

Medizinisch unterstützte Fortpflanzung : psychologische Auswirkungen

Autor(en): **Emery, Marisa**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **104 (2006)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949880>

Nutzungsbedingungen

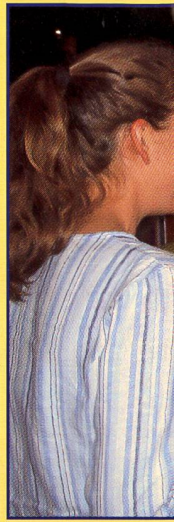
Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



Medizinisch unterstützte Fortpflanzung

Psychologische Auswirkungen

Obwohl in der Schweiz die In-vitro-Fertilisation (IVF) seit 20 Jahren praktiziert wird, haben etliche Paare immer noch Mühe, diese Technik samt ihrer wissenschaftlichen und sozialen Realität zu akzeptieren. Wenige Paare befassen sich mit den Details der Empfängnis, bevor sie selbst von Unfruchtbarkeit betroffen sind. Ehepaare, die dank neuen Technologien schwanger werden, erleben die Vorbereitung auf die Geburt aus einer völlig anderen Perspektive als Paare, deren Kind in der Intimität gezeugt wurde.

Marysa Emery

DIE Gefühlsenerlebnisse unfruchtbarer Paare konzentrieren sich während einer Schwangerschaft und Geburt stark auf die Fortpflanzung, was Auswirkungen auf das Erleben der Schwangerschaft haben kann. Beispielsweise erlauben sich manche Frauen nie die geringste Klage, weil sie diese Schwangerschaft «ja so sehr gewünscht haben». Andere sind von ständiger Angst erfüllt, ihr Kind nach so grossen Anstrengungen wieder zu verlieren. Wieder andere Paare haben auf ihrem Weg neue Kompetenzen entwickelt, auf persönliche und gemeinsame Ressourcen zurückzugreifen, was ihnen hilft, schwierige Augenblicke zu meistern. Auch haben sie gelernt, eine Partnerschaft mit dem medizinischen Team einzugehen und wenn nötig psychologi-



Marysa Emery, Dr. med., Spezialistin in psychosomatischer und psychosozialer Medizin am Centre de Procréation Médicalement Assistée in Lausanne.

sche Unterstützung aufzusuchen. Emotionelle Reaktivierungen früherer Erlebnisse in Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit und assistierter Reproduktion können benannt und entdramatisiert werden, und lassen sich von allen Betroffenen besser verarbeiten.

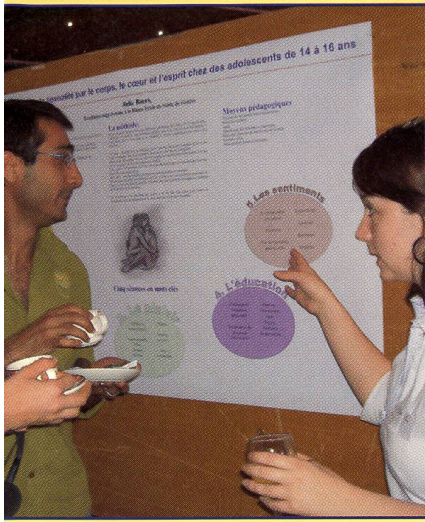
Unfruchtbare Paare

Wegen der verbreiteten Methoden der Familienplanung haben viele Paare heute den Eindruck, der Augenblick der Empfängnis sei kontrollierbar, und sie reagieren überrascht, wenn sich nach einigen Monaten noch keine Schwangerschaft eingestellt hat. Jedoch auch bei normal fruchtbaren Paaren bietet die Natur pro Zyklus nur eine 25prozentige Chance für eine Schwangerschaft. Erst nach zwei Jahren regelmässigem sexuellen Kontakt ohne Schwangerschaft spricht man von

Unfruchtbarkeit; sie trifft eines unter acht Paaren. Die Ursachen sind vielfältig und betreffen nicht nur die Frauen. Gemäss Statistiken liegen die Ursachen einer Unfruchtbarkeit in je 30 Prozent der Fälle bei der Frau, beim Mann und bei beiden; die übrigen 10 Prozent sind unbestimmt. Deshalb ist es wichtig, von Beginn an beide Partner in die Aufklärung der Gründe einzubeziehen.

