

Bonney, Helmut

Unsichtbare Väter: Kindliche Entwicklung und Familiendynamik nach heterologer Insemination (DI)

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 2, S. 118-125

urn:nbn:de:bsz-psydok-43532

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Berns, I.: Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Psychotherapy and/or psychoanalysis with children and adolescents: Aspects contributed by a German therapist treating children and adolescents)	39
Bonney, H.: Unsichtbare Väter: Kindliche Entwicklung und Familiendynamik nach heterologer Insemination (DI) (Invisible fathers: Child development and family dynamics after heterologues insemination (DI))	118
Borowski, D.: Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters (Depth psychologically founded psychotherapy with children and adolescents from the point of the reviewer)	49
Branik, E.: Störungen des Sozialverhaltens – Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Conduct disorders – Therapeutical possibilities and limits of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	533
Bräutigam, B.; Schnitker, A.: „Es paßt nichts mehr rein“ – Kasuistik einer eßgestörten kurdischen Jugendlichen vor dem familiären Hintergrund politischer Verfolgung (‘‘There isn’t room for anything more’’ – The casuistry of a Kurdish adolescent before the family background of political persecution)	559
Fagg, M.: Beverly Lewis House – Bericht über den Aufbau einer Zufluchtseinrichtung für von Mißbrauchserfahrungen betroffene Frauen mit Lernschwierigkeiten (Beverly Lewis House – Setting up a safe house for women with learning disabilities who have experienced abuse)	653
Frölich, J.; Döpfner, M.; Biegert, H.; Lehmkuhl, G.: Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht (Teacher training in the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	494
Gensecke, J.; Bauer, A.; Scheder-Bieschin, F.; Lehmkuhl, U.: Drogenkonsum und psychische Störungen bei Jugendlichen mit Straßenkarrieren (Drug usage and psychiatric disorders in street youths)	385
Meng, H.; Bilke, O.; Braun-Scharm, H.; Zarotti, G.; Bürgin, D.: Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung (About the indication for in-patient adolescent psychiatric treatment)	546
Meng, H.; Bürgin, D.: Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung (Should a psychiatric inpatient treatment of adolescents take place in an open ward? Data from seven years of experience)	373
Pfleiderer, B.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Depth psychologically founded psychotherapy for children and adolescents) . . .	31

Originalarbeiten / Original Articles

Boeger, A.; Mülders, S.; Mohn, A.: Aspekte des Körperbildes bei körperbehinderten Jugendlichen (Body image of physically handicapped adolescents)	165
Bohlen, G.: Die Erhebung der Selbstwirksamkeit in einer dyadischen Konfliktgesprächssituation zwischen Mutter und Kind an einer Erziehungsberatungsstelle (Measurement	

of self-efficacy in a controversial debating of a mother-child-dyad at a child guidance centre)	341
Brettel, H.; Poustka, F.: Häufungen abnormer psychosozialer Umstände bei jugendlichen Straftätern mit Beeinträchtigungen der Schuldfähigkeit (Accumulation of associated abnormal psychosocial situations in young delinquents with attenuation of penal responsibility)	523
Buddeberg-Fischer, B.; Klaghofer, R.: Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz (Development of body image in adolescence)	697
Di Gallo, A.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Basel: eine Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung (Dropping-out at a child psychiatry outpatient clinic in Basel: An evaluation for quality control)	92
Distler, S.: Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung – ein Beitrag zur Qualitätssicherung (Treatment motivation, treatment satisfaction, and the assessment of life quality in the view of parents in child psychiatry – A contribution to quality assurance) . . .	711
Flechtner, H.; Möller, K.; Kranendonk, S.; Luther, S.; Lehmkuhl, G.: Zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments (The subjective quality of life of children and adolescents with psychic disturbances: Development and validation of a new assessment tool)	77
Frölich, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G.: Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternt raining bei hyperkinetischen Kindern (Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD)	476
Haffner, J.; Esther, C.; Münch, H.; Parzer, P.; Raue, B.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie (Parent-reported problems of six year old pre-school children – Prevalence and risk factors in an epidemiological study)	675
Huss, M.; Völger, M.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U.: Diagnosis Related Groups (DRG) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer prospektiven Studie (Diagnosis related groups (DRG) in child and adolescent psychiatry: A prospective pilot study)	239
Kaltenborn, E.-K.: „Ich versuchte, so ungezogen wie möglich zu sein“ – Fallgeschichten mit autobiographischen Niederschriften: die Beziehung zum umgangsberechtigten Elternteil während der Kindheit in der Rückerinnerung von jungen Erwachsenen (“I tried to be as naughty as possible.” Case histories based on autobiographical narratives: the relationship with the non-residential parent during childhood remembered by young adults)	254
Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter (Family body concepts and family illness attributions in primary headache in childhood and adolescence)	209
Roth, M.: Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl (Gender differences in the adolescent's body image and their relevance for general selfesteem)	150
Rudolph, H.; Petermann, F.; Laß-Lentzsch, A.; Warnken, A.; Hampel, P.: Streßverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs (Coping in children and adolescents with cancer)	329
Salbach, H.; Huss, M.; Lehmkuhl, U.: Impulsivität bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom (Impulsivity in ADHD children)	466

