

Huck, Wolfried und Thorn, Petra

Kinder und Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie – neue Fragestellungen im Rahmen der kinderpsychiatrischen Arbeit

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 2, S. 103-117

urn:nbn:de:bsz-psydok-43522

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. Kehrer</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
Szagon, 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

Kinder und Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie – neue Fragestellungen im Rahmen der kinderpsychiatrischen Arbeit

Wilfried Huck und Petra Thorn

Summary

Children and families in the age of assisted human reproduction – New challenges within the field of child psychiatry

In the last years the number of children born after assisted human reproduction has increased significantly. These technologies have created new challenges for the families as well as for the professionals involved. This article provides an overview of families after in-vitro-fertilisation, intracytoplasmatic sperm injection and donor insemination. The impact of the specific family composition after DI is described in detail. Two case histories indicate that these families may be confronted with psychiatric and child-development issues. Therefore it is helpful to understand the specific issues of these families. Prospective studies will play an important role in order to understand the quality of parent-child-relationship as well as psychological coping strategies, especially in times of crisis.

Zusammenfassung

Die Zahl der nach reproduktionsmedizinischen Eingriffen gezeugten Kindern ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Mit diesen medizinischen Eingriffen entstehen eine Reihe neuer Herausforderungen sowohl für die Familien als auch für psychosoziale Fachkräfte, die mit diesen Familien arbeiten. Der Beitrag gibt einen Überblick über die Entwicklungen von Kinder und Familien nach In-vitro-Fertilisation, intrazytoplasmatischer Spermieninjektion und donogener Insemination. Die Bedeutung der spezifischen Familienzusammensetzung nach donogener Insemination wird ausführlich beschrieben. Zwei eigene Fallbeispiele verdeutlichen, daß bei diesen Familien auch kinderpsychiatrische und entwicklungspsychologische Fragestellungen entstehen können, die Wissen über die Besonderheiten dieser Familien-

bildung erfordern. Prospektiven Studien wird eine große Bedeutung zukommen, um die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung im weiteren Entwicklungsverlauf und die psychischen Bewältigungsstrategien, insbesondere in Krisensituationen, beurteilen zu können.

1 Einleitung

Die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin sind in den letzten Jahren durch Medien- und Presseberichte häufig in den Blickwinkel der Öffentlichkeit geraten. Auch werden ethische und rechtliche Fragen verstärkt diskutiert (Busse 1988; Däubler-Gmelin 1986; Hager 1997; Meyhöfer u. Künzel 1988; Thorn u. Müller 1998; Quantius 1990; Wille 1985). Aufgrund des wachsenden Angebots reproduktionsmedizinischer Möglichkeiten und der stagnierenden Zahl der zur Adoption freigegebenen Kinder steigt die Zahl der mit Hilfe medizinisch unterstützter Fortpflanzung gezeugten Kinder.

Die Medizin bietet Paaren die Möglichkeit, trotz eingeschränkter Fruchtbarkeit, ein biologisch von beiden abstammendes Kind zu zeugen. Sie bietet bei männlicher Unfruchtbarkeit zudem die Möglichkeit, sich mit dem Samen eines anonymen Spenders fortzupflanzen. Diese sogenannte donogene Insemination (im folgenden DI, Behandlung mit Spendersamen, auch heterologe Insemination) führt zu einer Familienzusammensetzung, bei der die Mutterschaft vollständig, die Vaterschaft hingegen fragmentiert ist: der Ehemann der Mutter ist der soziale Vater, der Samenspenders ist der biologische Erzeuger des Kindes. Diese Familienzusammensetzung wird in der Fachwelt zunehmend als DI-Familie beschrieben. Obgleich diese Behandlung auch in Deutschland seit vielen Jahrzehnten praktiziert wird, werden die Implikationen für die Kinder und Familien erst in jüngster Zeit diskutiert (Blyth et al. 1999; Daniels u. Haimes 1998; Golombok et al. 1993, 1995, 1999; McWhinnie 1996).

Im „Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie“ (Goldschmidt 1995) kommt es somit zu neuen familiären Entwicklungen. Damit entstehen neue psychologische Fragestellungen und Herausforderungen (Brähler 1990; Brähler et al. 1996; Fränznick u. Wieners 1996; Schilling u. Scheer 1993; Seikowski u. Glander 1990; Thorn 1996), mit denen die kinderpsychiatrische Arbeit in den nächsten Jahren verstärkt konfrontiert werden wird.

2 Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit

Mit Abnahme des generativen Verhaltens in der westlichen Welt steigt die Bedeutung des Kindes. Trotz aller gesellschaftlichen Veränderungen wird der Fruchtbarkeit in unserer Gesellschaft nach wie vor eine große Bedeutung zugeschrieben und Kinderlosigkeit als großes Unglück erachtet. Zur Zeit wird davon ausgegangen, daß 10-15% aller Ehepaare der westlichen Welt der Kinderwunsch versagt bleibt (Henning u. Strauß 2000).

2.1 Ursachen von Unfruchtbarkeit

Unfruchtbarkeit wird mit einer Reihe von somatischen und psychischen Faktoren in Verbindung gebracht. Hierzu zählen bei Frauen primär hormonelle Störungen und Undurchlässigkeit der Eileiter. Bei Männern wird Unfruchtbarkeit durch Verschlechterung des Spermioграмms hinsichtlich der Anzahl und Qualität der Spermien verursacht. Intrapsychische Zusammenhänge wie z.B. die unbewußte Ablehnung der Mutterrolle, die vor allem bei Frauen diagnostiziert wurden, sind inzwischen von dem Verständnis abgelöst worden, daß Unfruchtbarkeit psychologische und soziale Schwierigkeiten auslösen kann (Wischmann et al. 1999). Die in der Ursachenzuschreibung implizite Schuldfrage für die Kinderlosigkeit ist lange Zeit der Frau angelastet worden. Neue andrologische Untersuchungsmöglichkeiten zeigen jedoch einen hohen Anteil männlicher Fertilitätsstörungen auf. Untersuchungen belegen, daß die Ursachen bei bis zu 50% bei der Frau und bei 30-40% beim Mann liegen. Bei 10-40% liegen Störungen bei beiden Partnern vor (Henning u. Strauß 2000), bei weiteren 5% sind zur Zeit keine Ursachen festzustellen (Leiblum 1997).

