



Der Abschied vom Kinderwunsch

Psychologische Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit

Abschlussarbeit
Ausbildung zur Psychosynthese-Therapeutin

30.03.2016

Bruna Bruhn
Heilpraktikerin für Psychotherapie
Cohnenhofstr. 123a
50769 Köln

www.psychotherapie-bruhn.de

Inhaltsverzeichnis

Teil I: Theorie

1. Einführung

2. Der Kinderwunsch

3. Die ungewollte Kinderlosigkeit

3.1 Reproduktive Medizin

3.2 Akzeptieren der ungewollten Kinderlosigkeit

3.3 Abschied vom Kinderwunsch

4. Auswirkungen der ungewollten Kinderlosigkeit auf die Psyche

4.1 Modell der Stressverarbeitung bei kinderlosen Paaren
nach Prof. Dr. Corinna Onnen

4.2 Trauerphasen nach Verena Kast

5. Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit

5.1 Die Wichtigkeit von psychologischer Begleitung

5.2 Förderliche Bewältigungsstrategien

Teil II: Praxis

6. Psychologische Unterstützung

6.1 Die Psychosynthese

6.2 Der Systematisch-Integrative Ansatz der Psychosynthese

7. Angewandte Psychosynthese

7.1 Identifikation und Dis-Identifikation

7.2 Die Teilpersönlichkeitsarbeit

7.3 Arbeit mit dem Inneren Kind

8. Trauerarbeit

8.1 Abschiedsrituale

8.2 Versöhnungsarbeiten

9. Neue Wege entdecken

9.1 Die Entdeckung der Weiblichkeit

9.1.1 Die Wolfsfrau

9.1.2 Eva

9.1.3 Lilith

9.1.4 Nut

9.2 Übungen von Emma Gamma zur Stärkung der Weiblichkeit

10. Nachwort

Teil I: Theorie

1. Einführung

Meine Abschlussarbeit befasst sich mit dem Thema der ungewollten Kinderlosigkeit bei Frauen nach reproduktiver Behandlung. Neben weitreichenden, themenbezogenen Informationen soll diese Arbeit auch ein psychologischer Leitfaden für Therapeuten im Umgang mit Betroffenen sein.

Mit den Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Studien, psychologischen Ratgebern, Erfahrungsberichten und nicht zuletzt meiner persönlichen Erfahrung im Umgang mit der ungewollten Kinderlosigkeit und reproduktiven Verfahren, werde ich eine erfolgreiche psychologische Unterstützung beschreiben. Dafür nutzte ich den erlernten Ansatz der „Systematisch-Integrativen Psychosynthese“ als Basis für die Entwicklung eines therapeutischen Begleitungsprozesses.

Im ersten Teil werde ich die unterschiedlichen Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit und die psychischen Auswirkungen skizzieren. Im zweiten Teil entwickle ich ein Konzept, das einen möglichen psychologischen Unterstützungsleitfaden bietet. Dabei verwende ich Methoden, Techniken und Verfahren aus der Psychosynthese, die den Verarbeitungsprozess begünstigen und das Akzeptieren der Kinderlosigkeit erleichtern sollen.

Ich beschränke mich im Kern auf die „ungewollt kinderlose Frau“ nach reproduktiver Behandlung. Diesen bewussten Schwerpunkt nehme ich vor, da die Ausarbeitung aller anderen Aspekte den Rahmen der Abschlussarbeit sprengen würde. Es sollen im Idealfall aber dennoch Betroffene mit anderen Problemkonstellationen in gleicher Weise von dem therapeutischen Ansatz profitieren.

Um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten, wird im Folgenden auf die explizite Nennung jeweils beider Geschlechter (im Sinne von Patientin/Patient, Therapeut/Therapeutin) verzichtet, sondern jeweils eine Form gewählt, wobei die andere Form ebenfalls gemeint ist.

2. Der Kinderwunsch

Die Frage nach Kindern scheint auch immer die eigene Identität und Wertigkeit im Leben zu berühren. In einer Studie des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend heißt es über kinderlose Frauen und Männer:

„85 % der kinderlosen Frauen und Männer haben die Einstellung, dass Kinder in äußerst positiver Weise eine Bereicherung für Identität und Lebenssinn sind. Das betrifft die Partnerschaft (Kind als Ausdruck der Liebe und Gemeinsamkeit), das Erlebnis der Entwicklung eines eigenen Kindes in den verschiedenen Entwicklungsstadien bis hin zur Sehnsucht, mit einem Kind „ein richtiges Zuhause“ zu haben und in bestimmter Hinsicht „angekommen“ zu sein“.

(Carsten Wippermann, Prof. Dr., Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, „Ungewollte Kinderlosigkeit bei Männern und Frauen“, Berlin, Studie 2012, S.10)

Der Wunsch nach einem eigenen Kind spricht besonders bei Frauen tiefe archaische Prinzipien (nährende Mutter, Urmutter, Weiblichkeit, Fruchtbarkeit als Entwicklungsprinzip etc.) an, die mit der Fortpflanzung und somit mit dem Bestand der menschlichen Spezies eng verknüpft sind. Dazu schreibt Hillay Hyatt:

„Der Körper ist nie nur Biologie, sondern immer auch Erinnerung, Geschichte, Kultur. In meinem Kinderwunsch spricht auch der Wunsch meiner Eltern, Großeltern und Urgroßeltern, nicht sterben zu wollen. Sprechen die Eindrücke, die ich bewusst und unbewusst mein Leben lang von Eltern-Kind-Beziehungen, Schwangerschaft, Muttersein, Fürsorglichkeit und Reproduktion mitbekommen habe, in Form von Bildern, Erzählungen eigener Erfahrungen. Es sprechen Wertvorstellungen, Sehnsüchte, elementarer Fortpflanzungsdrang.“

(Hillay Hyatt, „Ungestillte Sehnsucht“, Christoph Links Verlag, Berlin, 1. Auflage 2012, S.21)

Der Wunsch ein eigenes Kind zu bekommen und eine Familie zu gründen ist von Frau zu Frau unterschiedlich stark ausgeprägt. Die Ausprägung des Kinderwunsches ist häufig auch abhängig von eigenen Kindheitserlebnissen und Rollenverständnissen in der Familie. Viele Frauen, die ihre Kindheit als erfüllt und von der Mutter umsorgend empfunden haben, neigen dazu, dieses vorgelebte Rollenmodell weitergeben zu wollen. Die Identifizierung mit dem Mutterbild ist stark ausgeprägt, das Rollenverständnis der eigenen Mutter hat dort eine prägende Vorbildfunktion.

Es gibt auch Frauen, die mit einer Mutter aufgewachsen sind, die das Versorgen und Aufziehen der Kinder als schwierig und belastend empfunden hat. Dort wurde häufig dem Kind suggeriert, dass die Mutterrolle mit starkem Verzicht und „Aufopferung“ verbunden ist. Frauen, die aus dem Mangel heraus Kinder bekommen wollen, möchten in der Regel den eigenen Kindern alles geben, was sie selbst nicht bekommen haben. Hier besteht die Gefahr, dass alte schmerzhaft Gefühle sozusagen über den Nachwuchs geheilt werden sollen, was sich negativ auf die Beziehung zum Kind und dessen emotionale Entwicklung auswirken kann.

Mit einem reflektierten Blick auf den eigenen Kinderwunsch haben Frauen die Chance hinzuschauen auf das, was in ihnen und in ihrem Leben fehlt. So können sie sich der eigenen Fürsorge widmen und übertragen den erlebten Mangel nicht auf ihre Kinder.

Trotz dieser positiven Aspekte, ist die Sehnsucht nach dem eigenen Kind, sprich die Gründung einer Familie, ein wichtiger Bestandteil des Lebens, der nicht leicht zu verabschieden ist.

3. Ungewollte Kinderlosigkeit

Von ungewollter Kinderlosigkeit wird gesprochen, wenn sich der Kinderwunsch gegen den expliziten Willen ein Kind zu bekommen nicht erfüllen lässt. Dies kann sehr unterschiedliche Ursachen haben und ist oft vielschichtig begründet.

Häufig werden am Anfang der ausbleibenden Schwangerschaft äußere Faktoren wie Stress, eine ungesunde Lebensweise und psychische Faktoren für die Kinderlosigkeit verantwortlich gemacht. Eine direkte Auswirkung von Stress und/oder Psyche auf die Fruchtbarkeit ist allerdings in den meisten Fällen nicht die Ursache. In diesem Zusammenhang wurde in einer Studie belegt, dass nur bei einem sehr geringen Anteil der

Betroffenen eine psychosomatische Indikation zugrunde liegt:

„Psychopathologische Auffälligkeiten liegen bei Frauen und Männern mit unerfülltem Kinderwunsch nicht gehäuft vor; auch dann nicht, wenn keine organische Ursache für die Kinderlosigkeit festgestellt werden konnte. Eine verhaltensbedingte – und damit potenziell psychosozial (mit)bedingte – Fertilitätsstörung ist bei 5% bis maximal 10% aller Paare festzustellen. Der direkte Einfluss von Alltagsstress auf eine Fertilitätsstörung bzw. auf den Erfolg einer IVF-/ICSI-Behandlung ist nach den Ergebnissen größerer Studien und den von Meta-Analysen als eher vernachlässigbar zu bezeichnen. Eine Verallgemeinerung dieser Befunde auf nicht in Behandlung befindliche Paare und auf Frauen und Männer in nicht-westlichen Ländern ist nur sehr eingeschränkt möglich. Für viele Paare stellt allerdings das Erleben der Fertilitätsstörung wie auch die psychischen Auswirkungen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung eine erhebliche emotionale Belastung dar. Neueren Studien zufolge erleben sich Frauen und Männer gleichermaßen belastet.“
(Heribert Kantenich, Elmar Brähler, Ingrid Kowalcek, Bernhard Strauß, Petra Thorn, Anna Julka, „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“. Aktueller Stand: 2014 publiziert bei: AWMF Register Nr.016/003 Hrsg. v. S.16)

Am häufigsten hat eine ungewollte Kinderlosigkeit medizinische Ursachen. Dies beinhaltet Geschlechtskrankheiten, hormonelle Störungen und organische Erkrankungen bei der Frau, eingeschränkte Zeugungsfähigkeit bis hin zur Unfruchtbarkeit beim Mann.

3.1 Reproduktive Medizin

Viele Frauen sind bereit, für die Erfüllung des Kinderwunsches reproduktive Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die medizinische Behandlung der ungewollten Kinderlosigkeit ist in der Regel stufenweise konzipiert. Jede Behandlungsmaßnahme ist von den Vorbedingungen des Paares abhängig. In der Regel beginnt die Behandlung im Falle der weiblichen Unfruchtbarkeit mit einer Regulierung des Menstruationszyklus respektive einer Auslösung des Eisprungs mit verschiedenen Medikamenten. Damit sollen die Chancen einer weitgehend natürlichen Befruchtung gewährleistet werden.

Operative Maßnahmen werden durchgeführt, wenn ein Eileiterverschluss oder Veränderungen in der Gebärmutter vorliegen. Sollten die bisherigen Maßnahmen nicht zum Erfolg führen, werden weitere Behandlungen wie die Insemination (künstliche Samenübertragung), IVF (In-vitro-Fertilisation) oder ICSI (Intrazytoplasmatische Spermieninjektion) durchgeführt. Zur Vorbereitung dieser Behandlung wird bei betroffenen Frauen zuvor eine kontrollierte Überstimulation der Eierstöcke vorgenommen, damit gleichzeitig mehrere Eizellen heranreifen. Nach der Stimulation werden befruchtete Eizellen in die Gebärmutter zurückgegeben. In der Regel lassen sich nicht alle gewonnenen Eizellen befruchten oder es treten Probleme bei der Zellteilung auf. Weitere körperliche Risiken wie Überstimulation oder Thrombosen sind mit diesen Methoden verbunden.

Die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion wird vor allem bei männlicher Unfruchtbarkeit oder bei Misserfolgen in der IVF eingesetzt. Die Methode kann auch mit Spermien aus Hoden oder Nebenhoden durchgeführt werden. Die Patientinnen müssen sich der gleichen

Behandlung wie bei der In-vitro-Fertilisation unterziehen. Die Statistiken zeigen, wie viele Paare mit Hilfe der reproduktiven Medizin erfolgreich waren und nur wenige Paare ungewollt kinderlos bleiben.