Schepker, R.: Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige (Is there a need for a separate juvenile drug treatment system? Course of treatment in an adolescent psychiatry and a rehabilitation unit with adolescent drug addicts)	721
Schleiffer, R.; Müller, S.: Die Bindungsrepräsentation von Jugendlichen in Heimerziehung (Attachment representation of adolescents in residential care)	747
Siniatchik, M.; Gerber, W.-D.: Die Rolle der Familie in der Entstehung neurophysiologischer Auffälligkeiten bei Kindern mit Migräne (The role of the family in the development of neurophysiological abnormalities in children suffering from migraine)	194
Waligora, K.: Der Einfluß sozialer Unterstützung durch Eltern und Peers auf körperliche Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern (The influence of parental and peer-support on physical complaints in a student population)	178
Zerahn-Hartung, C.; Strehlow, U.; Haffner, J.; Pfüller, U.; Parzer, P.; Resch, F.: Normverschiebung bei Rechtschreibleistung und sprachfreier Intelligenz (Change of test norms for spelling achievement and for nonverbal intelligence)	281

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Degener, T.: Juristische Entwicklungsschritte – Vom Tabu zur sexuellen Selbstbestimmung für behinderte Menschen? (Steps of legal development – From taboo to sexual determination for people with developmental disabilities?)	598
Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.: Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Evidence based therapy of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)) . . .	419
Fegert, J. M.: Veränderung durch Forschung – Die multiplen Aufträge und Ziele eines Praxisforschungsmodellprojekts zur Thematik der sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung (Action research in benefit of children and adolescents and adult persons with learning difficulties. Different aims of a practical research project on sexual abuse and sexual self determination in care giving institutions)	626
Günter, M.: Reifung, Ablösung und soziale Integration. Einige entwicklungspsychologische Aspekte des Kindersports (Maturation, separation, and social integration. Children's sport from a developmental psychology perspective)	298
Häußler, G.: Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht (The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from a psychoanalytic point of view)	454
Huck, W.; Thorn, P.: Kinder und Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie – neue Fragestellungen im Rahmen der kinderpsychiatrischen Arbeit (Children and families in the age of assisted human reproduction – New challenges within the field of child psychiatry)	103
Miller, Y.; Kuschel, A.; Hahlweg, K.: Frühprävention von externalisierenden Störungen – Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen (Early prevention of conduct disorders – Basic principles and parent-based prevention trials of externalizing behavior disorders)	441
Retzlaff, R.: Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern (Working with children in systemic family therapy)	792

Ribi, K.; Landolt, M.; Vollrath, M.: Väter chronisch kranker Kinder (Fathers of chronically ill children)	357
Rüger, R.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Depth psychologically founded psychotherapy)	12
Schick, A.; Ott, I.: Gewaltprävention an Schulen – Ansätze und Ergebnisse (Violence prevention at schools: Programs and results)	766
Thomas, H.; Wawrock, S.; Klein, S.; Jeschke, K.; Martinsohn-Schittkowski, W.; Sühlfleisch, U.; Wölkerling, U.; Ziegenhain, U.; Völger, M.; Fegert, J. M.; Lehmkuhl, U.: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung – Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt (Dealing with sexual self-determination and sexual violence in residential-institutions for young people with mental retardation – Report form an on-going study process)	636
Walter, J.: Vom Tabu zur Selbstverwirklichung – Akzeptanzprobleme und Lernprozesse in der Arbeit mit behinderten Menschen (From taboo to self realization – Problems of acceptance and learning processes in working with people with disabilities)	587
Zemp, A.: Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen (Sexualised violence against people with development disabilities in institutions)	610

Buchbesprechungen

Andresen, B.; Mass, R.: Schizotypie – Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze (O. Bilke)	317
Barthelmes, J.; Sander, E.: Erst die Freunde, dann die Medien. Medien als Begleiter in Pubertät und Adoleszenz (C. von Bülow-Faerber)	408
Bornhäuser, A.: Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe (R. Ebner)	741
Buddeberg-Fischer, B.: Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen (I. Seiffge-Krenke)	406
Cierpka, M.; Krebeck, S.; Retzlaff, R.: Arzt, Patient und Familie (L. Goldbeck)	318
Dutschmann, A.: Das Aggressions-Bewältigungs-Programm, Bd. 1-3 (D. Gröschke)	67
Eickhoff, E. W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 43 (M. Hirsch)	315
Frank, R.; Mangold, B. (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (J. Wilken)	411
Gabriel, T.: Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland (L. Unzner)	740
Gauda, G.: Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels. Lebendige Psychologie C. G. Jungs (B. Gussone)	410
Gloger-Tippelt, G. (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis (K. Brüggemann)	132
Greenspan, S. I.; Wieder, S.: Mein Kind lernt anders. Ein Handbuch zur Begleitung förderbedürftiger Kinder (L. Unzner)	514
Günder, R.: Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe (L. Unzner)	138
Heineman Pieper, M. H.; Pieper, W. J.: Smart Love. Erziehen mit Herz und Verstand (D. Irlich)	516
Henn, F.; Sartorius, N.; Helmchen, H.; Lauter, H. (Hg.): Contemporary Psychiatry (J. Koch)	230
Heubrock, D.; Petermann, F.: Aufmerksamkeitsdiagnostik (D. Irlich)	669

