

„Auf das hat mich keiner vorbereitet!“

Mutter werden nach Eizellspende

Anita Weichberger ist für die psychologische Betreuung von Patientinnen und deren Partner an der IVF-Ambulanz im Wiener AKH zuständig. Sie berichtet von ihren Erfahrungen mit Eizellspende und reproduktionsmedizinischen Techniken.



folgreich. Sie ist schon seit längerem verheiratet, ein Kind wünschte sich das Paar seit 8 Jahren. Nachdem sie nicht auf natürlichem Wege schwanger wurde, unterzog sie sich mehreren erfolglosen IVF-Versuchen. Vor zwei Jahren wurde ihr zu einer Eizellspende geraten. Sie zögerte, die Idee erschien ihr befremdlich. Sie ließ sich aber von ihrem Mann überreden und wurde schwanger. Auf Anraten ihres privaten Arztes unterzog sie sich einer primären Sectio. Doch dann war es „so schwer, in die Augen der Kleinen zu schauen“. Bisher hatte sie weder zu einer Psychologin noch zu einer Hebamme Kontakt. Sie fragte sich, ob sie ihre Milch akzeptiert, ob sie sie als ihre Mutter sieht: „Was bin ich zu diesem Kind, wenn ich es zwar geboren habe, es aber genetisch nicht von mir abstammt? Bin ich trotzdem seine Mutter? Bin ich überhaupt eine Mutter?“

An der Abteilung Geburtshilfe und feto-maternale Medizin an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde im AKH arbeiten seit 12 Jahren zwei bis drei klinische Psychologinnen. Unser ursprüngliches Aufgabengebiet war die Pränataldiagnostik, doch bald erweiterte es sich auf drohende Frühgeburt, prä- und perinatale Verluste, traumatische Geburten, Depressionen, Ängste, Erkrankungen in der Schwangerschaft, frühere Verluste in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und psychosoziale Probleme. Schwangerschaft durch assistierte Reproduktion (ART) oder Eizellspende werden von medizinischer Seite kaum als Grund für eine Zuweisung gesehen. Anlass für die psychologische Betreuung gibt meistens eine andere Problemstellung.

Fallbeispiele

Frau A, eine 40-jährige Erstgebärende, wurde drei Tage post partum von der Wochenbettstation wegen Weinerlichkeit und großer Unsicherheit in Umgang mit dem Neugeborenen zugewiesen. Sie kam vor ca. 20 Jahren nach Österreich und war viele Jahre beruflich er-

Frau B, 42 J., wurde in der 24. SSW von der Mehrlingsambulanz zugewiesen. Sie suchte etwa wöchentlich die Ambulanz mit diversen Beschwerden auf, für die es keinen organischen Grund gab. Frau B. nahm zwar das Angebot der Ärztin zu einer psychologischen Beratung an, sagte dann aber mehrere Termine kurzfristig ab. Bei einem Ambulanzbesuch nach der Ultraschalluntersuchung bat sie schließlich aktiv um die Psychologin. Damals war sie, eine zierliche Frau mit schon beachtlichem Bauch, in der 28. SSW mit Zwillingen schwanger. Laut Information der Ärztin



diesem Kind aufbauen können. Vielleicht weil es nicht meines ist? Auf das hat mich keiner vorbereitet!“

