

Birgit Pieper

„Und was ist jetzt mit Plan B?“

-Unerfüllter Kinderwunsch-
Annäherung an ein Tabuthema mit einem
Beispiel aus der kunsttherapeutischen Arbeit

IHP Manuskript 1904 G * ISSN 0721 7870



Birgit Pieper

„Und was ist jetzt mit Plan B?“

-Unerfüllter Kinderwunsch-

Annäherung an ein Tabuthema mit einem Beispiel aus der kunsttherapeutischen Arbeit

Gliederung:

1. Einleitung
2. Ich stelle mich vor
3. Die Schwangerschaftsberatungsstelle
4. Einblick in die kunsttherapeutische Arbeit mit Frau M.
 - 4.1. Erstes Gespräch mit Frau M.
 - 4.2. Erste kunsttherapeutische Einheit
 - 4.3. Themen und eingesetzte Methoden im Prozessverlauf
5. Exkurs Reproduktionsmedizin
6. Kollegiale Intervention und Systemaufstellung
7. Letztes Gespräch mit Frau M.
8. Umdenken und meine Haltung
9. Fazit
 - 9.1. „Und was ist jetzt mit Plan B?“
10. Literaturverzeichnis

1. Einleitung

Ich weiß noch wie Frau M. im Februar das erste Mal in die Schwangerschaftsberatungsstelle kam. Ich habe sie begrüßt, sie nahm Platz und sogleich begannen die Tränen zu fließen.

Sie erzählte mir, dass sie 2 Fehlgeburten im Abstand von 6 Monaten hinter sich habe, eine in der 8. Schwangerschaftswoche (SSW) und die letzte im Januar in der 15.SSW. Dieses Kind musste sie tot gebären. Es hat einen Namen, ein Grab, einen Platz in der Familie.

Ich spürte ihre große Trauer über die „verlorenen Kinder“ oder sollte ich sagen, die „missglückten Schwangerschaften“ und ihre große Angst, dass dies wieder passieren könnte.

Warum hat sich Frau M. an die Beratungsstelle gewandt?

„Ich habe gemerkt, dass es mir ziemlich schlecht geht, sehr schlecht sogar. Ich habe große Schlafprobleme und fühle mich kraftlos. Der psychische Druck ist so groß, da muss sich was verändern. Ich fange völlig unkontrolliert an zu weinen. Meine Freundin hat gerade ein Kind bekommen. Wenn ich schwangere Frauen sehe, auch Freundinnen oder Kolleginnen, bekomme ich Hassgefühle gegen diese Frauen. Es vergeht nicht eine Stunde, wo mein Kopf stillsteht...der Kinderwunsch, die Angst vor dem 3. Mal. Was ist, wenn es nie klappt? Was ist, wenn ich meinem Mann kein Kind schenken kann? Was bedeutet das für unsere Ehe?“

„Ich möchte diesen Druck verlieren und ein normales Lebensgefühl zurückgewinnen“, sagte sie.

Meine Motivation die Klientin aufzunehmen und sie kunsttherapeutisch zu begleiten war folgende:

Zunächst hatte mich die Not der Klientin berührt; ich hatte wenig Erfahrung mit dem Thema, aber ich ahnte die Tragweite auf das Leben von Frauen. Darüber hinaus war ich neugierig, mich mitten in der kunsttherapeutischen Ausbildung befindend, kunsttherapeutische Methoden in der Praxis an einem neuen Thema zu erproben. Passender Weise hatten wir in der Beratungsstelle gerade einen neuen Raum bekommen, in dem kreativ-therapeutisch gearbeitet werden konnte.

Ich ging nach dem ersten Eindruck davon aus, dass ich mit Frau M. an der Verarbeitung ihrer Trauer und an der Entlastung ihres Drucks arbeiten würde, um dann relativ zügig einen alternativen Lebensentwurf (Plan B) mit der Klientin zu erstellen. So hatte ich es in internen Fortbildungen zu dem Thema gelernt. (Bemerkung am Rande: Ich arbeite von meiner Dynamik her eher „kurz und knackig“ als in Endlosschleifen von Beratungs- oder Therapiesitzungen).

Und dann kam alles anders als gedacht: Es veränderte sich zwischenzeitlich nicht nur das Ziel der Klientin durch eine neu eingetretene Schwangerschaft im Laufe unserer Arbeit, sondern auch meine Haltung zum Thema Unerfüllter Kinderwunsch. Dass die gesamte Begleitung, die sich über ein ganzes Jahr erstreckte, auch für mich zu einem wichtigen Wachstums- und Lernprozess in Bezug auf meine Geduld, Haltung und meine Methodenkompetenz wurde, wusste ich zu dem Zeitpunkt noch nicht.

An dieser Stelle möchte ich erwähnen, dass für mich in dieser Arbeit die Auswirkung von unerfülltem Kinderwunsch auf Frausein und auf Weiblichkeit im Fokus steht. Selbstverständlich ist unbenommen, dass auch betroffene Männer unter extremer psychischer Belastung stehen können und dadurch hohen Leidensdruck erleben.

In dieser Arbeit habe ich in der Darstellung des Prozessverlaufs mit Frau M. Auszüge gewählt und Zusammenfassungen unserer Gespräche gebildet, die für mich markant und richtungsweisend waren.

2. Ich stelle mich vor

Ich bin Jahrgang 1960, Counselor und Kunsttherapeutin, Heilpraktiker Psych, systemische Mediatorin und Dipl. Sozialpädagogin.