Heubrock, D.; Petermann, F.: Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention (<i>K. Sarimski</i>)	66
Hoops, S.; Permien, H.; Rieker, P.: Zwischen null Toleranz und null Autorität. Strategien von Familien und Jugendhilfe im Umgang mit Kinderdelinquenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	226
Keenan, M.; Kerr, K. P.; Dillenburg, K. (Hg.): Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behavior Analysis in Context (<i>H. E. Kehr</i>)	225
Kilb, R.: Jugendhilfeplanung – ein kreatives Missverständnis? (<i>L. Unzner</i>)	130
Krucker, W.: Diagnose und Therapie in der klinischen Kinderpsychologie: Ein Handbuch für die Praxis (<i>L. Unzner</i>)	131
Lamprecht, F.: Praxis der Traumatherapie – Was kann EMDR leisten? (<i>P. Diederichs</i>)	135
Lauth, G.; Brack, U.; Linderkamp, F. (Hg.): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch (<i>D. Gröschke</i>)	228
Lenz, A.: Partizipation von Kindern in Beratung (<i>M. Seckinger</i>)	811
Lutz, R.; Stickelmann, B. (Hg.): Weglaufen und ohne Obdach. Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	407
Menzen, K.-H.: Grundlagen der Kunsttherapie (<i>D. Gröschke</i>)	671
Milch, W. E.; Wirth, H.-J. (Hg.): Psychosomatik und Kleinkindforschung (<i>L. Unzner</i>)	668
Muntean, W. (Hg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen (<i>E. Sticker</i>)	136
Nissen, G. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung (<i>W. Schweizer</i>)	229
Noterdaeme, M.; Freisleder, F. J.; Schnöbel, E. (Hg.): Tiefgreifende und spezifische Entwicklungsstörungen (<i>M. Mickley</i>)	667
Petermann, F.; Döpfner, M.; Schmidt, M. H.: Aggressiv-dissoziale Störungen (<i>G. Roloff</i>)	814
Petersen, D.; Thiel, E.: Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (<i>C. Brückner</i>)	667
Petzold, H. (Hg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte (<i>D. Gröschke</i>)	319
Poustka, F.; van Gooor-Lambo, G. (Hg.): Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände nach Kapitel V (F) der ICD 10 (<i>D. Gröschke</i>)	69
Pretis, M.: Frühförderung planen, durchführen, evaluieren (<i>H. Bichler</i>)	512
Rich, D.: Lernspiele für den EQ. So fördern Sie die emotionale Intelligenz Ihres Kindes (<i>A. Held</i>)	575
Sarimski, K.: Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe (<i>M. Naggl</i>)	127
Sarimski, K.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	572
Schacht, I.: Baustelle des Selbst. Psychisches Wachstum und Kreativität in der analytischen Kinderpsychotherapie (<i>B. Gussone</i>)	576
Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. neu bearb. Aufl. (<i>E. Sticker</i>)	128
Sturzbecher, D. (Hg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung (<i>D. Irblich</i>)	739
Szagan, G.: Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören (<i>L. Unzner</i>)	738
Timmermann, F.: Psychoanalytische Indikationsgespräche mit Adoleszenten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung (<i>W. Bauers</i>)	578
von Gontard, A.: Einnässen im Kindesalter. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie (<i>H. Hollmann</i>)	509

von Tetzchner, S.; Martinsen, H.: Einführung in die Unterstützende Kommunikation (<i>D. Gröschke</i>)	68
Walter, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung, 2. Aufl. (<i>G. Roloff</i>)	815
Weinberger, S.: Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (<i>D. Gröschke</i>)	572
Weiß, H. (Hg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (<i>E. Seus-Seberich</i>)	510
Wittmann, A. J.; Holling, H.: Hochbegabtenberatung in der Praxis. Ein Leitfaden für Psychologen, Lehrer und ehrenamtliche Berater (<i>H. Mackenberg</i>)	574

Neuere Testverfahren

Cierpka, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3 (<i>K. Waligora</i>)	580
Grimm, H.; Doil, H.: Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA) (<i>K. Waligora</i>)	321
Melfsen, S.; Florin, I.; Warnke, A.: Sozialphobie und –angstinventar für Kinder (SPAIK) (<i>K. Waligora</i>)	817
Petermann, F.; Stein, J. A.: Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6 (<i>K. Waligora</i>)	71

Editorial / Editorial	1, 147, 417, 585
Autoren und Autorinnen / Authors	59, 126, 224, 331, 399, 507, 571, 665, 736, 811
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	59, 400
Tagungskalender / Congress Dates	74, 141, 232, 324, 413, 518, 582, 673, 744, 819
Mitteilungen / Announcements	144, 328, 521, 745, 821

Unsichtbare Väter: Kindliche Entwicklung und Familiendynamik nach heterologer Insemination (DI)

Helmut Bonney

Summary

Invisible fathers: Child development and family dynamics after heterologues insemination (DI)

This study presents the long term outcome of the psychotherapy of a girl over seven years, which was born after donor insemination (DI) and aged eight became ill with a compulsive disorder. Aspects of child development, communication within the family and family dynamics related to this specific constellation are pointed out. This case-study presents one of the very few supplements to statistic data elaborated about assisted-reproduction-families. Implications for individual therapy and therapeutic management of the family are discussed according to development of bonding and identity of the DI-child, father's role, dynamics of the couple and the incognito of the "invisible father".

Zusammenfassung

Der Beitrag beschäftigt sich mit dem Langzeitverlauf der Therapie eines Mädchens über einen Zeitraum von sieben Jahren, das mittels heterologer Insemination gezeugt wurde und mit acht Jahren eine Zwangsstörung entwickelte. Anhand der Kasuistik werden für diese Konstellation spezifische Probleme der kindlichen Entwicklung, der innerfamiliären Kommunikation und der Familiendynamik aufgezeigt. Die Darstellung ergänzt die bisher vorliegenden statistischen Angaben über Familien, in die Kinder mittels DI (donor insemination) geboren wurden um eine Fallvignette, die ein Licht auf prinzipiell bedeutsame Aspekte der individuellen und familiären Entwicklung bei DI-Konstellationen wirft. Die Implikationen für die Einzel- und Familientherapie werden unter den Gesichtspunkten Bindungs- und Identitätsentwicklung, Vaterrolle, Paardynamik und Inkognito des „unsichtbaren Vaters“ diskutiert.