Frau D.: In ihrer ersten Schwangerschaft habe ich Frau D. wegen einem auffälligen pränataldiagnostischen Befund intensiv psychologisch betreut. Wegen der infausten Prognose des Kindes kam es zu einem Schwangerschaftsabbruch in der 23. SSW. Die genetische Abklärung ergab eine Wiederholungswahrscheinlichkeit von 25%. Zwei Jahre später kontaktierte mich Frau D. wieder. Sie war diesmal durch eine Eizellspende im Ausland schwanger geworden und erleichtert wegen dem unauffälligen Organscreening. Da sie nicht nochmals einen Schwangerschaftsabbruch durchmachen wollte, hatten sie und ihr Mann über Möglichkeiten der Präimplantationsdiagnostik (PID) recherchiert. In Österreich war das damals noch nicht erlaubt, so entschieden sie sich für eine Klinik im Ausland. Nach zwei erfolglosen Versuchen wurde ihr zu einer Eizellspende geraten. Gleich der erste Versuch war erfolgreich. Je mehr die Schwangerschaft voranschritt, umso mehr beschäftigte sie die Frage: „Was sage ich meinem Kind über seine Abstammung? Was kann man einem Kind über Eizellspende und ihre Gründe zumuten und wann? Was soll ich in der Familie sagen?“ Diese Themen waren Gegenstand mehrerer weiterer Gespräche. Sie hat sich noch vor der Geburt für einen offenen Umgang mit dem Kind und der Umgebung, und zwar von Anfang an, entschieden.

Was verbindet diese Fälle? Die meisten Frauen, die nach ART schwanger werden, haben eine lange, leidvolle Geschichte von Kinderwunschbehandlungen hinter sich. Die Eizellspende wird als lineare Fortsetzung der Behandlung gesehen. Doch dann taucht die Frage auf, wie man damit umgehen soll. Die Beziehung zum Kind ist oft auffällig oder wird hinterfragt. Der unerfüllte Kinderwunsch und deren Behandlung scheint eine medizinische Domäne zu sein, Ziel ist die Herbeiführung einer Schwangerschaft. Die Beratung wird fast ausschließlich von Re-

entstand die Schwangerschaft durch eine Eizellspende in der Ukraine. Das Gespräch mit Frau B. blieb sehr oberflächlich, sie wirkte emotional unbeteiligt. Sie hatte viele IVF-Versuche in diversen Ländern hinter sich, war zwar öfter schwanger, verlor aber sehr früh die Kinder. Diesmal wollte sie drei Embryonen einsetzen lassen, damit wenigstens eins bleibt, die Ärztin setzte aber „nur“ zwei ein. Zur größten Überraschung von Frau B. haben sich beide weiterentwickelt. Sie hatte massive Angst, die Kinder zu verlieren, dies auszudrücken fiel ihr sehr schwer. Im Vordergrund standen diverse Schmerzen und körperliche Empfindungen. Sie brauchte Hilfe bei den kleinsten alltäglichen Tätigkeiten und konnte nicht alleine bleiben. Der Mann, ihre Schwester oder ihre Mutter waren ständig bei ihr zu Hause. Der Mann wirkte hilflos und unterschwellig aggressiv. Über die Tatsache der Eizellspende wollte sie nicht sprechen und auch keinen Vermerk in der Krankengeschichte. Die Familie war nicht informiert. Die Schwangerschaft erwies sich körperlich so belastend, dass sie ab der 30. SSW stationär aufgenommen wurde. Weitere psychologische Gespräche lehnte sie ab. In der 34. SSW wurden die Kinder per Sectio geholt. Obwohl sie im Kinderzimmer im Wärmebettchen sein konnten, besuchte sie Frau B. erst nach einer Woche und nach Involvierung des Jugendamts. So wie in der Schwangerschaft war es kaum möglich, eine

Beziehung zu ihren Kindern aufzubauen. Sie wurde zu einem Zeitpunkt schwanger, wo sie nicht mehr damit rechnete. Die vielen IVF-Versuche und Verlusterlebnisse erschütterten das Vertrauen in ihren Körper massiv, jede unangenehme Empfindung deutete sie als Bedrohung. Möglicherweise verhinderte die Angst vor dem Verlust, die Tabuisierung der Eizellspende und die tatsächliche Belastung der Zwillingsschwangerschaft, eine Bindung zu den Kindern aufzubauen.

