

Karin J. Lebersorger

# Aus vielen mach drei!

Many Make Three!

## Zusammenfassung

Reproduktionsmedizinische Maßnahmen erweitern das Dreieck Vater-Mutter-Kind um andere Beteiligte. Bewusste und unbewusste Phantasien über diese anderen finden sich in den Eltern und ihrem Kind. Die Behandlung lässt Emotionen weitgehend außer Acht und verspricht das ersehnte „Wunschkind“, was zu unrealistischen elterlichen Erwartungen führen kann. Um Schmerzhaftes nicht mehr erinnern zu müssen, verheimlichen viele Eltern ihrem Kind seine Entstehung. Von Beginn an bedarf es Unterstützung bei der Integration abgewehrter Gefühle und beim Finden familiärer Narrative, sowie Aufklärung über maligne Auswirkungen von Familiengeheimnissen und rigiden Wunschbildern auf die kindliche Beziehungs- und Identitätsentwicklung.

**Schlüsselwörter: Reproduktionsmedizin, multiple Elternschaft, Familiengeheimnis, imaginäres Kind**

## Abstract

The use of reproductive medicine extends the father-mother-child triangle to involve others. Conscious and unconscious fantasies about these others can be found in the parents and their child. The treatment largely ignores their emotions and promises the creation of a long-desired child, which can result in unrealistic parental expectations. Many parents, not wanting to revisit their emotional pain, keep the origin of their child a secret. From the very beginning, they need professional support to achieve an integration of their repressed emotions, to find a shared family narrative, and to learn about the malign effects that having family secrets and unrealistic expectations can have on the development of their child.

**Keywords: reproductive medicine, multiple parenthood, family secrecy, imaginary child**

Dr. Karin J. Lebersorger  
Klinische- und Gesundheitspsychologin,  
Psychotherapeutin  
Schmöllergasse 7/2/5, A-1040 Wien  
karin.lebersorger@chello.at

*Du musst verstehn!  
Aus Eins mach Zehn,  
Und Zwei lass gehn,  
Und Drei mach gleich,  
So bist du reich.<sup>1</sup>*

Ein gemeinsames Kind ist ein genuiner Wunsch vieler Paare. Ein Kind als Ausdruck ihrer Liebe, ihrer Verbundenheit, ihrer prokreativen Potenz und Generativität, das sie unsterblich machen soll. Lässt sich dieser Wunsch nicht erfüllen, können sich Irritation, Zweifel und Verzweiflung darüber einstellen, sich nicht auf den eigenen Körper und die reproduzierenden Organe verlassen zu können. Menschen, die aus den unterschiedlichsten Gründen keine Kinder haben, können ihren Körper stets fertil mit der Möglichkeit eines eigenen Kindes phantasieren. Eine Infertilitätsdiagnose beendet dies abrupt. Die damit verbundene tiefe narzisstische Kränkung kann traumatisch wirken und wird, je nach Persönlichkeit, unterschiedlich verarbeitet. So können internalisierende Reaktionen in Form von Scham, Selbstvorwürfen, Versagensängsten, Schuldgefühlen, Bestrafungsphantasien oder depressiven Verstimmungen vorherrschen, oder externalisierende, wie Schuldzuschreibungen, Ärger auf den Partner oder die Partnerin, Neid und Hass auf Familien, aggressive Durchbrüche und vieles mehr.<sup>2</sup>

Lösungen, das Ideal der Triade Vater-Mutter-Kind zu leben, finden sich unter anderem bereits in der ersten dokumentierten homologen<sup>3</sup> intrauterinen Insemination (IUI) am Ende des 18. Jahrhunderts und der ersten heterologen im Jahre 1884.<sup>4</sup> Allen Versuchen ist gemeinsam, dass in die Intimität des Paares reale, meist fremde Andere treten. Diese psychisch belastende Öffnung der Paardiyade soll den Wunsch nach einem gemeinsamen Kind erfüllen. Der kompakte, kraftvolle Zeugungsakt wird dabei in Einzelschritte aufgespalten, die sich über einen längeren Zeitraum, bei Kryokonservierung über Jahre, erstrecken können.<sup>5</sup>