„Vielen Paaren, bei denen ein Partner unfruchtbar ist, kann heute geholfen werden. In Deutschland erfüllen sich jedes Jahr 8000 Elternpaare ihren Kinderwunsch mithilfe moderner Technik. Jedes 80. Kind verdankt hier sein Leben der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle im Labor eines Fortpflanzungsmediziners.“

(Adelheid Lissner, Künstliche Befruchtung: Vom Wunsch zur Wunde, Tagesspiegel 15.9.2012, S.1, aus dem Internet entnommen am 14.3.2016)

Trotz der unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten wie Insemination, IVF, ICSI, Hormonbehandlungen etc. bleiben *„Schätzungsweise ca. 6-9% aller Paare kinderlos“*

(Tewes Wischmann Heike Stammer, „Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch“, 4. Auflage 2010, S.21)

3.2 Akzeptieren der ungewollten Kinderlosigkeit

Die Akzeptanz der ungewollten Kinderlosigkeit beinhaltet für die Betroffenen immer auch einen Abschied von einem Lebensentwurf, Wünschen und Sehnsüchten sowie die Neuorientierung in eine andere Zukunft. Dieser Prozess des Abschiednehmens ist für viele Frauen ein schwer zu bewältigendes Thema. Eine aus dieser Situation resultierende Lebenskrise wird in der Gesellschaft immer noch stark tabuisiert und von vielen nicht ernst genommen.

Wie lange eine Frau bereit ist reproduktive Behandlungen durchzuführen, ist beeinflusst durch:

- die eigenen Wertvorstellungen bezüglich reproduktiver Behandlung
- soziale Faktoren und gesellschaftliche Normen
- eigene innerpsychische Prozesse, wie Selbstwert, Wunsch nach Anerkennung, oder nach bedingungsloser Liebe etc.
- familiären Druck
- Furcht vor Stigmatisierung

Bei der eigenen psychischen Auseinandersetzung mit der Kinderlosigkeit wird durch immer weiterentwickelte Techniken und Möglichkeiten in der Reproduktionsmedizin ein Hoffen auf Abwendung der Kinderlosigkeit weiter bestärkt. Einmal mit der Behandlung begonnen, wird es schwer, diese aus eigener Motivation wieder zu beenden. Der Wunsch nach einem eigenen Kind kann dann regelrecht zur Sucht werden, die motiviert durch die Kinderwunschbehandlung zu einem „Tunnelblick“ führen kann. Hierzu schreiben Elke Eyckmanns, Markus Merzenich und Frank Nawroth:

„Tückisch an diesem Tunnel ist, dass man innerlich so tut, als wäre alles andere nichtig und nicht lebenswert. Die Frauen konzentrieren sich auf ein „Nicht“, etwas was sie nicht bekommen, obwohl sie es sich so sehr wünschen... Das „Nicht-Kind“ verdrängt somit alles Positive aus dem Erleben der Frau...“

(Elke Eyckmanns, Markus Merzenich und Frank Nawroth: „Ein Kind warum nicht auch für uns? Gut beraten bei unerfülltem Kinderwunsch“, Carl Auer Verlag: Heidelberg, 1. Auflage 2013, S.34)

Aus gesellschaftlicher Sicht wird die Kinderlosigkeit häufig noch als egoistischer und narzisstischer Akt verkannt und in Diskussionen, ob kinderlose Menschen mehr Steuern bezahlen sollen, noch weiter befeuert. Frauen werden häufig aufgrund ihrer Kinderlosigkeit von anderen Frauen weniger respektiert und als nicht gleichwertig angesehen und in anderen Kulturen sogar regelrecht verstoßen.

Zusätzlich wird in Medien von immer mehr Fällen berichtet, wo Frauen auch über ihr biologisches Maß hinaus noch Kinder empfangen und jenseits der natürlichen Gesetze gebären. Alles scheint möglich zu sein. So wird es für viele Frauen immer schwerer einen Schlussstrich zu ziehen. Häufig leidet die Psyche ungemein, da durch die wiederkehrenden Versuche ein Trauer- und Abschiedsprozess nicht stattfinden kann.

Ausgeübter Druck innerhalb der Familie kann dazu führen, dass eine Beendigung der Behandlung und eine Akzeptanz der Kinderlosigkeit erschwert werden. Da gibt es Großeltern, Tanten und Onkel, die sich ein Enkelkind oder Nachwuchs wünschen und durch Nachfragen und durch gut gemeinte Tipps das Loslassen vom Kinderwunsch für einige Frauen erschweren. Das Kind wird dann zur „Familiensache“.

Meist wird die Gruppe von Frauen, die trotz mehrfacher Behandlungen nicht schwanger geworden sind, aus den Augen verloren. Für die Reproduktionsmedizin werden sie aufgrund der fehlenden Erfolgsrate nach Ende der Behandlung uninteressant. Im Freundes- und Bekanntenkreis wird verlegen über das Thema hinweg geschaut und die eigene Familie ist häufig mit dem Schmerz und dem eigenen Verlust konfrontiert. Viele Frauen ziehen sich nach diesen schmerzhaften Erfahrungen von der eigenen Familie zurück, meiden Situationen, in denen sie mit Säuglingen und Kindern konfrontiert werden und haben Angst vor Stigmatisierung.

Das Risiko der Stigmatisierung durch ein Bekanntwerden eingeschränkter Fruchtbarkeit und Kinderwunschbehandlung ist noch höher, wenn die Behandlung nicht zum Erfolg führt. Insofern ist es für ungewollt Kinderlose subjektiv oft ein sozialer Selbstschutz, anderen nicht vom Verdacht oder medizinischen Befund der eigenen Unfruchtbarkeit zu erzählen.

„Frauen nehmen sehr viel häufiger wahr, dass in unserer Gesellschaft Kinderlosigkeit als Makel gilt, Kinderlose als „egoistisch“ stigmatisiert, partiell ausgegrenzt und mitunter diskriminiert werden.“ (Carsten Wippermann, Studie vorgelegt vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen, und Jugend, „Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten“, 2013, S.169)

Dies führt bei vielen Betroffenen dazu, nicht von der Erwägung einer Kinderwunschbehandlung oder einer bereits vorgenommenen Behandlung zu erzählen. Nicht nur Infertilität, sondern auch die reproduktionsmedizinische Behandlung gilt bei Betroffenen als sozial riskant, wird äußerst diskret behandelt, kaum kommuniziert und damit dauerhaft tabuisiert.

Es stellt sich die Frage:

Was passiert mit diesen Frauen, und wie kann man sie psychisch unterstützen?

3.3 Abschied vom Kinderwunsch

Einige Frauen entscheiden sich dazu Abschied vom Kinderwunsch zu nehmen und sich auf ein Leben ohne Kinder einzustellen, ohne reproduktive Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Entschluss ist meist von vielen Faktoren abhängig und wird sehr individuell getroffen. Dabei können finanzielle Möglichkeiten, psychische und emotionale Ressourcen, sowie religiöse und moralische Werte eine Rolle spielen.

Meist finden diese Entscheidungsprozesse fern der Außenwelt statt und werden von vielen Betroffenen isoliert in der Partnerschaft behandelt. Die Scham über die Unfruchtbarkeit und die Unfähigkeit an einer bestimmten Norm in der Gesellschaft teilzunehmen sitzt immer noch sehr tief. Einige Frauen schaffen es dennoch gut, sich von der Idee des eigenen Kindes zu lösen und sich auf die positiven Aspekte der weiteren Lebensplanung zu konzentrieren. Dabei sind die individuellen Bewältigungsstrategien, Persönlichkeitsmerkmale, Werte und Normen, Sozialisation und eigene Resilienzen für eine Bewältigung der belastenden Situation ausschlaggebend.

In der Dissertation „Betroffene Frauen und ihre Bewältigung im mittleren Erwachsenenalter“ heißt es dazu: *„Gerade die Fähigkeit eines Individuums kritische*

Situationen zu meistern, ihnen letztlich zu widerstehen und sich wieder von ihnen erholen zu können, ist ein Teil dieser persönlichen Weiterentwicklung und im Konzept der Resilienz verankert.“

(Karla Beyer, Dipl. Psych., „Betroffene Frauen und ihre Bewältigung im mittleren Erwachsenenalter“, Dissertation, zitiert von Masten, 2001, 2005, S.4).

Dabei scheint die Auseinandersetzung mit den Fragen:

- *Was bedeutet es für mich Vater oder Mutter zu werden?*
- *Wie schätze ich meine Entwicklungschancen ohne Kind (er) ein?*
- *Wie wird sich mein Leben verändern mit oder ohne Kind (er)?*
- *Wie zufrieden bin ich in meinem jetzigen Leben?*
- *Welche Auswirkung hat die Kinderlosigkeit auf die Paarbeziehung?*

eine zusätzliche wichtige Rolle in der Akzeptanz der Kinderlosigkeit zu spielen.

4. Auswirkungen der ungewollten Kinderlosigkeit auf die Psyche

Die ungewollte Kinderlosigkeit wird inzwischen in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema als kritisches Lebensereignis begriffen und verstanden.

„Die ungewollte Kinderlosigkeit gilt als kritisches Lebensereignis und geht in der Regel mit Einschränkungen der Lebenszufriedenheit und der Befindlichkeit einher. Unmittelbar nach Diagnosestellung und Behandlungsmisserfolg sind die Belastungen der Betroffenen erheblich.“

(Dipl.-Psych. Karla Beyer, „Betroffene Frauen und ihre Bewältigung im mittleren Erwachsenenalter“, Dissertation, 2005, S.37)

Die moderne Fortpflanzungsmedizin wird immer erfolgreicher, aber sie kann längst nicht jedem helfen. Bleibt der Kinderwunsch unerfüllt, kann das seelische Folgen haben. Frauen haben bis hier hin oft einen gewaltigen Prozess, verknüpft mit Hoffen und Bangen und niederschmetternden Enttäuschungen durchlaufen. Meist bleibt ein verletzter Seelenanteil in der Psyche zurück. Viele Betroffene beschreiben diesen Zustand als zwischen „Wahn und Euphorie“. Dazu ein Erfahrungsbericht aus dem Buch von Millay Hyatt:

„Ich war völlig konsterniert über die elementare Wut, die ich angesichts meiner Unfruchtbarkeit empfand. Ich kam mir vor wie eine Höhlenfrau. Ich erinnere mich daran, dass ich dachte wenn ich kein Baby bekomme, dann stecke ich das Haus in Brand.“

(Millay Hyatt, Ungestillte Sehnsucht, Christoph Links Verlag: Berlin, 1. Auflage 2012, S. 32)

Das wiederkehrend erlebte Absterben im Körper, der nicht geborene Teil manifestiert sich häufig im Verlust der Lebensfreude, des Selbstwertes, der Weiblichkeit und auch der Sexualität. Der Glaube an sich Selbst und die Qualitäten, die das Selbst zum Wachsen bringen, sind oftmals mit abgestorben. Viele Frauen berichten von innerer Leere, einer Hoffnungslosigkeit, die sie vorher noch nicht erlebt haben. Es gibt viele Vergleiche mit Trauernden, die einen Verlust erlitten haben. Dazu Erfahrungsberichte aus „Ich bin eine Frau ohne Kinder“ von Susanne Zehetbauer:

„Mein Mann und ich haben über Jahre hinweg alles versucht, um ein Kind zu bekommen. Dass es nicht klappte, verursachte bittere Trauer. Nichts in meinem Leben hat mir so viel Kummer bereitet wie meine Kinderlosigkeit“;

(Susanne Zehetbauer, „Ich bin eine Frau ohne Kinder“, Kösel Verlag, München, 3. Auflage 2014, S.14)

„Manchmal habe ich das Gefühl, ich habe das Beste und Wichtigste in meinem Leben verpasst. Einmal Kinder zu bekommen, war für mich immer selbstverständlich, dass ich nie darüber nachdachte oder es infrage stellte. Als ich erfahren habe, dass ich unfruchtbar bin, war es, wie wenn sich in mir eine Wüste ausbreitet in jeder Hinsicht. Ich dachte, mein Leben könnte keine Früchte tragen. Es war eine ganz tiefgreifende Angst, die sagte: Mein Leben ist umsonst.“ (Susanne Zehetbauer, „Ich bin eine Frau ohne Kinder“, Kösel Verlag, München, 3. Auflage 2014, S.21)

Eindrücklich beschreiben diese Aussagen, welche enorme zerstörerische Kraft sich in dem Körper und in der Psyche ausbreiten kann. Zusammenfassend bedeutet das, dass viele Frauen, die sich in erfolglose reproduktive Behandlung begeben, mehrfach die unterschiedlichen emotionalen Zustände durchlaufen haben, ohne jedoch mit dem eigentlichen Verarbeitungsprozess und der Trauer zu beginnen.

Hier ist für die psychologische Unterstützung wichtig zu wissen, dass Patientinnen schon mehrere Jahre immer wieder die gleichen, sich verstärkenden Gefühle erlebt und verinnerlicht haben. Gefühle wie Verzweiflung, Wut, Hilflosigkeit, Scham, Schuld, Unzulänglichkeit, der Verlust des Selbstwertgefühls und der Lebensfreude haben sich fest in das innere psychische Gefüge eingebrannt. Ganz zu schweigen davon, dass das Körperempfinden und der Zugang zur Weiblichkeit innerhalb der reproduktiven Verfahren erheblich beeinträchtigt werden.