2.2 Sterilitätskrise

Der Weg vom Verdacht der Unfruchtbarkeit bis zur medizinischen Diagnose endet für viele Paare in einer Krisensituation. Unfruchtbarkeit bedeutet zunächst das Ende der Hoffnung auf ein biologisch von beiden abstammendes Kind. Unfreiwillig kinderlose Paare erleben durch die Sterilität eine schwere narzißtische Kränkung (Brähler u. Meyer 1988; Fränznick u. Wieners 1996; Strauß 1991, 2000). Sie beschreiben sich als unzulänglich, empfinden einen Makel und äußern Gefühle von Scham und Stigmatisierung (Greil 1991). Der Prozeß der Trauer bei ungewollter Kinderlosigkeit ist schwierig, weil es sich bei dem Verlust nicht um einen konkreten, sondern potentiellen bzw. phantasierten und damit abstrakten Bezugspartner handelt.

Bei vielen Paaren beeinträchtigt die Sterilitätskrise zumindest temporär die Partnerschaft. In einer Untersuchung von 900 Frauen und Männer gaben ca. ein Drittel der Befragten an, daß sich ihre Ehe aufgrund der Sterilitätskrise verschlechtert habe, allerdings trennte sich nur ein Paar (Kerr et al. 1999). Nach Leiblum (1997) lassen einige Studien den Schluß zu, daß die Bewältigung der Sterilitätskrise zu einer größeren Nähe und Bindung in der Partnerschaft führt, während andere Studien das Gegenteil andeuten. Reading (1993) interpretiert diesen Widerspruch dahingehend, daß Paare in einer konfliktreichen Beziehung Unfruchtbarkeit als zusätzliche Spannung erleben, Paare in einer stabilen Beziehung sie eher als einen Faktor erleben, der ihre Beziehung intensiviert.

Die psychischen Auswirkungen von Fertilitätsstörungen auf Frauen sind recht gut beschrieben. Von ihnen werden größere Streßwerte, häufige somatische Krankheiten und ein niedrigeres Selbstwertgefühl berichtet; sie scheinen somit grundsätzlich belasteter (Rösner 1994). Auch wird beschrieben, daß sie ausgeprägtere Angstzustände und Depressionen aufweisen (Newton 1999). Männliche Unfruchtbarkeit hingegen wird als schambesetzter beschrieben, da Begriffe wie Virilität, Sterilität und Potenz häufig undifferenziert benutzt werden. Selbstbeschreibungen mit Begriffen

wie „Niete“, „Versager“ etc. verdeutlichen wie stark Unfruchtbarkeit auch mit dem männlichen Selbstwert verbunden ist (Mason 1993). Allerdings stehen wissenschaftliche Untersuchungen darüber wie Männer ihre Sterilitätskrise verarbeiten noch aus (Glover et al. 1998). In der Fachliteratur wird häufig beklagt, daß in der Praxis die psychosomatische Sichtweise oftmals zugunsten einer einseitigen somatisch orientierten Behandlung vernachlässigt wird (Brähler u. Meyhöfer 1986; Kemeter u. Lehmann 1989; Thorn u. Müller 1998; Seikowsky u. Glander 1989; Strauß 1991; Ulrich 1986). Paare unterziehen sich mit immensem Aufwand und zum z. T. unerschöpflicher Geduld medizinischen Fortpflanzungstechnologien, die die Realisierung des ersehnten Kindes versprechen. Eine längere Sterilitätsbehandlung bedeutet eine erhebliche Streßsituation. Vielfach werden von Ärzten strenge Untersuchungsabläufe, Therapieschemata, Hormonkontrollen und Reglementierung des Sexuallebens gefordert und von Paaren in der Hoffnung auf Erfolg akzeptiert. Andauernde nichtadaptive Bewältigung kann zur Desintegration und langfristig zu einem zunehmenden Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit führen. In der Regel sind sie dabei auf sich allein gestellt. Wegen der häufigen Geheimhaltung der Unfruchtbarkeit fehlen externe Bewältigungsressourcen im Sinne sozialer Unterstützung. Das mit immer größerem medizinischen Aufwand zu realisierende Kind stellt oft die einzige Bewältigungsmöglichkeit der Sterilität dar, und Paare berichten von Schwierigkeiten, sich hierfür rechtfertigen zu müssen (Goldschmidt 1995).

3 Methoden der Reproduktionsmedizin und ihre Bedeutung für die Kinder und Familien

Die IVF wird primär bei weiblicher Unfruchtbarkeit eingesetzt. Hierbei wird die Frau hormonell stimuliert, damit eine sogenannte Superovulation mit mehreren Eizellen stattfindet. Diese Eizellen werden unter Narkose vaginal punktiert und mit dem Sperma des Ehemanns vermischt. Bei Befruchtung werden der Frau bis zu drei Eizellen in den Uterus zurückübertragen. Bei der ICSI, eine Behandlung bei männlicher Unfruchtbarkeit, werden auf der Basis der IVF einzelne Spermatozoen in die Eizelle injiziert. Die weitere Behandlung gleicht der IFV. Die Entwicklung der ICSI in Verbindung mit TESE (mikrochirurgische Spermienaspiration aus dem Hoden) oder MESA (mikrochirurgische Spermienaspiration aus dem Nebenhoden) hat dazu geführt, daß inzwischen auch Männer mit stark eingeschränkter Fruchtbarkeit ihren Wunsch nach einem von ihnen biologisch abstammenden Kind realisieren können. Die IVF wird in Deutschland seit Mitte der 80er Jahre, die ICSI seit 1994 angewendet. Laut Deutschem IVF-Register führten 1998 über 90 Zentren mehr als 45.000 Behandlungszyklen durch, davon über 15.000 mit IVF und über 23.000 mit ICSI. Die Schwangerschaftsraten liegen bei ca. 30 % (DIR 1998). Nach vorsichtigen Schätzungen wurden weltweit mit diesen Methoden über 100.000 Kinder geboren (Ludwig u. Diedrich 1999).