Während bei homologer und heterologer Insemination die Befruchtung im Körper der Frau erfolgt, stellt die Geburt von Louise Brown, des sogenannten ersten „Retortenbabys“, am 25. Juli 1978 im englischen Oldham, einen Quantensprung in der Geschichte der assistierten Reproduktionstechnologien (ART) dar. Mit der extrakorporalen Befruchtung hält die klassische In-vitro-Fertilisation (IVF) Einzug in die Reproduktionsmedizin und begründet ihren weltweiten medizinischen und kommerziellen Erfolg. Hierbei erfolgt eine nicht kontrollierte natürliche Befruchtung der Eizelle in der Petrischale. Anders verhält es sich bei der seit 1992 praktizierten Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI). Eine ausgewählte, entgeißelte Samenzelle wird mittels Laserpipette direkt in das Zellplasma der Eizelle injiziert. Nach Andreas Bernard stellt diese „zweite epochale Zäsur“ auf dem Gebiet der ART die eigentliche künstliche Befruchtung dar.<sup>6</sup> Gitta Binder-Klinsing hält fest, dass Kunst und Künstlichkeit der Methoden in der englischen Bedeutung der international gebräuchlichen Abkürzung zum Ausdruck kommen.<sup>7</sup> In Deutschland kommen bei 2% alle Neugeborenen ART zum Einsatz.<sup>8</sup>

Durch den rasanten technischen Fortschritt sind heute gezielte Embryonenselektion durch Präimplantationsdiagnostik und die Kombination von genetischem Material zweier Eizellen möglich. Dadurch kann sich Elternschaft auf bis zu sechs Personen aufteilen: Zwei genetische Mütter, eine gestationale und eine soziale Mutter sowie einen genetischen und einen sozialen Vater.<sup>9</sup> Die Wissenschaft arbeitet daran, Körperzellen in Keimzellen zu transformieren,<sup>10</sup> Ektogenesis in künstlichen Gebärmüttern zu ermöglichen, aus weiblichen Embryonen Eizellen zu gewinnen<sup>11</sup> und Menschen mit bestimmten Eigenschaften zu zeugen.<sup>12</sup>

Welche Methode auch immer zum Einsatz kommt, mit ihr sind als besondere Herausforderungen für Eltern und Kind familiäre Polyaden, Familiengeheimnisse und elterliche Idealvorstellungen verbunden.

## 1. Von der Triade zur Polyade

Je nach Methode wird die Triade Vater-Mutter-Kind um Andere erweitert.<sup>13</sup> Diese Anderen sind bei Verwendung homologer Gameten das reproduktionsmedizinische Team, meist durch den behandelnden Arzt repräsentiert, bei Miteinbeziehung biologischer Anderer neben den Behandlern auch der Samenspender, die Eizellspenderin, die Embryonenspender, die Leih- oder die Tragemutter.<sup>14</sup> Dies verlangt allen Familienmitgliedern auf emotionaler Ebene eine hohe Integrationsleistung ab. Dabei spielen die bewussten und unbewussten Phantasien aller Beteiligten eine bedeutungsvolle Rolle. Diane Ehrensaft stellt fest, dass es gelungen ist, die Reproduktion aus der Sexualität herauszuheben, es aber nicht gelingt, sexuelle Phantasien aus der Reproduktion heraus zu halten.<sup>15</sup> Erst wenn ein Denkraum für die oftmals irritierenden Tagträume und Phantasien geschaffen ist, sie mentalisiert werden können und nicht mehr verleugnet werden müssen, kann die notwendige Integration gelingen. Finden Integrationsprozesse nicht statt, stehen die Anderen zwischen dem Paar oder zwischen den Eltern und ihrem Kind.<sup>16</sup>

Die heftigen Gefühlsregungen dessen, der sich als dritter einer Zweierbeziehung gegenüber sieht, sind früh und tief in uns verankert. Wenn es in einer Partnerschaft zu einem realen Betrug kommt, wird unbewusst an den oftmals verdrängten ödipalen Schmerz des Kindes darüber, aus der elterlichen Dyade ausgeschlossen zu sein, angeknüpft.

Phantasmatisch wird der Reproduktionsmediziner von der Frau oftmals als potenter Mann, der ihr das lang erhoffte Kind gibt, hoch besetzt. Der Mann kann sich aus einer aktiv-potenten Rolle in die eines Statisten gedrängt fühlen, der nicht zustande bringt, was der Arzt schafft. Viele Männer erleben sich auf die beschämende Position des Samenlieferanten reduziert und rivalisieren phantasmatisch mit dem Reproduktionsmediziner.

Die psychischen Herausforderungen für die Paarbeziehung potenzieren sich, wenn die künstliche Befruchtung mit Fremdgameten stattfindet.