4.1 Modell der Stressverarbeitung bei kinderlosen Paaren nach Prof. Dr. Corinna Onnen

Die Phasen der gemeinsamen Entscheidungsfindung sind für das Paar sehr belastend. Gegenseitige Schuldzuweisungen oder Vorwürfe sowie eine erlebte unzureichende Unterstützung durch den Partner können während dieses Prozesses zu psychischen Belastungen bei der Frau führen.

Prof. Dr. Corinna Onnen hat ein Stressverarbeitungsmodell entworfen, welches die einzelnen Phasen innerhalb der Diagnose Infertilität bis hin zur Akzeptanz und der Fähigkeit, neue Entscheidungen zu treffen, beschreibt. Für die psychologische Unterstützung bei Frauen ist es wichtig, die einzelnen Phasen zu kennen, weshalb das Modell kurz in eigenen Worten dargestellt wird:

Phase 1

Nach dem ersten Schock und der Lähmung darüber, dass Kinder kriegen nicht einfach so passieren wird, stellen sich Gefühle wie Verzweiflung und Ohnmacht ein.

Phase 2

Im Anschluss daran wird die Tatsache keine Kinder zeugen zu können, oftmals verdrängt und das Ergebnis in Zweifel gezogen. Gefühle der Unzulänglichkeit und des Versagens treten auf und belasten die Paarbeziehung.

Phase 3

Das „nicht verändern können“ der Situation ruft Gefühle wie Wut, Ärger, Frustration und Aggression hervor. In dieser Phase werden viele Emotionen auf andere projiziert und der Umgang mit der Kinderlosigkeit als „Reizthema“ wahrgenommen.

Phase 4

Das Paar gibt sich gegenseitig die Schuld oder der Verursacher spürt tiefe Scham und Schuldgefühle dem anderen gegenüber. Es wird nach möglichen Ursachen gefahndet und versucht, die Situation zu verstehen. Nicht selten treten sexuelle Schwierigkeiten und Frustrationen auf.

Phase 5

Durch die unmittelbare Veränderung in der gemeinsamen Lebensführung werden häufig andere Paare mit Kindern oder Familien gemieden, das Thema wird verschwiegen und eine Isolation kann stattfinden.

Phase 6

Aus der Isolation heraus können Depressionen, Schlafstörungen, Existenzängste und allgemeines Desinteresse entstehen. Das Paar befindet sich in einer für sie ausweglosen

Situation. Neue Kräfte und Energien können noch nicht mobilisiert werden. Das Thema wird häufig „tot geschwiegen“.

Phase 7

Im Anschluss daran folgt ein erster Abschieds- und Trauerprozess, der mit einer tieferen Auseinandersetzung mit dem Wunsch nach Kindern erfolgt. Die Einschränkung wird langsam akzeptiert und es wird nach neuen Lösungen gesucht. Das Paar, aber insbesondere die Frauen, müssen entscheiden, wie weit sie gehen möchten, um doch noch Kinder zu bekommen.

Phase 8

Es folgt die Suche nach eventuellen Möglichkeiten in Form der Reproduktionsmedizin, Adoption, Pflege etc. Es werden oftmals Beratungen oder Informationsveranstaltungen aufgesucht. Häufig beginnt das Paar eine reproduktive Behandlung.

4.2 Trauerphasen nach Verena Kast

Das folgende Modell der Trauerphasen wurde von der Schweizer Psychologin Verena Kast entwickelt und gilt als eine der wichtigsten Grundlagen für das Verständnis von Trauerprozessen. Auch die systematisch- integrative Psychosynthese orientiert sich an diesem Modell und hält daran angelehnt Methoden zur Unterstützung von Trauernden bereit. Für den Abschied vom Kinderwunsch ist das Wissen über die unterschiedlichen Trauerphasen von großer Bedeutung, auch wenn er nicht mit dem schweren Verlust eines geliebten Menschen gleichzusetzen ist. Vielmehr sollen die einzelnen Phasen als Orientierung im Umgang mit den Gefühlen der Patientinnen dienen.

Es werden kurz die vier Trauerphasen vorgestellt und mögliche Hilfestellungen, die in den einzelnen Phasen angeboten werden können, benannt. Dabei wird ergänzend Bezug auf das vermittelte Wissen aus der Psychosynthese-Ausbildung von Ursel Neef genommen.

Erste Trauerphase: Nicht-Wahrhaben-Wollen

In der ersten Phase verfallen die Betroffenen häufig in einen „Schockzustand“. Die Gefühle werden erst einmal abgespalten und „erträglich“ gehalten, sodass bei schweren Verlusten häufig eine Gefühllosigkeit bis hin zur Taubheit oder Apathie auftreten kann. Das Geschehene wird noch verleugnet und eine Erstarrung kann bei besonders schweren Verlusten bis zu mehreren Tagen anhalten. Körperliche Reaktionen können rascher Pulsschlag, Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen oder motorische Unruhe sein. Diese Reaktionen können wenige Stunden, bei plötzlich eingetretenen Todesfällen oder anderen starken Verlusten mehrere Wochen andauern.

Mögliche Hilfen in dieser Phase:

- Trauernde dort unterstützen, wo sie überfordert sind
- Hilfestellung bei Regelungen, die im Zusammenhang mit dem Verlust stehen
- Trauernde nicht allein lassen
- Trauernde in ihren Reaktionen nicht bevormunden
- Da - Sein, ohne viel zu fragen und zu reden
- Alle Gefühle der Trauernden zulassen: alles darf sein

- Die scheinbare Empfindungslosigkeit, das Fehlen der Tränen, die Starre aushalten
- Wärme und Mitgefühl vermitteln
- Die eigenen Gefühle zum Ausdruck bringen wenn es angebracht und notwendig erscheint, zum Beispiel durch Bilder und Gedanken

Zweite Trauerphase: Aufbrechende Emotionen

Die Gefühle die vorher erfolgreich „ruhig“ gehalten worden sind, bahnen sich nun ihren Weg. Leid, Schmerz, Wut, Zorn, Freude, Traurigkeit und Angst können an die Oberfläche kommen. Je nach der Persönlichkeitsstruktur des Trauernden herrschen verschiedene Gefühle vor. Warum musste es ausgerechnet mich treffen? Womit habe ich das verdient? Die unterschiedlichen Gefühle wechseln sich ab. Schuldgefühle mischen sich häufig zu dem erlebten Schmerz. Es entsteht das Gefühl, nicht genug getan zu haben. Das chaotische Aufbrechen der Gefühle wird oft als „überwältigend“ und „unkontrollierbar“ erlebt, so dass der Versuch sie zu verdrängen häufig zu immer stärker werdenden Schuldgefühlen oder Vorwürfen führt. Unverarbeitet und stagnierend führen diese Schuldgefühle nicht selten zu Depression und Ängsten.

Nach Verena Kast können diese Phasen von einigen Wochen bis zu mehreren Monaten anhalten. Sollten diese Gefühle länger als sechs Monate fortauern, kann sich eine Anpassungsstörung entwickelt haben, die psychotherapeutisch behandelt werden sollte.

Mögliche Hilfen in dieser Phase:

- Gefühlsausbrüche zulassen, da sie heilsam sein können
- Ausbrüche von Wut und Zorn gehören ebenso wie depressive Stimmungen und Niedergeschlagenheit zum Vorgang des Trauerns
- Nicht von ungelösten Problemen, Schuld und Konflikt ablenken, was zu einer Verzögerung des Trauerprozesses führen kann
- Probleme aussprechen lassen
- Schuldgefühle nicht ausreden aber auch nicht bekräftigen, sondern schlicht zur Kenntnis nehmen
- Am Erleben und Erinnern des Trauernden Anteil nehmen
- Dasein, Zuhören
- Anregungen für alltägliche Hilfen (z.B. Tagebuch schreiben, Malen, Musikhören, Spazieren gehen, Entspannungsübungen, Bäder...), einen sicheren Ort geben
- Eigene „Geschichten“ zurückhalten
- Keine Interpretationen oder wertende Stellungnahmen geben

Dritte Trauerphase: Suchen und Sich-Trennen

Auf die anfängliche „Taubheit“ und die darauf folgenden chaotischen Gefühle, folgt eine Phase der Sinnsuche. Hier werden Kräfte und Energien neu mobilisiert. Erlebnisse und Begebenheiten aus der Vergangenheit werden reaktiviert. Alte Erinnerungen werden wieder lebendig. Innere Zwiesprache findet statt und es wird nach einer Verbindung zum Verlust gesucht. Durch diese intensive Auseinandersetzung entsteht beim Trauernden oft ein starkes Gefühl der Begegnung, schmerzhaft Gefühle werden präsent und wechseln sich mit intensiven Gefühlen von Verlust und Trauer ab.

„Das Suchen und Sich - trennen- Müssen wirft den Trauernden auf sich zurück und legt auch nahe, Eigenschaften und Fähigkeiten die man an den Partner delegiert hatte, zurückzunehmen. Das Suchen scheint sich oft im inneren Zwiegespräch auszudrücken.“

(Verena Kast, Trauern Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, Kreuz Verlag, Freiburg, 4. Auflage 2015, S.78).

Mögliche Hilfen in dieser Phase:

- Akzeptieren, dass immer wieder in den verschiedensten Formen „gesucht“ wird
- Geduld
- Zuhören auch wenn man die Geschichten alle schon kennt
- Gefühle ernst nehmen, die durch Erinnerungen oder Erzählungen wiederauftauchen
- Kein Drängen auf Akzeptieren des Verlustes

Vierte Trauerphase: Neuer Selbst- und Weltbezug

Nachdem die tiefen Gefühle in unterschiedlicher Weise ihren Ausdruck finden durften, kehrt nach und nach immer mehr Ruhe und Frieden in die Seele zurück. Der Verlust hat seinen Platz gefunden. Langsam erkennt man, dass das Leben weitergeht und dass man selbst dafür verantwortlich ist. Es kommt die Zeit, in der man wieder neue Ziele entdeckt und anvisiert. Der Verlust ist zwar noch präsent, nimmt aber nicht mehr den ganzen Raum und die komplette Energie ein. Der Trauerprozess hat meist die Einstellung zum Leben und die Gefühlswelt verändert. Es können viele gewinnende Anteile entdeckt und gelebt werden. Der Verlust bleibt ein Teil dieses Lebens und erinnert zeitgleich immer an die Fähigkeit, das Leben trotz großer Trauer meist sinnvoll und ausgefüllt weiter gestalten zu können.

Mögliche Hilfen in dieser Phase:

- Neue Impulse setzten
- Ideen und Visionen entstehen lassen
- Erlernte Ressourcen stärken und verankern
- Selbstpflege und Selbstliebe stärken
- Wachstumsprozesse initiieren
- Veränderungswünschen nachgehen
- Unterstützung bei Ansätzen der Neuorientierung, Neue Wege entdecken
- Anbindung an transpersonale Energien

„Trauernde leiden an ihrer Trauer, aber sie wachsen mehrheitlich auch daran. Trauernde haben eine schwere Erfahrung zu verarbeiten und das, so legen es die Ergebnisse nahe, tun sie in der Mehrheit auf eine bewusste und kraftvolle Art und Weise.“

(Hildegard Willmann, Heidi Müller, „Wie wir wirklich trauern“, Die Abschiedsrituale der Deutschen, repräsentative Forsa-Studie im Auftrag von FriedWald, S.8)

5. Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit

Aus Sicht der Psychosynthese ist eine gute psychologische Unterstützung bei Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch möglich. Dabei sollte die Ebene des Denkens, Fühlens und Erlebens der Frau berücksichtigt werden. Hier greifen die unterschiedlichen Methoden aus der Psychosynthese, die durch den ganzheitlichen Ansatz alle Ebenen vereint. Auf die genauere Anwendung und den Inhalt der einzelnen Techniken, wird im zweiten Teil der Arbeit noch ausführlicher Bezug genommen.

Für die psychologische Unterstützung ist es wichtig, dass der Therapeut sich in die Situation der ungewollten Kinderlosigkeit verständnisvoll einfühlen kann. Dafür sind Grundkenntnisse aus dem Bereich der ungewollten Kinderlosigkeit von Vorteil. Dies beinhaltet Fachwissen über reproduktive Verfahren, psychische Auswirkungen, Trauerprozesse, hilfreiche Bewältigungsstrategien und die passende Anwendung von Methoden und Techniken. Diese spezifischen Voraussetzungen sind hilfreich, im Umgang mit den Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen der Betroffenen.

Ein solches spezielles Angebot wird aber in der Praxis nicht immer an die hilfeschuchenden Frauen gerichtet, was dazu führen kann, dass sich betroffene Frauen in psychologischen Beratungen und Unterstützungen nicht ausreichend unterstützt fühlen. Einige Psychologen vertreten den Ansatz, dass psychische Blockaden und unaufgearbeitete Themen als einzige Ursache für ein Ausbleiben einer Schwangerschaft sind oder sogar zu Abbrüchen führen. Zwar können Stress und unbewusste Abwehrmechanismen ein Eintreten der Schwangerschaft oder Fehlgeburten negativ beeinflussen, dies ist aber im Verhältnis zu allen Faktoren die eine Rolle spielen, eher ein sehr geringer Anteil.

