

Barbara Bitter-Hackl

Die Sehnsucht nach einem Kind in der familientherapeutischen Praxis

In meiner psychotherapeutischen Praxis in St. Pölten habe ich mich unter anderem dem Spezialthema „unerfüllter Kinderwunsch“ gewidmet. Ich habe mit vielen Klientinnen zu diesem Thema gearbeitet, manche kamen explizit wegen dieses Themas, bei anderen stellte es sich als bedeutendes Nebenthema erst in einigen Gesprächen heraus. Meine Hypothesen und Überlegungen dazu werden mit einzelnen Bausteinen meiner praktischen Arbeit untermauert. Diese Bausteine sind einerseits Bemerkungen und Erlebnisse meiner Klientinnen, andererseits unsere gemeinsame Arbeit in den Psychotherapiesitzungen und stellen Früchte meiner persönlichen Reflexionen und Ergebnisse von Interventionen und Supervisionen dar.

Das Thema betrifft sowohl Frauen als auch Männer, in meiner Praxis habe ich jedoch im Einzelsetting vorwiegend mit Frauen gearbeitet. Männer kommen zum Thema unerfüllter Kinderwunsch öfter in Begleitung ihrer Partnerin zur Paarberatung.

Im Text ist daher von Frauen bzw. Klientinnen die Rede, obwohl einige Erkenntnisse und Erfahrungen sicher auch bis zu einem gewissen Grad auf Männer übertragen werden können.

WUNSCH UND SEHNSUCHT

Wunsch kann definiert werden als ein Begehren nach einer Sache oder Fähigkeit, ein Streben oder zumin-

dest die Hoffnung auf eine Veränderung der Realität oder Wahrnehmung oder das Erreichen eines Zieles für sich selbst oder für einen Anderen (Wikimedia Foundation Inc.).

Sehnsucht hingegen wird definiert als ein unbefriedigtes, tiefes Verlangen nach Jemandem oder Etwas, den oder das man liebt und/oder begehrt (Bibliographisches Institut o.J.). Diese Sehnsucht kann so stark sein, dass Menschen sich regelrecht vor Sehnsucht verzehren und einen großen Leidensdruck verspüren. Sehnsucht kann eine große Triebkraft sein und viel Kraft und Energie freisetzen.

Meiner Erfahrung nach ist der Begriff „Unerfüllter Kinderwunsch“ zu kurz gegriffen, denn er beinhaltet mehr als nur einen Wunsch, eher eine Sehnsucht und ist somit umfassender, betrifft viele Lebensbereiche und das Familiensystem der Klientinnen und Klienten und geht oft mit erheblichem Leidensdruck einher.

Daher würde ich eine andere Begrifflichkeit vorziehen: „Sehnsucht nach einem Kind“ trifft den Kern des Anliegens bzw. Problems meiner Meinung und Erfahrung nach eher als „Wunsch nach einem Kind“ und erscheint mir umfassender.

UNERFÜLLTER KINDERWUNSCH – SEHNSUCHT NACH EINEM KIND

Der Begriff unerfüllter Kinderwunsch kommt aus der medizinischen IVF-Szene und wird von der Gesell-

schaft oft mit künstlicher Befruchtung in Zusammenhang gebracht. Hier geht es darum, Paaren, welche aus unterschiedlichsten Gründen auf natürlichem Wege keine Hoffnung mehr haben, Kinder zu bekommen, mittels künstlicher Befruchtung zu helfen. IVF bedeutet in-vitro-Fertilisation, in Österreich wurden 1982 die ersten beiden IVF-Zwillingsmädchen geboren. Ihre Mutter war mit Hilfe einer künstlichen Befruchtung schwanger geworden (Wunschbaby Institut Feichtinger (o.J.a)). Eine der beiden mittlerweile erwachsenen Frauen nahm später ebenfalls IVF in Anspruch und wurde Mutter von Zwillingsöchtern. Von 2001 bis 2014 wurden 22.652 Schwangerschaften in Österreich mit Hilfe einer künstlichen Befruchtung erzielt (Bundesministerium für Gesundheit 2014, S. 21). Als die erste systemische Psychotherapeutin hat sich Frau Dr. Jutta Fiegl, derzeit Vizerektorin an der Sigmund Freud Universität Wien und unter anderem auch Mitarbeiterin als Expertin zur Vorbereitung des Fortpflanzungsmedizingesetzes 2015, mit dem Thema „unerfüllter Kinderwunsch“ beschäftigt (Sigmund Freud Universität Wien o.J.). Bereits zu Beginn der 1980iger Jahre, als die ersten In vitro Fertilisationen durchgeführt wurden, war sie am ersten ambulanten Kinderwunschinstitut in Wien tätig. Gemeinsam mit dem Fertilitätsmediziner und IVF-Spezialisten Dr. Peter Kemeter (Wunschbaby Institut Feichtinger, o.J.b) entwickelte sie ein Modell zur Begleitung von IVF-Paaren und hat im Zuge ihrer Arbeit viele Kinderwunschpaare interviewt und die Ergebnisse veröffentlicht.

Ein Teil meiner Klientinnen und Klienten sind solche Kinderwunsch-Paare, die sich entschlossen haben, sich dem Prozedere einer künstlichen Befruchtung zu unterziehen bzw. bereits Erfahrungen damit gemacht haben. In meiner Praxis waren das fast ausschließlich Paare, die noch nie ein gemeinsames Kind gezeugt hatten – bis auf eine (besondere) Ausnahme, wo die Frau zwischen 2 IVF-Behandlungen unerwartet auf natürlichem Wege schwanger geworden war und dieses Kind in den ersten Schwangerschaftswochen verloren hatte. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass der Grad an Belastung weniger davon abhängt, welcher medizinischer Befund für die noch immer andauernde Kinderlosigkeit vorliegt, sondern stärker davon, wieviel Hoffnung das Paar noch hat, gemeinsam ohne Unterstützung von außen eine Schwangerschaft herbeizuführen. Bei einem Paar in meiner psychotherapeutischen Praxis wurden weder bei ihr noch bei ihm medizinische Gründe für die beinahe 10-jährige Kin-

derlosigkeit gefunden, eine IVF-Behandlung blieb ebenfalls erfolglos. Das war der Punkt, an dem die beiden (vermittelt über die Kinderwunsch-Klinik) psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nahmen.

Die Sehnsucht nach einem Kind, wie in der Einleitung bereits geschrieben, sehe ich jedoch umfassender als unerfüllten Kinderwunsch und IVF. Frauen und ihre Partner haben in vielen Fällen bereits eines oder mehrere Kinder und wünschen sich ein weiteres. Oftmals sind Fehlgeburten ein Thema, eine oder mehrere hintereinander, manchmal nach einer problemlosen Schwangerschaft und Geburt des ersten Kindes, manchmal war auch die erste ausgetragene Schwangerschaft sehr risikoreich und problembehaftet. Die Sehnsucht nach einem Kind betrifft nicht nur Eltern, sondern auch die potentiellen Großeltern und das familiäre Umfeld des Kinderwunsch-Paares.

Auf den Begriff Sehnsucht haben mich die Gespräche mit meinen Klientinnen auch insofern gebracht, weil die Frauen etwas benennen, was ich am ehesten als „Unvollständigkeit“ bezeichnen würde. Die Familie wäre mit einem oder zwei Kindern noch nicht komplett, sie wären jetzt gefühlsmäßig in der Großfamilie und im Freundeskreis „wieder an der Reihe“ ein weiteres Kind zu bekommen oder werden von Außenstehenden (über zirkuläre Fragen erfasst) als endlich Mutter von zwei Kindern als „rund“, „glücklich“ und „ganz“ gesehen. Vermutlich geht es im gleichen Maß um die Sehnsucht nach einer Familie wie um die Sehnsucht nach einem Kind.

Was ich hier betonen möchte, ist, dass Kinderwunsch nicht nur auf ein erstes Kind beschränkt zu sehen ist, sondern Paare und Familien immer wieder betreffen kann. Auch eine Frau, die glückliche Mutter eines Kindes ist, kann sich genauso stark nach einem weiteren Kind sehnen wie die noch kinderlose Frau.



MAG. BARBARA BITTER-HACKL, MA ist Klinische, Gesundheits- und Arbeitspsychologin, Psychotherapeutin (SF), Brainspotting Basis Therapeutin und Sozialarbeiterin; in freier Praxis in St. Pölten tätig und Mitarbeiterin der Sozialpädagogischen Familienhilfe Melk, Rettet das Kind NÖ.

Diese Vielfalt an Lebens- und Familiengeschichten treffen wir in der psychotherapeutischen Praxis an, daher spreche ich lieber von Sehnsucht als von Wunsch. Sehnsucht ist auch da und bleibt, wenn alle Kinderwunsch-Maßnahmen ausgeschöpft sind oder kann einer Psychotherapeutin im therapeutischen Arbeiten mit Frauen jenseits der Wechseljahre wieder begegnen.

Um das Herz und den Verstand eines anderen Menschen zu verstehen, schaue nicht darauf, was er erreicht hat, sondern wonach er sich sehnt. (Khalil Gibran)

Um einen Menschen in seinen Bedürfnissen tief verstehen zu können, lohnt sich auch in der Psychotherapie ein Blick auf die Sehnsucht.