1 Einleitung

Bei unerfülltem Kinderwunsch und Infertilität des Mannes können Paare seit ca. 100 Jahren mittels heterologer Insemination zur Elternschaft gelangen (Brewaeys 1996). Parallel zu den Erfolgen reproduktiver Technologien wurden Fragen nach deren psychologischer Bedeutung für die auf diesem Wege entstandenen Familien und die psychosoziale Entwicklung der Kinder aufgeworfen und untersucht (Golombok et al. 1993, 1995, 1996; Golombok 1998).

Die vorliegenden kontrollierten Studien liefern statistische Analysen der Vergleiche verschiedener Familienkonstellationen (nach In-Vitro-Fertilisation oder heterologer Insemination). Insgesamt waren von Bindung und Wärme gekennzeichnete Eltern-Kind-Beziehungen und unauffällige Entwicklungen der untersuchten dreibis achtjährigen Kinder zu verzeichnen.

Die Untersucher beklagen den Mangel an Verlaufsstudien der seelischen Entwicklung der Kinder bis zur Adoleszenz, zumal sich zeigte, daß die Eltern ihre Kinder in der Regel nicht über deren genetische Herkunft informieren und das auch nicht beabsichtigten. Brewaeys (1998, 2001) fordert Langzeitstudien als Grundlage fundierter psychologischer Begleitung dieser Familien und der Kinder.

Kinder, die in Deutschland nach Einsatz reproduktiver Techniken geboren werden, können in wissenschaftliche Untersuchungen der Konsequenzen von DI (donor insemination) nicht einbezogen werden, da sie bisher unter anderem wegen der Vermeidung des Haftungsrisikos der Samenspenden formaljuristisch nicht als solche zu identifizieren sind. Daher wurden Assisted-reproduction-Familien aus Deutschland nicht in die multizentrische Studie von Golombok et al. (1996) aufgenommen.

2 Kasuistik

Im folgenden geht es um die Entwicklung einer Familie mit einer Tochter, die nach DI geboren wurde. Wir begleiten das Mädchen und die Eltern nunmehr während sieben Jahren im Rahmen der kinderpsychiatrischen und familientherapeutischen Praxis. Wir beschreiben eine Modalität innerfamiliärer Kommunikation, die als Folge der regelmäßig geübten Geheimhaltung (Inkognito des Samenspenders) spezifisch für DI-Familien sein könnte und ein hohes Risiko für die sichere Bindung, seelische Gesundheit und Identitätsentwicklung des Kindes bedeutet.

Der Arbeitsbericht schildert den Verlauf einer protrahierten familiären Krise und das Erscheinen und den Wandel einer Zwangsstörung bei der anfänglich achtjährigen, jetzt fünfzehnjährigen Christiane.¹ Behandelt wurde in einer ersten Episode familientherapeutisch, vier Jahre später tiefenpsychologisch fundiert² kombiniert mit systemischer Beratung der Eltern.

¹ Name geändert, Publikation mit Erlaubnis der Familie.

² Anschrift der Therapeutin beim Verfasser.

Herausgearbeitet werden zudem die hohen seelischen Belastungen für den Vater, der als steriler Partner im Dienste erwünschter Elternschaft seiner Frau medizinische Interventionen zumuten muß und als „lediglich“ sozialer Vater seine Relativierung durch Mutter und Kind zu bewältigen hat.

2.1 *Erstkontakt*

Frau M., von Beruf Pädagogin, ergänzt in Abwesenheit ihrer achtjährigen Tochter besorgt ihre zuvor schon telefonisch übermittelten Angaben: Neuerdings fände C. am Abend nur unter größten Schwierigkeiten in den Schlaf und komme nachts wieder in das Bett der Mutter. Zuvor bliebe sie bei den Eltern im Wohnzimmer und lasse diesen keine Zeit für eigene erwachsene Aktivitäten. Schließlich im Bett, müsse ein Elternteil bis zum Einschlafen dort sitzen. Anschließend hätte sich bevorzugt der Vater im gleichen Stockwerk des Hauses aufzuhalten, um sie beruhigen zu können, falls sie einmal wach werde.

Nach der Schule eile sie hastig nach Hause. Dort müsse die Mutter sie „sekundengenau“ an der Wohnungstüre erwarten. Sie habe sich für verschiedene Handlungsabläufe ein Zeitlimit gesetzt, bei dessen Nichteinhaltung sie mit „schlimmen Folgen“ rechne. Sie klage über Angst vor Einsamkeit und Tod, habe auch von auf sie selbst bezogenen Todeswünschen gesprochen.

Seit kurzer Zeit befasse sie sich eingehend mit den Grundlagen von Zeugung und Geburt, betont mit den Befruchtungsmodalitäten bei Tieren und Pflanzen. Zwischen den Eltern sei es mittlerweile zu erheblichen Spannungen gekommen, da diese, solchermaßen in Anspruch genommen, kaum noch Zeit füreinander hätten.

C. sei ihr einziges Kind. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien bei stets guter Gesundheit gänzlich unproblematisch verlaufen. Als gute Schülerin imponiere sie in der dritten Klasse wegen ihres aufmerksamen Sozialverhaltens, während sie sich zu Hause seit dem Trotztalter nur mit Schwierigkeiten an Grenzen und Regeln halte.