Gleichfalls wird Frauen suggeriert, durch alternative Heilmethoden (TCM, Akupunktur, Massagen, Energiearbeit, Psychotherapie etc.) ihr Schicksal verändern oder gar beseitigen zu können. Mit vielerlei Versprechungen die Fruchtbarkeit zu steigern und ein Eintreten der Schwangerschaft zu begünstigen wird auf dem freien Markt viel Geld verdient. Die Hilflosigkeit und Unsicherheit vieler Frauen, bei denen es nicht klappt, wächst. Dies löst häufig Scham- und Schuldgefühle darüber aus, kein Kind zu empfangen und dies selber verursacht zu haben. Das hat weitere Kränkungen zur Folge und ist wenig hilfreich für einen gelungenen psychischen Verarbeitungsprozess.

Dazu heißt es aus Tewes Wischmann und Heike Stammer:

„Es ist bezeichnend wie psychologische Beratung bei unerfüllten Kinderwunsch häufig noch (miss) verstanden wird. Es werden seelische Ursachen für die Kinderlosigkeit gesucht - überwiegend ausschließlich bei der Frau - und diese werden dann auch gefunden: Eine schwierige Beziehung zur eigenen Mutter, Probleme mit dem Partner und insbesondere ein fixierter oder egoistischer Kinderwunsch. Dass solche Annahmen in dieser Pauschalität nicht haltbar sind und deren Komplexität einer Fruchtbarkeitsstörung nicht gerecht werden, können Sie sich vergegenwärtigen, wenn Sie Paare in ihrem Umfeld betrachten, die trotz Schwierigkeiten mit sich und miteinander oder in Beziehungen zu den Eltern problemlos Kinder bekommen haben“.

(Tewes Wischmann, Heike Stammer: „Der Traum vom eigenen Kind“, 4. aktualisierte Auflage, Verlag W. Kohlmann, Stuttgart 2010, S.13)

5.1 Die Wichtigkeit von psychologischer Begleitung

Häufig greifen die psychologischen Unterstützungsangebote für kinderlose Frauen nicht, was zu einem erheblichen Leidensdruck und zu psychischen Störungen führen kann. Zum einen werden aus Scham über die ungewollte Situation Hilfsangebote nicht angenommen und zum anderen fehlt es an spezifisch ausgerichteten psychologischen Unterstützungsmöglichkeiten. In dem Ratgeber von Tewes Wischmann und Heike Stammer heißt es dazu:

„Die starke psychologische Belastung, die Paare mit unerfülltem Kinderwunsch erfahren, bleibt häufig wenig beachtet.“

(Tewes Wischmann, Heike Stammer: „Der Traum vom eigenen Kind“, 4. aktualisierte Auflage, Verlag W. Kohlmann, Stuttgart 2010, S.10)

Wie wichtig psychologische Hilfe in diesem Zusammenhang ist, zeigt auch eine dänische Studie von Brigitte Baldur - Felskov:

„Die dänische Epidemiologin Birgitte Baldur - Felskov hat die Daten von nahezu 100 000 Frauen ausgewertet, die seit den 70er Jahren wegen ihres Kinderwunsches in Behandlung waren, und sie mit Daten aus dem Danish Psychiatric Central Registry zusammengeführt, in dem Diagnosen und Klinikaufenthalte wegen psychischer Leiden dokumentiert sind. Das Ergebnis dieser Studie zeigt: „Die Frauen, die kinderlos blieben, hatten ein um 18 Prozent höheres Risiko, wegen einer gravierenden psychischen Störung in ein Krankenhaus zu müssen, meist wegen einer Angststörung oder einer Depression. Sie hatten auch häufiger Probleme mit Alkohol und Drogen oder entwickelten eine Essstörung“. (Adelheid Müller Lissner, Tagesspiegel: Artikel Künstliche Befruchtung: „Vom Wunsch zur Wunde“, 15.09.2012, S.3, entnommen aus dem Internet am 16.03.2016)

Wird der starke innere Wunsch nach Kindern nicht erfüllt und der Verlust und die Trauer darüber nicht verarbeitet, kann sich daraus eine Krise entwickeln, die auch zu psychischen Erkrankungen führen kann. Gerade deshalb sind die psychologischen Unterstützungsangebote mit gezielter Ausrichtung so wichtig. Mit Hilfe der Psychosynthese kann es gelingen, eine erfolgreiche und wertschätzende psychologische Begleitung für Frauen zu gewährleisten, um den aus der ungewollten Kinderlosigkeit resultierenden psychischen Störungen entgegen zu wirken.

5.2 Förderliche Bewältigungsstrategien

In unterschiedlichen Studien und wissenschaftlichen Ausarbeitungen wurden die Bewältigungsstrategien von Frauen zum Thema ungewollte Kinderlosigkeit untersucht. Es sollen kurz hilfreiche und unterstützende Strategien benannt werden, die in der therapeutischen Arbeit, mit Hilfe der unterschiedlichen Methoden aus der Psychosynthese, nutzbar gemacht werden sollen.

So konnte in der Dissertation von Dipl. Psych. Karla Beyer festgehalten werden, dass eine *„[...] positive Neubewertung und die Akzeptanz der Situation, wie auch eine aktive Suche nach Alternativen zur Kinderlosigkeit und nach sozialen Kontakten erheblich zu einer positiven Bewältigung beigetragen hat.“* (Karla Beyer, Dipl. Psych. „Betroffene Frauen und ihre Bewältigung im mittleren Erwachsenenalter“, Dissertation, zitiert von (Boeger et al., 1999, S.31)

Der amerikanische Psychoanalytiker Erik H. Erikson hat in seinem Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung im 7. Stadium: Generativität vs. Stagnation und Erwachsenenalter sehr schön beschrieben, welche Möglichkeiten in der eigenen Fürsorge und in der Entdeckung der eigenen Gestaltung des Lebens liegt. Hierzu die Beschreibung aus Wikipedia (entnommen aus dem Internet am 25.3.2016):

„Generativität bedeutet die Liebe in die Zukunft zu tragen, sich um zukünftige Generationen zu kümmern, eigene Kinder großzuziehen. Erikson zählt dazu nicht nur eigene Kinder zu zeugen und für sie zu sorgen, er zählt dazu auch das Unterrichten, die Künste und Wissenschaften und soziales Engagement. Niemand ist so wichtig wie wir selbst. Wird die Phase erfolgreich abgeschlossen, hat man die Fähigkeit zur Fürsorge erlangt, ohne sich selbst dabei aus den Augen zu verlieren.“

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass folgende Faktoren für die Bewältigung der Lebenskrise eine wichtige Rolle spielen:

- positive Neubewertung des Lebensinhaltes
- Akzeptanz der eingetretenen Situation,
- Abschied vom Kinderwunsch
- positive Ausrichtung auf neue Ziele
- zwischenmenschliche Kontakte
- Ressourcenaktivierung
- eigene Fürsorge
- Auseinandersetzung mit dem eigenen Kinderwunsch
- Trauerbewältigung

Teil II: Praxis

6. Psychologische Unterstützung

In den weiteren Ausführungen wird im Wesentlichen die Psychosynthese kurz skizziert und auf den Ansatz der „systematisch integrativen Psychosynthese“ Bezug genommen. Ziel ist es auf dieser Grundlage mit den Patientinnen positive kognitive Ausrichtungen zu erarbeiten, ihnen zu helfen, die Gefühle bewusst wahrzunehmen und den Körper wieder ins annehmende Fühlen zu bringen. Vor dem Therapiebeginn ist es wichtig, sich der Gefühle, die diese Patientinnen mitbringen, gewahr zu werden und sich als Therapeut die Fragen zu stellen:

- Wie bewerte ich selber die Situation der Frau?
- Wie stehe ich der reproduktiven Medizin gegenüber?
- Welche Erklärungen habe ich vielleicht selber bezüglich Kinderlosigkeit oder Infertilität?

Die Fragen sind wichtig, um ggf. Gegenübertragungen oder Projektionen auf die Patientinnen zu vermeiden. Außerdem hilft es dabei, zu überprüfen, wie offen und wertschätzend der Therapeut auf die betroffenen Frauen eingehen kann.

Es kann sein, dass Patientinnen teilweise depressive Symptome zeigen. Hier sollte vor dem Therapiebeginn die Patientin abklären lassen, ob organische Ursachen eine Rolle spielen können, da durch die reproduktiven Maßnahmen auch hormonelle Begebenheiten Ursache für Depressionen und andere Symptome sein können.

6. 1 Die Psychosynthese

Die Psychosynthese wurde in den 30er Jahren von Roberto Assagioli entwickelt und gewann in Deutschland in den 80er Jahren durch David Bach auch in Deutschland praktiziert und angewandt. Die Psychosynthese wird der transpersonal orientierten Psychologie zugeordnet und hat sich neben der analytisch, humanistischen Psychologie weiterentwickelt. Dabei wird neben dem analytischen Konzept des verdrängten triebhaften Unterbewussten, dem Überbewussten (Fähigkeiten, Kompetenzen, positive Denkmuster, Potenziale, Eingebungen, Spiritualität, Intuition etc.) und der Entwicklung des Selbst die meiste Aufmerksamkeit zugewendet. Es ist ein Modell des Menschen, das Körper, Geist und Seele umfasst und das „ [...] *Streben hin zur Integration und Synthese in allen Bereichen bezeichnet.*“

(Roberto Assagioli, „Handbuch der Psychosynthese“, Nawo Verlag, Zürich, 4. Auflage, S.41)

Der Ansatz soll das Potential der menschlichen Seele mit Hilfe verschiedener Techniken und Methoden wecken. Hierbei steht der Mensch als Ganzes im Mittelpunkt der Betrachtung. **Er bringt bereits alle Bewusstseinsräume und Entwicklungsmöglichkeiten mit.** Die Psyche wird dabei als ein Zusammenspiel unterschiedlicher Teilpersönlichkeiten verstanden, die jede für sich Erfahrungsmuster, Bewältigungsstrategien, individuelle Weltsicht und psychische Strukturen beinhalten. Zentral sind hier die Schulung der Achtsamkeit und des Willens sowie die Ausbildung zur

Eigenverantwortung. Das Therapieverfahren beinhaltet ein lösungsorientiertes, psychopädagogisches Vorgehen, welches mit Hilfe von angewendeten aktiven Techniken folgende Ziele verfolgt:

- „a) Transformation, Sublimation und Ausrichtung psychischer Energien,*
- b) Stärkung und Reifung schwacher oder unterentwickelter Funktionen,*
- c) Aktivierung überbewusster Energien und das Erwecken latenter Potentiale.“*

(Roberto Assagioli, „Handbuch der Psychosynthese“, Nawo Verlag, Zürich, 4. Auflage, S.49)

6.2 Der Systematisch-Integrative Ansatz der Psychosynthese

Der Systematisch-Integrative Ansatz, kurz (SIPS), wurde von Ursel Neef entwickelt und am „Institut für Psychosynthese und interpersonalen Psychologie“ gelehrt und angewendet. Dazu heißt es:

„Gemäß ihrer Herkunft aus der Psychosynthese Assagiolis versteht sich auch die Systematisch- Integrative Psychosynthese als ein psychopädagogisches Verfahren, welches die zentralen Begriffe, Prinzipien und die Arbeitsweisen der Psychosynthese im Kontext eines modernen methodischen Leitfadens vorstellt“.

(Ursel Neef, Georg Henkel, „Psychosynthese Systematisch-Integrativ“, Tredition Verlag, Hamburg, 1. Auflage 2015, S.58)

Der Systematisch-Integrative Ansatz stellt die wesentlichen Bestandteile, Inhalte und Strukturen der Psychosynthese systematisch dar und erläutert die komplexen Zusammenhänge in einem verständlichen und strukturierten Rahmen. Er gibt zudem Therapeuten die Möglichkeit, die Komplexität der Lehre zu verstehen und sie somit in der Praxis gut vorbereitet umzusetzen. Der Ansatz bietet die *„spielerische Sicherheit bei der Arbeit mit den unterschiedlichen Modulen der Psychosynthese und eventuell auch anderen Verfahren und analog zum therapeutischen Vorgehen die ständige Reflexion über die für den Patienten kompetenzerweiternde Vorgehensweise des therapeutischen Angebots.“*

(Ursel Neef, Georg Henkel, „Psychosynthese Systematisch-Integrativ“, Tredition Verlag, Hamburg, 1. Auflage 2015, S.57)

Angewandt hat der Patient durch das systematische Vorgehen die Chance nach und nach ein starkes Ich zu entwickeln, die unterschiedlichen Bewusstseinsräume miteinander zu verbinden und durch die gelernte Selbstfürsorge gestärkt aus Krisen hervorzutreten. Dazu schreibt Ursel Neef:

„Für die Patienten bietet es so eine systematische Stärkung von psychischen Potentialen.“

(Ursel Neef, Georg Henkel, „Psychosynthese Systematisch-Integrativ“, Tredition Verlag, Hamburg, 1. Auflage 2015, S.56)

Im Fokus dieses Ansatzes stehen die Entwicklung des „inneren Beobachters“ und die daraus resultierende Fähigkeit, sich von Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen zu distanzieren.