Im Vergleich zu IVF und ICSI ist die DI ein relativ wenig invasives Verfahren. Hierbei wird der Frau zum Zeitpunkt der Ovulation das Spendersperma insemi- niert; dies kann sowohl im Spontanzyklus als auch nach hormoneller Stimulation

erfolgen. Die Gründe einer Indikation für die DI sind aufgrund medizinischer Entwicklungen stark zurückgegangen. Sie wird jedoch nach wie vor bei Azoospermie aus humangenetischen Gründen und bei nicht reversibler Sterilität durchgeführt. Des weiteren bleibt sie eine Option für die Paare, die mit Hilfe der ICSI keine Schwangerschaft erreichen können oder diese invasive Behandlung ablehnen. In jüngster Zeit greifen Paare auch auf DI zurück, wenn sie die hohen Kosten der ICSI, die bis ins Jahr 1999 von den Krankenkassen erstattet wurden, nicht (mehr) tragen können. In der Bundesrepublik Deutschland wurde über die DI bereits 1956 berichtet, in der DDR wurde sie seit 1970 durchgeführt (Seikowski u. Glander 2001). Zahlenmaterial bezüglich dieser Behandlung ist lediglich aus der DDR bekannt (Weller et al. 1989). Mit Stand vom 31.12.1985 hatten sich dort 2.693 Ehepaare einer DI unterzogen. Ein vergleichbares Register gibt es für die gesamte heutige Bundesrepublik Deutschland nicht. Aktuelle Schätzungen zufolge werden jedoch jährlich über 500 Kinder nach DI geboren (Thorn u. Daniels 2000). Schilling (1999) vermutet, daß mit dieser Methode seit den 70er Jahren über 50.000 Kinder gezeugt wurden.

3.1 Entwicklung von Kindern und Familien nach IVF und ICSI

Nach Ludwig und Diedrich (1999) ist die Gesundheit der Kinder, die nach IVF, mit und ohne ICSI, geboren werden, der wichtigste Parameter für die Qualität einer Sterilitätsbehandlung. Die bisherige Datenlage läßt vermuten, daß durch diese Behandlungen kein Risiko für die geborenen Kinder besteht. Die Fehlbildungsrate ist nicht erhöht, auch zeigt die nachgeburtliche Entwicklung keine Auffälligkeiten.

Auch aus den vorliegenden Untersuchungen von Berger (1993) über Kinder nach IVF ergibt sich mit Ausnahme des hohen Anteils an Mehrlingen und damit an Frühgeburten kein Anhalt für eine beeinträchtigte körperliche und psychische Entwicklung. Studien von Golombok et al. (1993, 1995, 1999), die Kinder bis zum achten Lebensjahr, sowie von Gagel et al. (1998), die Kinder bis zum vierten Lebensjahr untersuchten, weisen ebenfalls auf, daß die psychologische und soziale Entwicklung normal verläuft. Gagel et al. (1998) stellten allerdings fest, daß die IVF-Familien in Gesprächen verschlossener wirken und seltener Beschwerden und Probleme angeben. Die Autoren vermuten, daß dies im Sinne eines Abwehrphänomens zur besseren Bewältigung nach der Sterilitätskrise, die bei manchen Paaren über viele Jahre andauern kann, gedeutet werden kann.

3.2 Entwicklung von Kindern und Familien nach DI

Die vorliegenden Untersuchungen von Kindern nach DI zeigen ebenfalls keine Entwicklungsstörungen auf. Die psychologische und soziale Entwicklung dieser Kinder wird im Vergleich zu Kindern nach IVF, nach spontaner Konzeption oder Adoption als unauffällig beschrieben (Amuzu et al. 1990; Golombok 1993, 1995, 1999; Goebel u. Lübke 1987; Schaible 1992; Seikowski u. Glander 1990). Allerdings umfassen diese Untersuchungen bislang nur Kinder bis zum zwölften Lebensjahr, die nicht über ihre Zeugungsart aufgeklärt worden sind. Golombok et al. (1999) schlußfolgern

deshalb, daß zur Zeit nicht abschließend über die Auswirkung der Geheimhaltung beurteilt werden kann.

Unter entwicklungspsychologischen Aspekten kann es nach Thorn (1997) für donogen gezeugte Kinder vor allem zwei kritische Phasen geben. Die erste Phase umfaßt das dritte bis fünfte Lebensjahr, in dem Kinder Fragen über Geburt und Schwangerschaft stellen. Wenn Eltern auf Fragen wie „Woher komme ich denn?“ verschämte oder keine Antworten geben können oder bestimmte Themen aussparen, kann dies dazu führen, daß Kinder Unterschiede zu anderen Familien wahrnehmen. Die Verleugnung solcher Wahrnehmung kann zur Folge haben, daß Kinder kein Selbstvertrauen in die eigene Wahrnehmung und Gefühle entwickeln und mit Doppelbotschaften aufwachsen. Lauren, die mit Hilfe der DI gezeugt wurde, beschreibt diese Gefühle folgendermaßen: „Das Merkwürdige ist nicht, daß es auf etwas zurückzuführen ist, was meine Eltern sagten, sondern daß es das Ergebnis von dem war, was sie nicht sagten. Sie sagten zum Beispiel nie: Du hast die Augen deines Vaters und die Persönlichkeit deiner Großmutter“ (Lauren 1997).

In der Phase der Pubertät besteht die Gefahr, daß Eltern ihre Grenzen von Geduld und Verständnis erreichen, wenn sie sich durch ihre Kinder im Ablöseprozeß stark herausgefordert fühlen. In dieser Lebensphase sowie in außergewöhnlichen Krisen wie Scheidung oder Tod erfordert es besonders viel Feingefühl, ein Familiengeheimnis nicht auf destruktive Art und Weise zu offenbaren.

Da zur Zeit lediglich zwei Untersuchungen über die Erfahrungen und Einstellungen von Erwachsenen vorliegen, können die genannten Überlegungen nicht empirisch gesichert werden. Allerdings gibt es inzwischen Hinweise auf die negative Auswirkung der Geheimhaltung der Zeugungsart und der Identität des Samenspenders. Cordray (1999) befragte 36 Personen, die als Erwachsene über ihre Zeugungsart mit DI aufgeklärt wurden. Zwei Drittel dieser Erwachsenen gaben an, daß sie als Kind gespürt hätten, ihnen würden wichtige Informationen vorenthalten. Sie beschrieben zudem, dieses Geheimnis hätte sich negativ auf ihre Entwicklung ausgewirkt. Turner und Coyle (2000) untersuchten in ihrer Studie 16 Erwachsene, die aufgeklärt wurden. Sie beschreiben, daß die negative und anhaltende Bedeutung der Geheimhaltung und das Wissen, daß „etwas nicht ganz stimmte“ (S. 109) durchgehend von allen Untersuchten genannt wurde. Hinzu kam der Verlust von Genealogie, ein Vertrauensverlust innerhalb der Familie und Frustration darüber, daß keine Information über den biologischen Erzeuger vorliegt.