Ihr Mann, in verantwortlicher Stellung in einem technischen Unternehmen, sei mit ihr in zweiter Ehe verheiratet. Seine erste Ehe sei kinderlos geblieben. Er habe drei Geschwister. Sie sei in der eigenen Geschwisterreihe von sechs Kindern die Jüngste. Ihre Mutter sei vor 22 Jahren bei einem Unfall ums Leben gekommen. Sie selbst sei gesund, hätte sei aber nach einer Fehlgeburt wegen eines Uterus myomatosus hysterektomiert worden.

2.2 *Beratungsverlauf*

Die Eltern wünschten zunächst eine Beratung ohne die Einbeziehung ihrer Tochter. Keinesfalls sollten kinderpsychiatrische oder psychodiagnostische Untersuchungen zum Einsatz gelangen. Nach einem Monat gestatteten sie uns dann doch, C. kennenzulernen und sie auch im Verlauf von nur zwei Kontakten mit testpsychologische Verfahren zu untersuchen. C. verweigerte danach weitere Besuche in unserer Sprechstunde. Anschließend wurden in einer weiteren Episode die Strategie für eine Problemlösung entwickelt und erfolgreich eingesetzt.

Vier Jahre später stellte sich die Familie erneut vor, da C. ein anderes, jetzt auf ihre körperliche Gesundheit bezogenes Muster von Zwangsvorstellungen entwickelt hatte. Die Beratungsarbeit wurde in zweizügiger Form als Familien- und Einzeltherapie fortgesetzt.

2.2.1 *Elternberatung (1. Episode)*

Die Eltern baten zunächst um pädagogische Strategien, mittels derer das ängstliche und zwanghafte Verhalten ihrer Tochter zu überwinden wäre. Wir versuchten, das kontrollierende Verhalten

des Mädchens unter familien- und entwicklungsdynamischen Gesichtspunkten zu verstehen und dazu passende Interventionen zu geben.

Die Partnerschaft der Eltern imponierte uns als stabil, auch wenn die Mutter bisweilen ihren Mann anklagte, als Vater gegenüber seiner Tochter zu wenig einfühlsam zu sein.

Unsere Interventionen gründeten sich – bis dahin ohne Kenntnis der DI-Situation – auf zwei Hypothesen: (a) C. kontrolliert am Tage ihre Mutter und abends die Verfügbarkeit ihrer Eltern, da sie unbewußt befürchtet, ein Elternteil könnte die Familie verlassen. (b) An der Schwelle zu adoleszenter Autonomie erlebt sie angstvoll ihre eigenen Abgrenzungswünsche vom Leben ihrer Eltern und verlangt in kleinkindhafter Weise eine Rückversicherung. Ein an der Vermittlung von Grenzen und Regeln armer Erziehungsstil hat ihr zu wenig Kompetenzen zur Angstbewältigung verfügbar gemacht.

Vermittelt über die Eltern, bemühten wir uns um die Steigerung des Sicherheitsgefühls bei C., die im übrigen von der Ratsuche ihrer Eltern in Kenntnis gesetzt war. Zugleich ermutigten wir die Eltern, auf notwendigen und verständlichen Grenzen und Regeln zu bestehen.

Je mehr die Eltern sich bemühten, sich nicht mehr komplementär zu den Forderungen ihrer Tochter zu verhalten, desto mehr schien sie sich anzustrengen, keinesfalls von ihrem Verhaltensmuster abzulassen. Schließlich erlaubten uns die Eltern, C. unmittelbar mit einzubeziehen.

2.2.2 Kinderpsychiatrische und psychodiagnostische Untersuchung des Mädchens

C. erwies sich als sehr wachsame, begabtes Kind, unbefangen und entschieden im Kontakt, bisweilen ein wenig kleinkindhaft, aber überwiegend an Dominanz und Kontrolle über die Situation interessiert. Angesprochen auf den hiesigen Vorstellungsanlaß, berichtete sie von nicht näher erläuterebaren Ängsten. Keinesfalls – vorgebracht gleichsam als Kampfansage – wolle und könne sie ihre eigenes Verhalten zur Problemlösung verändern.

Die Testaufgaben erledigte sie mit Perfektion und Selbstkritik. Ihre Gestaltungen von Mensch und Baum lieferten keine weiteren Hinweise auf ihre seelische Verfassung oder Konflikte. Ihre Zeichnung zur Aufgabe „Verzauberte Familie“ (Abb. 1, schematisiert wiedergegeben) verwunderte und wurde uns erst verständlich, nachdem wir von der DI erfahren hatten.

