänge mit

folgenden Parametern (Frau, Mann): 1. Umfeld, Lebenssituation, soziale Faktoren ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ); 2. Partnerprobleme ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ); 3. Psychotherapeutische Beratung ( $p < 0,01$ , n.s.). Kein signifikanter Zusammenhang bestand zwischen der Stimmung am Ende der Beratung und dem Alter, der Diagnose, der Dauer des Kinderwunsches, der „unbefangenen Zeit“, sowie der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung mit assistierter Reproduktions-Technik (ART).

Die Ergebnisse bestätigen unsere Erfahrung mit der psychosomatisch orientierten Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch, daß man mit der Bearbeitung von psychischen Belastungen aus dem

Umfeld, der Lebenssituation und der Partnerschaft – im Gegensatz zu solchen aus der Biographie und der Psychodynamik – am ehesten eine akute Erleichterung der Betroffenen erreicht. In der Mehrzahl der Fälle genügt dazu eine Beratungsstunde. Der Langzeiteffekt muß durch eine Katamnese überprüft werden.

## EINLEITUNG

Seit 1985 beraten wir unsere Sterilitätspatientinnen und -patienten nach einem Konzept, welches davon ausgeht, daß jedes körperliche Leiden auch eine seelische Seite hat, welche immer berücksichtigt werden muß. Deshalb nimmt an der ersten Konsultation eines Paares mit Kinderwunsch, wenn möglich, auch eine mit der Sterilitätsproblematik vertraute Psychotherapeutin teil. Der Arzt ist ebenfalls psychotherapeutisch geschult und folgt obigem Konzept, auch wenn er alleine berät [1–6].

Wir haben die verschiedenen Beratungsschwerpunkte vor kurzem im einzelnen beschrieben [7]. Nun wollten wir wissen, wie oft diese Gesprächsinhalte oder Foci (psychogene Aspekte, welche Distress und/oder Symptome machen – hier vor allem Sterilität oder schlechtes Ansprechen auf eine medizinische Therapie) tatsächlich aufscheinen. Auch wollten wir nachprüfen, wie oft welche Art der Beratung angewendet wird, d. h. wie oft es sich um eine rein biologisch-medizinische Information oder Aufklärung handelt, oder wie oft psychotherapeutische Strategien zur Anwendung kommen. Schließlich wollten wir wissen, ob es möglich

ist, den Effekt des Gesprächs auf die Stimmung des Paares am Ende der Sitzung abzuschätzen.

## PATIENTEN UND METHODEN

In der Zeit von März 95 bis April 98 konnten 69 psychosomatisch orientierte Gespräche mit Kinderwunschpatienten auf Band aufgezeichnet und analysiert werden. Diese repräsentieren die Untersuchungsgruppe und haben die aus Tabelle 1 ersichtliche Altersverteilung in Jahren.

Tabelle 1: Altersverteilung in Jahren

	N	Bereich	Median
Frauen	69	25–42	33
Männer	49	25–56	35

Folgende Sterilitäts-Hauptdiagnosen lagen vor:

1. Männliche In- bzw. Subfertilität 29 mal (42%)
2. Ungeklärt/Hormonstörung der Frau 26 mal (37,7%)
3. Tubare Sterilität 14 mal (20,3%)

Die Dauer des Kinderwunsches verteilte sich von 1–15 Jahre mit einem Median von 5 Jahren.

### Das Setting

Bei den 69 Gesprächen handelte es sich 56 mal um Erstgespräche (81,2%) und 13 mal um Folge- bzw. Nachgespräche (18,8%). Letztere waren hauptsächlich dann geführt worden, wenn die bisherige Sterilitätsbehandlung erfolglos geblieben war und die Betroffenen enttäuscht ein nochmaliges Überdenken der Behandlung wünschten, oder wir zu diesem Gespräch rieten, wenn wir psychosomatische Barrieren

für die Erfolglosigkeiten vermuteten.

Am Gespräch nahmen 49 mal (71%) beide Partner und 20 mal (29%) nur die Frau teil. Das Gespräch wurde 32 mal (46,4%) vom Arzt zusammen mit der Psychotherapeutin geleitet und 37 mal (53,6%) vom Arzt alleine.

### Dokumentation der Gespräche

Um ein so komplexes Geschehen wie eine fokussierende Beratung dokumentieren und wissenschaftlich bearbeiten zu können, ist es nötig, das Gespräch auf Band aufzuzeichnen. Dies praktizieren wir seit dem März 95 mit zunehmender Konsequenz, sofern uns das Paar seine Zustimmung gibt. Die solcherart aufgezeichneten Gespräche wurden später wortgetreu, inklusive Beschreibung von langen Pausen, besonders leisem Reden, Hüsteln etc. und emotionalen Reaktionen, wie Lachen oder Weinen etc. mittels PC abgeschrieben und gespeichert.