Auch Samenspender, Eizellspenderin, Leih- oder Tragemutter können wie Eindringlinge oder Konkurrenten erlebt werden. Der technisierte Seitensprung kann gleich heftige Gefühle wie der reale hervorrufen. Damit verbundenes Begehren, aber auch Gefühle von Minderwertigkeit, Angst, Hass und Rivalität sind in diesem Kontext zutiefst menschlich.<sup>17</sup>

Einen weiteren emotionalen Belastungsfaktor der Eltern-Kind-Beziehungen bei multipler Elternschaft stellt die Angst dar, das Kind werde sich später von seinen sozialen Eltern ab- und den Anderen zuwenden. Es werde seine genetischen Elternteile, seine genetischen (Halb-) Geschwister, seine Gestationsmutter suchen und die sozialen Eltern emotional oder real verlassen. Ebenso werden die Anderen oft als potentielle Kindsräuber phantasiert, die das Kind beanspruchen oder abspenstig machen. Archaische Ängste vor dem Raub eines Kindes sind phylo- und ontogenetisch tief in uns verankert.<sup>18</sup>

Auch für das Kind ist Integrationsarbeit wichtig. Die Sicherheit, aus der exklusiven Vereinigung seiner Eltern zu stammen, gibt ihm Orientierung bei der Identitätsfindung. Ist seine genetische Herkunft unbekannt, so kann dieser Bruch der Genealogie eine stabile Identitätsfindung massiv beeinträchtigen.<sup>19</sup> Unabhängig von der jeweiligen Konstellation gilt es, ein Narrativ zu entwickeln, bei dem die Anderen miteinbezogen sind.<sup>20</sup>

Bei IVF und ICSI mit homologen Gameten bekommt das Kind idealerweise von seinen Eltern eine altersgemäße Geschichte seiner Entstehung vermittelt. Bei der Miteinbeziehung biologischer Anderer gesellen sich zu den bewussten und unbewussten Phantasien der Eltern die Phantasien des Kindes. Diese werden teils aus dem Unbewussten der Eltern übernommen, teils durch die für die kindliche Entwicklung wichtigen altersentsprechenden Informationen über die Anderen angeregt.<sup>21</sup> Trotz Aufklärung entwickelt jedes Kind eigenständige Phantasien, die, je jünger es ist, seinem magisch-animistischen Denken entsprechen.<sup>22</sup>

Beratungsgespräche, die einen Denkraum öffnen, und einschlägige Kindersachbücher können Eltern darin unterstützen, ein für sie und ihr Kind passendes Narrativ zu finden.<sup>23</sup> Durch ein angstfreies Umgehen mit der Thematik und den damit verbundenen Phantasien wird ein Raum geschaffen, der Fragen und einen Austausch über Phantasien zwischen Eltern und ihrem Kind möglich macht. Gelingt gemeinsames Phantasieren im Sinn einer familiären Reverie, so ist dies für das Kind in seiner Identitätsfindung sehr hilfreich.<sup>24</sup>

Unterstützende psychologisch-psychotherapeutische Begleitung findet sich standardmäßig nicht im Behandlungsprozess und wäre bereits vor dessen Beginn hilfreich.<sup>25</sup> Seitens der Reproduktionsmedizin wird die psychische Dimension vor allem in ihrer Bedeutung für das Kind völlig ausgeblendet, seitens des Paares meist abgelehnt, um nicht als psychisch labil zu gelten.<sup>26</sup> Sie unterwerfen sich einem medikalisierten Denken, um ihre Ängste abzuwehren.<sup>27</sup>

## 2. Familiengeheimnisse

Der Weg vom unerfüllten Kinderwunsch bis zur Geburt des sogenannten „Wunschkindes“ ist emotional äußerst belastend. Das Paar unterzieht sich Beratungsgesprächen und Untersuchungen, die in seine intimste Zweisamkeit eindringen. Die oftmals gestellte Infertilitätsdiagnose löst unerwünschte archaische Gefühle aus. Viele Paare haben dafür keine Worte, empfinden tiefe Scham und den alleinigen Wunsch, alles möglichst rasch hinter sich zu bringen. Abspaltung, Verleugnung oder Verdrängung der begleitenden Gefühle stellen in diesem Zusammenhang einen Selbstschutz dar, der es möglich macht, sich dem, besonders für die Frau, hormonell belastenden und körperlich invasiven und schmerzhaften Procedere zu unterwerfen.<sup>28</sup> Kommt es nach erfolgreicher extrakorporaler Befruchtung zum Embryonentransfer, so befindet sich die werdende Mutter von Anfang an in einem Spannungsfeld zwischen Leben und Tod. Ute Auhagen-Stephanos beschreibt eindrücklich die Last,

Angst und Starre ihrer Patientinnen durch die von Anfang an bestehende Gewissheit, Leben in sich zu tragen, während bei natürlicher Empfängnis die Zeit des Einnistens des Embryos im Verborgenen stattfindet und sich die Schwangerschaft erst allmählich zu erkennen gibt. Aus Angst, dass sich der Embryo nicht einnisten könnte, ihr Körper und ihre Lebensweise dafür verantwortlich seien, und aus Furcht vor der Trauer über sein Absterben und Abgehen lassen sich viele Frauen lange nicht auf eine phantasmatische Beziehung zu ihrem Kind ein. Ute Auhagen-Stephanos hat als Unterstützung in dieser schwierigen Phase den „Mutter-Embryo-Dialog“ entwickelt, in den auch die Väter miteinbezogen und dadurch wieder zu aktiven Akteuren gemacht werden. Denn sie erleben sich oft als hilflose Beobachter eines für ihre Partnerinnen belastenden Geschehens, das sie je nach Problemstellung auf die Rolle des Samenspenders oder des sozialen Vaters reduziert, der einer Fremdinsemination zustimmt.<sup>29</sup>