Die asymmetrische Elternschaft und besondere Familienzusammensetzung nach DI wirft Fragen hinsichtlich der intrapsychischen und beziehungs-dynamischen Situation von Paaren auf, die sich einer Spendersamenbehandlung unterziehen oder dies beabsichtigen (Brähler u. Meyhöfer 1986; Goebel u. Lübke 1987; Seikowsky u. Glander 1990; Schilling u. Scheer 1993; Schilling 1995; Seikowski u. Glander 1990). Aus der DDR liegen zwei katamnestic Studien zur Entwicklung der Partnerschaften und der Kinder bei erfolgreicher Insemination vor, die von keinerlei Auffälligkeiten berichten (Seikowski u. Glander 1990, Weller et al. 1989). Vergleichbare Studien gab es in Westdeutschland nicht. Brähler und Meyhöfer (1986) untersuchten 121 Paare mit dem Wunsch nach DI mit dem Gießen-Test und stellten unterschiedliche Paartypen fest, unter denen sich auch solche befanden, die durch diese

Art der Kinderwunscherfüllung eigene Kränkungen durch die Infertilität verdrängen wollten. Die Autoren stellten fest, daß sich Männer und Frauen hinsichtlich psychosomatischer Beschwerden, sexueller und Partnerprobleme während des Schwangerschaftsverlaufs nicht wesentlich von der Kontrollgruppe mit normalem Schwangerschaftsverlauf unterschieden. Personen jedoch, die die Inseminationssituation als ängstlich erlebten, seien nicht schwanger geworden oder hätten mehrere Zyklen zur Konzeption benötigt.

3.2.1 *Familiendynamik*

Aus familientherapeutischer Sicht müssen nach Thorn (1997) und Thorn und Müller (1998) mehrere Faktoren berücksichtigt werden, um der Komplexität der Familienbildung mit DI gerecht zu werden. Die Einbeziehung des Spenders als drittem Erwachsenen in die Familienbildung führt dazu, daß das herkömmliche Vaterbild herausgefordert wird. Der Ehemann muß nicht nur seine Infertilität bewältigen, sondern auch akzeptieren, daß ein fremder Mann seine Rolle als Erzeuger des Kindes einnimmt. Er und die Mutter sind weiterhin vor die Frage gestellt, welche Bedeutung und Rolle der Spender für die Familie hat. Die klinische Erfahrung zeigt, daß dies für viele Eltern diffus ist. Einerseits ist der Spender gemäß der Normvorstellung als genetische Erzeuger der „Vater“ des Kindes, andererseits übernimmt er keinerlei Erziehungspflichten. Zudem beschreiben sich die Ehemänner selbstverständlich ebenfalls als „Vater“ ihrer Kinder. Diese Identifikationsschwierigkeiten spiegeln sich in der Rollen- und Begriffskonfusion wider und deuten an, daß sich für Familien nach DI noch kein eigenes Epistem herausgebildet hat. Zwar gehen viele Ärzte davon aus, daß mit Eintritt der Schwangerschaft und Geburt des Kindes der Beitrag des Spenders vergessen wird. In der Beratung sprechen Frauen jedoch über starke Phantasien ob des Aussehens des Spenders und des Kindes während der Schwangerschaft. Gillet et al. (1996) vermuten, daß Frauen aufgrund der Schwangerschaft mit dessen Samen eine engere Bindung an den Spender empfinden und deswegen eher Interesse an seiner Person äußern. Ehemänner hingegen scheinen den Spender eher als Bedrohung wahrzunehmen und drücken geringeres Interesse an ihm aus. Mit Hinblick auf eine gesunde Weiterentwicklung ihrer Paarbeziehung müssen die Eltern lernen, sich mit diesen Phantasien auseinander zusetzen und sie zu integrieren.

Mehrere Studien haben Paare nach erfolgreicher DI untersucht. Schaible (1992) führte eine Untersuchung von 46 Ehepaaren mit insgesamt 61 mit DI gezeugten Kindern im Alter von zwei Monaten bis fast 12 Jahren durch. Auch er berichtet von einer unauffälligen Entwicklung der Kinder. Ein negativer Einfluß der DI auf Ehe und Partnerschaft war in dieser Untersuchung nicht festzustellen. In einer Nachuntersuchung stellte er darüber hinaus fest, daß neben einer gesteigerten Lebenszufriedenheit die Ehescheidungsrate bei den Ehepaaren nach DI mit 2-3% etwa zwanzigmal niedriger als im Durchschnitt unserer Bevölkerung ist – möglicherweise ist dies jedoch Zeichen einer Verstrickung. Auch die Befürchtung, der Ehemann könnte durch sein Kind ständig an seine Infertilität erinnert werden und daß dies für ihn eine starke narzißtische Kränkung sei, wurde nicht belegt. Allerdings wies Schaible (1992) auch darauf hin, die Ehepaare seiner Studie würden eine eher zwanghafte

Persönlichkeitsstruktur aufzeigen und die Paare hätten sich im sozialen Umgang eher kontaktscheu und gehemmt gezeigt. Auch nach Seikowski und Glander (1990) stellen die Ehemänner, deren Frauen durch DI ein oder mehrere Kinder bekommen, keine psychosoziale Risikogruppe dar. Die Autoren schlußfolgern, daß der unterschiedliche Elternstatus biologische und soziale Mutterrolle vs. nichtbiologische und soziale Vaterrolle nicht zwingend die befürchteten Konflikte ergeben müssen. Schilling (1999) stellte nach einer Untersuchung von 22 Eltern ebenfalls fest, daß der überwiegende Teil der Eltern die Kinder nach ihrem Selbst – und Idealselbstbild beurteilten und es keine Hinweise auf einen Rückzug des sozialen Vaters gäbe. Van de Sijpe et al. (1993) befragten insgesamt 75 Paare, die sich mit dem Wunsch nach einem zweiten, durch DI erzeugten Kind vorstellten, nach ihren Erfahrungen. Diese Untersuchung wies Zusammenhänge zwischen der Anzahl der durchlaufenen Inseminationszyklen, der Dauer der psychologischen Beratung und dem Verlauf der ersten Geburt auf. Bei vielen Paaren fiel eine starke Familienorientierung auf, die Gefahren wie soziale Isolierung der Familie und Überprotektion des Kindes in sich bergen. Der Wunsch nach einem zweiten Kind stellte in diesem Zusammenhang ein Regulativ dar.