### Analyse der Gespräche

Für jeden der in den Tabellen 2–9 angeführten Foci wurden Codes vergeben, mit welchen die entsprechenden Passagen der Transkripte markiert wurden. Auch für die verschiedenen Arten von Beratung bzw. psychotherapeutischen Strategien wurden Codes geschaffen und entsprechend in den Text eingefügt. Schließlich wurden diese Codes zusammen mit klinischen Daten der Betroffenen in das SPSS 8,0 for Windows Programm übertragen und ausgewertet.

### Statistik

Ob ein Zusammenhang zwischen den unter „Ergebnisse“ beschrie-

benen diagnostischen Focus-Gruppen und den therapeutischen Gruppen einerseits und der Stimmung am Ende des Gesprächs andererseits besteht, wurde statistisch auf Signifikanz geprüft. Auch das Alter der Betroffenen, die Diagnosen und die Dauer der Sterilität, sowie die Dauer der Phase, in welcher eine Schwangerschaft weder verhütet, noch direkt angestrebt („geplant“) wurde – wir nennen sie die „unbefangene Zeit“ – wurden mit der Stimmung am Ende des Gesprächs verglichen. Mit ihr verglichen wir auch die Entscheidung der Betroffenen für oder gegen eine ART (assistierte Reproduktions-Technologie, vulgo: künstliche Befruchtung).

Zum Einsatz kamen dabei der 4-Feldertest (Pearson Chi-Square), die bivariate Korrelation und der Independent-Sample T-Test des SPSS 8,0 Programms.

## ERGEBNISSE

### *Diagnostische Schwerpunkte*

#### *Umfeld, Lebenssituation, soziale Faktoren*

Die aus der Umwelt kommenden Belastungen erlangen ihre psychogene Bedeutung eigentlich erst dadurch, daß auf sie nicht offen reagiert werden kann. Der Punkt 4 in Tabelle 2 z. B., der ausdrückt, daß „alles geheim bleiben muß“, erlaubt es den Betroffenen nicht, sich offen mit den übrigen Belastungsfaktoren auseinanderzusetzen. Diese werden lieber verdrängt und durch Aktivitäten in Richtung Kinderwunsch überdeckt. Aber verdrängte Probleme sind ja nicht verschwunden, sondern machen sich früher oder

später in Form von Distress und diversen körperlichen und psychischen Symptomen bemerkbar.

Meist überlappen sich die Punkte oder verstärken sich gegenseitig. So treffen z. B. für eine aus der Heimat geholte Frau eines Fremdarbeiters die Punkte 1, 3, 4, 5, 7, 8 in Tabelle 2 meist gleichzeitig zu. Für eine Frau, die darauf wartet, daß sie sich durch eine Schwangerschaft von der ungeliebten Arbeit befreien kann, ohne in einen Loyalitätskonflikt mit dem Chef zu kommen, treffen zumindest die Punkte 2 und 4 zu.

#### *Partnerschaftsprobleme*

Die häufigste Klage betrifft die gestörte Sexualität (Tab. 3, Punkt 1). Unserer Erfahrung nach ist es für alle Betroffenen mehr oder

weniger unangenehm bzw. belastend, wenn die Sexualität nicht spontan gelebt werden kann, sondern zum Zeugen eines Kindes nach Plan ausgerichtet werden muß. Daß diese Belastung hier nur in 26 % explizit zur Sprache kommt, liegt offenbar daran, daß in dem einstündigen Gespräch anderen, schwerer wiegenden Belastungen, der Vortritt gegeben wird.

Allen Punkten ist mehr oder weniger gemeinsam, daß die Probleme für die Betroffenen nicht offen auf der Hand liegen, sondern verdrängt oder zumindest verniedlicht werden. Dadurch haben die Partner oft ein falsches Bild von der persönlichen Einstellung des anderen Partners zum Problem. Sie meinen zu wissen, wie der andere denkt, aber im Gespräch