Gesellschaftliche Veränderungen tragen das Ihre zur zunehmenden Unfruchtbarkeit bei. Eine wachsende Anzahl Paare ziehen es vor, eine Ausbildung zu beenden und ihre Partnerschaft zu festigen, bevor sie an die Familiengründung denken – und dies kann dauern! Während 1970 nur 10 Prozent der Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes älter als 30 Jahre waren, bekamen 1990 ein Viertel aller Frauen ihr erstes Kind nach dem 30. Altersjahr. Ab 35 Jahren nimmt die Fruchtbarkeit der Frau ab. Das höhere Alter der Frauen mit Kinderwunsch ist eine Ursache für die aktuelle Unfruchtbarkeitsrate.

Während das Paar auf das Eintreten einer Schwangerschaft wartet, ist es von wachsender Anspannung erfüllt, die synchron mit dem weiblichen Zyklus verläuft und oft Auswirkungen auf Alltag, Sexualität, Beziehungen zu Familie und Freunden hat. Die behandelnde Gynäkologin schlägt Untersuchungen und manchmal erste Eingriffe vor; es kann zur hormonellen Stimulation kommen mit dem Ziel, zwei reife Oozyten zu entnehmen und das Endometrium optimal aufzubauen; die Ärztin wird «zielgerichtete sexuelle Bezie-



hungen» vorschlagen oder die Frauen direkt mit dem Samen des Mannes inseminieren. Tritt trotzdem keine Schwangerschaft ein oder sind spezialisierte Abklärungen nötig, überweist die Ärztin das Paar an eine Spezialistin für Reproduktionsmedizin.

Reproduktionsmedizin

Seit 2001 ist in der Schweiz das Fortpflanzungsmedizingesetz in Kraft. Als Fortpflanzungsmedizin werden sämtliche Methoden definiert, die es erlauben, eine Schwangerschaft ausserhalb der natürlichen Vereinigung zwischen Mann und Frau herbeizuführen. In der Schweiz erlaubt sind die Insemination und die IVF, wobei auch Spenderspermien zulässig sind; illegale Eingriffe sind Ei- oder Embryonenspende und Leihmutterchaft.

Oberste Maxime der Reproduktionsmedizin ist das Wohl des Kindes. Sie bleibt Paaren vorbehalten, die fähig scheinen, ein Kind bis zur Volljährigkeit aufzuziehen. Das Gesetz insistiert auf der Qualität von Information und ärztlicher Beratung; psychologische Beratung muss vor, während und nach den Behandlungen angeboten werden. Die

Spermien spende ist nicht mehr anonym, das volljährige Kind hat ein Recht auf Kenntnis seiner Herkunft.

Nach der Erstkonsultation beim Spezialisten folgen Untersuchungen, manche von ihnen invasiv (Hysterosolpingographie, Laparoskopie), um zu einer Diagnose zu gelangen. Die Mitteilung der Diagnose ist ein kritisches Moment, denn das Paar wird innerhalb der Partnerschaft in Bezug auf seine Fertilität neu definiert. Die Verarbeitung der Diagnose braucht Zeit, und hier setzt auch das Angebot der psychologischen Beratung ein.

Intrauterine Insemination

Die Insemination mit Partner- oder Spendersperma erfolgt für gewöhnlich nach hormoneller Stimulation. Mit Ultraschall lassen sich Follikel und Dicke des Endometriums messen. Die Spermien werden direkt in den Uterus eingeführt und müssen somit nicht die natürliche Barriere des Muttermunds überwinden.