Aufgrund von Tabuisierung, Stigmatisierungsängsten und der Empfehlung vieler Ärzte verheimlichen die meisten Eltern ihren Kindern diese Zeugungsart. Damit wird ein Familiengeheimnis konstituiert. Familientherapeutische Erfahrung zeigt auf, daß Familiengeheimnisse Anpassungs- und Entwicklungsmöglichkeiten einschränken, einen Dialog verhindern, die Realität verzerren und somit einen direkten Einfluß auf das Wohlergehen haben können, vor dem etwas verheimlicht wird (Imber-Black 1995; Bradshaw 1997). Zudem ist fraglich, ob das Geheimnis um die Zeugungsart tatsächlich auf Dauer bewahrt werden kann. Schilling (1995) stellte in seiner Untersuchung von 40 Paaren fest, daß sich ein Viertel dieser Paare aufgrund der emotionalen Belastung während der medizinischen Behandlung Außenstehenden anvertrauten und mit diesen auch über die Behandlungsart sprachen. Dennoch beabsichtigten nur wenige dieser Paare, ihr Kind darüber aufzuklären. Damit besteht die Gefahr, daß die Kinder von Dritten aufgeklärt werden, was traumatisierend sein und als Vertrauensverlust erfahren werden kann (McWhinnie 1996; Cordray 1999). Anekdotisches Material weist auf, daß Eltern in Krisen- und Streßsituationen in der Tat Gefahr laufen, dieses Geheimnis preiszugeben. Auch dies wird von den Kindern als seelische Erschütterung erfahren (Lorbach 1997). Die Aura der Geheimhaltung um die Spermienbehandlung führt allerdings dazu, daß die Entwicklung dieser Kinder und Familien zur Zeit nicht ausreichend untersucht werden kann.

Nachtigall et al. (1997) gingen der Frage nach, wovon es abhängt, ob Eltern später den Kindern von dieser Form der Kinderwunscherfüllung berichten. Sie mutmaßten, die Entscheidung zur Aufklärung bliebe immer eine individuelle Entscheidung, stellten jedoch fest, jüngere Paare und solche, bei denen der Ehemann absolut zeugungsunfähig sei, würden eher dazu neigen, ihren Kindern später davon zu berichten. Die klinische Erfahrung zeigt einerseits, daß Paare zwar davon ausgehen, die Zeugungsart nach der Geburt zu vernachlässigen, allerdings beschreiben viele ein moralisches Dilemma: grundsätzlich vertreten sie die Haltung, daß jede Person das

Recht auf Kenntnis seiner Abstammung habe, aber aufgrund der momentanen Durchführungspraxis sei ihnen und dem Kind die Identität des Samenspenders nicht bekannt. Somit könnten sie ihr Kind lediglich über die Zeugungsart aufklären. Andererseits wird deutlich, daß Paare, die sich auf diese Form der Elternschaft vorbereiten, sich informieren und ausreichend Zeit für die Klärung ihrer individuellen Situation einräumen, eher zu einer Aufklärung tendieren. Viele Paare wünschen sich deshalb eine Klärung der rechtlichen Situation, damit sie Sicherheit hinsichtlich des Status des Sponsors haben und damit dieser Familientyp vom Gesetzgeber anerkannt wird.

3.2.2 *Parallelen zur Adoption*

Auch wenn die Familienbildung mit Hilfe der DI sich von der Adoption unterscheidet, sind die Fragen der Bedeutung von sozialer und biologischer Elternschaft und die Frage der Aufklärung des Kindes für beide Familientypen relevant. Aus dem Bereich der Adoption ist bekannt, daß das Wissen um die biologische Abstammung von großer Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes ist. Die immer wieder geäußerten Ängste, Adoptivkinder würden sich von ihren sozialen Eltern ab- und den biologischen Eltern zuwenden, die auch Eltern nach DI äußern, wurden widerlegt (Sorosky et al. 1982).

Parallelen zwischen der Adoption und der Familienbildung mit Spermensamen wurden bislang jedoch nicht untersucht, ist doch die Adoption dem psychosozialen Sektor und die DI dem medizinischen Sektor zugeordnet. Zudem ist die Adoption einzig am Wohl des Kindes ausgerichtet. In der reproduktionsmedizinischen Behandlung soll gemäß gültigen Richtlinien dem Paar eine kompetente Beratung über die psychische Belastung und die für das Wohl des Kindes bedeutsamen Voraussetzungen zuteil werden (Bundesärztekammer 1998), allerdings liegt der Fokus auf den aktuellen Bedürfnissen des Paares und psychosoziale Beratungsangebote sind zur Zeit nur in wenigen Behandlungszentren integriert.

3.2.3 *Rechtliche Aspekte*

Das Recht auf Kenntnis seiner biologischen Abstammung wird zwar im Bereich der DI kontrovers diskutiert und findet in der Rechtsprechung als auch unter psychosozialen Fachkräften zunehmend breitere Anerkennung (Adair 1998; Blyth et al. 1998; Thorn und Müller 1998; Durchführungsrichtlinien der assistierten Reproduktion 1998). Menschen, die mit Hilfe der DI gezeugt werden, haben allerdings zum jetzigen Zeitpunkt kaum Möglichkeiten, Zugang zu ihrer Abstammung zu erhalten, denn Samenspendern wird in der Regel Anonymität zugesichert. Zudem können nach gültiger Berufsordnung die Unterlagen, aus denen Spender und erhaltendes Ehepaar hervorgehen, nach 10 Jahren vernichtet werden (Berufsordnung 1998).

Die Vaterschaft nach DI ist implizit durch das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) geklärt; hiernach ist Vater, wer mit der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt verheiratet ist, wer die Vaterschaft anerkannt hat oder als Vater festgestellt wurde (§ 1600 BGB). Allerdings drücken Ärzte immer wieder Unsicherheit ob dieser impliziten Regelung aus. Sie mutmaßen, Samenspenden könnten zu Unterhaltszahlungen herangezogen werden, falls der soziale Vater die Vaterschaft erfolgreich anfechtet und befürchten

ohne Anonymitätszusicherung würde die Zahl der Spender stark zurückgehen. Zudem befürchten sie, selbst Unterhaltersatzleistungen zahlen zu müssen, falls sie sich schützend vor die Anonymität des Spenders stellen oder dessen Identität aufgrund der befristeten Dokumentationspflicht nicht mehr nennen können (Schilling 1995). Kinder, die mit Hilfe der DI gezeugt wurden, haben somit kaum die Möglichkeit, das Recht auf Kenntnis ihrer biologischen Abstammung umzusetzen. Weder das Embryonenschutzgesetz von 1991 noch die Kindschaftsrechtsreform von 1998 haben diesbezüglich zu einer Klärung geführt (Neidert 1998; Hager 1997; Störle 1998). Es bleibt abzuwarten, ob dieser Sachverhalt von dem geplanten Fortpflanzungsmedizingesetz geklärt wird. Diese rechtlich unzureichend geklärte Situation hat das Potential, zu einer Verunsicherung der Paare zu führen, denn viele vermuten, daß sich die DI in einer juristischen Grauzone bewegt und gesellschaftlich geächtet wird (Thorn 1999).