Tabelle 2: Umfeld, Lebenssituation, soziale Faktoren

	Frau N (%)	Mann N (%)
1. Familie, Freunde, Bekannte setzen unter Druck. Real oder in der Vorstellung: „Bin ohne Kind nicht wirklich akzeptiert“	19 (28)	16 (23)
2. Beruf: Kind im Kopf beeinflusst Karriere. „Kind wird mich von dummer Arbeit befreien“ oder „Kind wird mich aus geliebter Arbeit reißen“	14 (20)	2 (3)
3. „Noch kein Nest da für ein Kind“: z. B. beruflich bedingtes Reisen, Umzüge, Hausbau, zu kleine Wohnung, hektischer Lebensstil	11 (16)	8 (12)
4. Das Geheimnis drückt. „Niemand darf von der künstlichen Befruchtung erfahren“	10 (15)	5 (7)
5. Migration: Konflikt zwischen Kulturen und sozialen Schichten; Verlust des sozialen Netzes, z.B. Käfiggefühl einer aus der Heimat geholten Frau, die nicht arbeitet und außer ihrem Mann niemanden hat und versteht.	4 (6)	2 (3)
6. Dramatische Schwangerschafts- und Geburtsergebnisse in der Umgebung, z. B. Aborte, Mißbildungen, Behinderungen in der Familie oder im Bekanntenkreis	3 (4)	1 (1)
7. Finanzielle Belastung durch die Behandlung	1 (1)	2 (3)
8. Ein Erbe wird benötigt	1 (1)	1 (1)
9. Erfolgsberichte in den Medien schüren die Unzufriedenheit mit der Kinderlosigkeit	1 (1)	0 (0)
<b>Gesamt</b>	<b>64 (92)</b>	<b>37 (53)</b>

mit uns erleben sie dann oft zum ersten Mal, daß der Partner in einigen Punkten eigentlich anders denkt. So haben wir den Eindruck, daß bei diesen Paaren die Kinderwunschbehandlung vor allem dem Zudecken dieser Diskrepanzen dient. Denn, sich dem Partnerproblem stellen, bedeutet ja, Risiken eingehen. So scheut sich z. B. eine Frau, ihrem Mann gegenüber offen von ihren ambivalenten Gefühlen gegenüber einer Schwangerschaft oder einem Kind zu sprechen, aus Angst, ihn oder seine Familie damit zu verletzen, bzw. in Ungnade zu fallen. Andere hoffen durch ein Kind die Leere in ihrer Beziehung auszufüllen (Punkt 6) oder dem Gefühl der Erstickung durch das Anklammern des Partners zu entkommen (Punkt 7).

#### Biographische Faktoren

Sie betreffen die Frau offenbar mehr als den Mann, wie aus Tabelle 4 zu ersehen ist. Meist treffen mehrere Punkte zu; sie sind ja oft ursächlich miteinander verbunden. Eine schon früh gestörte Beziehungen zur Herkunftsfamilie etwa, sei es nun ein Sich-abgelehnt-fühlen, oder ein Überbehütetsein, kann leicht dazu führen, daß sich nur ein schwaches Selbstwertgefühl entwickelt, über welches man die Punkte 1, 2, 4, 5, 9 miteinander in einen ursächlichen Zusammenhang bringen kann.

#### Persönliche Psychodynamik

Für viele Betroffene stellt der Kinderwunsch vor allem ein Leistungsziel dar. Etwas treibt sie, dieses Ziel, so wie vorher andere Ziele, unbedingt zu erreichen. Aber während es bisher immer möglich

war, ein Ziel, wenn auch mit viel Einsatz, Ausdauer und Beharrlichkeit, zu erreichen, so geht das hier mit dem Körper nicht. Er will nicht gehorchen und lähmt so das ganze Erfolgskonzept.

Die Betroffenen konnten meist Zuwendung nur aufgrund von Leistungen gewinnen. Dies vor allem aus den oben unter „Biographische Faktoren“ (Tab. 4, Punkt 1, 2) genannten Gründen;

Tabelle 3: Partnerschaftsprobleme

	Frau N (%)	Mann N (%)
1. Gestörte Sexualität; Sexualität als Mittel zum Zweck („Arbeit im Dienste der Fruchtbarkeit“)	18 (26)	15 (22)
2. Schonhaltung: Kinderwunschthema wird tabuisiert, um Partner zu schonen. Trauer, Wut etc. werden unterdrückt	11 (16)	
3. Ungleicher Kinderwunsch. Ein Partner ist mehr ambivalent (z. B. weil er schon Kind hat), macht nur halbherzig mit. Der andere Partner fühlt sich alleingelassen	9 (13)	10 (14)
4. Machtkampf; Schuldzuweisungen; Vorwürfe	6 (9)	4 (6)
5. Unterschwellige Aggressivität in der Beziehung	3 (4)	0 (0)
6. Kühl-distanzierte Beziehung; Behandlung ist das einzig Gemeinsame	2 (3)	2 (3)
7. Symbiotisch-anklammernde Beziehung (kein Platz für ein Kind)	1 (1)	2 (3)
8. Unvollständig erscheinende Partnerschaft; diese ist nur mit Kind erfüllt; „dem Partner ein Kind schenken“.	1 (1)	1 (1)
<b>Gesamt</b>	<b>46 (73)</b>	<b>43 (65)</b>