Durch diese ganzheitliche Form der psychologischen Unterstützung wird den betroffenen Frauen das Angebot gemacht, aus dem gelebten Mangel hinein ins Wachstum und in die Fülle des Lebens zu treten. Für die praktische Arbeit ist es aus Sicht der Psychosynthese

wichtig folgende Fragen zu stellen:

- Was brauchen diese Frauen, um den Abschied vom Kinderwunsch erfolgreich bewältigen zu können?
- Welche inneren Anteile müssen gesehen, gestärkt und welche Anteile geheilt werden?
- Was brauchen die verletzten Anteile, um sich wieder an den Fluss des Lebens anschließen zu können?

7. Angewandte Psychosynthese

Das Konzept der psychologischen Unterstützung basiert auf den Grundlagen und Erkenntnissen der Psychosynthese. Dieser psycho-pädagogische Ansatz soll den von ungewollter Kinderlosigkeit betroffenen Frauen helfen, einen guten Abschied vom Kinderwunsch zu nehmen und Verletzungen aus der Zeit der reproduktiven Behandlung besser zu verarbeiten. Hierfür werden unterschiedliche Methoden aus der Psychosynthese angewandt:

- psychodynamische Methoden (z.B. imaginative Ansätze, projektive Verfahren, Visualisierung in Form von bildhaften Erleben, das Arbeiten mit Träumen, freies Zeichnen, Assoziationsübungen)
- Achtsamkeits- und emotionsregulationsorientierte Techniken (z.B. Entspannungsverfahren, Achtsamkeitsübungen, Selbsthypnosetechniken)
- Methoden aus der systemischen Therapie (z.B. systemische Fragetechniken, systemische Aufstellungsarbeit, systemische Methoden etc.)
- kognitive Verfahren (z.B. das ABC der Gefühle, „the work“, die Arbeit mit Glaubensmustern, eidetische Bilder, etc.)
- und das Herzstück der Psychosynthese: Installation des „Inneren Beobachters“, Teilpersönlichkeitsarbeit, Arbeit mit dem „Inneren Kind“ und die Schulung des Willens.

Die Patientinnen sollen lernen emotionale Blockaden, die zu psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen führen, auf unterschiedliche Weise besser zu bewältigen. Dadurch entsteht im Idealfall wieder mehr Raum für die eigene Selbstfürsorge, Bewusstsein für körperliche und emotionale Empfindungen und mehr Selbstbewusstsein.

7.1 Identifikation und Dis-Identifikation

Ist die Patientin in der Praxis angekommen, sollte sie der Therapeut mit einem offenen und wertschätzenden Blick empfangen. Die Patientin wird oftmals mit folgenden Gefühlen identifiziert sein:

- Kränkung, das Gefühl, dass das Leben etwas verwehrt
- Ungerechtigkeitserleben
- Wut und Ohnmacht
- Extremes Schwanken zwischen Hoffnung und Enttäuschung, Verzweiflung

- Selbstzweifel, erhöhte Unsicherheit und Kränkbarkeit, Scham
- Neid auf andere Schwangere oder Familien
- Isolationsgedanken, ausgeschlossen sein
- einsam, unverstanden oder weniger wert zu sein
- nicht Aufhören können zu hoffen; nicht Aufhören können mit der Behandlung, auch als Eigendynamik während der Behandlung
- Versagensängste und Schuldgefühle (teilweise anklagend an den Partner)

Die Aufgabe des Therapeuten wird es sein, der Patientin zu helfen, aus der Identifikation der negativen Gefühle wieder in das nährenden Fühlen der ‚Dis-Identifikation‘ zu gelangen. Mit Identifikation ist hier ein ‚Hängenbleiben‘ an Wahrnehmungs- und Denkmustern gemeint, was dazu führt, dass überwiegend nach diesem abgespeicherten Muster ‚funktioniert‘ und gelebt wird. Die Dis-Identifikation beschreibt die Loslösung des bisherigen Betrachtungsfokus und die Erkenntnis, wann welche Identifikation hilfreich erscheinen kann und wann sie destruktive Verhaltensmuster auslöst.

Oft liegt eine starke Identifizierung mit negativen Gedanken und Gefühlen nach fehlgeschlagenen reproduktiven Behandlungen vor. Die positiven, tragenden Gefühle sind überschattet und können nur verblasst wahrgenommen werden. Nicht selten hat sich während und nach einer langen Phase des unerfüllten Kinderwunsches ein sogenannter „Tunnelblick“ eingestellt. Diesen zu verlassen, gilt es bei den Patientinnen zu initiieren.

Step I

Im **ersten Schritt** wird die Patientin durch Wahrnehmungsübungen, wieder in das bewusste Wahrnehmen ihres Selbst herangeführt. Dazu gibt es aus dem Praxisbuch „Systematisch-Integrative Psychosynthese“ von Ursel Neef, Georg Henkel und Sven Kerzhoff verschiedene Übungen, die hier hilfreich sein können. Sie werden unter dem Begriff der „Ich-Bin-Übungen“ zusammengefasst.

„Die Ich-Bin-Übung ist mehr als eine vorbereitende Übung, die Eingangsstille aufgreift und vertieft. Sie ist besonders dann hilfreich, wenn es dem Klienten schwer fällt, von selbst in die Stille hineinzufinden oder sie auszuhalten. Es ist für einen mit seinen Geschichten, Gefühlen und Gedanken identifizierten Klienten oft überraschend, sich zunächst einmal auf diese Weise wahrzunehmen.“

(Ursel Neef, Georg Henkel, „Systematisch-Integrative Psychosynthese“, Band I Disidentifikation, Tredition Verlag, Hamburg, 1. Auflage 2015, S.104)

Step II

Im **zweiten Schritt** wird der Patientin ermöglicht, sich an ihren „Inneren Beobachter“ anzubinden. Der innere Beobachter ist die Instanz in uns, die beobachtend auf Gedanken, Gefühle und Empfindungen schaut, ohne zu bewerten. Diese Metaperspektive schafft den Raum, als Beobachter die eigenen intrapsychischen Abläufe zu verstehen und sich besser kennen zu lernen. Der innere Beobachter verfügt über alle Ressourcen um sich selbst zu stärken und in eine annehmende und liebevolle Haltung gegenüber sich selbst zu sein.

„Weil es sich um eine tiefe, wahrhaftige Form des Eins-Seins mit uns selbst handelt, sind wir auf dieser Position mit den Quellen unserer inneren Weisheit und unseres intuitiven Wissens verbunden.“ (Ursel Neef, Georg Henkel, „Systematisch-Integrative Psychosynthese“, Band I Disidentifikation, Tredition Verlag, Hamburg, 1. Auflage 2015, S. 111).

Dieser überaus wichtige Schritt dient zur weiteren „Dis-Identifizierung“ der Gefühle und wird - einmal installiert - ein beständiger und wohlwollender Begleiter sein. Diese Position ermöglicht den Frauen, sich selbst mit den Gefühlen und Gedanken zu beobachten, ohne dass sie in das gefühlte Leid eintreten und sich davon erneut lähmen lassen. Die Patientin wird so nach und nach an das Prinzip der Identifikation und Dis-Identifikation herangeführt. In tiefenpsychologischen Gesprächen wird geklärt, mit welchem Gefühl die Patientin am stärksten beschäftigt bzw. identifiziert ist.

Dieses Gefühl kann zusätzlich zur Unterstützung im Körper lokalisiert werden. Hierzu muss sich die Patientin ihrer bestehenden Gefühle gewahr werden. In diesem Zusammenhang kann es hilfreich sein, Stühle für vorhandene Gefühle aufzustellen und so sichtbar zu machen, oder die Gefühle von der Patientin in einen Kreis einzeichnen zu lassen. Nun beginnt die eigentliche Arbeit mit der Dis-Identifikation und der Installation des inneren Beobachters.

Hilfreiche Übungen:

- Setze dich täglich in deinen Regiestuhl und schau dir den Verlauf des Tages an, benenne deine Identifikationen
- Wenn eine stärkere Emotion auftaucht oder auch sonst, tritt für einen Moment neben dich und frage: Mit welchem Gefühl bin ich heute identifiziert?
- „Lichte Raum“ (Ursel Neef, Praxisbuch S.148)
- „Dritte Stuhl Übung“ (Ursel Neef, Praxisbuch S. 111- 115)
- Dis-Identifikation vom Körper, Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen
- Gedanken und Verstandesaktivitäten, Wahrnehmung der „Selbst-Bewusstheit“ (Ursel Neef, Praxisbuch S.121-123)
- Dis-Identifikationsübung nach Roberto Assagioli (Handbuch der Psychosynthese, S.149.- 152)

7.2 Teilpersönlichkeitsarbeit

Step III

Der **dritte Schritt** beginnt mit der Teilpersönlichkeitsarbeit. Mit dieser Methode sollen sowohl die tragenden und stärkenden Anteile entdeckt und nutzbar gemacht, als auch die Verletzungen, Bewältigungsmuster, negative Gedanken und Gefühle geborgen und versorgt werden. Die Teilpersönlichkeiten beinhalten:

- wiederkehrende Verhaltensweisen, Verhaltensmuster
- bestimmte Körperhaltungen und -bewegungen
- Gesten und Gebärden (z.B. eine charakteristische Handbewegung)
- seelische Zustände, Grundgefühle
- Redensarten, Anschauungen, Meinungen (z.B. ein "Motto")
- Wünsche, Bedürfnisse, Sehnsüchte
- Ideale, Grundwerte, Prinzipien (Über-Ich)

Die Teilpersönlichkeitsarbeit gibt den betroffenen Frauen die Möglichkeit, ihre Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle bewusst wahrzunehmen, mit ihnen in Kontakt zu treten und durch

die eigene Fürsorge in einen Heilungsprozess zu gelangen. Um die Teilpersönlichkeiten besser kennen zu lernen, können folgende Fragestellungen helfen:

- Welche Vergangenheit, welche Geschichte hat die Teilpersönlichkeit?
- In welcher Situation wurde sie geboren?
- In welcher Situation wurde sie entscheidend beeinflusst und geformt?
- Was sind ihre tiefsten Bedürfnisse?
- Wozu verhilft sie mir besonders? Wozu nützt sie mir?
- Was ist ihre positive Lebensenergie, was ihre archetypische Lebensqualität?

Um den unterschiedlichen Teilpersönlichkeiten zu begegnen, wird hier ein imaginiertes Bild einer großen Waldbühne genutzt. Dort treten die inneren Schauspieler auf und verkörpern die unterschiedlichen Teilpersönlichkeiten. Das können die „Kritikerin“, die „Kraftvolle“, die „Dramaqueen“, die „Ängstliche“, die „Weisheit“ und noch viele mehr sein. Die Patientin tritt mit ihrem imaginierten Teil in einen inneren Dialog und gibt der Gestalt einen Namen. Es werden folgende Fragen an die Teilpersönlichkeit gerichtet:

- **Was brauchst du?**
- **Was brauchst du wirklich?**

Innerhalb dieses inneren Bildes beginnt eine aktive Begegnung mit den eigenen Seelenanteilen. Die Fragen werden häufig aus intuitivem Wissen heraus beantwortet und helfen den Patientinnen herauszufinden, was sie in der aktuellen Situation weiterbringt. Dadurch wird ein innerer Transformationsprozess angestoßen, der bei der Bewältigung ungelöster Konflikte und schmerzhafter Erlebnisse hilfreich ist.

Als weitere mögliche Vertiefung wird die Patientin dazu angehalten, sich ein Tagebuch anzulegen, um die neuen Bekannten besser zu identifizieren, sich innerlich zu beobachten und sich schlussendlich dadurch noch besser kennen zu lernen.