Frau C. wurde in der 18. SSW mit einer ausgeprägten Gelbsucht ins AKH eingeliefert. Der Gallengang war durch einen bösartigen Tumor verschlossen, eine geringe Überlebenschance bot nur eine rasche Chemotherapie. Sie stand vor der Entscheidung zwischen dem Leben des Ungeborenen und ihrem eigenen. Da sie ihre 15-jährige Tochter aus einer früheren Beziehung nicht im Stich lassen wollte, entschied sie sich für einen Schwangerschaftsabbruch, um rasch mit der Therapie beginnen zu können. Mit dem jetzigen Partner hat sie eine wunderschöne Beziehung, sie wollten ein gemeinsames Kind. Da sie aber 45 Jahre alt war und nicht bald schwanger wurde, wurde ihr zur Eizellspende in einem Nachbarland geraten. Sie habe sich nicht viel dabei gedacht, machte einen Versuch und wurde gleich schwanger. So richtig hatte sich die Schwangerschaft aber nicht angefühlt: „Ich habe irgendwie keine Beziehung zu

produktionsmedizinern durchgeführt. Psychosoziale Aspekte und die Perspektive des zukünftigen Kindes scheinen kaum eine Rolle zu spielen.

Psychologische Aspekte der medizinisch assistierten Reproduktion

Ca. jede dritte Frau wartet länger als ein Jahr auf eine Schwangerschaft, 3 bis 9% der Paare mit Kinderwunsch bleiben dauerhaft kinderlos (Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008). Für ca. ein Drittel der Fälle lässt sich keine medizinische Ursache für die Sterilität finden, ansonsten liegen die Faktoren ca. zur Hälfte beim Mann oder/und bei der Frau. Paare mit Kinderwunsch sind im Durchschnitt psychopathologisch unauffällig (Anteil an Auffälligkeiten mit 15-20% etwa gleich hoch wie in der Normalbevölkerung). Frauen zeigen allerdings eine leicht erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit und vermehrte körperliche Beschwerden mit zunehmender Dauer der Behandlung. Auch die Partnerschaften sind im Vergleich zur Normalbevölkerung unauffällig, es gibt keine empirischen Unterschiede zwischen Paaren mit idiopathischer und organischer Sterilität. Sterilität bedeutet per se für die meisten Paare eine große psychische Belastung, und zwar je länger eine Schwangerschaft ausbleibt und je mehr erfolglose Versuche ein Paar durchlebt. Depressivität und Ängstlichkeit nehmen zu, eine Einengung ist bei vielen Paaren zu beobachten. Andere Lebensbereiche und Aktivitäten werden dem Kinderwunsch untergeordnet.

Die Sexualität wird instrumentalisiert, es kommt häufig zum Verlust an Spontaneität, wobei die Entscheidung zu einer künstlichen Befruchtung entlastend sein kann, weil Zeugung und Sexualität wieder entkoppelt werden. Wenn medizinische Hilfe gesucht wird, müssen höchst intime Themen mit Dritten besprochen werden. Es kann zu einer eingeschränkten Kommunikation des Paares kommen, ausgerichtet auf Handlungsschritte, Termine und eine fast zwanghafte Beschäftigung mit weiteren ART-Möglichkeiten. Gleichzeitig wächst die Idealisierung des Lebens mit einem Kind. Paare mit unerfülltem Kinderwunsch stoßen immer



wieder an die eigenen Grenzen, doch Gefühlen wie Machtlosigkeit, Wut und Trauer wird kaum Raum gegeben.

Eine Fruchtbarkeitsbehandlung birgt für viele Frauen sehr unangenehme körperliche Begleiterscheinungen. Auf die Hormonbehandlung reagieren einige mit starken Stimmungsschwankungen, das Spritzen bedeutet oft eine Überwindung. Eine Überstimulation kann sehr schmerzhaft sein, manchmal ist sogar eine stationäre Aufnahme notwendig. Termine müssen mit dem Beruf koordiniert werden, gleichzeitig ist es für die meisten unangenehm, an ihrem Arbeitsplatz ehrlich über die Behandlung zu sprechen.