MÖGLICHE PHASEN DES KINDERWUNSCHES BZW. DER SEHNSUCHT NACH EINEM KIND

PHASE „VORFREUDE“

Wenn ein Paar bewusst plant, ein Kind zu bekommen, liegen dieser Entscheidung oft einige Überlegungen zugrunde. Wann ist der richtige Zeitpunkt für ein Kind? Viele möchten erst die Ausbildung abschließen und einige Jahre Berufserfahrung sammeln, bevor sie eine Familie gründen wollen. Manche Paare müssen sich auch erst bezüglich ihres Kinderwunsches einigen. Wenn das „Basteln“ endlich beginnt, hat einer der Partner möglicherweise bereits eine längere Wartezeit hinter sich, bis sich der andere Partner bereit für ein Kind fühlt.

Es ist nicht ungewöhnlich und entspricht dem Familienlebenszyklus, dass zur ungefähr gleichen Zeit andere Paare im familiären und beruflichen Umfeld und im Freundeskreis mit der Familienplanung beginnen und immer mehr Kinder zur Welt kommen.

Wenn die Entscheidung dann getroffen wurde kommen Paare in eine Zeit, die ich „Vorfreude“ nennen würde. Von Frauenärztinnen und Frauenärzten wird zwar informiert, dass es dauern kann, bis sich eine Schwangerschaft einstellt¹, gespannt wird jedoch ab dem ersten verhütungsfreien Monat gewartet, ob es denn geklappt hat oder nicht.

Es könnte sein, dass manches Paar – auch wenn eine Schwangerschaft bald eintritt – das Gefühl der Ungewissheit oder Sorge kennt, ob es bei ihm klappen oder mit Problemen verbunden sein wird. Mit Ausnahme von Paaren, bei denen ein Partner oder beide bereits Kinder mit anderen Partnern haben, gibt es nämlich keine „Erfahrungswerte“, was die eigene oder gemeinsame Fruchtbarkeit betrifft. Eine Klientin, die in den ersten beiden Monaten nach Absetzen der Pille schwanger wurde, formulierte genau diese Unsicherheit und eine große Freude und Dankbarkeit, dass es mit ihrem Partner und ihr so schnell funktioniert hatte. Ich weise deshalb darauf hin, weil ich von meinen Kinderwunschclientinnen oft die Klage höre, dass andere, die bereits (scheinbar) „problemlos“ Kinder bekommen haben, ihre Nöte gar nicht verstehen könnten. Das mag sein, und Kinderwunschaare stoßen oft auf Unverständnis und gute, unreflektierte Ratschläge im Umfeld. Die Ungewissheit kann in diesem Zusammenhang bekannter sein als Klientinnen vielleicht vermuten, wenn sie mit der eigenen schmerzlichen Sehnsucht beschäftigt sind. Manche glückliche Eltern

können sich an diese kurze Phase möglicherweise nur nicht mehr deutlich erinnern.

Dem gegenüber stehen Aussagen, wie „ich habe die Pille abgesetzt und bin sofort schwanger geworden“, und Klientinnen bekommen den Eindruck, als wäre Schwangerschaft eine Leistung. Meine Klientinnen bekommen in den psychotherapeutischen Gesprächen ebenso Raum, sich über derartige Bemerkungen und die Ungerechtigkeit des Lebens zu beklagen. Eine Klientin beispielsweise war innerhalb von wenigen Monaten in der Arbeit von mehreren schwangeren Arbeitskolleginnen umgeben. Dass das für sie in dieser Lebensphase kaum auszuhalten war ist klar, und Psychotherapie sollte dieses Ventil bieten, sich ungeschönt aufregen und beklagen zu können.

PHASE „ABKLÄRUNG“ UND INFORMATION

Falls nach einem Jahr ohne Verhütung keine Schwangerschaft eintritt, beginnt die medizinische Abklärung beider Partner, ob organische Ursachen, funktionelle Störungen oder idiopathische (ungeklärte) Störungen vorliegen. Hormonstatus, Eileiter, Gebärmutter und Eierstöcke sowie die Spermaqualität wird überprüft. Eine vollständige und anschaulich erklärte Auflistung der Ursachen der Sterilität findet sich bei Fiegl (2012, 28ff.) oder Wischmann (2012, S. 57ff).

Die Kinderwunschaare müssen sich spätestens bei Abschluss der medizinischen Abklärung damit auseinandersetzen, dass entweder die Ursache bei der Frau, dem Mann, beiden oder keinem von beiden liegt².

In der Psychotherapie macht dies insofern einen Unterschied, als Frauen körperlich mehr beanspruchende Kinderwunschbehandlungen als Männer erwarten. Wenn die Ursache der Sterilität beispielsweise beim Mann liegt und eine In-vitro-Fertilisation angestrebt wird, muss dieser miterleben, dass seine Partnerin sich „seinetwegen“ langwierigen Behandlungen mit mitunter unangenehmen Nebenwirkungen aussetzen muss. Die Hilflosigkeit und Selbstvorwürfe des Mannes sollten in der Psychotherapie ausreichend Platz finden und erarbeitet werden, wie hilfreich er für seine Partnerin genau in dieser Zeit sein und was er trotzdem tun kann. Manchmal ist meiner Erfahrung nach eine Sitzung nur mit einem Partner bei einer sonst vereinbarten Paartherapie³ durchaus sinnvoll.

Falls die Ursache bei der Frau liegt, sehe ich die Gefahr hoch, dass sie während den Behandlungen von ihrem Mann alleine gelassen wird. In der Psychothe-

¹ Viele ÄrztInnen empfehlen ab einem Jahr ungeschütztem Geschlechtsverkehr eine medizinische Abklärung der Fruchtbarkeit (gemäß den WHO-Kriterien der ungewollten Kinderlosigkeit) (Glaser o.J.).

² Laut Jahresbericht des IVF-Fonds liegen die Ursachen zu 52,6% beim Mann, zu 16,6% bei der Frau und zu 30,8% bei beiden Partnern (Bundesministerium für Gesundheit 2014, S.7).

³ Stammer, Verres und Wischmann (2004) informieren umfassend über Paartherapie bei unerfülltem Kinderwunsch.

rapie kann erarbeitet werden, inwieweit er sich einbringen und seine Partnerin unterstützen und wie die Partnerschaft mit der Betonung auf Gemeinsames gestärkt werden kann. Der Stress, dem eine Frau während einer IVF-Behandlung ausgesetzt ist, kann durch einen präsenten Partner, der ihr Anteilnahme und Wertschätzung entgegenbringt, erträglicher erlebt werden (vgl. auch Wischmann 2010, S. 126).

Gute Informationen sind in dieser Kinderwunsch-Phase für die Betroffenen essentiell. Gilt es ja, die nächsten Schritte zu planen und sich möglicherweise auf ganz neues unbekanntes Terrain zu begeben. Meine bisherigen Klientinnen waren bereits von ihrer Frauenärztin oder ihrem Frauenarzt ausreichend informiert worden. Als Ratgeber für diese Zeit empfehle ich die Bücher von Jutta Fiegl (2012) oder Wischmann und Stammer (2010).

Falls Kinderwunschaare ihrem Umfeld anvertrauen, dass bei ihnen eine Fertilitätsstörung vorliegt, werden sie ab diesem Zeitpunkt oft mit psychologischem Pseudowissen und „guten“ Ratschlägen konfrontiert – Stress sollte vermieden werden, ein Urlaub würde helfen etc. Als Ursache werden psychische „Blockaden“ vermutet und manchmal unterstellt, dass das Paar anscheinend noch nicht „reif genug“ für Elternschaft sei oder Probleme mit der weiblichen oder männlichen Identität habe.

Kinderwunschaare benötigen in der Psychotherapie eine neutrale Begleitung, und oft ist Psychoedukation sehr hilfreich und eine offene Diskussion von widersprüchlichen Informationen. Es wurde beispielsweise wissenschaftlich noch kein direkter Zusammenhang mit normalem Alltagsstress und Fruchtbarkeit nachgewiesen (Wischmann 2010, S. 126), und es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis, dass familiäre Konflikte sich auf die Fruchtbarkeit auswirken würden. Familiäre Konflikte haben vermutlich einen Einfluss auf die Bewältigung des unerfüllten Kinderwunsches, sind aber keine Ursache davon (vgl. auch Wischmann und Stammer 2010, S. 78). Psychische Belastung und Druck kann sich jedoch auf die Spermqualität auswirken (vgl. Fiegl 2012, S. 34).

Fiegl beschreibt in ihrem Buch die Hypothese, dass die Seele den Körper vor einer Schwangerschaft „schützt“ (vgl. Fiegl 2012, S. 90).