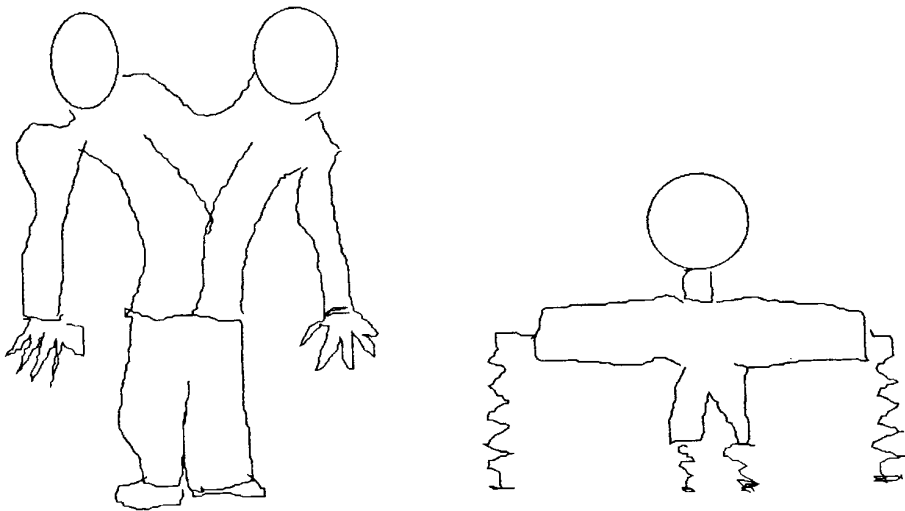


Abb. 1: „Verzauberte Familie“

C. kommentierte: der Zauberer hätte die Eltern „zusammengezaubert“, bei dem Kind seien die „Feder-Arme und -Beine“ durch das Zaubern vertauscht worden.

Zu vorgelegten TAT-Tafeln assoziierte C. folgende Themenbereiche: Verlust der Eltern und materieller Sicherheit (1, 5 und 13B), mangelnder Kontakt zwischen Mutter und Kind (7GF), Trennungsabsichten des Ehemannes (4), tödliche Bedrohung eines Mannes (8BM), Enttäuschung einer Frau, die Kinder vermißt (3GF), tödliche Bedrohung eines kleinen Wesens (11) und „Sieben Tintenspritzer“ auf der leeren Tafel 16.

Nach der diagnostischen Episode (zwei Sitzungen) lehnte C. jeden weiteren Kontakt ab.

2.2.3 Elternberatung (2. Episode)

Veranlaßt durch den Vater berichtete die Mutter nun von ihren eigenen Ängsten, die seit Jahren erheblichen Einfluß auf das Familienleben nehmen würden. Kurz nach der Geburt fühlte sie sich von einem wiederholten Angsttraum gequält: Ein Unbekannter dränge in ihr Haus ein, um die Tochter zu stehlen. Der Trauminhalt sei dann bald auch im Wachleben zwanghaft manifest geworden, so daß sie auch am Tage einen Einbrecher fürchte, der C. rauben wolle. Deshalb könne sie seit Jahren nicht länger allein im Hause bleiben und sei etwa darauf angewiesen, ihren Mann auf Dienstreisen zu begleiten.

Schließlich teilt sie das bisher vor jedermann streng bewahrte Geheimnis mit: Nach gesicherter Sterilität ihres Mannes entschlossen sich die Eltern zur DI. Nach der Geburt der Tochter folgte mit Wunsch nach einem zweiten Kind eine weitere heterologe Insemination, die eine Fehlgeburt zur Folge hatte. Später wurde die Hysterektomie notwendig.

Die erste Ehe des Vaters, der seit seinem dritten Lebensjahr eine Heimkarriere zu bewältigen hatte, wurde in den siebziger Jahren wegen unerklärter Kinderlosigkeit auf Initiative seiner damaligen Frau geschieden.

Mit diesen Ergänzungen stellt sich das Genogramm der Familie wie folgt dar:

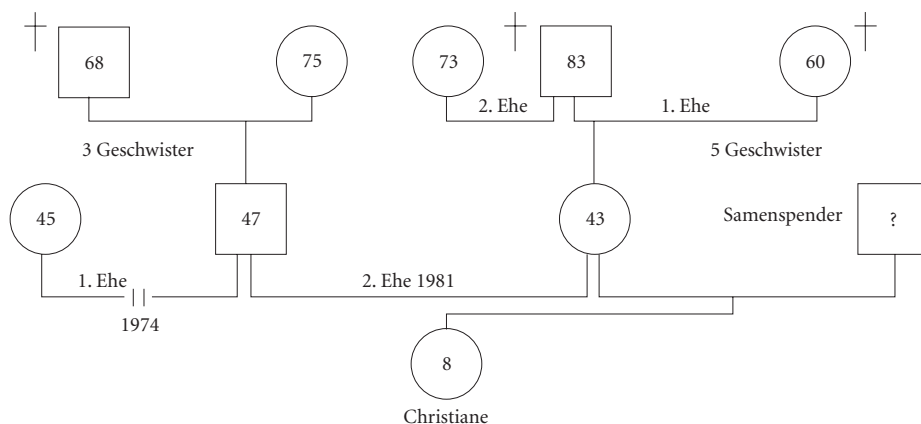


Abb. 2: Genogramm der Familie

Im weiteren Beratungsverlauf wurde den Eltern bewußt, daß sie das Inkognito des Samenspenders kaum zu ertragen in der Lage waren. Vielmehr bemühten sie sich mit fortschreitender Entwicklung ihrer Tochter mehr und mehr, in deren körperlichem Ausdruck und aus ihren Verhaltensweisen solche Züge zu entdecken, die sie dem Samenspender zuordnen könnten, um auf diese Weise doch noch zu einem Bild dieses Mannes zu gelangen.

In der Erwartung einer sichtbaren Wirkung der fremden genetischen Ausstattung versuchten sie Persönlichkeitsmerkmale und Handlungsweisen danach zu differenzieren, ob sie ihre Quelle in der mütterlichen Familie haben könnten oder ob sie als dort bisher unbekannt und daher dem Samenspender zuzuordnen wären.

Auf diese Weise räumten sie dem „unsichtbaren Vater“ eine permanente geistige Präsenz in der Familie ein: Mit bisher kaum zu kalkulierender Wirkung „steckt“ er gleichsam in der Tochter, und die Eltern suchten ihn gleichsam zu sehen, zu bemerken und zu identifizieren, indem C. „ihn äußert“.