All diese unerträglichen Gefühlszustände machen es nur allzu verständlich, dass die Eltern, ab dem Moment, an dem ihr Kind geboren wird, mit dem Themenbereich nicht mehr in Berührung kommen möchten. Nach der Geburt eines jeden Kindes müssen sich seine Eltern mit dem Bekannten und mit dem Fremden in ihrem Baby langsam vertraut machen. Je mehr real Fremdes sie in ihrem Kind wissen, desto stärker ist der Wunsch, es draußen zu halten, damit das Kind zu etwas Eigenem werden kann.<sup>30</sup> Dies hat aber zur Folge, dass die Entstehung ihres Kindes, oftmals auch seine biologische Abstammung, zu einem bewussten, manchmal unbewussten Tabu werden.<sup>31</sup> Wenn das Kind altersgemäße Sexualneugier zeigt, finden seine Eltern oftmals keine Worte, lenken ab oder vermeiden ängstlich, über die Entstehung von Kindern zu sprechen. An ihren nonverbalen Reaktionen spürt ihr Kind, dass dieser Bereich mit etwas Besonderem verknüpft ist.<sup>32</sup> Manche Kinder rütteln daraufhin immer wieder an dem Familiengeheimnis und empfinden sich dabei auf eine

ihnen unerklärliche Weise mächtig, andere stellen ihre kindliche Neugier ein, was ihr Wissen-Wollen und Denken im späteren Leben hemmen kann.<sup>33</sup>

Die malignen Auswirkungen von Nicht-Gedachtem und Tabuisiertem auf die Eltern-Kind-Beziehungen und die Identitätsentwicklung des Kindes sind vielfach erforscht und beschrieben.<sup>34</sup> Aus diesem Grund werden Adoptiv- und Pflegeeltern eingehend darauf vorbereitet, ihre Gefühle bezüglich des Nicht-Verwirklichens von genetischer Elternschaft durchzuarbeiten und altersgemäße Narrative für ihr Kind zu finden. Sie werden mit dem Konzept multipler Elternschaft vertraut gemacht, sodass sie als soziale Eltern ihre Scheu vor den genetischen verringern können.<sup>35</sup>

Bei Gameten- und Embryonenspenden handelt es sich um Teil- beziehungsweise Volladoption. Während die werdende Mutter auch bei einer natürlichen Schwangerschaft genetisch Fremdes in sich trägt, ist der Fötus nach Eizellenspende genetisch gänzlich fremd, was von ihr anerkannt und verarbeitet werden muss, um nicht zur enormen psychischen Belastung zu werden.<sup>36</sup>

Damit die mannigfachen Konstellationen der assistierten Reproduktion nicht als Geheimnis zwischen den Eltern und ihrem Kind stehen und es eine gesunde Identitätsentwicklung durchlaufen kann, ist eine Offenheit von Anfang an unerlässlich.<sup>37</sup> Dies entspricht auch dem Artikel 8 der UN-Kinderrechtskonvention,<sup>38</sup> in der das Recht um das Wissen über die eigene Abstammung verankert ist. Aus Sicht des Kindeswohls sind anonyme Gameten- und Embryonenspenden hoch problematisch und stellen einen Widerspruch zum Streben der Eltern dar, das Beste für ihr lang ersehntes und erkämpftes Kind zu wollen. Margarete Berger spricht von einem unreflektierten Bündnis der Eltern mit dem Reproduktionsmediziner gegen ihr Kind.<sup>39</sup> Studien belegen, dass die Aufklärungsrate bei heterosexuellen Eltern erschreckend gering ist, während die homosexuelle Community einen offenen Umgang damit pflegt.<sup>40</sup>

Viele Eltern schweigen, da sie die Hinwendung ihres adoleszenten Kindes zu seinen biolo-

gischen Elternteilen fürchten, und lassen dabei die Wichtigkeit der sozialen Bindungen außer Acht. Sie tragen dadurch auch an der Last des Vertrauensbruchs, der sich mit der Entdeckung des Verschwiegene einstellen könnte. Die Beschäftigung mit der eigenen Herkunft ist ein integraler Bestandteil der Identitätsfindung, der die soziale Verbundenheit in den meisten Fällen nicht gefährdet, wie von Oelsner und Lehmkuhl sowie Ehrensaft ausführlich dargestellt.<sup>41</sup>

Offenheit wirkt entlastend auf die Eltern-Kind-Beziehungen, denn sie befreit von der latenten Spannung, das Geheimnis bezüglich der Entstehung ihres Kindes und ihre damit verbundene phantasierte Unzulänglichkeit könnten entdeckt werden.