Wischmann und Stammer (2010) und Fiegl (2012) vertreten meiner Ansicht nach nur auf den ersten Blick scheinbar unterschiedliche Positionen. Es lohnt sich sicher, einen Blick auf äußere Lebensumstände, die Partnerschaft und die Bedeutung von Kindern und Fa-

milie für die beiden Partner zu werfen und zu reflektieren, welche Lebensbedingungen eine Schwangerschaft begünstigen würden oder nicht. In der Psychotherapie mit Kinderwunschaaren kommen meiner Erfahrung nach unweigerlich solche Themen zur Sprache. Den Umkehrschluss zu ziehen, dass erst dann, wenn die Partnerschaft „konfliktfrei“, die Kindheit beider Partner „aufgearbeitet“, sich der Mann seiner Identität als Mann bewusst und die Frau „ganz“ Frau ist, sich eine Schwangerschaft einstellen wird, finde ich schlichtweg falsch und überzogen. Jutta Fiegl (2012) führt die Beschäftigung mit der Qualität der Partnerschaft, der eigenen Persönlichkeit, den Lebensumständen und der persönlichen Biographie an,

Kinderwunschaare benötigen in der Psychotherapie eine neutrale Begleitung, und oft ist Psychoedukation sehr hilfreich und eine offene Diskussion von widersprüchlichen Informationen.

um anzuregen, andere Blickwinkel und Überlegungen zum Kinderwunsch oder der Sehnsucht nach einer Familie als bisher einzunehmen. Ein kausaler Zusammenhang zwischen seelischen oder sozialen Bedingungen und einer erfolgreichen Schwangerschaft wird von ihr, genauso wie von Wischmann und Stammer (2010), nicht gesehen. Ich schließe mich diesen Positionen an, denn: Woran kann man messen, dass man „bereit genug“ für ein Kind ist?

Spätestens zu diesem Zeitpunkt können Familienfeiern und -treffen für ungewollt kinderlose Menschen zur Belastung werden. Einerseits ist die oftmalige Frage nach dem Kinderwunsch schwer zu beantworten, sind versteckte Andeutungen zu verkraften („Ich würde ja schon gerne Großmutter sein ...“) und andererseits der neueste „Familienzuwachs“ der Cousine oder Nichte möglichst herzlich zu begrüßen. Manchen Klientinnen ist hier nur zum Weinen, und sie würden am liebsten gar nicht mehr zu einer Familienfeier gehen. Ich bespreche mit ihnen (im Rollenspiel oder mittels Familienbrett) mögliche (Nicht-)Antworten und zu wem in der Familie der Kontakt am angenehmsten ist (Suche nach Ausnahmen).

PHASE DER BEHANDLUNGEN

Wenn sich ein Paar entschließt, sich über eine künstliche Befruchtung helfen zu lassen, sind bereits oftmals viele Methoden ausprobiert worden. Wurde die Tempe-

ratur in der Vergangenheit zur Verhütung einer Schwangerschaft gemessen, wurde bei feststehendem Kinderwunsch als entgegengesetzte Methode die Temperatur zur Bestimmung der optimalen Zeit bereits einige Monate ohne Erfolg angewandt. Viele Paare kennen „Sex nach Plan“ und sind bereits ziemlich verzweifelt. Ein Paar in meiner psychotherapeutischen Praxis kannte nur mehr ein Gesprächsthema, und ich empfahl ihm, ganz bewusst eine begrenzte Zeit für ihre Kinderwunsch-Gespräche zu reservieren, um dann die übrige Zeit für andere Themen zu verwenden.

In der Psychotherapie gilt es zu würdigen, was ein Paar oder eine Frau, wenn sie alleine zur Psychotherapie kommt, bereits hinter sich hat.

In der psychotherapeutischen Begleitung ist es wichtig, über den Ablauf von medizinischen Behandlungen zumindest grob Bescheid zu wissen. Entscheidet sich das Paar, sich auf medizinischem Weg helfen zu lassen, ist es je nach Behandlungsphase unterschiedlichen körperlichen Belastungen ausgesetzt. Beispielsweise muss die Frau sich während einer IVF zur Follikelstimulation zuhause selbst Hormone spritzen und weiß nicht, wie ihr Körper auf die Medikamente re-

dieser Phase verständlicherweise sehr angespannt. Die hormonelle Belastung der Frauen ist sehr hoch. Dadurch kann es zu Stimmungsschwankungen, Übelkeit und Bauchspannen kommen.

Darüber hinaus stehen die Klientinnen in einem unangenehmen psychischen Spannungsfeld: Einerseits müssen sie die medizinischen Behandlungen durchhalten und zuversichtlich sein, dass es klappt, andererseits müssen sie sich auch auf einen möglichen negativen Ausgang der Kinderwunschbehandlung einstellen. Psychotherapie soll durch diese Extreme hindurchbegleiten und alle möglichen Szenarien im Blick halten. Besonders Wartezeiten (jeden Monat auf das Ausbleiben/Einsetzen der Regelblutung, Warten auf neue Befunde oder nächste Behandlungsschritte wie Eizellenentnahme, Entwicklung der Embryonen, Embryonentransfer, Schwangerschaftstest) sind sehr belastend, und Klientinnen benötigen Strategien, wie sie mit negativen Gedanken und Grübeln umgehen können. Diese Strategien erarbeitete ich mit meinen Klientinnen individuell.

Männer sind in dieser Phase oft mehrfach belastet: davon, dass sie womöglich nicht Vater werden können, es ihrer Partnerin psychisch so schlecht geht und sie sich um deren Gesundheit sorgen.

Die Nachricht „nicht schwanger“ bedeutet eine große Krise. Kinderwunschpaare sollten daher vorab über die mögliche psychische Extremsituation informiert werden und die zeitlichen Umstände rund um den Schwangerschaftstest genau (auch mithilfe von Psychotherapie) planen.

Je nachdem, wie oft sich ein Paar IVF-Behandlungen aussetzen muss

(und bereits mehrere erfolglose Versuche hinter ihm liegen) fällt es schwerer, die Hoffnung aufrechtzuerhalten. Zusätzlich können die hohen Kosten für die Behandlungen sehr belastend sein.

Der Zeitpunkt, sich mit Alternativen zu beschäftigen, rückt mit jedem erfolglosen Versuch immer näher.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass, egal in welcher Phase eine Klientin gerade ist, es notwendig ist, den Blick auf das Leben, das parallel zur Beschäftigung mit dem Kinderwunsch unweigerlich passiert, zu richten. Oft verstreichen damit mehrere Jahre, und es ist schade, wenn Menschen realisieren, dass sie ihr Leben „nur“ für den Kinderwunsch gelebt haben. Das Leben besteht ja nicht nur aus der Familienplanung; viele Klientinnen vernachlässigen gerade in dieser Zeit Hobbys oder Freundschaften und ziehen sich zurück. Diese Schutzfunktion hat auch einen Sinn, denn es

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es notwendig ist, den Blick auf das Leben, das parallel zur Beschäftigung mit dem Kinderwunsch unweigerlich passiert, zu richten. Es ist schade, wenn Menschen realisieren, dass sie ihr Leben „nur“ für den Kinderwunsch gelebt haben.

agieren wird. Gefühle der Unsicherheit und Angst können sehr stark sein, wie eine Betroffene in einem Internetforum schreibt: „Am Freitag geht es los mit der Stimulation und langsam steigt die Panik ... O.K., ich gebe zu, einiges klingt ziemlich albern, aber ich habe schlichtweg einfach: ANGST“ (zitiert nach Wischmann und Stammer 2010, S. 83).

Künstliche Befruchtungen sind mit mehreren Terminen in der Kinderwunschlinik verbunden, und besonders die Frau muss sich immer wieder von der Arbeit frei nehmen. Da die wenigsten Klientinnen in der Arbeit über ihren Kinderwunsch sprechen, stehen sie unter dem Druck, alles heimlich zu erledigen. Eine meiner Klientinnen nutzte die Psychotherapie, um mögliche Handlungswege zu planen und abzuwägen, ob, wann und wie lange sie Urlaub nehmen sollte.

Psychisch sind die Frauen (und auch die Männer) in

kann für Klientinnen sehr unangenehm sein, sich vielen Menschen anzuvertrauen. Eine systemische Psychotherapeutin berücksichtigt beide Auswirkungen und versucht, in der Therapie gemeinsam mit der Klientin eine Balance zu finden.

ABSCHLUSS DER BEHANDLUNGEN UND TRAUER

Die Sehnsucht nach einem Kind kann eine große Triebkraft entwickeln und viel Energie und Kraft freisetzen. Viele Klientinnen haben viel Zeit, Kraft, Gesundheit und Geld in die Verwirklichung ihrer Sehnsucht gesteckt. Wenn aus medizinischer Sicht alle Unterstützungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, fühlen sie sich oft nur mehr leer und ausgebrannt, und oftmals hat der Körper unter den medizinischen Behandlungen sehr gelitten.

Unter diesen Vorzeichen beginnt die Phase der Trauer und des Abschieds vom eigenen leiblichen Kind.