Die Dynamik der innerfamiliären Kommunikation zwischen Eltern und Tochter wird durch die unsichtbare Anwesenheit eines unbekannten Vierten modifiziert. Dabei kann die Tochter, solange ihr die biologischen Grundlagen ihrer Existenz verborgen bleiben, nicht wissen, welche zusätzlichen Botschaften ihre Eltern erwarten, wenn sie die Lebensäußerungen ihres Kindes wahrnehmen und darin unter Umständen auch eine Emergenz des Samenspenders zu erfahren suchen.

Diese mehrschichtige Geheimnisstruktur ist dazu geeignet, das Verhalten des Kindes zu mystifizieren und stört die Eindeutigkeit der gegenseitigen Kommunikation. Sie beeinträchtigt zumindest das Gefühl von Sicherheit und kann das gesteigerte Kontrollbedürfnis erklären, das zunächst bei der Mutter irrationale Ängste und dann bei der Tochter eine Zwangsstörung hervorrief.

Entsprechend unserer Hypothese siestierte die Angst- und Zwangssymptomatik der Tochter unmittelbar nachdem sie durch die Eltern über die biologischen Voraussetzungen ihrer Existenz informiert wurde. Gleichsam ans Tageslicht geholt, verlor der weiterhin unsichtbare Vater seine prägende Auswirkung auf die Gestaltung der innerfamiliären Kommunikation. Solchermaßen beruhigt, erlebten die Eltern den Beratungsauftrag als erfüllt.

2.2.4 Familien- und Einzeltherapie vier Jahre später

C. hat sich insgesamt bestens entwickelt, besucht erfolgreich das Gymnasium und hat gute Kontakte zu Gleichaltrigen. Neuerdings klagt sie über Angst vor körperlichen Gebrechen: Zähne zu verlieren, Blutkrebs, „Herzverkrampfungen“, Aids und andere gefährliche oder entstellende Leiden.

Im Rahmen der Gestaltungsarbeit in der erbetenen Einzeltherapie setzt sie sich mit ihren beiden Vätern auseinander: Während sie den sozialen Familienvater, anklagt, kein „richtiger“ Vater zu sein (zu wenig anwesend, kaum gemeinsame Unternehmungen mit ihm, „blöd und albern, zum Schämen“), stellt sie den Samenspender mit in die Reihe der Eltern und betont, sich „als 50 % von diesem Vater“ zu erleben. In einer Familienskulptur gibt sie ihm eine Randposition, sichert aber die direkte Blickverbindung zu ihm.

Im Beratungsverlauf wird zunehmend deutlich, wie sehr sie sich mit den vom Zeugungsvater übertragenen Erbinformation befaßt. Sie befürchtet, krankmachendes Erbgut bekommen zu haben. Sie weiß nicht, wie sie sich darüber versichern soll, was ihr der Zeugungsvater mitgegeben hat.

In der Arbeit mit den Eltern ermutigen wir den Vater, mit aller Energie und Entschlossenheit seine soziale Vateridentität zu leben, und sich nicht gegenüber der biologischen Kompetenz des Zeugungsvaters benachteiligt zu sehen. Nochmals appellieren wir an seine Bereitschaft, sich auch dem (jetzt pubertär gefärbten) Abgrenzungskampf zu stellen. Diese Intervention richtet sich auch an die Mutter, die nach wie vor einen stillen Groll gegen ihren Mann wegen seiner Sterilität und seiner emotionalen Reserviertheit hegt.

Nach sechs Monaten intensiver Einzeltherapie mit begleitender Anleitung der Eltern klingt diese Episode von in verschiedenen Zwangsritualen gebundenen Körperängsten ab. C. sucht von Zeit zu Zeit immer wieder Rückhalt in seltenen Kontakten mit ihrer Therapeutin. Sie bereitet sich darauf vor, den Zeugungsvater nach ihrem 18. Geburtstag zu finden und aufzusuchen, soweit die juristischen Möglichkeiten das zulassen.

Der Vater entschließt sich zur eigenen Therapie, um durch die Lösung von Selbstwertfragen mit seinem Schicksal in Einklang zu kommen.

3 Diskussion

Brewaeyns und auch Golombok – beide engagierte psychologische Begleiter von Assisted-reproduction-Familien – fordern, daß Einzelfallstudien im Langzeitverlauf klären sollen, welche Fürsorge für die Kinder und Eltern in diesen Familien notwendig ist. Die multizentrische Studie (Golombok et al. 1996) erfaßt lediglich Kinder bis zum Alter von acht Jahren.

Insofern mag unsere Langzeitbeobachtung eines Kindes vom achten bis zum fünfzehnten Lebensjahr einen Aufschluß darüber bedeuten, mit welchen Fragestellungen sich eine Jugendliche angesichts ihrer DI-Herkunft auseinandersetzt. Von zentraler Bedeutung erscheint uns die in einem DI-Familiensystem wirksame spezifische Kommunikation, die auf die solchermaßen modifizierten „frühen Erwartungen“ (Cramer 1991) der Eltern während der Schwangerschaft folgt: Die Teilnahme des „unsichtbaren Vaters“ am alltäglichen innerfamiliären Geschehen. Dieses Muster bedeutet eine Erweiterung der Mehrgenerationenperspektive (Massing et al. 1999) um einen „Geist“, dem nicht nur aus der Vergangenheit der Familie Wirkungen auf das Kind zugeschrieben wird, sondern der aktuelle Präsenz verlangt (Cierpka u. Cierpka 2000; Boszormenyi-Nagy 1989).