Ich arbeite seit 10 Jahren in Teilzeit in einer Schwangerschaftsberatungsstelle als Beraterin und Mediatorin und bin nebenberuflich als Kunsttherapeutin in eigener Praxis tätig. Zum Thema „Unerfüllter Kinderwunsch“ habe ich trägerinterne Fortbildungen besucht und bin Mitglied im „Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland“ und durch dieses anerkannt und zertifiziert als *Kinderwunsch-Beraterin*.

3. Die Schwangerschaftsberatungsstelle

Die Schwangerschaftsberatungsstelle ist staatlich anerkannt und besteht seit mehr als 15 Jahren am Standort Kleve.

Auszug aus dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (§2) vom 21.08.1985:

„Jede Frau und jeder Mann hat das Recht, sich in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft betreffenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle informieren und beraten zu lassen.“

Die im Gesetz definierten Richtlinien von Beratung sind, dass diese ergebnisoffen, zielorientiert, unabhängig von Religion, Weltanschauung und Geschlecht, kostenlos, vertraulich und auf Wunsch anonym ist. Die Entscheidung über Austragen oder Abbruch trifft die Frau bzw. das Paar.

Schwerpunkt unserer Beratungsstelle in Kleve ist die Schwangerschaftskonfliktberatung nach §219 Abs. 1 StGB und die allgemeine Schwangerschaftsberatung bis zum 3. Lebensjahr des Kindes (*darunter fallen z.B. finanzielle Hilfe für Erstaussstattung, Paarberatung, Beratung nach Abbruch-, Fehlgeburt, u.v.m.*). Ein weiterer Schwerpunkt ist die sexualpädagogische Präventionsarbeit an Schulen und anderen Einrichtungen der Jugendhilfe.

Die psychosoziale Beratung bei „Unerfülltem Kinderwunsch“ ist Bestandteil des Portfolios, macht in der Frequentierung in unserem ländlichen Gebiet jedoch nur 0,5% der Gesamtberatungsfälle aus, u.a. auch deswegen, weil dieses spezielle Angebot den meisten nicht bekannt ist. Die inhaltliche und methodische Arbeit ist im wesentlichen Informationsweitergabe und Entlastung durch Gespräche.

4. Praktische Arbeit

4.1. Erstes Gespräch mit Frau M.

Frau M. war zum Zeitpunkt unserer Treffen 31 Jahre alt, von Beruf Lehrerin, verheiratet. Sie und ihr Mann hatten seit zwei Jahren den Wunsch nach einem Kind.

Frau M. war über Düsseldorfer Kolleginnen der Pränataldiagnostik-Klinik in unsere Beratungsstelle nach Kleve gekommen.

In den zurückliegenden Monaten hatten sie und ihr Mann diverse Ärzte und Kliniken aufgesucht und Diagnostikuntersuchungen durchführen lassen. Frau M. wurden verschiedene Medikamente verordnet um die Wahrscheinlichkeit auf normale Befruchtung, Einnistung und Austragung zu verbessern. Die Kosten beliefen sich auf ca. 450€ pro Monat. Sogenannte künstliche Befruchtung (*Reproduktionsmedizin*) wie IVF (*In-Vitro-Fertilisation*) oder ICSI (*Intra-zytoplasmatische Spermieninjektion*) hatte sie bis zu dem Zeitpunkt nicht in Anspruch genommen.

Ich stellte Fragen und machte mir Notizen. Neben ihrer eingangs erwähnten schlechten Verfassung sagte sie, dass sie es schlecht aushalten könne „etwas nicht beeinflussen zu können“. Sie hielt sich für perfektionistisch und fühle sich oft zerrissen zwischen ihrem Job als Lehrerin, der ihr so wichtig sei, und dem Kinderwunsch.

Am Ende des Gesprächs stellte ich Frau M. meine Idee vor, mit kunsttherapeutischen Methoden auf ihre Situation und ihr Anliegen zu schauen. Dies wäre eine neue, erweiterte Arbeitsweise an unserer Beratungsstelle, welche sich durch meine kunsttherapeutische Ausbildung begründet.

Frau M. willigte ein und wir vereinbarten, fortan im neuen Gruppenraum zu arbeiten. (*Später irgendwann hat sie mir erzählt, dass sie sich darunter nicht wirklich viel vorstellen konnte, aber sich dachte, „ich habe nichts mehr zu verlieren, also Augen zu und durch!“*)

Frau M. äußerte am Ende der Einheit den Wunsch nach einem neuen Termin in vier Wochen.

Sie verließ die Beratungsstelle sichtbar entlastet, nun wissend, eine Anlaufstelle und Gesprächspartnerin für die Zukunft zu haben.

4.2. Erste kunsttherapeutische Einheit

„Wie geht es Ihnen“, fragte ich?

Sie sei froh hier zu sein, jemanden zu haben mit dem sie endlich offen reden kann, sie sei traurig, schäme sich ihrer Gefühle, sie sei schuld dass es nicht klappt, was sie noch wert sei..., antwortete sie.

Ich spürte ihre Trauer, ihr großes Leid- ich fragte wann und wo im Alltag dafür Zeit sei?

Ich fragte auch, was oder wer ihr bisher in schwierigen Situationen geholfen hat?

„Sport und Reden“ sagte sie, vor allem mit ihrem Mann. Jedoch könnte er ihr in dieser Situation nun auch nicht mehr helfen.

Wir redeten über ihre Angst und wie sie damit umgeht. Sie sprach über ihren Glauben an Gott und welche Bedeutung dieser für sie hat.

Zum Ende des Gesprächs kam mir Plan B (*alternativer Lebensentwurf*) in den Kopf. Ich versuchte, das Thema vorsichtig einzubringen, um ein Gefühl dafür zu bekommen, in wie weit sie sich damit schon auseinandergesetzt hatte. Ich fragte also, wie der Gedanke für sie wäre, es so anzunehmen wie es derzeit ist? „Das könne sie nicht“, sagte Frau M.!