Ungewollt kinderlose Paare trauern versteckter als andere Trauernde. Bei anderen Schicksalsschlägen und Trauerfällen gibt es jemanden, den es zu betrauern gibt. Erinnerungen oder Bilder etwa sind vorhanden, und das familiäre Umfeld kann besser und verständnisvoller auf die Trauer reagieren und helfen. Wenn die medizinischen Behandlungen verheimlicht wurden ist es nicht einfach für die Kinderwunschaare, von ihren Nöten zu erzählen (wenn es das überhaupt tut), und das Umfeld reagiert mitunter überfordert und hilflos. Eine Klientin konnte in der Psychotherapie einen Brief an ihre Mutter schreiben und ihr schriftlich ihre Gefühle mitteilen, auch die Enttäuschung, dass diese ihre Trauer über ihre Fehlgeburt nach einer IVF nicht verstehen konnte. Obwohl dieser Brief nie abgeschickt wurde, wurde von ihr diese Art von Beschäftigung mit dem Thema als entlastend erlebt.

Wie bereits an anderer Stelle beschrieben, verändert sich nicht nur das Kinderwunschaar, sondern auch das familiäre System während der Jahre des Kinderwunsches. Es werden von anderen Familienmitgliedern Kinder geboren, und meine Klientinnen müssen sich mit extremen Gefühlen beschäftigen. Die Frage nach dem „Warum ich?“ habe ich schon oft gehört. Eine Klientin formulierte es so: „Ich fühle mich mittlerweile zur Patentante verdammt!“ Ich möchte hier spezifizieren, dass es in diesem Zusammenhang nicht (nur) um dieses „Warum werden andere schwanger?“ geht, sondern eher um das „Warum nicht ich auch?“. Die systemische Sichtweise gibt den Blick auf die eigentliche Trauer frei und befreit die Klientinnen von einem möglichen Vorurteil, anderen Familienmitgliedern oder Freundinnen die Schwangerschaft oder das Kind nicht zu gönnen.

Die Partnerschaft muss sich ebenfalls neu orientieren.

Haben sich beide Partner lange auf ein Leben mit Kind vorbereitet und intensiv darum gekämpft gilt es jetzt, sich gemeinsam die Frage zu stellen, ob und wie man sich das gemeinsame Leben ohne Kind vorstellen und gestalten kann. Eine Klientin war so verzweifelt, dass sie sich sehr abrupt von ihrem Partner trennen wollte. Nach einer Beziehungspause fanden die beiden wieder zueinander.

Neben der Trauerarbeit erleben manche Paare einen Wandlungsprozess, nachdem sie realisiert haben, dass sie keine leiblichen Kinder bekommen können (vgl. Patzer 2015, 161ff.). Sie passen sich den gegebenen Umständen an und beginnen, ihr Leben ohne den realisierten Kinderwunsch zu leben. Manche Kinderwunschaare sind in dieser Phase dazu bereit, sich über Adoption oder Pflegeelternschaft Gedanken zu machen.

Die Sehnsucht nach einem Kind ist etwas, das meine Klientinnen meiner Erfahrung nach immer wieder beschäftigen kann, egal wie lange die Behandlungen zurückliegen. Zeit ist hilfreich, um neue Perspektiven zu gewinnen und sich auf andere Ziele im Leben zu konzentrieren. Viele Paare schaffen sich ein Haustier an; die eigentliche Lücke kann das Tier jedoch nicht füllen. Die Leistung über die Lebensphasen hindurch ist, immer wieder von neuem die Traurigkeit zuzulassen und damit zu leben und sich bewusst zu sein, dass das Leben auch ohne Kind erfüllt und sinnerfüllt ist. Eine kritische Lebensphase kann jene sein, während der Gleichaltrige zu Großeltern werden. Das bleibt ungewollt kinderlos gebliebenen Menschen verwehrt.

Eine Studie zur langfristigen Bewältigung ungewollter Kinderlosigkeit ergab jedoch, dass definitiv ungewollt kinderlos gebliebene Paare sich in ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit, dem Empfinden von Lebensglück und der sozialen Eingebundenheit nicht von Eltern unterscheiden (Wischmann und Stammer, 2010, S. 138).

ADOPTION UND PFLEGEELTERNSCHAFT

Der Weg zu einem Adoptiv- oder Pflegekind ist mit einigen Herausforderungen verbunden. Die Eignung der potentiellen Eltern wird eingehend geprüft. Für weiterführende Informationen verweise ich auf die Abteilungen für Kinder- und Jugendhilfe der jeweiligen Länder (z. B. Amt der Niederösterreichischen Landesregierung o.J. a und b).

Paare, die sich einem Adoptions- oder Pflegeverfahren unterziehen, haben oft den Eindruck, sich besonders für ihren Wunsch rechtfertigen zu müssen. Andere Menschen werden „einfach“ Eltern und müssen sich damit nicht erklären. Diese Ungerechtigkeit ist zwar für die Paare verständlich, die detaillierten Fragen

werden jedoch als zusätzliche Belastung im Kinderwunsch-Weg empfunden.

Ein Pflegekind bleibt seinem Herkunftssystem verbunden, da die leiblichen Eltern weiterhin ein Kontaktrecht haben. Zukünftigen Pflegeeltern sollte dieser Unterschied zum Adoptivkind, das wie ein leibliches Kind bei ihnen aufwächst, bewusst sein. Auch diese Entscheidungsfindung kann Inhalt einer systemischen Psychotherapie sein.

ASPEKTE DER SEHNSUCHT

In meiner Tätigkeit als Klinische Psychologin und Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision habe ich mehrere Formen der Sehnsucht nach einem Kind kennengelernt. Wie bereits in den einleitenden Worten beschrieben ist die Sehnsucht nach einem Kind meiner Ansicht nach nicht nur auf Paare mit unerfülltem Kinderwunsch beschränkt. Aus systemischer Sicht finde ich es wichtig, auch die Lebenssituationen von Familien im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe, von Eltern mit Fehlgeburten, gleichgeschlechtlichen Paaren, alleinstehenden Frauen oder Männern und Großeltern zu beleuchten.

Bei Familien, welche in der Betreuung durch die Kinder- und Jugendhilfe stehen, fällt oft auf, dass diese immer wieder ein Kind bekommen, obwohl oder gerade weil ein oder mehrere Kinder bereits in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe untergebracht worden sind. Ich vermute, dass bei den Müttern oder Vätern die Sehnsucht nach einer intakten Familie den Kinderwunsch antreibt. Ich habe in der systemischen Familienarbeit viele Mütter (und auch Väter) kennengelernt, die ihrerseits in keiner intakten Familie aufgewachsen sind. Sie möchten sich vermutlich eine Familie schaffen, die sie selbst nie hatten. Diese Sehnsucht ist meiner Erfahrung nach schwer mit den Familien bearbeitbar, da sie sich in ihrer Ganzheit zu sehr infrage gestellt fühlen würden. Beispielsweise habe ich mit einer 19-jährigen Frau gearbeitet, die zum Zeitpunkt der Begleitung mit ihrem vierten Kind schwanger war. Das älteste Kind wuchs bei einer Pflegefamilie auf, ihr zweites Kind war eine Totgeburt, und das dritte Kind lebte (noch) bei ihr und dem Kindesvater. Sie schien mir sehr „stolz“ auf ihre Fruchtbarkeit zu sein, als wäre diese eine Leistung, und definierte ihren Selbstwert stark über ihre Mutterschaft.

Etwa jede fünfte Schwangerschaft endet in einer Fehlgeburt, wobei ein großer Teil der befruchteten Eizellen sehr früh abgeht und die Schwangerschaft nur biochemisch nachweisbar war (Kribs 2014, S. 58). Eine Fehlgeburt stellt im Familienlebenszyklus ein kritisches Lebensereignis dar. Wenn die werdenden Eltern bereits Eltern eines lebenden Kindes sind, ist meiner Erfahrung

nach der Schock und die Trauer vergleichbar groß wie bei Eltern, welche ihr erstes Kind durch eine Fehlgeburt verloren haben. Über Fehlgeburten wird wenig gesprochen, erst bei der Beschäftigung mit dem Genogramm einer Familie kommen Fehlgeburten zur Sprache. Sie können dann eingezeichnet werden, bekommen so ihren Platz und die Trauer kann thematisiert werden. Manchmal werden auch Zusammenhänge klar: Wenn es in einer Familie eine hohe Anzahl von Fehl- oder Totgeburten gibt oder ein plötzlicher Kindstod zu betrauern ist, sind junge werdende Mütter ängstlicher, als andere werdende Mamas, in deren Herkunftsfamilie es vergleichsweise weniger Fehlgeburten gibt.

Die Umstände einer Fehlgeburt können besonders traumatisierend sein, wenn diese sich beispielsweise sehr unerwartet nach einer problemlosen ersten Schwangerschaft und Geburt ereignet. Wenn die Mutter das Kind sieht, ist das ebenfalls eine psychische Extremsituation, umso belastender, je länger die Schwangerschaft bereits fortgeschritten war. Krisenarbeit ist in der Psychotherapie der betroffenen Mütter (und Väter) vorrangig, bevor es um Trauerarbeit, Integration und Abschied geht. Eine Traumabehandlung kann ebenfalls notwendig sein, wenn gewisse Bilder nicht aus dem Kopf kommen. Oftmals gilt es auch, die nächste Schwangerschaft zu planen.