Tabelle 4: Biographische Faktoren

	Frau N (%)	Mann N (%)
1. Eigene konflikthafte Elternbeziehung wird aktiviert, z. B. früher Verlust von Mutter oder Vater; selbst nicht erwünscht gewesen zu sein; unter Überfürsorge gelitten zu haben etc.	12 (18)	6 (9)
2. Noch nicht von Herkunftsfamilie abgelöst; noch kein eigenständiges, erwachsenes Leben begonnen	7 (10)	3 (5)
3. Dramatisch erlebte Fehl-, Früh-, Totgeburten, Schwangerschaftsabbrüche (mit Schuldgefühlen) etc.	7 (10)	1 (1)
4. Angst vor körperlichen Veränderungen durch die Schwangerschaft; große Angst vor Komplikationen	5 (7)	1 (1)
5. Schwierigkeiten mit dem Annehmen der weiblichen Rolle	5 (7)	0 (0)
6. Dramatisch erlebte Trennungen in früheren Beziehungen von Partnern und/oder Kindern	4 (6)	3 (4)
7. Dramatische Schwangerschafts- und Geburtserlebnisse, Behinderungen etc. in der Familie	4 (6)	2 (3)
8. Sexualität und Fruchtbarkeit waren Tabuthemen in der Familie	2 (3)	0 (0)
9. Kind hauptsächlich als Mittel gegen das Alleinsein	1 (1)	0 (0)
10. Frühere Prophezeiungen, z. B. Arzt sagte, daß Gebärmutter zu klein fürs Kinderkriegen ist etc.	1 (1)	0 (0)
<b>Gesamt</b>	<b>48 (69)</b>	<b>16 (23)</b>

daher wurden sie zu Perfektionisten (Tab. 5, Punkt 1) und erreichen damit auch viel im Leben. Daß der Körper trotz Leistung (Planen, Behandeln etc.) und Kontrolle (BST, Eisprungbestimmung, Ultraschall) nicht macht, was von ihm verlangt wird, macht die Betroffenen wütend auf ihn (Tab. 5, Punkt 3) und gleichzeitig überaus hilflos (Tab. 5, Punkt 2). Je länger die frustrierten Bemühungen um das Kind dauern, desto ersehnter wird das Kind, es wird immer mehr idealisiert, bis hin zum einzigen Sinn des Lebens (Tab. 5, Punkt 7).

### Stressfaktoren der Behandlung – latrogene Faktoren

Jede medizinische Behandlung stellt mehr oder weniger eine Belastung für die Patienten dar, eine Sterilitätsbehandlung aber ganz besonders, denn sie betrifft auch den Bereich Sexualität, Intimsphäre, Scham, etc. und dauert außerdem oft ziemlich lange. Dazu kommt der Druck, welcher durch das Warten auf den Erfolg erzeugt wird. Dies alles wird als Stress erlebt und kann in den in Tabelle 6 angeführten Punkten zusammengefaßt werden.

### Therapeutische Schwerpunkte

Die Gespräche dienen nicht nur der Diagnostik von psychosozialen Einflußfaktoren auf die Sterilität und auf etwaige Behandlungsversager, sondern sollen auch einen therapeutischen Effekt haben. Im folgenden zeigen wir, wie oft die 3 von uns eingesetzten Beratungsarten angewendet wurden.

### Die biologisch-medizinische Beratung

Darunter fallen alle Informationen über die jeweiligen biologisch-medizinischen Ursachen der Sterilität und über mögliche Ursachen von etwaigen frustrierten Behandlungen. Dabei wird nur gesichertes Wissen weitergegeben, denn es gibt viele Mythen auf dem Gebiet der Fruchtbarkeit, nicht nur bei Laien, sondern auch bei Ärzten. Es ist z. B. zu wenig bekannt, daß normal funktionsfähige Spermien bis zu 7 Tage lang befruchtungsfähig in den weiblichen Eileitern auf den Eisprung und die Eizelle warten und daß deshalb ein Geschlechtsverkehr 7 Tage vor dem Eisprung auch zu einer Schwangerschaft führen kann. Mit anderen Worten, bei normalem Spermogramm ist das akribische Bestimmen des Eisprunges überflüssig, wenn das Paar wenigstens einmal wöchentlich Geschlechtsverkehr hat. Viele Paare planen den Geschlechtsverkehr, um den Tag des Eisprunges nicht zu versäumen. Oft ist aber dieses „Planen“ die einzige Ursache, warum keine Schwangerschaft eintritt, weil der dabei entstehende Distress die vegetativen Körperfunktionen stört. Die biologisch-medizinische Beratung hat nun hauptsächlich das Ziel, den