Handelt es sich um Spermien eines Spenders, wird die genetische Verbindung zum zukünftigen Vater unterbrochen, was psychische Auswirkungen auf das Paar hat. Eine psychologische Beratung vor dem Eingriff ist unerlässlich; es erlaubt dem Paar, mit einer Fachperson seine Gefühle und die Auswirkungen des genetischen Bruchs anzusprechen. Manche Paare können sich nicht vorstellen, wie sie ihr zukünftiges Kind über seine Herkunft aufklären sollen. Ihnen geben wir die Möglichkeit, sich in kleinen Schritten an eine Entscheidung heranzutasten. Erster Schritt für den Mann muss es sein, seine Unfruchtbarkeit zu akzeptieren. Dies bedeutet einen psychologischen

«Wir erleben die wachsende Nachfrage für Kaiserschnitt auf Verlangen, unsere Enkelkinder werden vielleicht die Ektogenese wählen, und wer kann sicher sein, dass wir nicht einen immer stärkeren Trend zur Präimplantationsdiagnostik sehen werden, welche die perfekte Qualität des Embryos «gewährleistet»?
Noch sind solche Forderungen Phantasien, einschliesslich der «Garantien» dieser Diagnostik.»

Verarbeitungsprozess von mehreren Monaten, wenn nicht einigen Jahren Dauer. Dabei müssen die Bilder des eigenen Selbst, des Paares und der Familie innerlich neu aufgebaut werden. Gelingt dies, dann kann das Paar unter optimalen Bedingungen zur Behandlung, zur Schwangerschaft und zum Kind ja sagen.

In-Vitro-Fertilisation

Für die IVF durchläuft (in erster Linie) die Frau vier Behandlungsschritte: Zuerst wird mit Hormonspritzen der Zyklus unterdrückt; als zweites folgt die hormonelle Stimulierung der Eierstöcke. In einem dritten Schritt schliesst der Arzt mit einer Hormonspritze den Reifungsprozess der Oozyten ab, punktiert unter Anästhesie die Eier-

CD-Rom

Kongressreferate

Die Kongressreferate (Originaltexte und einige Übersetzungen) wurden auf einer CD-ROM aufgenommen. Sie können für Fr. 19.- + Porto bestellt werden bei:

Anne Lagger, Grand'Rue,
1442 Montagny sur Yverdon,
annelagger@gmail.com



stöcke und entnimmt ihnen reife Eier. Zur gleichen Zeit spendet der Partner seinen Samen, der mit den Eiern zusammengebracht wird. Etwa 24 Stunden später sind Zygoten entstanden; üblicherweise zwei Zygoten werden in einem frühen Stadium der Zellteilung in den Uterus der Frau eingeführt. Dies geschieht wie bei der Insemination mit einem Plastikkatheter. Die übrigen Zygoten können tiefgefroren werden. Durchschnittlich resultieren 20 bis 25 Prozent Schwangerschaften; in zwei von zehn Fällen sind es Zwillingsschwangerschaften.

Die Diskussion rund um die IVF schliesst Überlegungen zu einer Mehrlingsschwangerschaft und ihre Risiken ein. Für manche Paare ist es nicht einfach, den Übergang von der Infertilität zur Überfruchtbarkeit zu meistern. Weitere Reflexionen gelten den überzähligen Zygoten. Manchmal hat ein Paar zu viele Zygoten und wird sich fünf Jahre später entscheiden müssen, sie zu vernichten.

Psychologische Begleitung

Die Notwendigkeit, Fertilitätsbehandlungen psychologisch zu unterstützen, hat im Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) eine Reihe von Forschungsarbeiten ausgelöst. Dabei haben sich mehrere beteiligte Abteilungen zusammengetan und ein präventives Handlungskonzept ausgearbeitet.

Die Begleitung des betroffenen Paares setzt mit einer Beratung durch eine spezialisierte Psychologin oder Ärztin ein. Die Eheleute werden noch vor Behandlungsbeginn von ihrer Gynäkologin dazu ermutigt. Zielsetzungen des Gesprächs sind: Beschäftigung mit dem

«Wenn in unseren Ländern die Erkrankungs-/ Sterblichkeitsraten des Wunsch-Kaiserschnitts vergleichbar mit jenen der physiologischen Geburt werden, führt dies dazu, dass die Praxis des einen oder anderen beliebig wird? Wird es einfach eine zusätzliche Wahlmöglichkeit in der modernen Gesellschaft? Werden diese Raten sogar niedriger als jene der natürlichen Geburt, wird es den guten Praktiken zuwider laufen, noch vaginal gebären zu lassen?»