Nicht nur Mann-Frau-, sondern auch gleichgeschlechtliche Paare kennen die Sehnsucht nach einem Kind. Das 2015 in Kraft getretene Fortpflanzungsmedizin-Gesetz erlaubt jetzt auch die Samenspende für lesbische Paare. Eine künstliche Befruchtung kann über den IVF-Fonds gefördert werden. Lesbische Paare stehen während einer künstlichen Befruchtung unter einem ähnlichen Druck wie gleichgeschlechtliche Paare. Ein wesentlicher Unterschied ist jedoch, dass es zwei potentielle Mütter gibt, die sich einer IVF unterziehen und eine Schwangerschaft erleben können. Wenn eine der beiden Frauen aufgrund gynäkologischer Befunde nicht (mehr) mit einer künstlichen Befruchtung unterstützt werden kann, wie es bei einer meiner Klientinnen der Fall war, können sich Neidgefühle gegen die Partnerin einstellen. Diese könnte ja möglicherweise eine Schwangerschaft erleben und austragen. Das war aus psychotherapeutischer Sicht ein für mich neuer, aber nicht unbedeutender Aspekt. Weibliche und männliche homosexuelle Paare können in Österreich ein Kind adoptieren oder sich um ein Pflegekind bewerben (vgl. Famos o.J.). Der Umgang mit möglichen Vorurteilen kann Thema der Psychotherapie werden. Belastungen aufgrund der notwendigen Bewerbungsmodalitäten und die Entscheidungen für ein Pflege- und Adoptivkind werden für heterosexuelle wie auch für homosexuelle Paare mit hoher Wahrscheinlichkeit ähnliche sein.

Alleinstehende Frauen und Männer können, neben der Sehnsucht nach einem Partner, Sehnsucht nach einer Familie respektive einem Kind verspüren. In Österreich ist es möglich, sich den Wunsch nach einem Kind mittels Adoption oder Pflege zu verwirklichen. Bei der Entscheidung sollten Single-Frauen und -Männer meiner Meinung nach sehr genau prüfen, wieviel Unterstützung sie im Krankheitsfall oder anderen akuten Situationen haben und wie sie sich bei Bedarf Freiräume schaffen können.

In meiner psychotherapeutischen Praxis konnte ich ebenfalls beobachten, dass die Sehnsucht nach einem Enkelkind, meiner Meinung nach, familientherapeutisch noch sehr wenig Beachtung findet. Es gibt Klientinnen, die sich schon bereit für ein Enkelkind fühlen, doch noch ist keines in Sicht. Sehnsüchtige Großeltern haben ein Dilemma: Sind sie verständnisvolle und rücksichtsvolle Eltern, werden sie ihr Kind und Schwiegerkind nicht bewusst bedrängen wollen. Dies würde (je nach Kinderwunsch-Phase des Paares) vermutlich nichts außer Unmut und Traurigkeit bewirken. Auch können sie nicht darauf Einfluss nehmen, ob ihr(e) Kind(er) jemals Kinder haben möchte(n) oder (bei Singles) einen Partner findet(n). Sehnsuchtsvolle Großeltern sollten in der Psychotherapie Raum bekommen, ihre Sehnsucht zu formulieren und gemeinsam Strategien entwickeln, wie sie ihre Energie für ein Enkelkind (vorerst) anderswo einbringen können.

Möglicherweise bleibt auch im Genogramm die nächste Generationenfolge leer, und auch das gilt es zu betrauern. Im Familienlebenszyklus ist der Übergang zur Großelternschaft wie auch zur Elternschaft eine Phase, die zum Leben dazu gehört. Viele Bekannte und Familienmitglieder im selben Alter werden nach und nach Großeltern, und persönliche Interessen und Zeit füreinander können sich ändern. Alles kann sich nur mehr um die Enkelkinder drehen. „Enkellose“ Frauen und Männer machen hier eine ähnliche schmerzliche Entwicklungsphase durch wie ungewollt kinderlose Paare. Unterschiede zu ungewollt kinderlosen Paaren gibt es natürlich: Denke man nur daran, dass bei mehreren Kindern die Wahrscheinlichkeit, doch noch Großeltern zu werden, sehr stark steigt, diese Dimension gibt es für ungewollt kinderlose Paare nicht.

SYSTEMISCHE FAMILIENTHERAPIE BEI SEHNSUCHT NACH EINEM KIND

Für mich scheint die systemische Familientherapie mit ihrer Kompetenz, Klientinnen und Klienten in ihrem jeweiligen Umfeld zu sehen, therapeutische Richtung erster Wahl zu sein. Die Arbeit mit dem Genogramm, das hypothesengeleitete Arbeiten an Zielen, die Suche nach Ausnahmen (z. B. Situationen, in denen die Sehnsucht

weniger belastend spürbar ist oder die Gedanken über den Kinderwunsch etwas in den Hintergrund treten) und Unterschieden hat sich in meiner praktischen psychotherapeutischen Arbeit als sehr hilfreich erwiesen. Auch der kritische Umgang mit dem Konstrukt Wirklichkeit – sich als Therapeutin gleichzeitig insgeheim die Frage stellen zu können, wie wirklich die Wirklichkeit der Klienten ist und gleichzeitig die Kunst zu entwickeln, die „Unantastbarkeit“ der Wirklichkeit meiner Klientinnen vorbehaltlos zu akzeptieren – hat mir die Beschäftigung mit systemischem Gedankengut und familientherapeutischer Lehre gebracht.

Als Klinische und Gesundheitspsychologin nutze ich mein psychologisches Wissen natürlich nach wie vor. Ich würde es so beschreiben, dass meine familientherapeutische Ausbildung mir einen guten Rahmen bietet, in dem ich meine psychologischen Kenntnisse anwenden und weiterentwickeln kann.

Körper, Geist, Psyche und Seele stehen miteinander in Verbindung und haben jeweils Auswirkungen auf einander. Um den Menschen in seiner Ganzheit zu erfassen ist es notwendig, den Blick auch auf Nachbardisziplinen zu richten und Zusammenarbeit zu suchen. Unerfüllter Kinderwunsch betrifft neben der Psyche auch immer das körperliche Erleben, oft auch die körperliche Gesundheit und Versehrtheit. Es gibt Klientinnen, die aufgrund medizinischer Eingriffe traumatisiert sind. Die unvollständige Verarbeitung dieser Erlebnisse kann sich dann vielfältig äußern (bei einer Klientin beispielsweise in wiederkehrenden Albträumen, in denen sie träumt, zu verbluten). Außerdem kann der Körper aufgrund medizinischer Kinderwunsch-Maßnahmen, bspw. durch die Einnahme von Medikamenten und Hormonbehandlungen, sehr beansprucht werden. Manche Klientinnen gehen in der Kinderwunschbehandlung an ihre körperlichen und psychischen Grenzen.

Als eine weitere Besonderheit in der Psychotherapie mit Klientinnen mit Kinderwunsch/Sehnsucht nach einem Kind gilt, dass medizinisches Wissen rund um Schwangerschaft und Geburt hilfreich ist. Empfehlen kann ich in diesem Zusammenhang Wischmann (2012): „Reproduktionsmedizin“. Auch in der Internetpräsenz aller Kinderwunschzentren gibt es entsprechende Informationsseiten für Betroffene. Wie bereits erwähnt, macht es in der Psychotherapie einen Unterschied, wie die medizinischen Befunde ausgefallen sind, ob objektivierbare Fruchtbarkeitsprobleme vorliegen, ob es „nur“ an der Frau oder „nur“ am Mann liegt. Erstens kann hier eine besondere Paardynamik entstehen (Schuldgefühle und –zuweisungen können im Raum stehen etc.), zweitens auch die subjektiv oder objektiv wahrgenommene Chance, doch noch ein (weiteres) Kind zu bekommen, einen wesentlichen Unterschied darstellen.

Die psychotherapeutische Arbeit mit Klientinnen mit Sehnsucht nach einer eigenen Familie/einem eigenen Kind erlebe ich als sehr fordernd, interessant und lohnend. Als herausragendes Merkmal dieser psychotherapeutischen Begleitungen sehe ich an, dass niemand voraussehen kann, ob sich eine erfolgreiche Schwangerschaft einstellen wird oder wann Frauen gelernt haben, mit ihrer Kinderlosigkeit „ausreichend“ umzugehen. Es ist einerseits unklar, ob dieses Ziel Schwangerschaft jemals erreicht werden wird, andererseits, ob es dieses „Ausreichend“ überhaupt gibt.

Bei vielen Klientinnen und Klienten, die psychothera-

licher Stress, wie beispielsweise Schichtarbeit, kann sich hingegen auf die Fruchtbarkeit beider Partner auswirken.⁵ Überhaupt geht es in diesen Gesprächen viel um das Aushalten und das Bearbeiten von Extremen. Viele meiner Klientinnen neigen dazu, extreme Gefühlszustände zu erleben. An manchen Tagen fühlen sie sich recht ausgeglichen und haben den subjektiven Eindruck, dass sie mit ihrem Thema gut umgehen können, an anderen Tagen wieder reicht ein Blick in die Medien aus, um sich wieder schlecht zu fühlen. Das Thema Kinder und Familienplanung ist eines, dem die Klientinnen so schwer ausweichen können,

weil es untrennbar mit dem Leben verbunden ist. Als beispielsweise Herzogin Kate das erste Mal schwanger war, sprach die ganze Welt nur noch vom „Royal Baby“. Eine Klientin erzählte mir, dass sie in einem Modegeschäft drei Frauen mit Kinderwagen oder Schwangerschaftsbauch an-

getroffen hätte. Es war ihr mit dem Hintergrund ihrer Geschichte, einer erst kürzlich erlittenen Fehlgeburt von Zwillingen in den ersten Schwangerschaftswochen nach einer vierten künstlichen Befruchtung nicht möglich, in dem Geschäft zu bleiben.