„Müsste etwas passieren es annehmen zu können wie es ist?“, fragte ich.

„An dem Punkt bin ich noch lange nicht“, sagte Frau M. sehr entschlossen!

„Ok“, dachte ich, „falscher Zeitpunkt“!

Im weiteren Verlauf der ersten Einheit regte ich eine Resilienzübung an, und sie malte „ihre“ Blüte. In der Betrachtung sagte sie, sie sehe ein Herz, sie fühle sich verwirrt.

„Da wo das Lila ist, liegt etwas dazwischen“. Hoffnung käme von unten, und der rechte Bereich stehe für Schule und der linke Bereich für „sonstige Erwartungen.“

Ich fragte, wie es ihr jetzt nach der Übung ginge, und sie sagte, „ich fühle mich gut soweit“. „Ich nehme die Blüte gerne mit nach Hause“, sagte sie.

Zum Abschluss breitete ich eine Tiersammlung aus mit der Anregung, sich ein Krafttier auszusuchen. Sie suchte sich den Löwen aus, ordnete diesem Tier vier positive Eigenschaften zu, schrieb diese auf eine Karte und nahm die Karte und den Löwen mit.



**** Bild 1 ****

„Meine Blüte, in der Betrachtung fühle ich meine Sehnsucht!“

Im Nachklang der Einheit fragte ich mich, ob es in dieser Situation wirklich Trost für Frau M. gibt? Ich hatte darauf keine Antwort.

Sie vereinbarte am Ende jeder der darauffolgenden Einheiten einen nächsten Termin mit mir, und wir sahen uns fortan im Rhythmus von 4-6 Wochen.

Im Laufe unserer Treffen wurde die Klientin erneut schwanger. Dadurch veränderten sich die Themen unserer Arbeit, denn ihre Angst vor einer 3. Fehlgeburt war nun omnipräsent. Die Trauerbewältigung der ersten beiden Fehlgeburten trat in den Hintergrund, und die Themen Angstabbau, Bindung zum Ungeborenen, zukünftige Mutterrolle und Auseinandersetzung mit ihrer Mutter kamen hinzu.

Die ausführliche Beschreibung jeder Einheit würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, dennoch möchte ich im nächsten Kapitel anhand des Fotomaterials einen Einblick in den weiteren Therapieverlauf geben.

4.3. Themen und eingesetzte Methoden im Prozessverlauf

- Trauerarbeit
- Spannungs- und Angstabbau
- Ressourcen aktivieren und Selbstwertgefühl steigern
- Ambivalenz zwischen Kinderwunsch und beruflicher Tätigkeit
- Perfektionismus und Kontrolle
- Rollen und deren Bedeutung im Leben/ Partnerschaft/ Ursprungsfamilie
- Beziehung zur Mutter
- Bindungsaufbau zum Kind in neu eingetretener Schwangerschaft

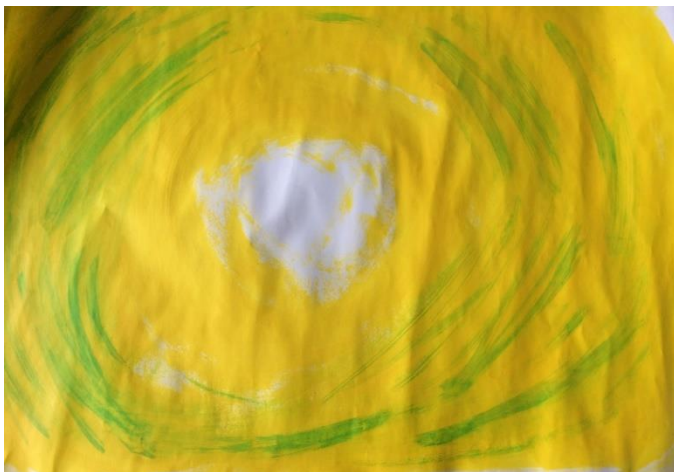


**** Bild 2 **** „Schwarze Bilder stehen für Wut herauslassen!“



**** Bild 3 ****

Einstieg-Übung: Spannung abbauen, Rhythmus finden, zentrieren (Vorgabe: 2 Farben, 2 Linienführungen)



**** Bild 4 ****

Ressourcenarbeit: „Ich fühle meine Zuversicht!“



**** Bild 5 ****

Thema: Welche Rollen habe ich derzeit in meinem Leben und wieviel Raum nehmen diese ein?



**** Bild 6 ****

*Thema: Stellung und Rolle in Ursprungsfamilie; Zweite Aufstellung „So soll es eigentlich sein“!
Methode systemisch: Figurenbrett*



**** Bild 7 ****

*Thema: Auseinandersetzung und Abgrenzung zur Mutter
Methode gestalttherapeutisch: "Hot and empty seat"*

Von Stunde zu Stunde betrachteten wir gemeinsam die unterschiedlichen Themen, die die Klientin eingebracht hat. Oft begannen die Sitzungen mit sehr viel angestauten Gefühlen und waren zunächst sehr tränenreich. „Weinen - Trauern - Zulassen“, war sozusagen das übergeordnete Thema. Die eingesetzten Methoden haben geholfen, Systeme und deren Einflüsse auf die Klientin deutlich zu machen und waren darüber hinaus ein Medium, ihren Gefühlen von Angst, Wut und Neid Ausdruck zu verleihen. Dies hatte Ventilwirkung auf ihren Druck, der sich langsam verringerte. Die Stärkung ihres Selbstwertgefühls durch Ressourcenarbeit verringerte ihre Angst und ihr Ohnmachtsgefühl. Ihre Abgrenzungskompetenz vergrößerte sich, wovon die Beziehung zu ihrer Mutter profitierte, und langsam konnte die Sicherheit für ihre eigene entstehende Familie wachsen.