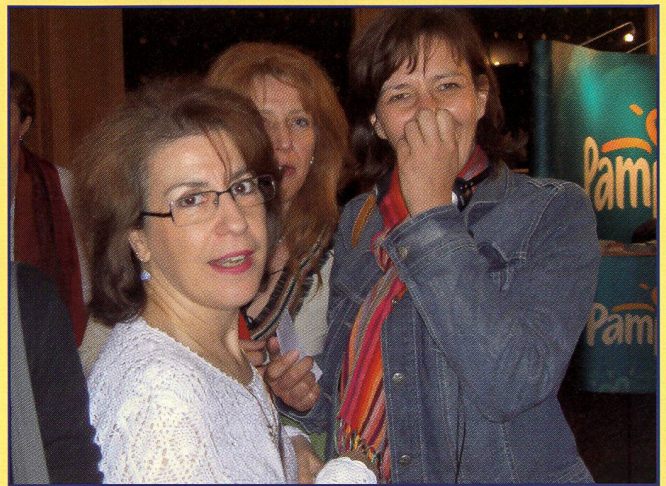
Die Zitate stammen aus dem Vortrag «Quelles libertés» dans la manière de faire des enfants demain? Enjeux bioéthiques, sociaux, pratiques» von Dr. med. Jean Martin, Mitglied der nationalen Ethikkommission.



emotionellen Zustand des Paares, Motivierung zu einer Partnerschaft mit dem Behandlungsteam, Evaluation von Schwierigkeiten der zukünftigen Elternschaft.

Das Gespräch dauert etwa eine Stunde und läuft nach einem narrativen Modell ab. Die Beraterin lädt das Ehepaar ein, seine Geschichte der Unfruchtbarkeit im Zusammenhang mit den persönlichen Geschichten und der Paar- und Familiengeschichte zu erzählen. Dieses Narrativ erlaubt dem Paar zu erleben, auf welche Weise es seine eigene Geschichte kontrolliert – eine wichtige Möglichkeit. Denn das Paar kann anfänglich seinem Schicksal der Unfruchtbarkeit ohnmächtig gegenüber stehen. Im Rahmen der Reproduktionsmedizin müssen sich die Eheleute grösstenteils invasiven Untersuchungen unterziehen, anschliessend werden sie ermutigt, über die Behandlung mit zu entscheiden. Geht es um eine Insemination mit Partner- oder Spendersamen, tragen sie die entstehenden Kosten selber. Die bewusste Reflexion dieses Erlebens ermöglicht es, dass sich die Partnerschaft mit der medizinischen Equipe gut entwickelt – eine wesentliche Voraussetzung für den erfolgreichen Behandlungsablauf.

Ausserdem versucht die Beratung, die persönlichen Ressourcen des Paares zu mobilisieren, beispielsweise das Paargespräch, Gespräche mit Familienmitgliedern oder Freunden, Hobbys, Kontakt mit der Natur, Sexualität, berufliche Tätigkeit, Zusammenarbeit mit dem medizinischen Team. Schliesslich werden Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung besprochen. Manche Paare brauchen spezialisierte Unterstützung (Sexualtherapie, Körpertherapien, Psychotherapie), aber den meisten genügt es zu wissen, dass sie



ihre Beraterin nötigenfalls kontaktieren können.

Schlussfolgerungen

Die psychologischen Auswirkungen der assistierten Reproduktion auf das Ehepaar sind vielfältig. Die Betroffenen müssen das Eingreifen der Medizin in ihr Projekt «Kind» akzeptieren und dabei die Harmonie in ihrer Intimität und Sexualität schützen. Für die Behandlungen müssen sie Energie, Zeit und manchmal Geld investieren, trotz der

Unsicherheit, ob die Frau tatsächlich schwanger wird, und dabei ihr normales berufliches und soziales Leben weiterführen. Emotionale Reaktivierungen früherer Erfahrungen beim Erleben der Schwangerschaft und der Geburt können aufbrechen. Und bei der Insemination mit Spendersamen muss die unterbrochene genetische Abstammungslinie in die zukünftige Elternschaft integriert werden.