Aber nicht nur die Gefühle von Traurigkeit, Trauer, Ohnmacht und Verzweiflung können die Klientinnen belasten, sondern auch extreme Gefühle von Neid, Hass und Schadenfreude. Viele Klientinnen erschrecken vor ihren eigenen Empfindungen. Ich habe gute Erfahrung mit dem Normalisieren gemacht. Viele Klientinnen sind entlastet, wenn sie erfahren, dass alle Gefühle ihre Berechtigung haben – es geht vielmehr darum, wie mit diesen Gefühlen umgegangen wird. In diesem Zusammenhang verwende ich oft auch Telearbeit. Gemeinsam mit den Klientinnen arbeite ich daran, welcher Teil in ihnen gerade welches Gefühl hat und welche Bedürfnisse diese Teile jeweils haben. Dies führt die Klientinnen aus dem „Entweder-oder“-Denken heraus und bewirkt eine Entlastung. Genauso hilfreich habe ich die Verwendung des Begriffes „gleichzeitig“ für meine Klientinnen erlebt. Eine Klientin berichtete über die Schwangerschaft ihrer Schwägerin und hatte Gewissensbisse, da sie sie ihr nicht gönnte. Durch die einfache Frage, welche Gefühle noch auftreten, wenn sie an die Schwangerschaft und die zukünftige Nichte, den zukünftigen Neffen denke, erkannte

Der Verlauf einer Kinderwunschbehandlung kann von vielen Rückschlägen geprägt sein, und hier ist es hilfreich, die „Hoffnung hoch zu halten“, auch wenn die Klientinnen selbst gerade keine Hoffnung verspüren.

peutische Hilfe in Anspruch nehmen wollen, gilt es, gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten Rückschläge auszuhalten und wieder von neuem zu beginnen (z. B. bei Suchtverhalten).

Unglücklich kinderlose Menschen können kaum Einfluss nehmen, ob und wie sich ihre Fruchtbarkeit entwickeln wird. Eine Klientin meinte dazu, dass sie sich ihrem Körper ausgeliefert fühlte, sie fühlte sich nicht imstande, positiv auf die Schwangerschaften einzuwirken und weitere Fehlgeburten zu verhindern. Für eine Frau in der Frühschwangerschaft kann es beispielsweise hilfreich sein, arbeiten zu gehen, da sie in der Arbeit abgelenkt ist und weniger Zeit hat, nachz Grübeln, ob sie noch schwanger ist oder sie das Kind, wie schon andere Kinder zuvor, verloren hat. Eine andere Frau in derselben Situation sollte sich zuhause eher ausruhen. Für betroffene Frauen kann dies einen nervlichen Balance-Akt darstellen. Diese Balance mit den Frauen zu halten oder (wieder) zu finden gehört zu den Aufgaben der Psychotherapie. Hilfreich kann Psychoedukation sein: Normaler Alltagsstress wirkt sich, entgegen mancher Annahmen, nicht negativ auf die Fertilität und Fehlgeburten aus (Wischmann, 2010)⁴. Chronischer, extrem beeinträchtigender beruf-

⁴ Der Zusammenhang von Stress und Fruchtbarkeit ist noch nicht hinreichend untersucht, da es schwierig ist, Stress ausreichend zu operationalisieren. Wischmann zieht folgende Schlussfolgerung zu dieser Fragestellung: „Alle Ergebnisse der aktuellen sorgfältig durchgeführten Studien mit größeren Fallzahlen weisen darauf hin, dass der Einfluss von Alltagsstress auf die Fruchtbarkeit nicht vorhanden bzw. zu vernachlässigen ist“ (zitiert nach Wischmann 2010, S. 127).

⁵ Wenn beide Partner schicht- und nachts arbeiten versuchen Wischmann und Stammer (2010, S. 70f.) diese Arbeitsbedingungen zu hinterfragen und mögliche berufliche Veränderungen zu besprechen.

sie, dass sie sich durchaus freute und dass mehrere Gefühle gleichzeitig auftreten können und das auch in Ordnung ist.

Schwangerschaften, Kinder und Jungfamilien sind im täglichen Leben allgegenwärtig, und so können Betroffene nicht vermeiden, immer wieder an ihre unerfüllte Sehnsucht erinnert zu werden. Dementsprechend belastet fühlen sie sich oft im Alltag, und dementsprechend hoch ist das Bedürfnis nach Sensibilität und Rücksichtnahme. Auch das gilt es in der Psychotherapie zu bedenken. Ich sehe mich als Psychotherapeutin auch in der Rolle einer Übersetzerin von Reaktionen des privaten und beruflichen Umfeldes meiner Klientinnen. Meine Hypothese ist dabei, dass es für meine Klientinnen erleichternd ist, wenn sie gewisse Situationen nicht automatisch auf sich und ihre Kinderlosigkeit beziehen sondern wenn auch andere mögliche Sichtweisen in der Psychotherapie besprochen und angeboten werden. Das wiederum kann sich positiv auf soziale Beziehungen und die emotionale Stimmung auswirken.

Der Verlauf einer Kinderwunschbehandlung kann von vielen Rückschlägen geprägt sein, und hier ist es hilfreich, die „Hoffnung“ hoch zu halten⁶, auch wenn die Klientinnen selbst gerade keine Hoffnung verspüren. Ich meine hier keine Aussagen wie „Es wird schon wieder“ oder ein „Es wird sicher gut ausgehen“, was viele Klientinnen von ihrem sozialen Umfeld kennen, sondern eher eine innere Haltung, dass egal, was passiert, die Klientinnen lernen werden, damit umzugehen. Ein Zitat von Søren Kierkegaard drückt dies meiner Meinung nach sehr gut aus: „Verstehen kann man das Leben rückwärts, leben muss man es aber vorwärts.“

Wenn ich darüber reflektieren sollte, welche systemischen Interventionen ich mit meinen Klientinnen und Klienten zu diesem spezifischen Anliegen am meisten verwende, dann sind es sicher die zirkulären Fragen, die auf kleine Unterschiedsbildungen abzielen. Im Schnittmuster systemischer Interventionen, welches die Schnittmenge von inhaltlicher und formaler Hypothesen sowie Hypothesen zur Pragmatik abbildet (Lenz und Niel-Dolzer, 2014), pendle ich mit meiner Herangehensweise an die Therapie zwischen inhaltlichen Hypothesen („wie tickt das System“) und pragmatischen Überlegungen („was geht“) hin und her. Interventionen, denen die formalen Hypothesen („wie verpacke ich den Unterschied, um meine Klientinnen zu erreichen“) zugrunde liegen, wende ich in den Therapiegesprächen im entsprechend dosiert an.

⁶ Fanni Varga (2014) hat sich mit der Bedeutung von Hoffnung in der Psychotherapie beschäftigt. Was Klientinnen und Klienten am meisten hilft, auf ihrem Weg zu bleiben, und die Hoffnung aufrecht zu erhalten, ist die therapeutische Beziehung (S. 195).

Im Erstgespräch ist mir wichtig, dass die Betroffenen einen Ort finden, in dem sie sich öffnen können. Oft ist es ihnen nicht möglich, sich in der eigenen Familie oder im Freundeskreis mit ihrem Problem anzuvertrauen, es besteht in diesem Zusammenhang viel Zurückhaltung und Scham. In der Psychotherapie soll daher ein Raum angeboten werden, in dem sie offen sein können und diese Offenheit auch lernen können. Eine Klientin kam genau mit diesem Anliegen in meine Praxis: Sie wollte lernen, wie im familiären und beruflichen Umfeld besser auf Fragen nach der Familienplanung zu reagieren. Auch ist es mir im Erstgespräch wichtig zu betonen, dass die Klientinnen Expertinnen für ihre Lebenssituation, ihren Körper und auch im Bereich der Lösungsfindung sind. Eine Psychotherapeutin aufzusuchen bedeutet oft, sich einzugestehen, nicht mehr alleine mit einem Problem fertig zu werden und für viele meiner Klientinnen und Klienten (unabhängig von ihrem Anliegen) eine neue Erfahrung. Probleme mit der Fertilität zu haben, kann psychisch gesunde wie kranke Frauen und Männer gleichermaßen betreffen. Im Erstgespräch bespreche ich die Rahmenbedingungen für die Psychotherapie. Psychotherapie solange wie nötig und so kurz wie möglich, leitet mich besonders bei Kinderwunsch-Klientinnen und Klienten. Während im Konzept der Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde (Tewes und Stammer 2006) bis im Jahr 2000⁷ eine Abfolge von zehn Beratungseinheiten von vornherein (mit Option, die Psychotherapie vorzeitig zu beenden oder befristet zu verlängern) vereinbart wurde, gebe ich keine Anzahl von Psychotherapie-Sitzungen vor. Meine Haltung zu Dauer und Frequenz entspricht jedoch ähnlichen Annahmen, wie in Heidelberg getroffen wurden: Den Klientinnen (und deren Partner) soll vermittelt werden, dass sie Probleme so bald als möglich wieder ohne Psychotherapie bewältigen können. Die Frequenz der Sitzungen von wöchentlichen Terminen auf längere Abstände von zwei- bis vierwöchentlich zu verändern, wie es in meiner psychotherapeutischen Praxis üblich ist, hat eine ähnliche Funktion. Abgesehen vom psychotherapeutischen Nutzen für die Klientinnen geht es hier um reine Pragmatik: oftmals der Psychotherapie vorangehend oder begleitend zur Psychotherapie ist die finanzielle Belastung aufgrund von Kinderwunsch-Maßnahmen und diversen Arztbesuchen sehr hoch; Psychotherapie soll nicht zur (finanziellen) Belastung werden, sondern hilfreich bleiben.