### 3. Idealvorstellungen

Phantasien bezüglich eines eigenen Kindes führen bereits im zweiten Lebensjahr jedes Menschen zur inneren Repräsentanz des „imaginären Kindes“. Dieses Phantasma existiert unabhängig von realer Elternschaft und verkörpert die Identifikation mit der elterlichen Potenz, ein Kind zu machen.<sup>42</sup> Den meisten Menschen sind diese Wunschvorstellungen in Zeiten von Kinderwunsch und Schwangerschaft besonders präsent. Nach der Geburt beeinflussen sie die elterlichen Beziehungen zu ihrem realen Kind.<sup>43</sup> Das imaginäre Kind speist sich aus eigenen Anteilen und aus den Identifizierungen des Kleinkinds mit seinen Eltern, die es im Spiel mit seinen Puppen und Stofftieren später im Vater-Mutter-Kind-Spiel des Vorschulkindes ausdrückt. Es erfährt stete Bereicherung und Veränderung und fällt im Volksschulalter oft der Verdrängung anheim. Ab der Pubertät fällt ihm besondere Bedeutung zu: Setzen sich Adoleszente bewusst damit auseinander, beim Sammeln sexueller Erfahrungen real Eltern werden zu können, wird es ihnen möglich, adäquat zu verhüten. Die Aufrechterhaltung der Verdrängung des imaginären Kindes kann im Jugend-, aber auch später im Erwachsenenalter zu ungewollten Schwangerschaften führen.<sup>44</sup>

In jeder Liebesbeziehung wird das imaginäre Kind umgestaltet und durch erwünschte, aber auch abgelehnte Eigenschaften des geliebten Menschen bereichert. Ist das reale Kind geboren, muss es sich gegenüber den beiden imaginären Kindern seiner Eltern behaupten. Die Wunschbilder treten meist rasch in den Hintergrund, wenn die Diskrepanz zwischen dem Vorstellungskind und dem realen Kind nicht zu groß ist. Sie speisen aber weiterhin elterliche Erwartungen bezüglich der Entwicklung ihres Kindes und können zu Irritationen führen, wenn es Krisen oder Probleme gibt.<sup>45</sup>

Die im Deutschen verwendeten Begriffe in Verbindung mit medizinisch assistierter Reproduktion verstärken die Illusion eines perfekten Kindes. Die „Kinderwunschbehandlung“ soll den „Wunscheltern“ – im Fall der Leihmutterchaft den „Bestelletern“ – durch Inanspruchnahme von „Kinderwunschkliniken“ zu ihrem „Wunschkind“ verhelfen.<sup>46</sup>

Auch die mediale Berichterstattung trägt oftmals unkritisch dazu bei. Beispielsweise erschien am Heiligen Abend 2016 in der Niederösterreich-Ausgabe von Österreichs auflagenstärkster Tageszeitung ein Bericht über die Kinderwunschlinik „Tiny Feet“ unter dem Titel: „Das größte Geschenk – Wenn für Paare der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, hilft die moderne Medizin als Christkind ein wenig nach“.<sup>47</sup> Bereits diese Überschrift macht gut nachvollziehbar, welche magisch-infantilen Wünsche mit einem eigenen Kind verbunden sein können, und welche überhöhten, oft unrealistischen Vorstellungen manche Eltern in ihr Kind projizieren, assistiert von den Versprechungen der Reproduktionsmedizin.<sup>48</sup>

Während das Fortpflanzungsmedizinengesetz von 2015<sup>49</sup> in Österreich Präimplantationsdiagnostik zum Zweck der Erfüllung besonderer Wünsche, wie der Bestimmung des Geschlechts oder besonderer Merkmale des Kindes, untersagt, sind Geschlechts- und Eigenschaftsselektion im nahen und fernen Ausland Teil des Angebots. Dies führt zu weltweitem Reproduktionstourismus, für viele

Länder ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.<sup>50</sup> Weiters können die bei ART erhöhten Missbildungs- und Frühgeburtsraten sowie die Komplikationen und Belastungen, die mit Mehrlingsschwangerschaften einhergehen, die Idealvorstellungen der Eltern zutiefst erschüttern.<sup>51</sup> Auch Ängste vor dem Vertauschen und Verwechseln des Kindes,<sup>52</sup> aber auch normative Entwicklungskrisen nähren Fremdheitsphantasien im Umgang mit dem realen Kind, wie die klinische Praxis zeigt.<sup>53</sup>