Tabelle 5: Persönliche Psychodynamik

	Frau N (%)	Mann N (%)
1. Leistungsorientierte Persönlichkeit; geringe Kompromißfähigkeit; Hang zur Perfektion; hohe Anforderung an sich selbst	11 (16)	7 (10)
2. Hilflosigkeitsgefühl durch Versagen aller Leistungs- und Kontrollfunktionen	10 (15)	5 (7)
3. Persönlicher Kampf gegen den Körper; mangelndes Vertrauen in den Körper, dessen Versagen die erste persönlich erlebte Grenze darstellt	7 (10)	0 (0)
4. Persönliche Veränderungswünsche durch das Kind, z. B. um nicht allein zu sein oder verlassen zu werden	4 (6)	1 (1)
5. Hang zum Verleugnen ambivalenter Gefühle, was Kind betrifft; nur positive Gefühle werden zugelassen	3 (4)	3 (5)
6. Kinderlosigkeit stellt Weiblichkeit/Männlichkeit in Frage (z. B. Kinderwunsch zur Flucht aus der Stiefmutterrolle, wenn Partner Kind hat)	2 (3)	7 (10)
7. Sinn des Lebens hängt am Kind	2 (3)	4 (6)
<b>Gesamt</b>	<b>39 (57)</b>	<b>27 (39)</b>

Tabelle 6: Stressfaktoren der Behandlung – latrogene Faktoren

	Frau N (%)	Mann N (%)
1. Belastungen durch die Behandlung: Schmerzen, unpersönliche und beschämende Behandlungsverläufe (Klinikroutine, mangelnde Intimsphäre, mangelnde Erklärungen, Angst vor Spritzen etc.)	13 (19)	8 (12)
2. Stress durch Sichtbarmachen von Körperfunktionen, z. B. der Eibläschen im Ultraschall bei der IVF	2 (3)	1 (1)
3. Erfolgsdruck durch das Behandlungsziel Schwangerschaft	1 (1)	3 (4)
<b>Gesamt</b>	<b>16 (23)</b>	<b>12 (17)</b>

Betroffenen genügend autoritäre Bestätigung dafür zu geben, daß sie nicht planen sollen. Wenn sie aber zwanghaft „planen müssen“, dann setzt die psychotherapeutische Beratung ein, mit den in Tabelle 8 gezeigten Strategien.

#### Die psychotherapeutische Beratung

Sie verwendet auch unbewußtes oder teilweise bewußtes pathogenes Material, um durch Bewußtmachung, Klärung, Konfrontation, Durcharbeiten, Provokation und ähnliche Techniken, eine Auflösung von psychosomatischen Blockaden zu erreichen.

#### Trauerarbeit – eine Umorientierung wird in Gang gesetzt

Eine wichtige und wirksame psychische Leistung für die Verarbeitung von Verlusten ganz allgemein ist die Trauerarbeit. Solange die Trauer um einen geliebten Menschen nicht abgeschlossen ist, kann man keine neue wirkliche Liebesbeziehung eingehen. Hier handelt es sich zwar „nur“ um ein gewünschtes Kind im Kopf, aber auch dieses kann durch sein „Nichtkommen“ depressionsähnliche psychische und körperliche Reaktionen hervorrufen. Wir versuchen daher herauszufinden, ob die Betroffenen bereit sind, um das Kind, welches nicht kommen will, zu trauern. Wenn dies der Fall ist, bestärken wir sie darin, die Trauer durchzumachen und zu vollenden. Die in dieser Studie bearbeiteten Schwerpunkte zu diesem Thema sind in der Tabelle 9 aufgelistet.

#### Die Stimmung am Ende des Gesprächs

Die Stimmung der Betroffenen am Ende des Gesprächs vor und bei

der Verabschiedung wurde sowohl den verbalen Äußerungen entnommen, wie z. B. auf unsere Frage: „Wie geht es Ihnen jetzt?“, als auch den indirekten Äußerungen und nonverbalen Signalen. Als „erleichtert“ oder „deutlich erleichtert“ wurden, je nach Ausmaß, folgende Äußerungen gewertet: Ausdrückliches, herzliches Bedanken für das gute Gespräch; spontane Äußerung des Erleichtertseins; Äußerungen der Freude auf die nahe Zukunft und dergl., sowie nonverbale Signale wie Lachen, Witzig- und Ausgelassensein etc.

Als unverändert oder verschlechtert wurde die Stimmung gewertet, wenn die gerade genannten Äußerungen unterblieben, das „Danke“ bei der Verabschiedung kurz und frostig ausfiel und die nonverbalen Signale für gedrückte oder rein sachlich-kalte Stimmung sprachen, was aus dem Tonfall meist unschwer zu entnehmen war. Dieses Bewertungssystem erbrachte das aus Tabelle 10 ersichtliche Ergebnis.