5. Exkurs Reproduktionsmedizin

Da das Thema Unerfüllter Kinderwunsch eng mit der Reproduktionsmedizin und ihren Auswirkungen verbunden ist und alle Frauen, die ich kennen gelernt und beraten habe, parallel in irgendeiner medizinischen „Behandlung“ waren, möchte ich deswegen hier darauf eingehen.

Vor meiner Auseinandersetzung mit dem Thema habe ich mich gefragt, warum sich Frauen im 21. Jahrhundert nach vielen feministischen Errungenschaften nicht dagegen wehren, ihr Frausein auf Mutterschaft und ihr Selbstbild auf „der Körper, der keine Kinder kriegt“ zu reduzieren? Dieses aus meiner Sicht selbstauferlegte Frauenbild passte nun so gar nicht in mein Selbstverständnis und ich fragte mich, ob der Wunsch nach einem Kind jegliche kritische Hinterfragung und die Inanspruchnahme des Rechts auf Selbstbestimmung völlig zu Nichte macht?

Darauf hat Reproduktionsmedizin einen erheblichen Einfluss, denn sie definiert Unfruchtbarkeit als Krankheit und gleichzeitig suggeriert sie für nahezu alle Fruchtbarkeitsprobleme eine Lösung zu haben. Dadurch beutet sie die Situation der Frauen aus meiner Sicht mit großem Profit aus.

Das Zauberwort ist Hormonbehandlung, IVF oder ICSI und lässt Frauen nicht aufhören zu hoffen und somit nicht austreten aus dem Teufelskreislauf.

Die Wahrscheinlichkeit, durch künstliche Befruchtung ein Kind zu gebären, liegt bei 22,5 % (*DIR Jahrbuch 2017*).

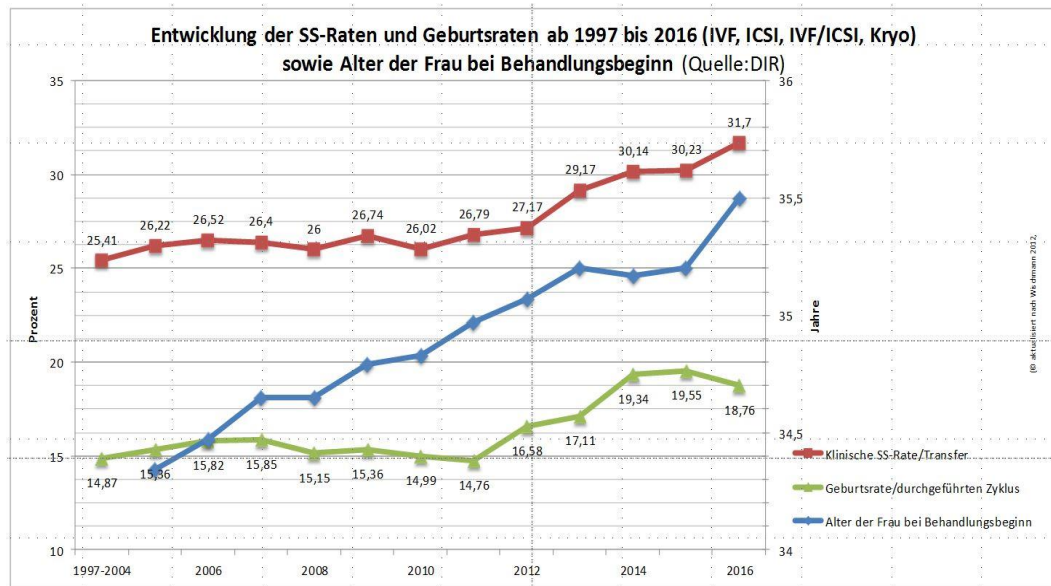
Damit einher geht die Unsicherheit der Rechtslage bezüglich leiblicher, genetischer, sozialer Elternschaft und dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft (*anonyme Spender-Eizelle, anonymer Spender-Samen*) und damit verbundenen psycho-sozialen Auswirkungen.

Um die teure Behandlung bezahlen zu können, verschulden sich Paare nicht selten und biomedizinische Firmen verstehen sich mittlerweile schon als Finanzgeber und bieten Kredite an, weil sie den boomenden Markt erkannt haben. Der horrende Verdienst von Pharmakonzernen in diesem Zusammenhang sei nur am Rande erwähnt.

Die Freude am Körper, an Erotik und Sexualität weicht einer harten Arbeit im Sinne der Fruchtbarkeit. Schwangerschaft und Geburt werden fortan pathologisch betrachtet und der eigene Körper wird zum medizinischen Experimentierfeld. Die Belastung dieser Untersuchungen und Behandlungen trägt vorwiegend die Frau, denn diese werden zu 95% am weiblichen Körper vorgenommen.

Der psychische Druck entfremdet die Paare und das Risiko des Beziehungsbruchs ist erheblich. Veränderungen bei den sozialen Interaktionen (*z.B. sozialer Rückzug, Vermeidung von Kontakten mit Schwangeren oder mit jungen Familien*) sind eine weitere Folge. Die Veränderung des Selbstbildes und des Selbstwertes der Frau haben Isolation und oftmals auch Depression zur Folge.

Die Anzahl der Frauen, die Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen, steigt kontinuierlich weiter, und ihr Einstiegsalter wird immer jünger (s. *Graphik 1*). Dem Körper das Schwangerwerden zu überlassen und dem eigenen Gefühl zu vertrauen, kommt Frau gar nicht mehr in den Sinn, so scheint es.