Abschließend möchte ich die Notwendigkeit der Integration aller Emotionen, die Familiengründung mittels assistierter Reproduktionstechnologien begleiten, als Basis für eine gesunde psychische Entwicklung des Kindes betonen. Es sind nicht die verschiedenen Methoden per se, sondern deren verantwortungsvolle Verwendung in Bezug auf ein Kind, die mitentscheidend für dessen psychische Entwicklung sind. Haben Paare die innere Fähigkeit zur Elternschaft entwickelt, werden sie zum Wohl ihres Kindes handeln, und es den Risiken der Geheimhaltung und Idealisierung nicht aussetzen. Unreflektiert eingesetzte Reproduktionstechnologien können die kindliche Entwicklung beeinträchtigen, sie verantworten aber nicht alle Schwierigkeiten familiären Zusammenlebens.<sup>54</sup>

Die ersten Verse von Goethes Hexen-Einmaleins, die meine Ausführungen einleiten, sehe ich als Metapher für den Wunsch, unter der Beteiligung von vielen die Dreiheit Vater-Mutter-Kind zu schaffen, und für die Illusion, dass dies möglich wäre. Diese Illusion wird seitens der Reproduktionsmedizin geschürt, wenn Anonymität beworben und empfohlen und noch immer österreichweit kein zentrales Spendenregister existiert. Was heute die assistierte Reproduktionstechnologie ermöglicht, ist keine Hexerei, wohl aber mutet es manchmal magisch an und stellt eine enorme psychische Herausforderung dar: Durch das Aufbrechen und Hereinholen von Anderen in den Zeugungsakt, das Fragmentieren der Empfängnis, das Überwinden von Zeitlichkeit, die technisch mögliche Aufhe-

bung von Inzest- und Generationengrenzen werden allen Familienmitgliedern große Integrationsleistungen abverlangt. Psychodynamisch bleiben die Anderen nicht draußen. Sie sind in bewussten Phantasien, Tagträumen und Ängsten, aber auch verdrängt als unbewusste Ängste, die sich in Spannungen und Fremdheitsgefühlen äußern können, präsent. Es gilt, Reflexionsräume zu eröffnen, die ein gemeinsames Durcharbeiten, Nachdenken und Phantasieren über multiple Elternschaft und kindliche Identitäten gewährleisten. Psychologisch-psychotherapeutische Aufklärung und Beratung hilft Eltern und ihren heiß ersehnten Kindern zu einem geglückten Miteinander.