Eine große Anzahl Klientinnen macht viel mit sich selbst aus und rechnet gar nicht damit, dass sie Unterstützung einfordern kann. Die Klientinnen befinden

⁷ Ende der Drittmittelfinanzierung, seitdem nur mehr auf zehn Einheiten begrenzt, ohne Verlängerungsoption.

sich teilweise schon sehr lange in diesem Muster des Verschweigens und geraten mit der Zeit mehr und mehr in Isolation. In der Psychotherapie ist es mir wichtig, diese Muster zu benennen und gemeinsam mit der Klientin in kleinen, gangbaren („anschlussfähigen“) Schritten zu erarbeiten, wie sie etwas gelockert werden können. Muster machen Sinn, denn es ist beispielsweise nicht hilfreich, allen Menschen im

leiter aufgrund einer Eileiterschwangerschaft verloren hat, kann sich in demselben Maße verzweifelt fühlen wie eine Frau, die ihre Gebärmutter verloren hat.

Ich habe bei meinen bisherigen Klientinnen beobachtet, dass diese über mehr familiäre Ressourcen verfügen und viele einen bedeutend größeren Freundeskreis haben als Klientinnen und Klienten, die beispielsweise eine chronische psychische Erkrankung

haben. Viele hätten vermutlich unter anderen Umständen nie eine Psychotherapeutin aufgesucht. Viele meiner Kinderwunsch Klientinnen haben bis vor Eintreten des Kinderwunsches regelmäßig soziale Kontakte gepflegt oder tun das weiterhin. Außerdem kommen sie häufig aus intakten Familien. Die Arbeit mit Ressourcen ist daher „einfacher“ mit ihnen. Nach Jahren des sozialen Rückzuges in der Kinderwunschphase sind nicht selten Freundschaften „eingeschlafen“,

aber es gelingt leichter, bestehende soziale Netze wieder zu aktivieren als neue aufzubauen.

Das Genogramm verwende ich in zweifacher Weise: Einerseits hilft es mir, das Familiensystem schnell zu erfassen (bspw. wenn eine Kinderwunsch Klientin das jüngste Kind ist, ihre ältere Schwester bereits erwachsene Kinder hat, die ihrerseits Kinder haben oder es in manchen kinderreichen Familien sowohl Frauen, die mit 50 Jahren Urgroßmütter werden, als auch gleichaltrige Frauen, die noch lange keine Aussicht auf Enkelkinder haben, gibt). Andererseits eignet sich das Genogramm gut zur Ressourcenarbeit um herauszuarbeiten, wo Naheverhältnisse liegen und zur Veranschaulichung von Familienmustern. Eine Klientin stützte nach dem frühen Tod ihres Vaters ihre Mutter und war es gewohnt, „alles“ selbständig und alleine zu schaffen. Ein ähnliches Muster zeigte sich in der Bewältigung ihres unerfüllten Kinderwunsches.

FALLGESCHICHTE

Der Kontakt begann etwas zaghaft und vorsichtig per Mail: Die Frau erklärte, ihre Frauenärztin hätte ihr meine Kontaktdaten gegeben. Nach einer Fehlgeburt gehe es ihr sehr schlecht, und sie würde gerne zu einem Gespräch kommen.

Es erschien eine sportliche und attraktive junge Frau Anfang dreißig. In der siebenten Schwangerschaftswoche habe sie ihre beiden Zwillinge verloren, die sie nach einer vierten erfolgreichen IVF-Behandlung empfangen hatte. Das sei nun drei Wochen her, und sie könne nicht schlafen, sei nur noch traurig. Ihr Le-

Die jeweilige Not der Klientin wird akzeptiert und nicht mit anderen Nöten verglichen. Eine Frau, die einen Eileiter aufgrund einer Eileiterschwangerschaft verloren hat, kann sich in demselben Maße verzweifelt fühlen wie eine Frau, die ihre Gebärmutter verloren hat.

Umfeld offen höchstpersönliche Probleme zu erklären. Freundlich gemeinte und sogar liebevolle Fragen nach der Familienplanung können in gewissen Situationen als eher unpassend und schwierig erlebt werden. Kinderwunschaare brauchen auch einen Raum, in dem sie sich zurückziehen und einfach nur trauern können, wenn es beispielsweise wieder nicht geklappt hat oder eine Fehlgeburt zu verarbeiten ist.

Auch hier ist es als Psychotherapeutin, wie bereits an anderer Stelle beschrieben, wichtig, die Balance im Blick zu haben und gemeinsam in der Psychotherapie mit der Klientin zu erarbeiten. Wo schränkt der Rückzug die sozialen Kontakte zu sehr ein? Welches Maß an Offenheit ist noch hilfreich? Oft geht es für die Klientinnen darum, zu entscheiden und abzuwägen, welche Freundinnen⁸ sie „einweihen“ und welche (noch) nicht.

Eine Musterunterbrechung passiert auch in der Therapie, wenn die Klientinnen eine uneingeschränkte Akzeptanz des Problems und ihrer selbst erleben. Sich für einen Kinderwunsch oder eine medizinisch unterstützte künstliche Befruchtung rechtfertigen zu müssen, wie es manchmal im sozialen Umfeld der Fall ist, hat in der therapeutischen Beziehung keinen Platz. Die Klientinnen werden angenommen, wie sie sind, und erleben darin eine Erstmaligkeit (vgl. Merl 2002, S. 146).

Die jeweilige Not der Klientin wird akzeptiert und nicht mit anderen Nöten verglichen. Eine Frau, die einen Ei-

⁸ Meiner Erfahrung nach vertrauen sich Frauen besonders Freundinnen oder weiblichen Familienmitgliedern an, männlichen, abgesehen vom eigenen Partner, kaum.

bensgefährte hätte ihr zugeredet, dass sie doch die Psychotherapeutin kontaktieren solle. Psychotherapieerfahrung habe sie bisher keine und wisse auch nicht, was auf sie zukommen werde.

Im Vordergrund der ersten Sitzung standen der Kontaktaufbau und die Schilderung der momentanen Gefühlslage und Situation der Klientin. Mir war klar, dass sie schon einen langen anstrengenden Weg der künstlichen Befruchtungen hinter sich haben musste: Seit zwei Jahren bemühte sie sich auf künstlichem Weg um ein Kind, Kinderwunsch haben sie und ihr Lebensgefährte seit mittlerweile vier Jahren. Die Freude über die erfolgreiche Einnistung der Zwillinge war riesengroß gewesen, und die Ärzte sprachen von einem Lottosechser, den sie da bekommen hätte. Entsprechend groß waren jetzt die Traurigkeit und Verzweiflung. Wie bei vielen anderen Klientinnen auch wusste, außer einer engen Freundin, niemand von ihrem beschwerlichen Weg zu einem Kind. Zu groß war die Scham vor den Vorurteilen der Leute, da ihr Freund Bodybuilder war. Die Einnahme von Anabolika kann die Zeugungsfähigkeit negativ beeinflussen. Das Ziel für die Psychotherapie war „Begleitung durch diese schwere erste Zeit“. Sie könne wieder etwas nach vorne schauen, wenn das Ziel erreicht sei, meinte sie. Die Klientin befand sich in einer akuten Krise, war psychisch sehr belastet und auch körperlich sehr mitgenommen und erschöpft. Ich vereinbarte einen Folgetermin in der nächsten Woche.