**** Graphik 1 ****

„Entwicklung der Schwangerschaftsraten und Geburtsraten nach IVF, ICSI, Kryo“, *DIR –Jahrbuch/ IVF Register*

Was in Arztpraxen, Fruchtbarkeits- und Kinderwunschzentren jedoch nicht thematisiert wird, ist die tiefgreifende Veränderung der Seelenlandschaft der Betroffenen, insbesondere die der Frau.

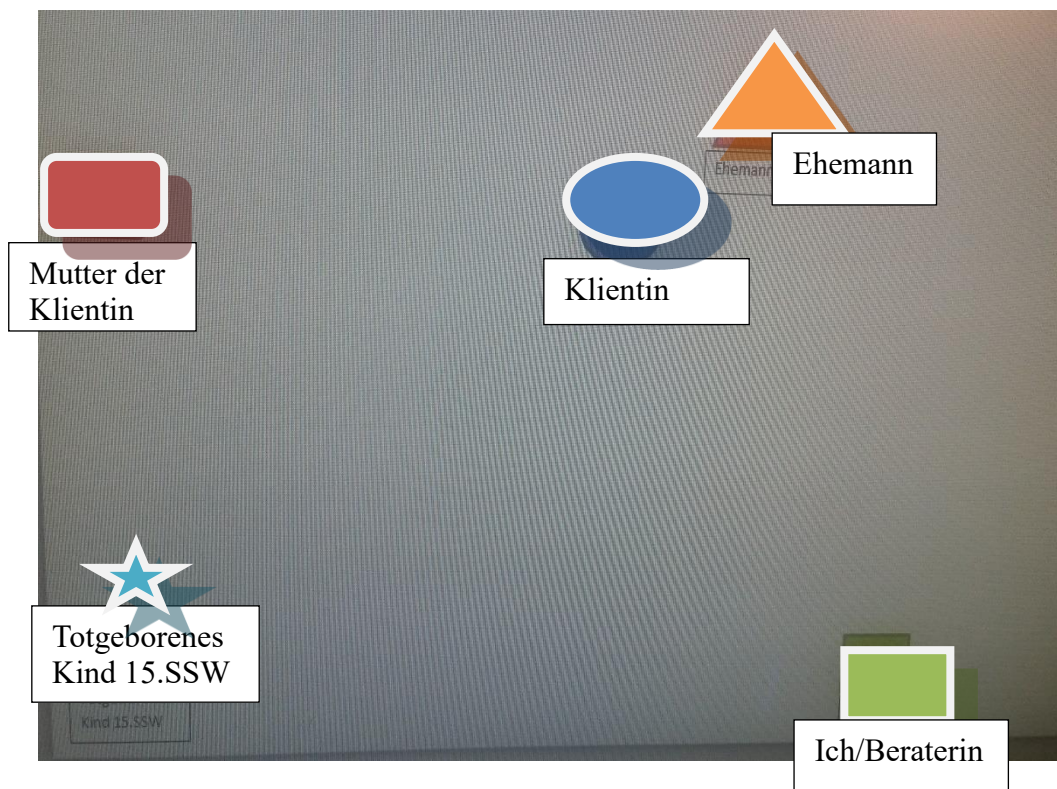
Aus dem Artikel „Zur psychischen Situation ungewollt kinderloser Paare“ von Prof. Dr. Anke Rhode; Uniklinik Bonn: „Alle Arbeitsgruppen, die sich mit Sterilität und ihrer Behandlung befassen, machen die Erfahrung, dass das Erleben ungewollter Kinderlosigkeit und die Bewältigung dieser Problematik bis hin zum Lösungsversuch in Form künstlicher Befruchtung eine erhebliche emotionale Belastung für Betroffene darstellen kann. Die betroffenen Frauen können immer mehr in einen Kreislauf von depressiver Reaktion, Belastung und Insuffizienzgefühlen hineingeraten. Sie sind insgesamt stärker belastet durch die aktuelle Situation, stehen stärker unter Druck (z.B. wegen des Alters), sind gleichzeitig pessimistischer bezüglich des medizinischen Behandlungserfolgs und ängstlicher bezüglich der Geburt. Oft zeigt sich, dass die Fokussierung auf den Kinderwunsch für das Paar bereits zu einer längerfristigen Vernachlässigung anderer Interessen geführt hat und die Beziehung aus dem Gleichgewicht gerät. Leider suchen nur wenige betroffene Patienten Unterstützung oder Hilfe bei Therapeuten bzw. nehmen entsprechende Behandlungsangebote nur selten an. (...) einer der Gründe dafür ist sicherlich die zuvor erwähnte „Etikettierung“ von Kinderwunschpatienten als „pathologisch“ oder „egoistisch“.

Für die ausgewählte Klientin stand zum Zeitpunkt unserer Therapiesitzungen Reproduktionsmedizin nicht im Vordergrund, wenngleich sie alle 1-2 Wochen Arztbesuche und Laborkontrollen hatte und unter Dauermedikation stand. Später sagte sie mir, dass sie sich auf jeden Fall für Reproduktionsmedizin entschieden hätte, wenn es auf normalem Wege weiter nicht geklappt hätte.

6. Kollegiale Intervision und Systemaufstellung

Im Zeitraum der Begleitung der Klientin nahm ich drei Tage an einer trägerinternen Fortbildung zum Thema „Unerfüllter Kinderwunsch/ Reproduktionsmedizin“ teil. In einem Modul der drei Tage konnte man Fallbeispiele aus der Praxis einbringen und seine Arbeit im Team reflektieren. Ich ergriff die Möglichkeit, Frau M. und meine bisherige Arbeit mit ihr vorzustellen. Die Supervisorin machte den Vorschlag, mittels Systemaufstellung auf den Fall zu schauen.