## Referenzen

- 1 Goethe J. W. von, *Faust, Der Tragödie zweiter Teil*, Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München (1832/1999), 2540-2544
- 2 vgl. Kowalcek I., *Kinderwunsch: Indikationen und Möglichkeiten der modernen Reproduktionsmedizin*, Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2002); 1: 64-92  
Berger M., *Zur Entwicklung von Elternschaft und ihren sogenannten Retortenkindern im familiären Kontext*, in: Hardt J. et al., *Sehnsucht Familie in der Postmoderne: Eltern und Kinder in Therapie heute*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (2010), S. 125-146  
Mann M., *Psychoanalytic understanding of repeated in-vitro fertilisation trials, failures, and repetition compulsion*, in: Mann M. (Hrsg.), *Psychoanalytic Aspects of Assisted Reproductive Technology*, Karnac, London (2014), S. 3-18
- 3 Bei der homologen IUI wird im Unterschied zur heterologen das Spermium des Partners verwendet.
- 4 Bernard A., *Kinder machen. Samenspender, Leihmütter, Künstliche Befruchtung*, Frankfurt am Main, Fischer (2014), S. 282-283, 171  
Kermalvezen A., *Ganz der Papa. Samenspender unbekannt*, Patmos, Düsseldorf (2009), S. 13
- 5 vgl. Bernard A., siehe Ref. 4, S. 126; Binder-Klinsing G., *Kinderkriegen heute: Von der Virtualität zur Machbarkeit?* in: Wahl P., Lehmkühl U. (Hrsg.), *Seelische Wirklichkeiten in virtuellen Welten*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (2014), S. 151-180
- 6 vgl. Bernard A., siehe Ref. 4, S. 410
- 7 vgl. Binder-Klinsing G., siehe Ref. 5, S. 152
- 8 Auhagen-Stephanos U., *Mütter auf dem Weg der künstlichen Befruchtung: „Woher willst Du wissen, was Gottes Wille ist?“*, Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (2015); Heft 165, 46(1): 87-105  
Oelsner W., Lehmkühl G., *Spenderkinder. Künstliche Befruchtung, Samenspende, Leihmütterschaft und die Folgen*, Fischer & Gann, Munderfing (2016), S. 9
- 9 vgl. Binder-Klinsing G., siehe Ref. 5, S. 154
- 10 Ehrensaft D., *Family complexes and oedipal circles: mothers, fathers, babies, donors, and surrogates*, in: Mann M. (Hrsg.), *Psychoanalytic Aspects of Assisted Reproductive Technology*, Karnac, London (2014), S. 19-43
- 11 Trallori L. N., *Der Körper als Ware. Feministische Interventionen*, Mandelbaum kritik & utopie, Wien (2015), S. 160  
Trallori L. N., *Politik der Entmutterung. Huxleys Erben schaffen an*, AEP-Informationen. Feministische Zeitschrift für Politik und Gesellschaft, Arbeitskreis Emanzipation und Partnerschaft, Innsbruck (2016), S. 21-23
- 12 vgl. Oelsner W., Lehmkühl G., siehe Ref. 8, S. 31
- 13 vgl. Ehrensaft D., *When Baby Makes Three or Four or More: Attachment, Individuation, and Identity in Assisted-Conception Families*, *Psychoanalytic Study of the Child* (2008); 63: 3-23  
vgl. Ehrensaft D., siehe Ref. 10, S. 20ff
- 14 Tragemütter stellen ihren Uterus dem kontrollierten Austragen eines ihnen genetisch fremden Kindes zu Verfügung. Kommerzielle Leih- und Tragemutterschaft ist aus ethischen und rechtlichen Gründen abzulehnen. Durch sie werden Kinder- und Menschenrechte verletzt und die Bedeutung des Einflusses epigenetischer, sensorischer und psychischer Dimensionen der Schwangerschaft auf das Kind bewusst völlig außer Acht gelassen. Eine eingehende Auseinandersetzung damit findet sich bei Bachinger E. M., *Kind auf Bestellung. Ein Plädoyer für klare Grenzen*, Deuticke, Wien (2015); Bernard A., siehe Ref. 4; Walser A., *Ein Kind um jeden Preis? Unerfüllter Kinderwunsch und künstliche Befruchtung. Eine Orientierung*, Tyrolia (2014); Trallori L. N. (2015), siehe Ref. 11; Trallori L. N. (2016), siehe Ref. 11.
- 15 vgl. Ehrensaft D., siehe Ref. 13, S. 6
- 16 vgl. Ehrensaft D., *Alternatives to the Stork: Fatherhood Fantasies in Donor Insemination Families*, *Studies in Gender and Sexuality* (2000); 371-397  
vgl. Ehrensaft D., siehe Ref. 13, S. 5; vgl. Mann M., Mann A., *Egg donors and sperm donors: parental identity formation*, in: Mann M. (Hrsg.), *Psychoanalytic Aspects of Assisted Reproductive Technology*, Karnac, London (2014), S. 63-76
- 17 vgl. Ehrensaft D., siehe Ref. 10, S. 35; vgl. Ehrensaft D.,