Folgende Fragen, entnommen aus „Lösungen in Beziehungen und Beruf“ von Günter W. Remmert, sind dafür hilfreich:

- *Ich verhalte mich oft/häufig*
- *Dieses Verhalten taucht meist auf, wenn ...*
- *Dabei fühle ich mich ...*
- *Durch dieses Verhalten erreiche ich ...*
- *Der passendste Name dafür: ...*
- *Der Name für das direkte Gegenteil: ...*
- *Diese meine Teilpersönlichkeit sagt, ich sollte ...*
- *Und ich sollte nicht ...*
- *Sie fürchtet sich davor, dass ...*
- *Sie mag am liebsten ...*
- *Sie benutzt meinen Körper dazu, ...*
- *Ihr geheimes Lebensmotto ist: ...*
- *Ich erkenne sie daran, dass ...*
- *Diese Teilpersönlichkeit glaubt, mir am besten zu dienen, indem ...*
- *Tatsächlich hilft sie mir ...*
- *Sie behindert mich bei ...*

- *In Wirklichkeit braucht sie von mir ...*
- *Eine liebenswerte Seite dieser Teilpersönlichkeit ist ...*
- *Eine starke Seite dieser Teilpersönlichkeit ist ...*

(Günter W. Remmert, Dipl. theol., M.A. Phil., „Lösungen in Beziehungen und Beruf“, Skript. S.6, . aus dem Internet entnommen am 28.3.2016)

Innerhalb der Arbeit mit den Teilpersönlichkeiten tauchen am Anfang häufig der „Kritiker“, der „Selbstzweifel“, die „Wut“, der „Neid“ etc. auf; all die Gefühle, die schon so lange in der Zeit der reproduktiven Behandlung einen ständigen Begleiter dargestellt haben. Diesen Gefühlen einen Raum zu geben ist ein wichtiger Schritt, um gestärkt aus dem tiefempfundenen Leid auszutreten und den Weg der Versöhnung zu beginnen.

Hilfreich ist es in diesem Zusammenhang auch die starken weiblichen Anteile (die Urmutter La Loba, Nut, Eva, Lilith die Mütterliche, die Fürsorgliche, die Fruchtbare) zu nutzen, alle Teile, die in jeder Frau schlummern auch ohne zu gebären, die in jeder Frau vorhanden sind. Dies wird im Punkt 8.2. „Die Entdeckung der Weiblichkeit“ noch weiter vertieft.

7.3 Das Innere Kind

Step VI

Im **vierten Schritt** geht es um die Heilung eigener verletzter Anteile aus der Kindheit. Das kann für die weitere Bewältigung der ungewollten Kinderlosigkeit hilfreich sein.

Ein statisches Festhalten am Kinderwunsch, ein „nicht loslassen können“, ein Gefühl von „ohne Kinder bin ich nichts wert“ oder „mein Leben hat so keinen Sinn“ kann mit tiefem unerfüllten Bedürfnissen aus der Kindheit zusammenhängen und ist deshalb in der Begleitung bei Frauen, die sich nicht verabschieden können, wichtig.

Nachdem die innere Stärkung der Patientin durch den Inneren Beobachter erfolgt ist und sie Zugang zu den unterschiedlichen Teilpersönlichkeiten gefunden hat, beginnt die Arbeit mit dem „Inneren Kind“. Um in die Arbeit mit der Patientin einzusteigen, könnten folgende Fragen hilfreich sein:

- Welche Erinnerungen haben Sie an Ihre frühen Jahre?
- Sind Sie bedingungslos von einem Menschen geliebt worden?
- Gab es jemanden der Ihnen die wichtigsten Dinge eines Kinderlebens beibrachte?
- Hat irgendein Erwachsener in Ihrer Kindheit erkannt, welche Talente in Ihnen schlummern, und hat dafür gesorgt, dass diese gefördert werden?
- Wer hat Sie getröstet?
- Wer hat an Ihrem Bett gesessen, wenn Sie Fieber hatten?
- Gab es jemanden, der Ihr Lieblingsessen gekocht hat, wenn Sie besonders traurig waren?

In Bezug auf den eigenen Kinderwunsch können diese Fragen hilfreich sein:

- Was hätte ich meinem Kind geben wollen, was ich selber nicht bekommen habe?
- Was hätte mein Kind für Talente, Geschenke, Fähigkeiten von mir mitbekommen?
- Welche Beziehung hätte ich gerne zu meinem Kind gehabt?
- Welche Verletzungen hätte ich meinem Kind gerne erspart?

Da dies in der Regel sehr verletzliche und sensible Anteile weckt, die auch Spuren im Gehirn hinterlassen haben, ist es nach der systematisch integrativen Psychosynthese wichtig, innerhalb der Arbeit mit dem „Inneren Kind“ auch immer einen „Inneren Sozialarbeiter“ bzw. „Anwalt“ für das „Innere Kind“ zu installieren. Damit ist die Fürsorge und der Schutz der eigenen Seelenanteile gewährleistet und die Patientin läuft nicht Gefahr, traumatisierte Erfahrungen zu machen.

Dazu hat Ursel Neef auf einem Arbeitsblatt folgende Phasen erarbeitet:

1. *Überprüfen, ob der Patient genug ‚beelternde‘ Qualitäten für die Betreuung seines Kindes aufgebaut hat.*
2. *Die Arbeit mit biographischem Material wird immer nachdrücklicher. Man merkt, wie hinter der Teilpersönlichkeitsarbeit immer dringlicher das „Innere Kind“ anklopft. Man hat einiges Erinnerungsmaterial vom Patienten erfragt.*
3. *Begegnung mit dem „Inneren Kind“ im Haus der Kindheit, Betreuung von ihm.*
4. *Versöhnungsarbeiten*
5. *Selbstverantwortung für das „Innere Kind“ lernen.*

Hierzu imaginiert die Patientin mit Hilfe des Therapeuten „das Haus der Kindheit“ und hat dort die Möglichkeit, die „Inneren Kinder“ kennen zu lernen und sie nach ihren Bedürfnissen zu fragen. **Was braucht dieses Kind? Was würde ihm gut tun?**

Die Patientin hat nun die Möglichkeit, dem „Inneren Kind“ das zu geben, was es braucht. Die Patientinnen bringen alle unterschiedliche Kinder mit, so dass der Therapeut stets flexibel und intuitiv auf die jeweiligen Begebenheiten eingehen sollte. Das Aufsuchen der „Inneren Kinder“ sollte auch als Übung für zuhause mitgegeben werden, damit die Eigenverantwortung für die Pflege des Kindes gestärkt und eingeübt wird.

Um einen weiteren Schritt zu gehen und dem „Inneren Kind“ in Situationen zu begegnen, in denen es sich allein und hilflos, verletzt oder bedroht gefühlt hat, ist der „Innere Sozialarbeiter“ für die „Inneren Kinder“ als unterstützender Anteil zu integrieren. Die Patientin beschreibt hier meist starke Konflikte und unverarbeitete Erlebnisse. Dieser schützende Sozialarbeiter hilft sowohl bei Begegnungen, die das Kind von früher nicht gut überstanden oder ausgehalten hat, als auch bei solchen, bei denen es sogar Verletzungen davongetragen hat. Die Patientin erfährt nun die Möglichkeit, die Erinnerungen neu zu gestalten und die Situation dadurch auch neu zu erleben. Diese Form der inneren Fürsorge stärkt ungemein, da der helfende Anteil jederzeit für die Unterstützung der gekränkten Anteile in uns zur Verfügung steht.

Ergänzend zu der aktiven Arbeit mit dem „Inneren Kind“ sind weitere Methoden und Techniken denkbar. Zum Beispiel:

- Einen Brief an die Eltern formulieren (ohne diesen abzuschicken) und ihn ggf. nach der Versöhnung verbrennen, vergraben etc.
- Musik (wie z.B. „The Song Of The Inner Child“ von Shaina Noll oder auch eigene Musik) zur Verarbeitung der empfangenen Gefühle nutzen
- Bildhafte Verfahren (Malen, Zeichnen etc.)
- Ausdruck im Tanz

8. Trauerarbeit

Step V

Im Anschluss geht es im **fünften Schritt** um die abschließende Trauerarbeit. Hier beginnt der eigentliche Transformationsprozess, der sich um die Themen Vergebung, Akzeptieren und Versöhnung dreht. Hier wird neben dem heilenden Aspekt der „Inneren Kind - Arbeit“, aktiv der Abschied vom Kinderwunsch begleitet und unterstützt.

Die Versöhnungsarbeit mit dem ungeborenen Kind ist beim Akzeptieren der Kinderlosigkeit hilfreich. Patientinnen die einen unerfüllten Kinderwunsch haben, besitzen häufig auch ein imaginiertes, ungeborenes Kind. Dies kann je nach Wunsch und Vorstellung ein Junge oder ein Mädchen oder ein Geschwisterpaar sein. Diese innewohnenden Kinder haben häufig auch schon einen Namen und ein bestimmtes Alter. Sie sind den Betroffenen meist sehr vertraut und wurden durch die wiederkehrenden Enttäuschungen häufig unbarmherzig verbannt oder weggesperrt. Je nach durchlebter Phase kann das imaginierte Kind sehr nah sein.

Diesen Kindern wird von den Betroffenen immer wieder ein unschöner Ort angeboten, wo sie nicht zur Ruhe finden können. Wie in einer Zwischenwelt werden die ungeborenen Kinder festgehalten. Es braucht Zeit, bis die Patientin sie in dem Wissen gehen lassen kann, dass sich jetzt jemand anderes liebevoll um sie kümmert.

Hilfreiche Übung (Bruna Bruhn):

Die Aussöhnung mit dem ungeborenen Kind

Die Patientin lässt sich ganz auf ihre Vorstellung und Phantasie über das gewünschte Kind ein. Sie beschreibt das Kind ganz detailliert:

Wie sieht es aus? Wie alt ist es? Was hat das Kind an?

Dann wird das „gewünschte Kind“ imaginiert auf einen aufgestellten Stuhl gesetzt um einen inneren Dialog entstehen zu lassen. In dieser Situation dürfen alle liebevollen und mütterlichen Worte an das Kind gerichtet werden. Auch die Dankbarkeit darüber, dass sich das Kind gezeigt hat und dadurch tiefe Gefühle möglich waren, sollen an das Kind gerichtet werden.

Im Anschluss daran ist es wichtig, dass die Patientin ihrem Kind einen „guten Platz“ geben kann. Dazu stellt sie sich einen Ort vor, an dem sie ihr Kind besuchen kann. Dieser Ort wird in der eigenen Vorstellung ganz deutlich beschrieben. Das Kind darf dort mit der eigenen Fürsorge umsorgt und überschüttet werden, dort ist es sicher.

Es wird langsam Abschied genommen, mit den Worten:

Du bist jetzt an einem schönen Ort und ich kann dich jederzeit besuchen. Ich nehme jetzt Abschied von Dir und ich weiß, dass es dir gut geht.

Die nährende Begegnung als Geschenk und weniger als Verlust oder Mangel zu erleben, ist eine berührende und sehr heilsame Erfahrung. In der Nachbereitung können Bilder oder geschriebene Sätze in Form eines Briefes, der tiefen Sehnsucht weiter Ausdruck verleihen.

8.1 Abschiedsrituale

Step VI

Im **sechsten Schritt** soll ein Abschied mit Hilfe von Ritualen vollzogen werden. Rituale sind in der Arbeit mit ungewollt kinderlosen Frauen wichtig, um dem Unveränderbaren einen Raum und Platz zu geben. Schön sind in diesem Zusammenhang auch Rituale, die als Paar durchgeführt werden können, da es oft nur wenig Platz für einen gezielten gemeinsamen Abschied gibt. Für die Psyche bedeuten Rituale eine Reduzierung von Angst, sie vermitteln den Betroffenen Sicherheit und Schutz. Im Spirituellen unterstützen Rituale dabei, die Sinnfragen zu bearbeiten: **Wer bin ich? Wohin gehe ich? Was möchte das Leben von mir?**

Symbole spielen bei Ritualen zusätzlich eine wichtige Rolle. Durch sie kann tiefer kommuniziert werden als über Worte. Symbole können z.B. Gegenstände, Musik, Düfte oder Bewegungen sein. Rituale können hier über symbolische Handlungen Trauer ins Fließen bringen und Abschiedsprozesse initiieren.

Es scheint also in der Arbeit mit den Patientinnen nützlich zu sein Rituale anzubieten und dadurch dem „nicht Geborenen“ einen geeigneten Platz zu geben. Bei dem Verlust eines Menschen gibt es bereits feste Abschiedsrituale in Form von Beerdigung und Totenfeier etc. Bei dem Verlust eines ungeborenen Kindes ist dies so nicht möglich, so dass es gut ist, ein eigenes Abschiedsritual durchzuführen.

Durch das häufige Tabuisieren der Thematik und der Entscheidung des Paares, dies alleine mit sich auszumachen, scheint der „Ort“ des Abschieds und die symbolisierte Form ein bereinigendes und befriedendes Erlebnis zu sein. Ein Mann erzählt hierzu aus seinen eigenen Erfahrungen mit Ritualen:

„Ein paar Tage später machen wir etwas, das wir schon nach der dritten Fehlgeburt geplant hatten: ein Abschiedsritual. Jeder von uns verfasst einen Brief an unsere nie geborenen Kinder. Wir schreiben, was wir mit ihnen nie tun konnten und wie gut es sich anfühlte, als sie kurz in unser Leben traten. Die Worte sind traurig, bitter, schön. Wir müssen beide weinen. Die Briefe werfen wir in die Isar.“

(Erfahrungsbericht aus „myself“ von: Peter Lehmann, Heft 2013, entnommen aus dem Internet am 25.03.2016)

Folgende Rituale können hilfreich sein:

Erstes Ritual: Verbrennen der „unerfüllten Hoffnung“: dies können Bilder aus der reproduktiven Behandlung sein, wie bspw. die Abbilder der befruchteten Eizelle oder andere Symbole, die mit diesem Prozess in Verbindung gebracht werden. Dazu wird ein kleines Floß gebaut und mit Kerzen und Abschiedsworten bestückt. Es wird angezündet und in der Dämmerung wird es dem Wasser (Fluss, See, Meer) übergeben.