Folgende Personen wurden durch Stellvertreter*innen von mir positioniert, siehe Schaubild:

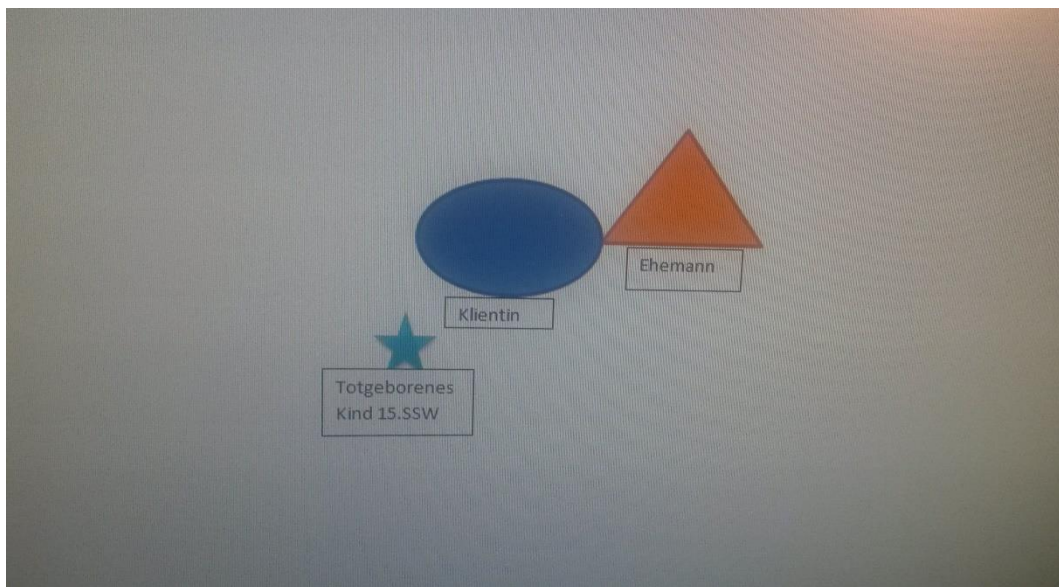


**** Bild 8 ****

„Grafische Darstellung der 1. Systemaufstellung“ (Methode systemisch)

Wer die Methode „Aufstellungsarbeit“ kennt, weiß, wie authentisch und „hautnah“ die Emotionen erlebt werden können. Als ich die Klientin, bzw. deren Stellvertreterin in dieser Rolle gesehen habe, war ich geradezu erschüttert von ihrem Leid. Mir kamen die Tränen, ich wusste, dass es der Klientin nicht gut ging, doch dieses Ausmaß hatte mich sprachlos gemacht. *Um Worte dafür zu finden würde ich sagen, dass dieser Schmerz für ein Leben allein viel zu groß ist und für mindestens zehn weitere Leben reicht.* Erst da habe ich wirklich begriffen und es selber „gesehen“ wie groß ihr Schmerz tatsächlich war.

In der Anpassung der Aufstellung im Bild 9 (2. Bild zur Systemaufstellung) sieht man deutlich die Veränderung, die die Akteure vorgenommen und die neuen Plätze, die sie eingenommen haben.



**** Bild 9 ****

„Grafische Darstellung der 2. Systemaufstellung“ (Methode systemisch)

Die Veränderung:

Die Mutter „verschwand von der Bildfläche“, was für sich spricht, und das totgeborene Kind rückte in die Nähe der Klientin (*zur Erinnerung: die Trauerarbeit um dieses Kind rückte in den Hintergrund als die neue Schwangerschaft eintrat*). Der Ehemann positionierte sich näher zu seiner Frau und „stärkte ihr den Rücken“, so sagte sie. Die Beraterin, also ich, verabschiedete sich. Mein Impuls war, mich als Beraterin vom Feld zu nehmen, und das war für die Klientin/ Stellvertreterin auch sehr stimmig.

7. Letztes Gespräch mit Frau M.

Circa zwei Wochen nach der Systemaufstellung kam die Klientin zum vereinbarten Termin, und zwar „zum Abschlussgespräch“, wie sie selbst sagte. Sie fühle sich gut und habe das Gefühl, mit den Dingen, die da kommen (*restliche Schwangerschaft, Geburt*) nun gut zurecht zu kommen. Sie wolle nun keinen neuen Termin mehr vereinbaren.

Ich schmunzelte innerlich und dachte an die Aufstellungsarbeit, in der ich mich vom Feld nahm. Mich interessierte, wie sich das Verhältnis zu ihrer Mutter zwischenzeitlich entwickelt hatte, und sie sagte, dass sie sich stärker fühle in der realen Begegnung mit ihrer Mutter und sich klarer abgrenzen könne. (*Ich hatte immer schon den Eindruck, dass die Beziehung zur Mutter eine wesentliche Rolle in der Gewinnung von Sicherheit für ihre entstehende Familie spielte.*) Ich bestärkte sie nochmal in all ihren Entwicklungsschritten und freute mich über ihre klare Entscheidung, nun alleine gut zurecht zu kommen. Rückblickend denke ich, ich habe zeitweise in der Begleitung die Rolle der „guten Mutter“ übernommen.

Sie hat sich nach vier Wochen nochmal per Mail gemeldet, um zu sagen, dass sie nun im Mutterschutz sei und es ihr gut ginge.

Zwei Tage nach der Geburt ihrer Tochter hatte sie mir voller Freude geschrieben und mich nach ein paar Wochen mit ihrem Kind besucht.

8. Umdenken und meine Haltung

„Ist denn das Leben nicht auch schön ohne Kinder und um ehrlich zu sein, bestimmt manches Mal um einiges einfacher?“, dachte ich nach 20 Jahren als Alleinerziehende mit zwei Kindern? Ach ja richtig: ich habe zwei Kinder!