4 Kinderpsychiatrische Erfahrungen

Bislang fanden sich zwei Familien, die sich mit reproduktionsmedizinischer Hilfe gebildet hatten und dies in der Therapie problematisierten, in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz im Westfälischen Institut in Hamm ein. Bei einer Familie wurde der inzwischen elfenhalbjährige Junge mit Hilfe einer IVF, bei der zweiten der siebenjährige Junge nach DI gezeugt. Trotz der Diagnose einer männlichen Unfruchtbarkeit wurden in beiden Familien weitere gesunde Kinder geboren, so daß es sich retrospektiv um eine vorübergehende Fertilitätsstörung handelte. Beide Paare stellten intensive Überlegungen vor der medizinischen Behandlung an, ein Paar zog eine Adoption in Erwägung. Die Gefühle von Enttäuschung, Angst und Hoffnungslosigkeit ließen die Paare zahlreiche Wege mit unterschiedlichsten Institutionen beschreiten. Der Behandlungszeitraum bis zur Konzeption betrug fünf und sechs Jahre. Über Schwierigkeiten aus der Zeit der Infertilitätsbewältigung mit den damit verbundenen narzißtischen Kränkungen, der eigentlichen Insemination bzw. IVF und während des Schwangerschaftsverlaufs und der Zeit nach der Geburt wurde eher verhalten und insbesondere von den Müttern berichtet. Bei beiden Paaren hatte die Diagnose der Fertilitätsstörung keine massive Krise ausgelöst, jedoch klangen Selbstwertzweifel und Gefühle von Verlust einer intakten Familienperspektive an. Beide Kinder waren sehr früh über ihre spezifische Zeugungsart informiert worden. Das Elternpaar, das mit Hilfe der DI ein Kind zeugte, äußerte allerdings Zweifel, ob der frühe Aufklärungszeitpunkt nicht ihr Kind überfordert habe. Im anderen Fall wurde deutlich, daß sich aufgrund der Besonderheit der Konzeption eine überprotektive Haltung bei der Mutter und eine Parentifizierung des Kindes in einem nicht geklärten Paarkonflikt entwickeln konnte. Dies beeinträchtigte die Familiendynamik und die Verselbständigungsentwicklung des Kindes. In beiden Familien hatten die Väter eine eher randständige Position, was eine eindeutige Grenzsetzung gegenüber den Kindern verhinderte. Aufgrund der besonderen Zeugungsart hatten beide Kinder einen gewissen Sonderstatus, was auch zu Geschwister rivalitäten führte.

5 Schlußfolgerungen für die kinderpsychiatrische Praxis

Unstreitig scheint für alle Autoren zu sein, daß die neuen reproduktionstechnologischen Möglichkeiten keine Risiken für die körperliche Entwicklung der Kinder mit sich bringen. Die Aussagen zur psychischen Entwicklung sind jedoch uneinheitlich. Aus entwicklungspsychologischer und kinderpsychiatrischer Sicht bleiben Fragen zu den Ergebnissen bisheriger Untersuchungen offen. Wir teilen die Auffassung von Berger (1993), daß prospektive Studien zur langfristigen Beurteilung der Kindes- und Elternentwicklung fehlen und notwendig sind. In zukünftigen Fallstudien sollte die Bedeutung protektiver bzw. aversiver Faktoren im Prozeß der Familienbildung stärker berücksichtigt werden. Dabei ist grundsätzlich zwischen Kindern nach IVF und DI wegen der beschriebenen Familienzusammensetzung zu unterscheiden. Wegen der Geheimhaltungstendenz der Eltern nach DI sind jedoch sowohl prospektive als auch katamnestische Untersuchungen grundsätzlich erschwert und selektiv.

Die These, psychische Probleme würden dann besonders häufig auftreten, wenn ein Familiengeheimnis bezüglich der Zeugung des Kindes bewahrt wird, muß in zukünftigen Fallstudien kritisch hinterfragt werden. Ungeklärt ist für Familien nach DI nach wie vor die Frage, wann der richtige Zeitpunkt zur Aufklärung gegeben ist. Es liegen keinerlei Erkenntnisse darüber vor, in welchem Alter eine Aufklärung entwicklungspsychologisch sinnvoll ist. Eltern nach DI, die offen mit der Zeugungsart umgehen, können zum jetzigen Zeitpunkt als Pioniere angesehen werden, die sich auf keinerlei spezifische Erfahrungen, Empfehlungen oder auf Ratgeber stützen können. In Anlehnung an die Erfahrungen im Adoptionsbereich könnte allerdings für eine frühzeitige Aufklärung plädiert werden, damit Zeugungsart und Familienzusammensetzung als Teil der gemeinsamen Familiengeschichte begriffen wird. Die Aufklärung der Kinder und die Auflösung des Familiengeheimnisses unter ungünstigen Bedingungen bzw. zu einem späteren Zeitpunkt kann mit Vertrauensverlust und einer Abgrenzung des Kindes von seinen Eltern einhergehen.

Eine weitere zu überprüfende These ist, daß psychische Probleme der Kinder besonders häufig bei einer Paarkonstellation mit einem relativ schwachen und unterwürfigen sozialen Vater und einer latent feindseligen Haltung der an ihrem Mann enttäuschten Mutter auftreten und ob ein, bzw. welcher Zusammenhang hier zu männlicher Unfruchtbarkeit besteht.

Reproduktionsmedizinische Behandlungen bedeuten für viele Paare eine erhebliche Belastung. In einem anamnestischen Gespräch sollte dies wertgeschätzt und folgende Themenbereiche angesprochen werden:

- Ursache der Unfruchtbarkeit,
- Dauer des Kinderwunsches und der Behandlung, Art der Behandlung,
- Bedeutung der Unfruchtbarkeit für das Paar, Auswirkung der Behandlung auf das Paar,
- externe Bewältigungsressourcen, Unterstützung im sozialen Umfeld,
- Vorhandensein kindfreier Interessensgebiete vor, während und nach der Behandlung, Toleranz gegenüber einem Leben ohne Kind, angstfreie Ambivalenz zum Kinderwunsch und Kind,

- Schwangerschaft- und Geburtsverlauf,
- Phantasien über die jetzigen Entwicklungsauffälligkeiten und Zusammenhängen der Zeugungsart,
- Bewältigungsstrategien in früheren Krisen (z.B. Sterilitätskrise).