In den nächsten Gesprächen ging es um die Bewältigung der Fehlgeburt in der Gegenwart mit allen Facetten im Alltag zuhause, mit der Familie und im Beruf. Ganz besonders schlimm war die unvermittelte Begegnung mit anderen schwangeren Frauen oder Frauen mit Kleinkindern, was unmöglich zu verhindern war. Die Normalisierung ihrer Gefühle von Traurigkeit, Wut und Neid tat ihr sehr gut. Da sie im selben Betrieb wie ihr Vater arbeitete, konnte sie ihm nicht so sehr ausweichen, wie sie es manchmal wollte. Wir erarbeiteten gemeinsam Strategien, wie sie ihre Bedürfnisse nach Rückzug und Schutz trotzdem verwirklichen konnte. Große Wut und Enttäuschung hatte die Klientin auf ihre Mutter, die besonders unsensibel auf die Eröffnung der Fehlgeburt reagiert hätte: Sie könne ja wieder schwanger werden. Ja, natürlich! Die Klientin formulierte ihre Wut und Enttäuschung in einem Brief an ihre Mutter, den sie nie abgeschickt hat. Zusätzlich gelang es ihr, emotionale Unterstützung von ihren zukünftigen Schwiegereltern, besonders der Schwiegermutter, zuzulassen. Nach einigen Gesprächen war das Vertrauen ausreichend groß, dass sie mir ihre Schuldgefühle anvertraute: Knapp vor der Fehlgeburt ließ sie sich bei der Friseurin die Haare färben. Es plagte sie, dass sie aufgrund ihrer Eitelkeit

womöglich die Fehlgeburt selbst ausgelöst und zu verantworten hätte. Meine fachliche Einschätzung, dass Fehlgeburten multifaktorielle Ursachen haben, verbunden mit zirkulären Fragen nach der Fachmeinung ihrer Gynäkologin konnte die Klientin schließlich beruhigen und entlasten. Die Planung der nächsten Schritte der Kinderwunschbehandlung war anschließend ein Thema. Die Klientin entschloss sich, ziemlich bald (ca. drei Monate nach der Fehlgeburt) wieder eine IVF zu versuchen. Es war ihr wichtig, dass sie diesmal gut auf ihre psychischen Energien achtgab und sie sich beruflich mehr Freiraum nahm, egal, was sich jemand in der Arbeit denken könnte.

Genauso wie die Kontaktaufnahme erfolgte auch die Beendigung der Therapie: Die Klientin schrieb mir ein Mail, in dem sie einen letzten Termin absagte. Er wäre jetzt nicht mehr nötig. Sie möchte versuchen, im Alltag ohne psychotherapeutische Unterstützung klarzukommen.

ZUSAMMENFASSUNG

Kinderwunsch und die Sehnsucht nach einem Kind sind nicht voneinander zu trennen. Diese Sehnsucht betrifft Frauen und Männer jeder sexuellen Orientierung, unabhängig von ihrem Alter und Familienstand und kann sich krisenhaft zeigen. Da diese Themen sowohl mit der körperlichen Integrität als auch mit dem Alltagsleben und dem familiären System eines Menschen eng verknüpft sind, ergeben sich weitreichende Zusammenhänge und Auswirkungen. Mit den Grundideen und dem Handwerkszeug der systemischen Familientherapie kann eine fundierte Begleitung durch diese Lebenskrise geboten und den Betroffenen, ungeachtet des weiteren Verlaufs oder Ausgangs, eine Integration des Erlebten ermöglicht werden.

BIBLIOGRAPHIE:

- Amt der Niederösterreichischen Landesregierung (o.J.a). Pflegestellenwesen in Niederösterreich. Online. Internet: http://www.noel.gv.at/Gesellschaft-Soziales/Familien/Pflegekind-Pflegepersonen/Pflegestellen_Allgemeines.html#300661, 27. 10. 2016
- Amt der Niederösterreichischen Landesregierung (o.J.b). Adoption. Online. Internet: http://www.noel.gv.at/Gesellschaft-Soziales/Familien/Adoption/Adoption_Allgemeines.html#300638, 27. 10. 2016
- Bauer, J. (2010). Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. (16. Auflage). München: Piper.
- Bibliographisches Institut (o.J.) Sehnsucht. Online. Internet: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/sehnsucht>, 27.10.2016
- Bundesministerium für Gesundheit (2014). IVF-Jahresbericht 2014. Online: Internet: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/5/5/CH1094/CMS1340806672582/ivf-fond_jahresbericht_2014.pdf, 27. 10. 2016

- Famos (o.J.). Familien andersrum Österreich. Online. Internet: www.regenbogenfamilien.at/infos/kinderwunsch/, 27. 10. 2016
- Fiegl, J. (2012). Unerfüllter Kinderwunsch. Das Wechselspiel von Körper und Seele. 2. Auflage. München: Münchner Verlags Gruppe.
- Glaser, H. (o.J.) Wann spricht man von ungewollter Kinderlosigkeit? Online. Internet: http://www.navigator-medizin.de/eltern_kind/die-wichtigsten-fragen-und-antworten-zur-schwangerschaft/unerfuellter-kinderwunsch/3193-wann-spricht-man-von-unge-wollter-kinderlosigkeit.html, 27. 10. 2016
- Grand, D. (2014). Brainspotting. Wie Sie Probleme, Traumata und emotionale Belastungen gezielt auflösen. Kirchzarten bei Freiburg: VAK Verlags GmbH
- Kribs, A. (2014). Fehlgeburt, Totgeburt, früher Kindstod: Wissenschaftliche Grundlagen und Psychodynamik. In: Kißgen, R., Heinen, N. (Hrsg). Trennung, Tod und Trauer in den ersten Lebensjahren. Begleitung und Beratung von Kindern und Eltern. S. 57–66. Stuttgart: Klett Cotta.
- Lenz, C. und Niel-Dolzer, E. (2014). Ausbildungsseminar in systemischer Familientherapie an der LA:SF, Lehrgang 27, 4. und 5. 4. 2014, Wien.
- Merl, H. (2002). Der Traum vom gelungenen Selbst. Teil 1. In: Psychotherapie Forum, 9,4. S. 145–161.
- Patzer, A. (2015). Abschied vom Wunsch nach einem leiblichen Kind – Wie finden wir zurück ins Leben? In: Wallraff, Doris, Thorn Petra & Wischmann, Tewes (2015). (Hrsg). Der Ratgeber des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). S. 160–174. Stuttgart: Kohlhammer
- Peer, E.L.(2011). Brainspotting. In: Systemische Notizen, 3, S. 24–35.
- Sigmund Freud Universität (o.J.). Lebenslauf Dr. Jutta Fiegl. Online. Internet: <http://old.sfu.ac.at/data//CV%20Fiegl.pdf>, 27. 10. 2016
- Stammer, H., Verres, R. & Wischmann, T. (2004). Paarberatung und –therapie bei unerfülltem Kinderwunsch. Göttingen: Hogrefe.
- Varga, F. (2014). Hoffnung – Bedeutung und Stellenwert in der Psychotherapie. In: Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemorientierte Forschung und Praxis in den Humanwissenschaften, 2, S. 175–196.
- Wischmann, T. (2010). Macht „Stress“ subfertil? Psyche und Mythen in der Reproduktionsmedizin. In: Gynäkologische Endokrinologie, 8, S. 124–128.
- Wischmann, T. (2012). Einführung in die Reproduktionsmedizin. München: Ernst Reinhardt.
- Wischmann, T. & Stammer, H. (2006). Unerfüllter Kinderwunsch – Wenn das Wunschkind nicht kommt. In: Schweitzer, J. & von Schlippe, A. (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. S. 364–376. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wischmann, T. & Stammer, H. (2010). Der Traum vom eigenen Kind. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch. 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wunschbaby Institut Feichtinger (o.J.a). Sabine und Manuel. Online. Internet: <http://www.wunschbaby.at/erste-schritte/vorgeschichten/sabine-und-manuel.html>, 27. 10. 2016
- Wunschbaby Institut Feichtinger (o.J.b). Biographie Univ. Doz. Dr. Peter Kemeter. Online. Internet: <http://www.wunschbaby.at/ueber-uns/unser-team/aerzteteam/biografie-univ-doz-dr-peter-kemeter.html>, 27.10.2016

Aufg'stellt is'

Abend-Workshops 2017

Paarbeziehung, Eltern und Kinder,
Gesundheit, Stress, Burnout, Sucht,
Beruf, Unternehmen und Erfolg

22. April 2017
20. Mai 2017
1. Juli 2017

jew. Samstag 18.30–21.30 Uhr, einzeln buchbar

Ort: la:sf, 1130 Wien, Trauttmansdorffgasse 3a

Teilnahmegebühr je Termin:

€ 150,- mit Anliegen / Thema

Investition für StellvertreterInnen nach Ermessen.
Sonderkonditionen für la:sf-StudentInnen!

1 A – INSTITUT FÜR
GANZHEITLICHE
SYSTEMENTFALTUNG
RICHTER & KLUG GMBH



ANGEBOTE IM INSTITUT:

Beziehungs-, Paar-, Ehe-, Familien- & Lebensberatung
Coaching & Aufstellungen im Einzel & Gruppensetting
Systemische Einzel-, Paar- & Familienpsychotherapie
Verpflichtende Scheidungsberatung für Eltern nach § 95 Abs. 1a AußStrG, Mediation nach ZivMediatG
Wirtschaftsmediation, Supervision (ÖVS)/Gruppe/Einz.
LSB Diplom Lehrgang & LSB Upgrade Ehe-Familie

Anmeldung und Info unter: www.systementfaltung.at

Gerne geben wir Ihnen auch telefonisch Auskunft!

Ihr Ansprechpartner:

Dipl.-Ing. Martin Richter

Psychotherapeut (systemische Familientherapie)

1 A – Institut für ganzheitliche Systementfaltung
Richter & Klug GmbH

Telefon: +43 660 878 0 878

E-Mail: office@systementfaltung.at