„Was ist es denn nun, dass insbesondere die Frauen so „krampfhaft“ am Kinderwunsch festhalten und nicht loslassen lässt?“, fragte ich mich.

Sicherlich spielen für Betroffene im Umgang und der Verarbeitung des Problems ungewollt kinderlos zu sein auch der erlernte Umgang mit Krisen eine Rolle.

Die Motivation für ein Kind (*Kitt für die Beziehung, die eigenen Eltern beeindrucken, dem eigenen Leben mehr Sinn geben, Stammhalter, etc.*) spielt auch in diesem Zusammenhang eine weitere Rolle.

Der Zustand, in dem sich Frau M. jedoch befand, war nicht nur eine Krise. Es war mehr als eine nach ICD10-Kategorisierung zu findende Anpassungsstörung, oder akute Belastungsstörung und Depression als Folgesymptom. All diese „Einordnungen“ lassen glauben, dass dies ein Individualproblem der Betroffenen sei, die einfach nicht loslassen will oder kann.

Die Erfahrung, ungewollt keine Kinder zu bekommen, stellt eine Ausnahme sondergleichen dar, das habe ich verstanden. Sie ist eine Konfrontation mit dem Lebenssinn an sich, mit unserer Programmierung auf Reproduktion zum Ziele der Arterhaltung.

Aus Sicht der Frau wird „allen anderen der Wunsch gewährt, nur ihr nicht“, O-Ton Frau M.!

Die heftigen Gefühle von Zorn, Wut, Neid, Trauer oder Hass werden Frauen sowohl im sozialen Kontext als auch im Rollenklischee von Frauen nicht „erlaubt“ und sie fühlen sich damit alleine.

Kinderkriegen ist ein Allerweltsthema, jedoch gesellschaftlich tabuisiert, wenn es nicht klappt. Und desto mehr ein Thema im Dunkeln liegt, umso größer wird seine Psychodynamik (*Psychodynamik = Auslösung seelischer Vorgänge als Reaktion auf bestimmte innere und äußere Einflüsse und Ereignisse*).

Die Wucht und Tragweite dieses Themas, spaltet Beziehungen, Familien und Freundeskreise. Die Frauen schämen sich ihrer Gefühle, kennen sich, ihre Reaktionen und Emotionen oft nicht wieder und die wenigsten bringen aufgrund der gesellschaftlichen Stigmatisierung den Mut auf, darüber zu sprechen.

Ich denke es ist deutlich geworden, wie kritisch meine Haltung gegenüber der Reproduktionsmedizin ist, aber ich kann es nun verstehen, wenn sich Frauen dieser Maschinerie unterwerfen, „mit sich machen lassen“ und zum Wohle des Ziels ihre kritische Hinterfragung „über Bord werfen“.

9. Fazit und Ausblick

Die Auswirkung unerfüllten Kinderwunsches im Leben einer Frau kann vielfältig sein. Im Falle von Frau M. waren dies Auswirkungen auf:

- ihre Identität als Frau
- ihre psychische und physische Gesundheit
- ihre Partnerschaft
- ihre sozialen Kontakte
- ihren Job

Die Erwartungen ihrer Mutter, die sie nicht mehr erfüllen wollte, ihr Platz in der Ursprungsfamilie in Korrelation zu den Geschwistern, ihr selbstdefinierter Perfektionismus und ihr Wunsch nach Kontrolle waren zudem Begleitthemen, die eine Rolle spielten.

Hätte Sie ohne Begleitung eine 3. Fehlgeburt erlitten? Wer weiss das schon? Hat ihr die Begleitung mehr Sicherheit und Zuversicht für die bestehende Schwangerschaft und Geburt gegeben? Davon bin ich überzeugt.

9.1 „Und was ist jetzt mit Plan B?“

Nahezu jeder Mensch befasst sich im Laufe seines Lebens mit der Fragestellung „will ich Kinder“?

Der „normale“, natürliche Lauf des Lebens ist, geboren zu werden und zu sterben.

Ungewollt keine Kinder zu bekommen wird gesellschaftlich als nicht normal, nicht natürlich angesehen. Unfruchtbarkeit wird als Krankheit, als Fehlfunktion bezeichnet - eben nicht normal. Fruchtbarkeit wird mit Potenz, mit Lebenskraft gleichgesetzt.

Wer will als potenzlos, als kraftlos gelten? Historisch gesehen stellt die Unfruchtbarkeit einer Frau in ihrer Kausalität das Weibliche an sich in Frage. Denn warum sonst wurden Gemahlinnen eines Königs, die keine Thronfolger gebaren, als nutzlos angesehen und auf dem Schafott hingerichtet? So zumindest wird es überliefert.

Frau M. sagte mit ihren Worten (siehe 1. Einheit): (...) „Was bin ich noch wert?“

Die Programmierung auf Reproduktion zum Ziele der Arterhaltung ist wesentlich älter als die Menschheit selbst. Sie erklärt auch im 21. Jahrhundert unseren damit verbundenen Sexualtrieb als Mittel zum Zweck der Fortpflanzung. Der Sexualtrieb hat die Funktion das Überleben der Menschheit durch Überleben der "Best-Angepassten" zu sichern. In der Tierwelt haben bis heute nur die Starken ein Recht auf Reproduktion. Darüber hat bereits Charles Darwin in seiner Evolutionstheorie von 1872 berichtet.

Ich folgere daraus, dass Kinderwunsch mehr ist als ein elementares Bedürfnis, wie es in so mancher Fachliteratur dargestellt wird. Er ist von der Anlage her nicht kognitiv gesteuert.