Die Stimmung am Ende des Gesprächs zeigte nur mit den

Tabelle 7: Die biologisch-medizinische Beratung

	Frau N (%)	Mann N (%)
1. Information über die Grenzen des biologisch-medizinisch Möglichen	22 (31)	18 (26)
2. Information über die autonome Steuerung der Reproduktion durch Hormone, Vegetativum u.a.m.; Einfluß der Emotionen und der Psyche auf die Reproduktionsvorgänge	17 (25)	18 (26)
3. Information über unsere katamnestiche Studie [4, 5], die zeigt, daß spontane Schwangerschaften häufiger sind als durch medizinische Behandlungen hervorgerufene Schwangerschaften	17 (25)	13 (19)
4. Die Physiologie der Zeugung; Mißverständnisse ausräumen, Fehlverhalten korrigieren (z. B. „Planen ist kontraproduktiv“)	13 (19)	10 (15)
<b>Gesamt</b>	<b>69 (100)</b>	<b>59 (86)</b>

Tabelle 8: Die psychotherapeutische Beratung

	Frau N (%)	Mann N (%)
1. Vorphantasieren des Loslassens: verschiedene alternative Lebenssituationen; das „Nicht-Planen“ (dem Zwang widerstehen) etc.	30 (44)	18 (26)
2. Ansprechen der Ambivalenz (zum Kind; zur Behandlung etc.)	28 (41)	12 (17)
3. Ansprechen von Leistungsstrategien, die hier paradox wirken können (z. B. Planen des Geschlechtsverkehrs); Entlasten von Schuld	18 (26)	14 (20)
4. Ansprechen und verinnerlichen des Bildes vom „warmen Nest“	12 (17)	9 (13)
5. Tragfähige Arzt-PatientInnen-Beziehung aufbauen, z. B. wenn diese früher nicht zustande kam oder enttäuscht wurde und daher ein erhöhtes Mißtrauen zu Ärzten besteht	10 (14)	6 (9)
6. Psychotherapie (Einzel/Paartherapie)	6 (9)	1 (1)
<b>Gesamt</b>	<b>104 (151)</b>	<b>60 (86)</b>

folgenden Parametern einen signifikanten Zusammenhang:

1. Partnerprobleme (Frau  $p < 0,01$ , Mann  $p < 0,05$ )
2. Umfeld, Lebenssituation und soziale Faktoren (Frau  $p < 0,01$ , Mann  $p < 0,05$ )
3. Psychotherapeutische Beratung (Frau  $p < 0,01$ )

Für alle übrigen unter „Methoden“ angeführten Parameter konnte kein signifikantes Ergebnis errechnet werden.

## DISKUSSION

Wir haben in dieser Studie den Versuch gemacht, Gesprächsinhalte eines Beratungsgesprächs zu quantifizieren. Dabei haben wir keine Rücksicht darauf genommen, wie lange und intensiv über ein bestimmtes Thema gesprochen wurde, oder wie oft es in einer Beratung zur Sprache kam. Daher können die Zahlen in

den Tabellen 2–9 nur einen Überblick darüber geben, welche Foci und Beratungsinhalte zumindest einmal pro Gespräch bearbeitet wurden.

Daß die den Mann betreffenden Zahlen fast immer niedriger sind als die Zahlen der Frau, liegt natürlich vor allem daran, daß der Mann ja nicht immer teilnahm am Gespräch. Doch haben wir auch dann den Mann berücksichtigt, wenn seine Betroffenheit durch die Aussage der Frau erkenntlich wurde. Dies kommt insbesondere bei den Partnerschaftsproblemen (Tab. 3) zum Ausdruck, denn da liegen die Zahlen des Mannes nur gering unter denen der Frau.

Nach unserem Konzept beginnen wir das Gespräch damit, die Betroffenen zu ersuchen, ihre Kinderwunschgeschichte seit dem Beginn ihrer Partnerschaft zu erzählen. Obwohl die Betroffenen meist die medizinischen Daten in den Vordergrund stellen, fragen wir immer wieder nach ihrem

persönlichen Erleben und nach dem psychosozialen Umfeld entlang ihrer Verlaufsgeschichte. Dabei werden die in Tabelle 2 angeführten Punkte erkennbar. Je länger wir bei diesen Foci bleiben, desto mehr vertiefen und verbreitern sich die Betroffenen in ihnen. So ist es nicht verwunderlich, daß das Thema „Umfeld, Lebenssituation, soziale Faktoren“ (Tab. 2) für die Frau am häufigsten und für den Mann am zweithäufigsten aufscheint. Dabei handelt es sich wieder hauptsächlich um die Punkte 1–5, während die Punkte 6–9 (unter 5%) eher selten sind.

Die Partnerschaftsprobleme stehen für die Frau an zweiter, für den Mann aber an erster Stelle (Tab. 3). Hier haben überwiegend die ersten 4 Punkte Bedeutung (Frau 64%, Mann 58%), in welchen offenbar der Kinderwunsch selbst störend auf die Beziehung wirkt, im Gegensatz zu den Punkten 5–8 (Frau 9%, Mann 7%), wo eine gestörte Beziehung eher unabhängig vom Kinderwunsch zu bestehen scheint.