Da einige dieser Themen nach wie vor (auch für Therapeuten) Tabuthemen sind und Eltern darüber in der Regel nicht von sich aus sprechen, sollten in der kinderpsychiatrischen und familientherapeutischen Arbeit diese Fragestellungen einen stärkeren Raum einnehmen.

Literatur

- Adair, V. (1998): Redefining family: Issues in parenting assisted by reproduction technology. Changing families, challenging futures. Melbourne: Australian Institute for Family Studies.
- Amuzu, B.; Laxova, E.; Shapiro, S.S. (1990): Pregnancy outcome, health of children and family adjustment after donor insemination. *Obstet. Gynecol.* 75 (6): 899- 905.
- Berger, M. (1993): Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 42: 368-373.
- Berufsordnung (1998): Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen. *Hess. Ärzteblatt* 59, Oktober I-VIII.
- Bradshaw, J. (1997): *Familiengeheimnisse*, München: Kösel.
- Brähler, C.; Meyhöfer, W. (1986): Zur Bedeutung von Partnerschaft und Körpererleben bei heterologer Insemination. *Fertilität* 2: 161-168.
- Brähler, C.; Meyer, A. (Hg.) (1988): *Partnerschaft, Sexualität und Fruchtbarkeit*. Beiträge aus Forschung und Praxis. Berlin: Springer.
- Brähler, C. (1990): Familie, Kinderwunsch, Unfruchtbarkeit. Motivation und Behandlungsverläufe bei künstlicher Befruchtung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brähler, E.; Felder, H.; Strauss, B. (1996): Psychologische Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen, *psychomed* 10 (4): 196- 203.
- Busse, B. (1988): Das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung bei heterologer künstlicher Befruchtung. Ein Beitrag zu den verfassungsrechtlichen Grenzen der modernen Fortpflanzungsmedizin. Bonn-Bad Godesberg, Dissertation.
- Blyth, E.; Crawshaw, M.; Speirs, J. (1998): Truth and the child 10 years on: Information exchange in donor assisted conception Birmingham: The British Association of Social Workers, 2. Aufl.
- Bundesärztekammer (1998): Durchführung der assistierten Reproduktion. Richtlinien der Bundesärztekammer. *Dt. Ärzteblatt* 49, A 3166.
- Cordray, B. (1999): An open letter to the HFEA / A survey of people conceived through Donor Insemination. *DI Network news*. London. Newsletter 14; Winter, 3-5.
- Daniels, K.; Haimes, E. (1998): Donor Insemination. An International Social Science Perspective. Cambridge: University Press.
- Däubler-Gmelin, H. (1986): Künstliche Befruchtung – rechtliche Probleme und Herausforderungen für den Gesetzgeber. *Psychosozial* 9: 38-43.
- DIR (1998): Deutsches IVF Register. Bundesgeschäftsstelle Ärztekammer Schleswig-Holstein. *Jahrbuch* 1998.
- Durchführungsrichtlinien zur assistierten Reproduktion (1998) *Deutsches Ärzteblatt* 95, 49:A-3166.
- Fränznick, M.; Wieners, K. (1996): Ungewollte Kinderlosigkeit: Psychosoziale Folgen, Bewältigungsversuche und die Dominanz der Medizin. Weinheim: Juventa.
- Gagel, D.; Ulrich, D.; Pastor, V.-S.; Kentenich, H. (1998): IVF- Paare und IVF- Kinder. Ein Überblick zu ihrer Entwicklung. *Reproduktionsmedizin* 14: 31-40.

- Gillet, W.R.; Daniels, K.R.; Herbison, G.P. (1996): Feelings of couples who have had a child by donor insemination: the degree of congruence. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 17: 135-142.
- Glover, L.; Abel, P.D.; Gannon, K. (1998): Male subfertility: Is pregnancy the only issue? *Brit. Med. J.* 316: 1405-1406.
- Goebel, P.; Lübke, F. (1987): Katamnestic Untersuchung an 96 Paaren mit heterologer Insemination. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 47: 636-640.
- Goldschmidt, S. (1995): Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie. *Familiendynamik* 20(3): 275- 291.
- 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 new reproductive technologies: Quality of parenting and social and emotional development of the children. *Child Dev.* 66: 285-298.
- Golombok, S.; Murray, C.; Brinsden, P.; Abdalla, H. (1999): Social versus biological parenting: family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *J. Child Psychol. Psychiatry* 40 (4): 519-527.
- Greil, A.L. (1991): A secret stigma. The analogy between infertility and chronic illness and disability. *Advances in Medical Sociology* 2: 17-38.
- Hager, J. (1997): Die Stellung des Kindes nach heterologer Insemination, Schriftenreihe der juristischen Gesellschaft zu Berlin. Heft 153, Berlin.
- Henning, K.; Strauß, B. (2000): Psychologische und psychosomatische Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit: Zum Stand der Forschung. In: Strauß, B. (Hg.): *Ungewollte Kinderlosigkeit, psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie*. Göttingen: Hogrefe, S. 15-34.
- Imber-Black, E. (Hg.) (1995): *Geheimnisse und Tabus in Familien und Familientherapie*, Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Kemeter, P.; Lehmann, F. (1989): *Psychosomatik der Infertilität*. Berlin: Springer.
- Kerr, J.; Brown, C.; Balen, A. (1999): The experience of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: results of a survey performed in 1997. *Human Reproduction* 14 (4): 934-938.
- Lauren (1997): Issues for donor inseminated offspring. In: Lorbach, C. (ed.): *Let the Offspring Speak – discussions on donor conception*. The Donor Conception Support Group of Australia Inc. Georges Hall: Eigenverlag, S. 25-29.
- Leiblum, S. (1997): *Love, Sex and Infertility: The impact of infertility on couples*. In: Leiblum S: *Infertility. Psychological Issues and Counselling Strategies*. New York: John Wiley & Sons, Inc., S. 149-166.
- Lorbach, C. (Hg.) (1997): *Let the Offspring Speak – discussions on donor conception*. The Donor Conception Support Group of Australia Inc. Georges Hall: Eigenverlag.
- Ludwig, M.; Diedrich, K. (1999): In-Vitro-Fertilisation und intrazytoplasmatische Spermieninjektion – Gibt es ein Gesundheitsrisiko für die geborenen Kinder? *Dt. Ärzteblatt* 96 (45): 2330-2336.
- Mason, M.C. (1993): *Male infertility – men talking*. London: Routledge.
- McWhinnie, A. (1996): Outcome for Families Created by Assisted Conception Programme. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 13 (4): 363-365.
- Meyhöfer, W.; Künzel, W. (Hg.) (1988): *Medizinische, juristische und soziologische Aspekte der Übertragung von Fremdsperma*. Berlin: Springer.
- Nachtigall, R.D.; Tschann, J.M.; Quiroga, S.S.; Pitcher, L.; Becker, G. (1997): Stigma, disclosure, and family functioning among parents of children conceived through donor insemination. *Fertil Steril* 68: 83-89.
- Neidert, R. (1998): Brauchen wir ein neues Fortpflanzungsmedizinengesetz? *Medizinrecht* 8: 347-353.
- Newton, C. (1999): Counseling the infertile couples. In: Hammer Burns, L.; Covington, S. (Hg.): *Infertility Counseling. A comprehensive Handbook for Clinicians*. New York: Parthenon Publishing, S. 103-116.