Im Laufe des Beratungsprozesses war für mich deutlich spürbar, warum unerfüllter Kinderwunsch eine so tiefgreifende Kränkung ist.

Ist es möglich, unerfüllten Kinderwunsch vom Selbstwert abzukoppeln, erhobenen Hauptes die Unfruchtbarkeit zu akzeptieren und zu Plan B über zu gehen? Meine Überzeugung ist, dass dieses hormonelle Selbstläufer-Programm, so möchte ich es mal nennen, von Frau nicht einfach mit neuem Lebensentwurf außer Kraft gesetzt werden kann, um sich so dem psychodynamischen Wirkkreis und seinen Folgen zu entziehen.

Natürlich habe ich mich gefragt, was gewesen wäre, wenn Frau M. nicht schwanger geworden wäre. Wie hätte dann meine Begleitung ausgesehen? Hätte Plan B (*z.B. Adoption, Leben ohne Kind*) eine Rolle gespielt? Ich glaube nicht, zumindest nicht in dem Zeitraum von einem Jahr, in dem wir uns getroffen haben.

Es ist ein langer Weg für betroffene Frauen umzudenken, umzufühlen, ich sollte besser sagen „umzucodieren“, um sich einerseits von dem „Makel“ des unerfüllten Kinderwunschs als Folge von Unfruchtbarkeit und dem Automatismus der Programmierung auf Reproduktion distanzieren zu können. Es braucht mehr Anlaufstellen, wo Betroffene einen wertfreien Raum finden für ihre Gedanken und Emotionen, wo sie erfahren, dass sie nicht die Einzige sind. Das Thema braucht Öffentlichkeit und

Aufklärung, um aus der Stigmatisierung heraus zu kommen. Es braucht Konzepte, in denen Betroffene ihre Selbstentscheidungskompetenz und ihre Integrität zurückerlangen. Betroffene brauchen Unterstützung in der Entscheidung für oder gegen die Anwendung von Reproduktionsmedizin. Es braucht einen wirksamen Methodenkoffer, der flexibel auf die Bedürfnisse der Klientinnen angepasst werden kann und dessen Inhalt über Gespräche und Informationsweitergabe hinausgeht.

Mein Koffer bestand aus kunsttherapeutischen, systemischen und gestalttherapeutischen Methoden. Hätte ich als Therapeut*in auch anders vorgehen können? Bestimmt! Ich habe die Methoden eingesetzt, die ich kannte und mit denen ich mich sicher gefühlt habe. Die Klientin hat sich darauf eingelassen und sie rückblickend als sinnvoll und effektiv erlebt. Im Nachgespräch sagte sie mal eher beiläufig, „ich wusste gar nicht, dass in Bildern so viel drinsteckt!“.

Mein Prozess in der Begleitung der Klientin war, die Einmaligkeit dieses Dilemmas zu verstehen, das große Leid darin zu erkennen und dies mit der Klientin *auszuhalten*.

10. Literaturverzeichnis

1. ICD 10 kompakt, Sybille Disse, 2015, Elsevier Verlag
2. Irrsinnig weiblich -Psychische Krisen im Frauenleben, Beate Wimmer-Puchinger u.a., 2016, Springer-Verlag
3. Wenn der Storch nicht von alleine kommt, Melanie Croyé, 2018, Beltz Verlag
4. Zur psychischen Situation ungewollt kinderloser Paare, Fachartikel von Prof. Dr. Anke Rhode, Universitätsklinikum Bonn, Abt. Gynäkologische Psychosomatik
5. DIR Institut, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 15. Jahrgang 2018
6. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96711/Kinderwunschbehandlung-bei-immer-mehr-Paaren>
7. Gefühlssterne, Angstfresser, Verwandlungsbilder..., Udo Baer, 2016, Semnos Verlag
8. Lehrbuch der Kunsttherapie, Regula Rickert, 3. Auflage, Param Verlag
9. Quellen der Gestaltungskraft, Klaus Lumma u.a., Windmühle Verlag
10. Werde, was du bist, Selbstverwirklichung durch Psychosynthese, Piero Ferrucci 1986
11. Imagination als heilsame Kraft, Luise Reddemann, 2001, Verlag Klett-Cotta

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag beschreibt die kunsttherapeutische Begleitung einer Klientin bei unerfülltem Kinderwunsch. Der Prozess war voller Überraschungen, denn sowohl die Zielsetzung der Klientin veränderte sich im Laufe der Begleitung durch eine neu eingetretene Schwangerschaft, als auch die Haltung der Therapeutin zum Thema Unerfüllter Kinderwunsch nahm eine Wende. Ein Auszug der Themen und Methoden anhand von Bildmaterial verdeutlicht den Prozess und ein Exkurs in die Reproduktionsmedizin gibt Einblick in die gängige medizinische Praxis. Der Beitrag schließt mit einem deutlichen Apell und konzeptionellen Vorschlägen für die Arbeit mit Klienten bei unerfülltem Kinderwunsch ab.

Biographische Notiz

Name: Birgit Pieper
Wohnort: Kleve
Berufsbezeichnung: Kunsttherapeutin, Heilpraktikerin Psych., postgrad. Studium Systemische Mediation, Kunstpädagogin, Dipl.-Sozialpädagogin (FH), tätig in einer staatl. Schwangerschaftsberatungsstelle und in selbständiger Praxis als Kunsttherapeutin Counselor IHP
Fachrichtung: Kunst- und Gestaltungstherapie
LehrCounselor: Sabina Schulte, Brigitte Michels
LehrTrainer: Anke Kaulen, Uta Stinshof, Brigitte Michels, Hella Janssen-Hack, Manuel Rohde, Dr. Klaus Lumma