Bei den biographischen Faktoren ist der Unterschied zwischen Frau und Mann am größten (Tab. 4). Zum einen liegt dies einfach daran, daß diese Daten des Mannes, da er nicht immer anwesend war, weniger leicht über seine Frau zu erfragen waren, zum anderen aber auch daran, daß hier mehr frauenspezifische Foci, wie unter den Punkten 3, 4, 5 und 10 beschrieben, zum Tragen kommen. Immerhin dürften auch beim Mann schmerzvolle Beziehungs- bzw. Trennungserlebnisse in der Biographie eine Bedeutung für Fruchtbarkeitsstörungen haben, weil wir auch bei ihm die Punkte 1, 2, 6 und 7 einige Male finden konnten.

Tabelle 9: Trauerarbeit – eine Umorientierung wird in Gang gesetzt

	Frau N (%)	Mann N (%)
1. Das Bild von Elternschaft neu reflektieren; Alternativen in Betracht ziehen; trotz Kinderlosigkeit Lust am Leben haben	19 (28)	13 (19)
2. Änderung des Lebensplans	9 (13)	8 (12)
3. Versöhnung mit dem Körper, der lange Zeit Feind war; ihn so nehmen wie er ist	3 (4)	1 (1)
4. Sich auch nach außen zur Unfruchtbarkeit bekennen	2 (3)	1 (1)
5. Das Selbstbild modifizieren	1 (1)	0
<b>Gesamt</b>	<b>34 (49)</b>	<b>23 (33)</b>

Tabelle 10: Stimmung am Ende des Gespräches – Ergebnisse

Stimmung bei Gesprächsende	Frau N (%)	Mann N (%)
unverändert/verschlechtert	20 (29)	10 (21)
erleichtert	22 (32)	20 (42)
deutlich erleichtert	27 (39)	18 (37)



Die unter „Psychodynamik“ aufgelisteten Persönlichkeitsmerkmale, welche wir bei Paaren mit Kinderwunsch beschrieben haben [6, 7], scheinen uns in dieser Studie unterrepräsentiert zu sein (Tab. 5). Offenbar wurden in den Gesprächen diese Persönlichkeitsmerkmale häufig nicht dezidiert angesprochen, bzw. kamen nicht zum Ausdruck, weil in dem einstündigen Gespräch eben andere Punkte wichtiger erschienen, und, da sie auch vordergründiger waren, leichter zu besprechen waren.

Stresserlebnisse aus früheren Behandlungen berichteten nur relativ wenige unserer Befragten (Tab. 6). Wenn dies aber der Fall war, dann wurde dieser Stress als sehr belastend geschildert.

Interessant ist, daß sich zwar ein positiver Zusammenhang finden läßt zwischen der Stimmung am Ende des Gesprächs und Problemen mit dem Umfeld, der Lebenssituation und sozialen Faktoren, sowie mit Partnerproblemen, nicht aber mit den tiefer sitzenden, wie den biographischen und psychodynamischen. Es hat also den Anschein, als bewirke das Beratungsgespräch dann am ehesten eine Erleichterung der Betroffenen, wenn die Belastungen für sie leicht erkennbar sind, wie die aus dem Umfeld oder der Partnerschaft kommenden. Tiefer sitzende, mehr unbewußte Probleme (Tab. 4, 5) sind zwar oft wichtige Komponenten der Entstehung von „psychosomatischer“ Infertilität, ihr Bewußtmachen führt aber meist nicht unmittelbar

zu einer Erleichterung, denn Lösungen, so sie überhaupt vorstellbar sind, wären nur mit Anstrengung und nach einiger Überwindung erreichbar (z. B. die Abnabelung von den Eltern).

Hingegen kann man den Betroffenen mit obigen psychotherapeutischen Strategien relativ leicht vor Augen führen, wie sie in die Belastungsspirale geraten sind, und wie sie wieder herauskommen können. Da genügt in den meisten Fällen ein Beratungsgespräch, damit zunächst Gefühle wie Ausweglosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit schwinden und einem Gefühl der Erleichterung Platz machen.

Diese Erleichterung tritt interessanterweise vollkommen unabhängig vom Alter der Betroffenen und deren Sterilitätsdiagnosen, unabhängig von der Dauer des Kinderwunsches, sowie unabhängig davon, ob sie sich nach dem Gespräch für oder gegen eine ART entscheiden. Denn auch dann, wenn eine eindeutig organische Indikation für eine ART vorliegt, sind die oben beschriebenen psychischen Belastungen meist ebenfalls wirksam, so daß es für das „Verkräften“ einer ART sicher gut ist, wenn die Belastungen vorher beseitigt oder vermindert werden.