Die bisher vorliegenden Untersuchungen weisen geschlossen darauf hin, daß die Eltern von DI-Kindern in der Regel nicht beabsichtigen, ihre Kinder über die biologischen Wurzeln ihrer Existenz aufzuklären. Unser Fallbeispiel und die daraus abzuleitende generelle Problematik des Umgangs mit einer vielfältigen Geheimnisstruktur verlangt die Offenlegung gegenüber den Kindern. Zudem ist die Frage aufzuwerfen, ob das Inkognito von Samenspendern (ggf. in Zukunft auch Spenderrinnen von Eizellen) unter psychohygienischen Gesichtspunkten noch gewahrt werden darf. In unserem Beispiel zeigt sich, daß C., analog zu der gut bekannten Motivation von Jugendlichen in Adoptionskonstellationen (Steck 1998), vor hat, viel Energie einzusetzen, den Zeugungsvater kennenzulernen, um sich ihrer Identität zu versichern. Zahlreiche Arbeiten über die Entwicklung von Adoptivkindern belegen die große Bedeutung, welche der Überzeugung von den eigenen Wurzeln für die seelische Entwicklung der Kinder zukommt.

Schließlich werden Paare mit Kinderwunsch darüber aufzuklären sein, welche psychosozialen Gesichtspunkte mit einer „assited reproduction“ verbunden sein können, die genetisches Material von Dritten zur Voraussetzung hat. Die Donatoren von Samenzellen scheinen neben ihrer unmittelbar sichtbaren Wirkung eine geistig-seelische Präsenz bei den Eltern und dem schließlich zu informierenden Kind zu beanspruchen.

Nicht zuletzt sei auf die belastende Rolle des Vaters in dieser Fallstudie hingewiesen. Selbst als Kleinkind mit Heimkarriere elternlos geworden, erlebt er das Scheitern seiner ersten Ehe an deren Kinderlosigkeit. In der zweiten Ehe wird seine Sterilität entdeckt. Die Tochter kommt nach Samenspende zur Welt. Er erfährt seine Unfähigkeit, ein biologischer Vater zu werden und versucht ein sozialer Familienvater zu sein. Dafür fehlt ihm angesichts der selbst erfahrenen Elternlosigkeit jedoch ein Skript. Die Mutter macht ihm nicht nur wegen seiner „seelischen Armut“ beim Versuch, die Vaterrolle zu erfüllen, Vorwürfe; sie grollt ihm auch deshalb, weil sie

sich wegen seiner Sterilität einer komplexen medizinischen Behandlung zu unterziehen hatte (was nach dem zweiten DI-Versuch wegen Uterusveränderungen dazu führte, daß sie ebenfalls steril wurde) und sich im Grunde vor dem unbekannten und unkontrollierbaren „Geist“ des Samenspenders fürchtet.

Unsere Studie erlaubt keine generalisierbare Aussage über Väter in DI-Konstellationen. Im Kern muß jedoch davon ausgegangen werden, daß Paare mit Kinderwunsch, dann eine DI wünschen, wenn der Mann steril ist oder eine genetische Beratung ein krankes oder behindertes Kind erwarten läßt. Männern, die sich entschließen, nach DI soziale Väter zu werden, ist zu raten, sich mit deren möglichen Auswirkungen auf ihr Selbstkonzept und die Partnerschaft auseinanderzusetzen.

Beide Eltern haben sich zu vergegenwärtigen, welche Auswirkungen die Teilhabe des „Geistes“ des Samenspenders an der Entwicklung von Familie und Partnerschaft auf das Wachstum sicherer Bindung des Kindes an die Mutter und den Vater haben kann (Brisch 1999).

Literatur

- Boszormenyi-Nagy, I. (1989): Transgenerationale Solidarität: Therapie und Prävention. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 39 (12): 433-443.
- Brewaeys, A. (1996): Donor insemination, the impact on family and child development. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 17: 1-13.
- Brewaeys, A. (1998): How to care for the children? Need for large scale follow-up studies. *Human Reproduction* 13 (9): 2347-2349.
- Brewaeys, A. (2001): Review: parent-child relationships and child development in donor insemination families. *Hum. Reprod. Update* 2001 Jan-Feb;7(1): 38-46.
- Brisch, K.H. (1999): Bindungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cierpka, M.; Cierpka, A. (2000): Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 49: 563-579.
- Cramer, B.G. (1991): Frühe Erwartungen. München: Kösel.
- Golombok, S.; Cook, R.; Bish, A.; Murray, C. (1993): Quality of parenting in families created by the new reproductive technologies: a brief report of preliminary findings. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 14: 17-22.
- Golombok, S.; Cook, R.; Bish, A.; Murray, C. (1995): Families created by the new reproductive technologies: qualities of parenting and social and emotional development of the children. *Child Development* 66: 285-298.
- Golombok, S.; Brewaeys, A.; Cook, R.; Giavazzi, M.T.; Guerra, D.; Mantovani, A.; van Hall, E.; Crosignani, P.G.; Dexeus, S. (1996): The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. *Human Reproduction* 11 (10): 2324-2331.
- Golombok, S. (1998): New families, old values: considerations regarding the welfare of the child. *Human Reproduction* 13: 2342-2347.
- Massing, A.; Reich, G.; Sperling, E. (1999): Die Mehrgenerationen-Familientherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 4. Aufl.
- Steck, B. (1998): Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 47: 240-262.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Helmut Bonney, Rohrbacher Str. 61, 69115 Heidelberg.