- Quantius, M. (1998): Die Elternschaftsanfechtung durch das künstlich gezeugte Kind. *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 45 (18): 1145-1152.
- Reading, A. (1993): Sexual aspects of infertility and its treatment. In: Greenfeld, D. (Hg.): *Infertility and reproductive medicine clinics of North America*. Philadelphia: W.B. Saunders, S. 559-568.
- Rösner, A. (1994): Psychische Belastung bei weiblicher Sterilität. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 15: 203-238.
- Schaible, A. (1992): Zeugungsunfähigkeit und Kinderwunsch, Akzeptanz und psychische Belastung nach erfolgreicher artifizieller donogener Insemination, Frankfurt: Verlag für akademische Schriften.
- Schilling, G. (1995): Zur Problematik familiärer Geheimnisse am Beispiel der heterologen Insemination. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 45: 16-23.
- Schilling, G.; Scheer, J.F. (1993): Der versagte Kinderwunsch – Zur Bedeutung des Kindes und der Kinderlosigkeit. *Familiendynamik* 18 (4): 359-370.
- Schilling, G. (1999): Kinder nach donogener Insemination in der Einschätzung ihrer Eltern. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 45: 354-371.
- Seikowski, K.; Glander, H.J. (1989): Partnerschaftssituation bei der Vorbereitung einer therapeutischen donogenen Insemination. *Zentralbl. Gynäkol.* 111: 43-46.
- Seikowski, K.; Glander, H.J. (1990): Entwicklung von Partnerschaft und Kind nach erfolgreicher therapeutischer donogener Insemination(TDI). *Zentralbl. Gynäkol.* 112: 811-816.
- Seikowski, K.; Glander, H.-J. (2001): Psychosoziale Aspekte der donogenen Insemination. In : Brähler, E.; Felder, H.; Strauß, B. (Hg.): *Fruchtbarkeitsstörungen aus psychosozialer Perspektive*, Jahrbuch der medizinischen Psychologie, Bd. 17. Göttingen: Hogrefe.
- Sorosky, A.; Baran, A.; Pannor, R. (1982): Adoption. *Zueinander kommen – miteinander leben. Eltern und Kinder erzählen*. Reinbek: Rowohlt.
- Störle, W. (1998): *Kindschaftsrechtsreform. Zusammenfassende Darstellung für die sozialen berufe*. Regensburg.
- Strauß, B. (1991): *Psychosomatik der Sterilität und der Sterilitätsbehandlung*. Stuttgart.
- Strauß, B. (Hg.) (2000): *Ungewollte Kinderlosigkeit, psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie*. Göttingen.
- Thorn, P. (1996): Psychologische Hilfe bei unerfülltem Kinderwunsch. *Zschr. f. Allgemeinmedizin* 72: 601-603.
- Thorn, P. (1997): *Psychologischer Ratgeber bei unerfülltem Kinderwunsch*. Mörfelden: Eigenverlag.
- Thorn, P. (1999): Ach wie gut, daß niemand weiß ...?! Wie beeinflusst in Familien die Anonymität des biologischen Vaters die Beziehungen, die sich mit Hilfe der donogenen Insemination gebildet haben? Unveröffentlichte Diplomarbeit. Darmstadt.
- Thorn, P.; Müller, H. (1998): Behandlung mit Spendersamen. Männliche Unfruchtbarkeit, psychologische Aspekte und juristische Fragestellungen der Behandlung mit Spendersamen. Mörfelden: Eigenverlag.
- Thorn, P.; Daniels, K. (2000): Die Praxis der donogenen Insemination in Deutschland. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 60: 630-637.
- Turner, A.; Coyle A. (2000): What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. *Human Reproduction* 15 (9): 2041-2051.
- Ulrich, D. (1986): Zur Psychosomatik des unerfüllten Kinderwunsches: Literaturübersicht. *Psychosozial* 9: 101-113.
- Van de Sijpe, I; Nijs, P.; Demyttenaere, K. (1993): Familienglück durch donogene Insemination, eine Untersuchung an 75 Paaren. *Sexualmed.* 22: 223-229.
- Weller, J.; Sobeslavsky, I.; Guzy, J. (1989): Wie entwickeln sich Partnerschaft und Kinder? Langzeitbeobachtung nach heterologer Insemination. *Sexualmed.* 18: 84-90
- Wille, R. (1985): Rechtsfragen der heterologen Insemination. Der Arzt zwischen Schweigepflicht und Anfechtungsrecht. *Sexualmed.* 9: 484-488.
- Wischmann, T.; Stammer, H.; Gerhard, I.; Verres, R. (1999): Inhalte und Effekte psychologischer Paarberatung bei unerfülltem Kinderwunsch. *Reproduktionsmedizin* 15: 37-44.

Anschriften der Verfasser/in: Dr. Wilfried Huck, Westfälisches Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik, Heithofer Allee 64, 59071 Hamm;
E-Mail: Wilfried.Huck@t-online.de
Dipl.-Sozialtherapeutin Petra Thorn, Langener Str. 37, 64546 Mörfelden;
E-Mail: Thorn64546@aol.com