Die Zeit zwischen dem Einsetzen des Embryos und dem Schwangerschaftstest wird als die schwierigste Phase beschrieben: die Frauen suchen nach körperlichen Zeichen einer Schwangerschaft. Beim negativen Schwangerschaftstest bräuchten sie die Möglichkeit, Trauer aktiv ausdrücken und

durchleben zu können. Wenn es zu einer Schwangerschaft kommt, währt die Freude oft nur kurz. Das Vertrauen in den eigenen Körper ist erschüttert, die Schwangerschaft entstand schließlich nicht „aus eigener Kraft“, sondern mit medizinischer Hilfe. Häufig werden die Frauen in einem Zustand der körperlichen und psychischen Erschöpfung schwanger. Je länger die Phase des unerfüllten Kinderwunsches gedauert hat und je mehr Maßnahmen gesetzt wurden, umso weniger kann die natürliche Ambivalenz zugelassen und reflektiert werden. Die Schwangerschaft und letztendlich das Kind kann die Erwartungen nicht erfüllen. Enttäuschungen sind vorprogrammiert.

Eines der wichtigsten Themen in der psychologischen Arbeit mit Kinderwunschpaaren ist Trauer und oft Wut darüber, dass der Körper nicht so funktioniert, wie vermeintlich bei den meisten anderen Menschen: über ge-

scheiterte IVF-Versuche; und Schwangerschaften, die zu früh zu Ende gegangen sind. Auffallend ist, wie schwer es vielen Frauen fällt, diese negativen Gefühle zuzulassen. Schuldgefühle und Angst, sie könnten durch ihre negative Stimmung eine Schwangerschaft verhindern, sind häufig. Eine Normalisierung dieser Gefühle und ihre Anerkennung als adäquate emotionale Reaktion auf eine psychisch sehr belastende Situation stellt eine wesentliche Entlastung für sie dar.

Vor und während einer Behandlung wird nur selten über der Möglichkeit eines Misserfolgs nachgedacht: Wie wird es sein, wenn dieser Versuch nicht klappt? Was ist, wenn unser Kinderwunsch nicht in Erfüllung geht? Welche Alternativen gibt es? Gibt es überhaupt einen Plan B, C oder D? Dies wäre wichtig, um die Erfolgchancen realistisch einzuschätzen. Die alleroptimistischsten Statistiken kommen auf eine Wahrscheinlichkeit von ca. 30% durch einen IVF-Versuch schwanger zu werden. Die Paare sollten sich also auf die 70%ige Wahrscheinlichkeit vorbereiten, dass es nicht klappt, und zwar nicht nur in Form eines nächsten Versuchs. Generell werden die Erfolgsaussichten der Reproduktionsmedizin von den Paaren eher überschätzt, die mit der Behandlung einhergehenden psychischen Aus- und Nebenwirkungen unterschätzt.

Es ist schwierig, zuverlässige Erfolgszahlen zu künstlicher Befruchtung zu finden. In Österreich sind nur die Daten des IVF-Fonds öffentlich. Diese beinhalten nur die Versuche, die den Kriterien des Fonds entsprechen, was vermuten lässt, dass die tatsächlichen Erfolgszahlen deutlich niedriger sind. Der IVF-Fonds beteiligt sich finanziell nur bei Paaren, wo bestimmte medizinische Gründe für die Unfruchtbarkeit vorliegen und die Frau nicht älter als 40 ist. Somit ist die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft sicherlich höher als bei älteren Frauen, bei Paaren ohne organische Sterilität oder wenn die vier möglichen Fonds-Versuche bereits ausgeschöpft sind. Laut Fortpflanzungsmedizinengesetz sollten Krankenanstalten, die ART anwenden, ihre Statistiken

der *Gesundheit Österreich GmbH* jährlich mitteilen, diese Daten sind aber öffentlich nicht zugänglich.