Zur Zeit führen wir eine telefonische Katamnese mit den Betroffenen dieser Studie durch, um herauszufinden, welchen Langzeiteinfluß die Gespräche gehabt haben. Denn das Hauptziel

unserer psychosomatisch orientierten Gespräche besteht ja darin, den Betroffenen mit Kinderwunsch eine Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, d. h. zur eigenständigen, für sie glücklicheren Lebensgestaltung, unabhängig von der Erfüllung des Kinderwunsches. Erst diese Studie wird zeigen, wie sehr uns dies gelingt. Der hier gezeigte positive Kurzeffekt gibt uns jedenfalls einigen Optimismus, daß auch der Langzeiteffekt für die Betroffenen positiv sein wird.

#### Literatur:

1. Fiegl J, Kemeter P. Die In-vitro-Fertilisation aus der Sicht einer gynäkologisch-psychologischen Zusammenarbeit. *Fertilität* 1989; 5: 156–61.
2. Fiegl J, Kemeter P. Katamnestiche Untersuchung von Paaren mit Kindern nach In-vitro-Fertilisation oder Samenspende. In: Brähler E, Meyer A (eds). *Jahrbuch der medizinischen Psychologie. Psychologische Probleme in der Reproduktionsmedizin*. Springer, Wien, New York 1990; 111–23.
3. Fiegl J. Ungewollt kinderlos. *J Fertil Reprod* 1991; 1: 6–10.
4. Kemeter P. Beratungsgespräch und Erwartungshaltung steriler Paare. Aus der Sicht eines psychotherapeutisch geschulten Gynäkologen. *J Fertil Reprod* 1992; 4: 10–21.
5. Kemeter P. Die assistierte Reproduktion im Rückblick der Patientinnen – was ist ein Erfolg. Eine katamnestiche Untersuchung von Frauen nach Sterilitätsbehandlung. *Fertilität* 1993; 9: 103–10.
6. Kemeter P. Reproduktionsmedizin aus psychosomatischer Sicht. In: Mixa E, Malleier E, Springer-Kremser M, Birkhan I (eds). *Körper-Geschlecht-Geschichte: Historische und aktuelle Debatten in der Medizin*. STUDIEN-Verlag 1996; 208–26.
7. Kemeter P, Fiegl J. Adjusting to life when assisted conception fails. *Human Reproduction* 1998; 13: 1099–105.



**Univ.-Doz. Dr. Peter Kemeter**

*Geboren 1941 in Wien, Abschluß des Medizinstudiums 1968 in Wien, Turnusbildung in Horn und Hainburg, NÖ, Facharztausbildung an der II. Univ.-Frauenklinik Wien bis 1975. Bis 1982 Leitung der dortigen Hormon- und Sterilitätsambulanz. Von 1983 bis 1991 Aufbau und Führung des privaten Instituts für Sterilitätsbetreuung Wien, zusammen mit W. Feichtinger. 1992 Errichtung des Instituts für Reproduktionsmedizin und Psychosomatik der Sterilität in Wien.*

*Schwerpunkte der wissenschaftlichen Arbeiten sind: Gynäkologische Endokrinologie, Fertilität und Sterilität, Reproduktionsmedizin (1. IVF-Geburt 1982), sowie Psychosomatik (Mitbegründer und derzeitiger Präsident der Öst. Ges. f. Psychosomatik in der Gyn. u. Gebh.). 1991 Habilitation für Gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Seit 1989 Lehrbeauftragter des Curriculum: Psychosomatik für Ärzte.*

**Korrespondenzadresse:**

*Univ.-Doz. Dr. Peter Kemeter  
Institut für Reproduktionsmedizin und Psychosomatik der Sterilität  
A-1140 Wien, Hadikgasse 82  
e-mail: p-kem@asog.co.at  
Homepage: <http://www.netz-werk.com/kemeter>*

# NEUES AUS DEM VERLAG

## Abo-Aktion zum Kennenlernen

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte. Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

➔  **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere **zeitschriftenübergreifende Datenbank** mit zahlreichen Artikeln, Fallberichten und Abbildungen – teilweise durch Videoclips unterstützt!

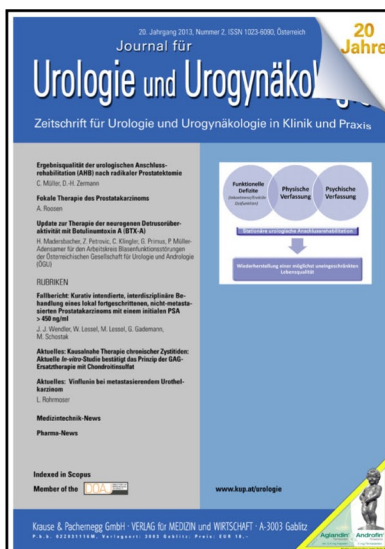
➔  **Bilddatenbank**

➔  **Artikeldatenbank**

➔  **Fallberichte**

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

Wir stellen vor:



## Journal für Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**20 Jahre Journal für Urologie und Urogynäkologie**

Herausgeber: Univ.-Prof. Dr. Franz Fischl

Homepage: <http://www.kup.at/urologie>