Psychologische Begleitung kann Paare dabei unterstützen, das seelische Verarbeiten zu vertiefen und Entschei-

dungen gelassener zu fällen. Behandlungsschritte und Zeiten der Unsicherheit können so besser angegangen und die ganze Reise von der Unfruchtbarkeit bis zu Schwangerschaft und Geburt besser erlebt werden.

Neben allem Neuen hat die Reproduktionsmedizin aber auch noch eines hervorgebracht: Kinder wie alle anderen! ◀

Vortrag von Dr Marysa Emery, Les enjeux psychologiques de la procréation médicalement assistée. Gehalten am 12. Mai 2006 am Schweizerischen Hebammenkongress 2006 in Montreux. Übersetzung und redaktionelle Bearbeitung: Gerlinde Michel.

Geburtsabteilung in der Provinz Québec, Kanada

Alles im gleichen Zimmer

Initiiert vom Gesundheitsministerium der Region Sherbrooke in der kanadischen Provinz Québec sollten aus Kostengründen zwei Spitäler, eines davon ein Universitätsspital, zusammengelegt werden. Nach der Fusion entstand eine Geburtsabteilung, die einem regionalen und überregionalen Versorgungsauftrag zu genügen hat: 5000 Geburten jährlich, mit Säuglingszimmer/Neonatologie und einer Bettenstation für Risikoschwangerschaften und Wochenbett. Jeder der drei Bereiche Gebärsaal, Säuglingszimmer und Bettenstation wird von einem separaten medizinischen Team betreut.

Die Verantwortlichen nahmen die Fusion zum Anlass, ein neues Pflegekonzept – das Konzept des Einzelzimmers – umzusetzen: Die Schwangere bezieht ein Einzelzimmer und bleibt hier von der Aufnahme bis zum Austritt. Dies ermöglicht ihr, die Erfahrung der Mutterschaft an einem gleich blei-

benden Ort zu erleben. Die Geburt findet in ihrem Zimmer statt, das Pflegepersonal inkl. Ärzte, Geburtshelfer und Anästhesist kommen zur Frau und nicht umgekehrt, sämtliches Material für die Geburt befindet sich im Zimmer und wird danach entsorgt. Pro Schicht wird die Frau immer von der gleichen Krankenschwester betreut (keine Hebammen), das Neugeborene bleibt dauernd bei der Mutter. Ausnahmen sind Mehrlingsgeburten, Kaiserschnittgeburt und Frauen, welche Intensivpflege benötigen. Ausserdem müssen bei Spitzenbelegung einige Frauen in Doppelzimmern untergebracht werden.

Leitgedanken des Konzepts:

- Bessere Kontinuität in der Pflege
- Anpassung der Umgebung an die Bedürfnisse der jungen Familie
- Forschung beweist die positiven Auswirkungen eines engen Zusammenlebens auf die Familie.

Der organisatorische Aufwand für Fusion und Konzeptwechsel war beträchtlich. Besonderes Gewicht legten die Verantwortlichen auf die nahe Begleitung des Personals. Dies schloss zahlreiche Weiterbildungsangebote ein. Allfällige Resistenzen wurden erkannt, angegangen und abgebaut, die Pflegenden konnten die neu konzipierte Arbeitssituation ausprobieren und mussten sich erst nach einem Jahr Austesten für oder gegen die neu definierte Stelle entscheiden.

Erste Evaluationen ergaben, dass Frauen wie ihre Familien mit dem Konzept sehr zufrieden sind. Die Resultate sind ermutigend, das Angebot wird geschätzt, und als Kehrseite stossen die Doppelzimmer auf Ablehnung. Trotz der grossen Herausforderung wegen dem herrschenden Personalmangel soll am Konzept festgehalten werden. Geplant ist, dass ab Herbst 2006 auch Hebammen Geburten in der Klinik betreuen.

Manon Lachapelle, Nouvelle approche en maternité et expérience d'une fusion interhospitalière. Vortrag, gehalten am 12. Mai 2006 am Schweizerischen Hebammenkongress 2006 in Montreux.