Unabhängige Beratungsangebote zum unerfüllten Kinderwunsch sind derzeit in Österreich kaum zu finden. Die Paare informieren sich in erster Linie im Internet, über Freunde, Familie und GynäkologIn. Sehr schnell entscheiden sie sich für ein Kinderwunschinstitut, das zwar meistens ausführliche Beratungen durchführt, letztendlich aber in einem Interessenkonflikt steht. Besonders im Falle einer Fremdeizellspende wäre eine unabhängige Beratung notwendig. Diese sollte bestimmte Themen schon vor einer Schwangerschaft offen ansprechen: Was ist anders? Wie ist das Fremde im Körper, in der Partnerschaft, in der Familie auszuhalten? Wie offen geht man mit der Tatsache der Fremdeizellspende um? Wer weiß davon? Was sagen wir dem Kind? In welchem Verhältnis stehen wir zu diesem Kind? Was ist der Spender/die Spenderin zum Kind, zu uns? Wie unterscheiden sich Samenspende und Eizellspende? Wie kann man das Menschenrecht des Kindes auf Wissen der eigener Abstammung wahren? All dies sollte besprochen werden, wenn das Paar noch frei entscheiden kann, ob es sich darauf einlassen möchte. In der Schwangerschaft ist es bereits sehr spät: da geht es oft nur mehr um Durchhalten und Rechtfertigung. Scham und Schuldgefühle dem Kind gegenüber behindern eine ehrliche Reflexion.

Eine Eizellspende ähnelt in ihrer Psychodynamik am ehesten einer Adoption. Im Gegensatz zur Adoption hat man sich noch nicht auf einen gesellschaftlichen Umgang mit der Eizellspende geeinigt. Von der Reproduktionsmedizin wird sie als logische und lineare Fortsetzung erfolgloser IVF-Verfahren gesehen. Der große Unterschied, die Involvierung einer fremden Person, wird häufig beschwichtigt. Die Spenderin bleibt unsichtbar.

Literatur

• D. Kleinschmidt, P. Thorn, T. Wischmann (Hrsg.): Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). Kohlhammer Verlag 2008

- A. Bernhard: Kinder machen. Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie. Samenspende, Leihmütter, Künstliche Befruchtung. Fischer Verlag, 2014
- A. Rhode, A. Dorn: Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie. Das Lehrbuch. Schattauer Verlag 2007
- E.M. Bachinger: Kind auf Bestellung. Ein Plädoyer für klare Grenzen. Deuticke Verlage 2015
- G. Zeller-Steinbrich: Wenn Paare ohne Kinder bleiben. Kinderwunsch zwischen Reproduktionsmedizin und psychosozialen Verständnis. Brandes & Apsel Verlag. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage 2006
- J. Fiegl: Unerfüllter Kinderwunsch. Das Wechselspiel von Körper und Seele. Patmos Verlag 2004
- T.H. Wischmann: Psychogenic Infertility – Myths and Facts. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, Vol.20, No.12, Dec 2003
- S. Golombok: Neue Familienformen. In Bindungen – Paare, Sexualität und Kinder. Hrsg. von K.H. Brisch, Klett-Cotta 2011, S.195-225
- K. Tordy, J. Riegler: Psychologische Aspekte der Eizellspende. Gynäkologie 2014, 47:251-257
- I. Wiemann: Wie viel Wahrheit braucht mein Kind? Von kleinen Lügen, großen Lasten und dem Mut zur Aufrichtigkeit in der Familie. Rowohlt Taschenbuch Verlag 2011

Nützliche Links im Internet:

- Österreichische IVF-Gesellschaft: <http://www.ivf-gesellschaft.at>
- Informationsbroschüre zur IVF-Fond: <http://www.sterilitaet.at/wp-content/uploads/IVF-Fonds-Informationen-des-Ministeriums.pdf>
- Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland: <http://www.bkid.de/home.html>
- United Nations Convention on the Rights of the Child (Artikel 7: Recht auf Kenntnis der eigenen Eltern/Abstammung): <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

Mag.^a Anita Weichberger

ist seit 2007 klinische und Gesundheitspsychologin an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Wien. Unterrichts-tätigkeit an der FH Campus Wien, Studiengang Hebammen, und an der Österr. Akademie für Psychologie.