Zweites Ritual: Wünsche, Segnungen, Dankesworte an das ungeborenen Kind können formuliert und aufgeschrieben werden. Danach ist es schön, dies dem Wasser oder der Luft zu übergeben.

Drittes Ritual: Ein Blumensame wird gepflanzt und im Wachstum beobachtet und gepflegt. Das Symbol für Kraft und Wachstum erinnert an die Fähigkeit, anderen Dingen beim Wachsen und Gedeihen zuzusehen und die Lebendigkeit zu erfahren.

8.2 Versöhnungsübungen

Eine weitere schöne meditative Übung ist die „**Impuls Übung**“ von Suzanne Zehetbauer. Sie wird wie eine Meditation durchgeführt und der Text als Mantra vorgelesen und stärkt die kognitive und mentale Ebene:

„Ich werde nie ein leibliches Kind haben

*Ich kann nichts daran ändern,
das liegt nicht in meiner Macht.*

Ich kann mich nur entscheiden, wie ich mit meiner Trauer darüber umgehen will.

Ich entscheide mich:

Ich will meinen Körper annehmen, der kein Kind empfangen oder ausgetragen hat.

Ich will dieses Leben annehmen,

weil es mein Leben ist, auch ohne ein leibliches Kind.

Ich will mich selbst annehmen,

meine früheren Entscheidungen, meine Selbstvorwürfe, die Fehler, die ich vielleicht gemacht habe.

Ich gebe mir selbst ein Versprechen:

Ich will mich bemühen, meinen Weg zu finden, wie ich trotz meiner Trauer mein Leben erfüllt gestalten kann.“

(Suzanne Zehetbauer, „Ich bin eine Frau ohne Kinder“, Kösel Verlag, München, 3. Auflage 2014, S.80)

Eine weitere Übung ist von Emma Gamma aus dem Buch „Schön, Wild und Weise“:

Lied der Vergebung und Versöhnung

Diese Übung soll helfen, Verletzungen zu heilen. Sie stärkt das Bewusstsein für die heilende Kraft der Stimme und soll dem Gefühl von Neid und Eifersucht einen Platz geben. Die Vorgehensweise wird wie folgt beschrieben:

a) *Suche nach Situationen und Begegnungen in deinem Leben, in denen du Eifersucht, Neid, und Missgunst gegenüber einer anderen Frau erlebt hast. Lass die Erinnerungen ganz lebendig werden. Stell dir die Frau ganz konkret vor.*

b) *Singe deine eigene Melodie in diese Situation hinein, solange bis du eine Veränderung feststellst.*

Dann sage zu dir selbst: Ich vergebe mir. Fühlt sich dieser Schritt noch nicht stimmig an, dann beginne wieder zu singen. Lass dich von der Vergebung berühren.

c) *Danach sage zu der Frau, erst innerlich, an der du schuldig geworden bist: Ich bitte dich um Verzeihung. Wenn dieser Schritt erst nicht ganz gelingt, dann beginne wieder zu singen.*

d) *Erinnere dich an Situationen, in denen du dich von einer Frau erniedrigt gefühlt hast. Stell dir auch diese Begebenheit und diese Frau ganz konkret vor.*

e) *Finde auch für diese Situation eine Melodie und singe bis du innere Freiheit erlebst und du zu einem Lachen findest, zum Lachen einer befreiten Frau.*

f) *Dann sprich: „Ich vergebe dir“. Spüre nach, wie sich die Vergebung in deinem Körper anfühlt. Auch in diesem Fall lohnt sich das versöhnende Gespräch mit der anderen Frau, denn nur gemeinsam lösen wir die alte Feindschaft auf.*

(Emma Gamma, „Schön, Wild und Weise“, Theseus Verlag, Kamphausen, 2. Auflage, 2015, S. 71)

9. Neue Wege entdecken

Step VII

Im **siebten Schritt** wird mit den Frauen aktiv die Zukunft gestaltet und zusätzlich werden nützliche Impulse zum Wachstum gegeben.

Nach der ersten Phase der Starre und Kraftlosigkeit und der darauffolgenden Zeit der aufbrechenden Gefühle, die sich oftmals chaotisch und voller Tiefe präsentieren, folgt häufig eine tiefere Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen, die sich in Form von Aufbruch, Veränderungswünschen, Weiterentwicklung und Neuorganisation zeigen.

Viele betroffene Frauen suchen nach neuen Lebenszielen und der Wunsch nach „Sinnfindung“ kann jetzt sehr stark empfunden werden. In dieser Zeit voller neuer Kraft und Energie ist es wichtig für den Therapeuten, neue Impulse aufzugreifen und einen guten Abschied des „ungelebten Lebens mit Kind“ zu vollziehen. Die Entdeckung der Weiblichkeit und die Versöhnung mit dem kinderlosen Leben spielen hier eine wichtige Rolle.

9.1 Die Entdeckung der Weiblichkeit

Als Ergänzung wird die „Entdeckung der Weiblichkeit“ noch mit in die Arbeit einfließen, da häufig die ungewollte Kinderlosigkeit mit einem Verlust von Weiblichkeit einhergeht. Die „Weiblichkeit“ umfasst natürlich ein vielschichtiges und umfangreiches Thema, so dass im Rahmen dieser Arbeit nur begrenzt auf diesen Aspekt eingegangen werden kann. Hierbei wird der Fokus auf die weiblichen Anteile (Wolfsfrau, Lilith, Eva, Nut) und auf den Aspekt der Selbstliebe gesetzt. Die empfundene Weiblichkeit umfasst auch immer den Aspekt der Selbstliebe, der auf dem Weg der medizinischen Behandlungen und dem Gefühl „nicht ganz Frau zu sein“ verloren gehen kann.

In der Teilpersönlichkeitsarbeit können die verschiedenen „inneren Frauen“ entdeckt und für eine Stärkung der gefühlten Weiblichkeit genutzt werden. Hierbei ist es hilfreich, die eigene Definition von Weiblichkeit bei den Patientinnen zu erfragen und zu schauen was bedeutet „Weiblichkeit“ für sie. Häufig wird das Bild der Weiblichkeit mit der nährenden Mutter verknüpft, die gebärt, säugt und sich hingebungsvoll um die Kinder kümmert. Dadurch entsteht der Eindruck, Weiblichkeit sei von „Kinder bekommen“ abhängig.

Spannend ist es an dieser Stelle, Frauen die verloren geglaubten Teile entdecken zu lassen. Diese Anteile sind unberührt von äußeren Umständen wie die ungewollte Kinderlosigkeit. So ist auch ohne der realen Begebenheit „Mutter zu sein“ in jeder Frau eine Ur-Mutter vorhanden, die ihre Anteile leben und entfalten darf.

Um den Zugang zu diesen Teilen zu finden, ist es hilfreich alle Aspekte der Weiblichkeit aufzulisten und zu schauen, wo sich diese im Leben bereits zeigen. Dies können Aspekte sein wie: *Wandlungsfähigkeit, Wachstum, Erdung, Selbstbewusstheit, Schönheit, Fürsorglichkeit, Sinnlichkeit, Präsenz, Stärke, Impulsivität, Kreativität, Wärme* und noch vieles mehr. Diese unterschiedlichen Aspekte werden nach und nach, gemeinsam mit den Patientinnen, geborgen.

Hierzu wird mit der Patientin ein „Raum der Weiblichkeit“ imaginiert. Dort wird geschaut welche Fülle bereits vorhanden ist. Ist der Raum leer oder verwaist, ist es schön ihn innerlich zu gestalten, so dass es ein Raum wird, in dem sich die Patientin wohl und voller

Weiblichkeit fühlt. Diesen Ort kann sie zum Auftanken immer aufsuchen. So wird die eigene Weiblichkeit weniger als „abhanden gekommen“ oder als „Bedrohung“ empfunden.

Dazu schreibt Leila Bust: *„Eine Frau, die ihre Weiblichkeit entdeckt und ganz angenommen hat, fühlt sich überaus wohl in ihrem Körper, der Würde und Stolz ausdrückt. Ihr Körper ist keine Ware und auch kein Instrument, das sich auf äußere Form beschränkt“.*

(Leila Bust, „Weiblichkeit leben“, Elert & Richter Verlag, 3. Auflage 2015, S.19)

In der Arbeit mit den unterschiedlichen Teilpersönlichkeiten zeigen sich auch jene Teile, die oft durch negative Erfahrung mit femininen Anteilen verdrängt und durch Schutzmechanismen nicht mehr zugänglich sind. Die Urinstinkte sind dort verkümmert und finden oftmals in Form von Depressionen ihren Ausdruck.

Dazu schreibt Clarissa Pinkola Estes: *“Wenn eine Frau sich all ihre Kraft nehmen lässt, ohne einen untergründigen Springquell oder auch nur ein Rinnsal der „Seelenerquickung“ zu haben, trocknet sie innerlich aus und verkrüppelt mit der Zeit“*

(Clarissa Pinkola Estes, „Die Wolfsfrau“, Heyne Verlag, München, 23. Auflage, 1995, S.333)

Hier sind zusätzlich die Erfahrung mit der eigenen Mutter und die vorgelebten Rollenbilder prägend. Hierzu schreibt Leila Bust: *„Für unser Frau sein ist die Beziehung zur Mutter elementar. Von ihr haben wir unsere weibliche Identität gelernt.“*

(Leila Bust, „Weiblichkeit leben“, Elert & Richter Verlag, 3. Auflage 2015, S.33)

Da die Prägung der eigenen Mutter nicht immer nährend, wertschätzend und voller Liebe verlaufen ist, ist es wichtig auch jenen Mangel mit Hilfe der transpersonalen Anbindung in das Bewusstsein der Frau zu integrieren. So kann ein weiterer kräftigender Schritt die Anbindung an das „Höhere Selbst“, unsere Intuition und an die archaischen weiblichen Energien in uns sein. Im Folgenden werden vier mögliche, hilfreiche archaische Typen kurz zusammengefasst und im Anschluss daran ein denkbarer Umgang mit den weiblichen Energien beschrieben.

9.1.1 Die Wolfsfrau

Die Wolfsfrau, auch La Loba genannt, ist aus einem uralten Märchen entnommen und wird auch als jene Urgestalt beschrieben, die über die toten Knochen singt. Die Wolfsfrau verkörpert ein archetypisches Seelenbild welches wild, mit den Kräften der Natur vertraut und auch in die Geheimnisse über Leben und Tod eingeweiht ist. Sie symbolisiert eine große Heilerin, die beim Heilen der eigenen Wunden hilfreich sein kann. Sie wird in dem Buch „Die Wolfsfrau“ von der Psychoanalytikerin Clarissa Pinkola Estes ausführlich beschrieben und analysiert. Dort wird die Wolfsfrau auch als die große Weise, die Wissende und die Urfrau in uns beschrieben. *„Die weise Alte existiert in jeder Frau. Sie bewohnt den Raum in unserer Psyche, wo das Instinktive, das noch ungezähmte und wilde Selbst, in den bewussten Verstand übergeht.“*

(Clarissa Pinkola Estes, „Die Wolfsfrau“, Heyne Verlag, München, 23. Auflage, 1995, S.42)

Der Zugang zu dieser starken weiblichen Energie in uns soll uns vor allem lehren, die Schattenseiten in uns zu akzeptieren und uns mit den Kräften der Naturinstinkte vertraut zu machen. Hierzu schreibt die Psychologin Emma Gamma: *“La Loba lehrt uns unsere Schattenseiten anzunehmen, doch an der Schwelle ins Dunkle nicht stehen zu bleiben, sondern in die Dunkelheit des eigenen Lebens Lider anzustimmen“.*

9.1.2 Lilith und Eva

Die Urfrauen Lilith und Eva stammen aus der jüdischen Mystik und spielen in der Schöpfungsgeschichte eine wichtige Rolle. Neben dem christlichen Bild, in dem Eva aus der Rippe von Adam erschaffen wurde, gilt Lilith als (böse) Schwester von Eva.

Lilith steht dabei in Verbindung mit den Kräften der Göttinnen, die für Eigenständigkeit, Gleichberechtigung und Freiheit sich zu entwickeln stehen.

Dazu schreibt Clarissa Pinkola Estes: *„Lilith ist die Verbindung mit den Kräften der urigen weiblichen Göttinnen: zu gebären, dem geheimen Wissen der Frauen um Leben und Tod, Initiation, der Ursprünglichkeit der Natur. Ihre Themen sind Blut, Geburt, Tod, Tabu, Sexualität, dämonische Kräfte, Furchtlosigkeit, Rebellion und der Kampf der Gerechtigkeit“.*

(Antonia Langsdorf, Lilith - die Weisheit der ungezähmten Frau, S.37)

Sie steht im Widerstand zu äußeren Rahmenbedingungen und einengenden Strukturen. Sie steht für Selbstbewusstsein, Unbestimmtheit und setzt sich für die Erfüllung ihrer Bedürfnisse ein. In der jüdischen mythologischen Interpretation drängt sich Lilith zwischen Adam und Eva und wurde schließlich aus dem Paradies verbannt. Ihr wurden dämonische und verführerische Kräfte nachgesagt.

Emma Gamma schreibt dazu: *“Die Pubertät und das junge Erwachsenenalter sind die Zeiten von Lilith. Noch immer lockt sie durch ihre wilde, schöne und schillernde Persönlichkeit.“*

(Emma Gamma, Schön Wild und Weise, 2. Auflage, Kamphausen 2015, S.49)

Eva hingegen gilt als Idealtypus der Frau. Sie beherrscht das Frauenbild seit Jahrtausenden und steht laut der mythologischen Saga im Widerstreit zu Lilith. Eva symbolisiert die Angepasste, die dem Mann und den Bedürfnissen anderer untergeordnet ist. Ihre Fähigkeiten sind die mütterlichen, dienenden und fürsorglichen Eigenschaften. In näherer Betrachtungsweise werden allerdings auch hier die Schattenseiten sichtbar. Sie war es, die Adam im Paradies verführte und mit Verachtung, notorischer Kritik und liebloser Nörgelei bestrafte. Innerhalb der Teilpersönlichkeitsarbeit ist eine Versöhnung der beiden Frauengestalten denkbar und auch für die Ausgewogenheit der inneren Impulse wichtig.

9.1.3 Nut

Nut steht für die weibliche Sexualität und Spiritualität. Sie stammt aus der altägyptischen Hochkultur und verkörpert die Göttin des Himmels. In älteren Bildern zeigt sie sich als kosmisches Mutterschwein, der Mutter aller Götter. In der ägyptischen Kunst wird sie mit weit geflügelten Armen dargestellt, sie steht als Symbol für die Kräfte, die Himmel und Erde voneinander trennen. Sie gilt als Hüterin der unterschiedlichen Energien und Kräfte. In weiteren Bildern schluckt sie am Abend die Sonne, um sie am nächsten Morgen wieder zu gebären. Sie zeigt sich häufig in ihrer beschützenden Kraft.

Dazu schreibt Emma Gamma: *„Wann immer Menschen überflutet werden von Energien und Botschaften aus anderen Welten, sei sie die Hüterin der Schwelle.“*

(Emma Gamma, Schön Wild und Weise, Theseus Verlag, Kamphausen, 2. Auflage, 2015, S.77)

Es gibt viele Abbildungen von ihr auf ägyptischen Sarkophagen. Sie wird dort als Göttin verstanden, die die Toten in Empfang nimmt und im Leben nach dem Tod weiter begleitet.

9.2 Übungen von Emma Gamma zur Stärkung der Weiblichkeit

Die **erste Übung** heißt „**Wiedersehen nach Jahrtausenden**“ und fördert die Ausgewogenheit von Lilith und Eva, die innere Ausgeglichenheit:

- a) *Setz dich an einen schönen Ort wo du während der Zeit der Meditation nicht gestört wirst.*
- b) *Lade nun Lilith rechts neben dir ein sich hinzusetzen. Wenn du ihre Anwesenheit spürst, lade Eva ein, links neben dir Platz zu nehmen.*
- c) *Bleibe im tiefen Gewahrsam der Präsenz dieser beiden Frauengestalten.*
- d) *Bevor du diese Meditation beendest bedanke dich bei Lilith und Eva für ihre Gegenwart*
(Emma Gamma, Schön Wild und Weise, Theseus Verlag, Kamphausen, 2. Auflage, 2015, S.54)

Die **zweite Übung** heißt „**der Gesang der Wolfsfrau**“ und soll helfen, die weiblichen Organe bewusst wahrzunehmen und den Körper und Geist zu harmonisieren:

- a) *Ziehe dich in einen Raum zurück, in dem du nicht gestört wirst. Um gib dich dabei mit Schönheit. Zünde eine Kerze an.*
- b) *Setze dich bequem hin. Schließe die Augen und beginne zu summen oder zu tönen. Lass den Klang deiner Stimme in die Innenräume deines Körpers wandern: Kopf, Gesicht, Hals, Schultern, Arme, Hände, Brustraum, Rücken, Bauchraum, Becken, Beine, Füße.*
- c) *Singe das Lied, das nur für dein Herz bestimmt ist. Singe für deine Brüste, für deine Taille, für deine weiblichen Geschlechtsorgane. Lass dir Zeit. Genieße den Nachklang im Körper.*
(Emma Gamma, Schön Wild und Weise, Theseus Verlag, Kamphausen, 2. Auflage, 2015, S.71)

Die **dritte Übung** heißt „**Herz-Sonnen-Begegnung**“ und soll Schritt für Schritt eine Verbindung an uns Selbst und an das „höhere Ganze“ unterstützen:

- a) *Gehe mit deiner Wahrnehmung zu deinem physischen Herzen. Vielleicht kannst du mit dem inneren Auge sehen, wie sich der Herzmuskel bewegt. Vielleicht hörst oder spürst du den Herzschlag.*
- b) *Hülle dein Herz mit einem Lächeln ein und danke ihm, dass es täglich - auch ohne bewusstes Dazutun - für dich Blut durch den Körper pumpt.*
- c) *Stell dir nun die strahlende Sonne vor deinem inneren Auge vor. Lade das Herz der Sonne ein, sich mit deinem Herz zu verbinden.*
- d) *Bleibe eine gewisse Zeit in die der Herz-Sonnen-Begegnung. Löse dich dann wieder aus dieser Verbindung in eine für dich stimmigen Weise. Kehre langsam wieder ins Hier und Jetzt zurück.*

(Emma Gamma, „Schön Wild und Weise“, Theseus Verlag, Kamphausen, 2. Auflage, 2015, S.99)

Die **vierte Übung** heißt „**Gebärmutter- Goldenes Gefäß**“:

Diese Übung stärkt die Mütterlichkeit und liebevolle Zuwendung dir selbst gegenüber. Dein Urvertrauen wird gestärkt.

a) Nimm Verbindung mit deiner Gebärmutter auf. Stell dir vor, wie sie in deinem Unterbauch weich und warm eingebettet ist.

b) Umhülle deine Gebärmutter mit einem Lächeln. Erinnere dich an ein freudvolles Ereignis und umhülle die Gebärmutter mit der Energie der Freude und Dankbarkeit. Lass dir Zeit und nimm wahr, wie die Gebärmutter auf diese Kontaktaufnahme reagiert.

c) Stell dir vor, dass du in die Gebärmutter hineinschlüpfen kannst. Du darfst ganz loslassen. Genieße die Geborgenheit und das Aufgehoben-Sein in diesem geschützten Raum.

(Emma Gamma, Schön Wild und Weise, Theseus Verlag, Kamphausen, 2. Auflage, 2015, S. 101).

10. Nachwort

Die Auseinandersetzung mit der ungewollten Kinderlosigkeit und das Loslassen vom Kinderwunsch ist für viele betroffene Frauen ein langer und schwieriger Weg, der häufig eine große psychische Belastung darstellt. Für viele ungewollt Kinderlose ist das Abschiednehmen von einem eigenen Lebensentwurf und die damit verbundene Sinnfrage im Leben eine Belastung, die nicht immer erfolgreich bewältigt wird. Folgen sind neben Depressionen, Ängsten und anderen psychischen Beeinträchtigungen ein Verlust an Lebensqualität und Lebensfreude, der sich nachhaltig auf die gesamte Psyche auswirken kann.

Um die betroffenen Frauen psychologisch zu unterstützen, habe ich einen ganzheitlichen Ansatz gewählt, der die unterschiedlichen Methoden aus der systematisch integrativen Psychosynthese nutzt und praktische Übungen aus anderen Bereichen mit in die therapeutische Arbeit einfließen lässt. Das Konzept soll so der Zielgruppe die Möglichkeit geben, einen guten Abschied vom Kinderwunsch zu nehmen und helfen, Verletzungen aus der Zeit der reproduktiven Behandlung besser zu verarbeiten.

In meiner Abschlussarbeit habe ich Möglichkeiten der psychologischen Unterstützung auf Grundlage der Psychosynthese beschrieben und dargestellt. Dazu habe ich wissenschaftliche Untersuchungen und Literatur als Basis für meine Ausarbeitung genutzt und mit einfließen lassen. Das ausgearbeitete Konzept soll Frauen aus der Krise helfen und Sie gestärkt in ein erfülltes Leben führen.

Literaturliste

- Adelheid Lissner, *Künstliche Befruchtung: „Vom Wunsch zur Wunde“*, Tagesspiegel 15.9.2012
<http://www.tagesspiegel.de/wissen/kuenstliche-befruchtung-vom-wunsch-zur-wunde-/7136192.html>
- Carsten Wippermann, Prof. Dr., Studie vorgelegt vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen, und Jugend, Referat Öffentlichkeitsarbeit, „Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten“, aktueller Stand 2014
http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Kinderlose-Frauen-und-M_C3_A4nner-Ungewollte-oder-gewollte-Kinderlosigkeit-im-Lebenslauf-und-Nutzung-von-Unterst_C3_BCtzungsangeboten-Studie.property=pdf.bereich=bmfsfj.sprache=de.rwb=true.pdf
- Clarissa Pinkola Estes, „Die Wolfsfrau“, Heyne Verlag, München, 23. Auflage
- Corinna Onnen, Prof. Dr., „Modell der Stressverarbeitung bei kinderlosen Paaren“, erstellt am 14. September 2004, zuletzt geändert am 30. März 2015, Staatsinstitut für Frühpädagogik, Redaktion Online-Familienhandbuch, Eckbau Nord, München
<http://www.familienhandbuch.de/altern-werden/familienplanung/auswirkungenpaarbeziehung.php>
- Elke Eyckmanns, Markus Merzenich und Frank Nawroth: „Ein Kind warum nicht auch für uns? Gut beraten bei unerfülltem Kinderwunsch“, Carl Auer Verlag: Heidelberg, 1. Auflage
- Emma Gamma, *Schön, Wild und Weise*, Theseus Verlag, Kamphausen, 2. Auflage, 2015
- Günter W. Remmert, Dipl. theol., M.A. Phil., Skript, Lösungen in Beziehungen und Beruf, aus dem Internet entnommen am 28.3.2016
<http://www.seminarhaus-schmiede.de/pdf/wer-bin-ich.pdf>
- Heribert Kentenich, Elmar Brähler, Ingrid Kowalcek, Bernhard Strauß, Petra Thorn, Anna Julka Weblus, Tewes Wischmann & Yve Stöbel-Richter (Leitliniengruppe), „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“. Aktueller Stand: 2014, publiziert bei: AWMF Register Nr.016/003
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/016-003l_S2k_Psychosom_orient_Diagnostik_und_Therapie_bei_Fertilit%C3%A4tsst%C3%B6rungen_2014.pdf
- Hillary Hyatt, „Ungestillte Sehnsucht“, Christoph Links Verlag, Berlin, 1. Auflage 2012
- Hildegard Willmann, Heidi Müller, „Wie wir wirklich trauern. Die Abschiedsrituale der Deutschen“, repräsentative Forsa-Studie im Auftrag von FriedWald, S.8
http://www.gute-trauer.de/inhalt/vortragsmodule_trauer/trauer_continuing_bonds/text_continuing_bonds.pdf
- Karla Beyer, Dipl. Psych., „Betroffene Frauen und ihre Bewältigung im mittleren Erwachsenenalter“, Dissertation von 2005
https://www.db-thueringen.de/receive/dbt_mods_00002828
- Leila Bust, „Weiblichkeit leben“, Elert & Richter Verlag, 3. Auflage 2015
- Peter Lehmann, Erfahrungsbericht aus „glamour“, Heft 2013, entnommen aus dem Internet am 25.03.2016
<http://www.glamour.de/liebe/beziehung/unerfuellter-kinderwunsch-kein-kind.-und-trotzdem-gluecklich>
- Roberto Assagioli, „Handbuch der Psychosynthese“, Nawo Verlag, Zürich, 4. Auflage
- Suzanne Zehetbauer, *Ich bin eine Frau ohne Kinder*, Kösel Verlag, München, 3. Auflage 2014
- Tewes Wischmann, Heike Stammer, „Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch“, 4. Auflage 2010

Ursel Neef, Georg Henkel, "Systematisch-Integrative Psychosynthese", Band I Disidentifikation, Tredition Verlag, Hamburg, 1. Auflage 2015

Verena Kast, „Trauern Phasen und Chancen des psychischen Prozesses“, Kreuz Verlag, Freiburg, 4. Auflage 2015