- siehe Ref. 13, S. 5
- 18 vgl. Soulé M., *Das Kind im Kopf – Das imaginäre Kind. Sein strukturierender Wert im Austausch zwischen Mutter und Kind*, in: Stork J. (Hrsg.), *Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes. Erkenntnisse der Psychopathologie des Säuglingsalters*, Frommann-holzboog, Stuttgart – Bad Cannstatt (1990), S. 20-80  
vgl. Ehrensaft D., siehe Ref. 10, S. 35ff.; vgl. Ehrensaft D., siehe Ref. 13, S. 5
- 19 vgl. Bernard A., siehe Ref. 4, S. 125  
vgl. Oelsner W., Lehmkühl G., siehe Ref. 8, S. 210
- 20 vgl. Ehrensaft D., siehe Ref. 10, S. 23 f.
- 21 Ehrensaft D., *The Stork Didn't Bring Me, I came from a Dish: Psychological Experiences of Children Conceived through Assisted Reproductive Technology*, *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy* (2007); 6(2): 124-140  
Auhagen-Stephanos U., *Damit mein Baby bleibt: Zwiesprache mit dem Embryo von Anfang an*, Kösel-Verlag (2009), S. 54-55  
Herzog J. M., *Analytiker bei der Arbeit. Triadische Realität, gleichgeschlechtliche Eltern und Kinderanalyse: Eine Reaktion auf Ann Smolens „Nur für Jungs! Kein Zutritt für Mütter“*, *Kinderanalyse* (2010); 3: 217-228  
Metzger H.-G., *Fragmentierte Vaterschaften. Über die Liebe und die Aggression der Väter*, Brandes & Apsel, Frankfurt am Main (2013), S. 50
- 22 vgl. Auhagen-Stefanos U., siehe Ref. 21, S. 54-55; vgl. Kermalvezen A., siehe Ref. 4, S. 24 ff.
- 23 Thorn P., *Die Geschichte unserer Familie. Ein Buch für Familien, die sich mit Hilfe der Spermienbehandlung gebildet haben*, unter Mitarbeit von Tiziana Rinaldi. 1. Aufl., FamART-Verl, Mörfelden (2006)  
Thorn P., Rinaldi T., *Die Geschichte unserer Familie. Ein Buch für lesbische Familien mit Wunschkindern durch Samenspende*, 1. Aufl., FamART-Verl, Mörfelden (2009)  
Thorn P., Rinaldi T., *Woher manche Babys kommen. Ein Erklärungs- und Aufklärungsbuch für Kinder, die mit medizinischer Unterstützung gezeugt wurden*, 1. Aufl., FamART, Mörfelden (2011)
- 24 vgl. Ehrensaft D., siehe Ref. 13, S. 6  
vgl. Ehrensaft D., siehe Ref. 10, S. 39
- 25 vgl. Kadi U., Leithner-Dziubas K., *Nur Variationen von Mutterschaft? Wirkungen der Reproduktionsmedizin*, AEP-Informationen. Feministische Zeitschrift für Politik und Gesellschaft, Arbeitskreis Emanzipation und Partnerschaft, Innsbruck (2016), S. 27-29
- 26 vgl. Kowalcek I., siehe Ref. 2, S. 14
- 27 vgl. Berger M., siehe Ref. 2, S. 136; vgl. Metzger H.-G., *Chancen und Konflikte der Vaterschaft – andere Sexualitäten, neue „Eltern“ und die Väter*, *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* (2015); Heft 167, 46(3): 291-312
- 28 vgl. Auhagen-Stephanos U., *Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch zwischen Psychoanalyse und Reproduktionstechnik*, *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse* (2005); 59: 34-54  
vgl. Auhagen-Stephanos U., *Mutter-Embryo-Dialog*, in: Evertz K., Janus L., Linder R. (Hrsg.), *Lehrbuch der Pränatalen Psychologie*, Mattes Verlag, Heidelberg (2014), S. 143-166
- 29 vgl. Auhagen-Stephanos U., siehe Ref. 21, S. 90 ff.  
Auhagen-Stephanos U., *Technisch erzeugte Kinder – arme Kinder?*, *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* (2010); Heft 146, 41(2), S. 155-172  
Auhagen-Stephanos U., *Psychosomatische Aspekte bei der medizinisch assistierten Befruchtung*, *Psychosozial* (2013); (IV): 134: 65-72  
vgl. Auhagen-Stefanos U. (2014), siehe Ref. 28, S. 150 ff.
- 30 vgl. Soulé M., siehe Ref. 18, S. 44 ff.  
vgl. Cramer B., Palacio-Espasa E., *Psychotherapie mit Müttern und ihren Babys. Kurzzeitbehandlungen in Theorie und Praxis*, Psychosozial-Verlag, Giessen (2009), S. 55 ff.
- 31 vgl. Freud S., *Totem und Tabu*, G.W. Bd. IX, Fischer, Frankfurt (1912), S. 1-208, S. 33  
vgl. Berger M., *Zur frühen Entwicklung von Kindern und Eltern nach erfolgreicher In-vitro-Fertilisation*, *Kinderanalyse* (1997); 2: 153-181  
vgl. Ehrensaft D., siehe Ref. 16, S. 374 f.
- 32 vgl. Bürgin D., Steck B., *Das Gespenst von Canterville (nach O. Wilde) oder Vom Leben und Sterben eines Phantoms in Abhängigkeit von der Adoleszenz einer jungen Frau*, *Kinderanalyse* (1996); 4: 362-384  
vgl. Steck B., Bürgin D., *Über die Unmöglichkeit zu trauern bei Kindern trauerkranker Eltern*, *Kinderanalyse*, Klett-Cotta (1996); 4: 351-361  
vgl. Oelsner W., Lehmkühl G., siehe Ref. 8, S. 52
- 33 vgl. Zeller-Steinbrich G., *Wie geht es den Wunschkindern? Überlegungen zu individuellen und gesellschaftlichen Auswirkungen der Fertilitätstechnologie*, *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* (2010); Heft 146, 41(2): 173-188
- 34 vgl. Abel Prot V., *Analytiker bei der Arbeit. Anmerkungen zu „Nur für Jungs! Kein Zutritt für Mütter“*, *Kinderanalyse* (2010); 3: 205-216  
vgl. Lebersorger K. J., *Kinder zwischen Sehnsucht, Scham und Schweigen – Auswirkungen von Idealvorstellungen, Selbstzweifel und Familiengeheimnissen auf die psychische Entwicklung von Kindern nach medizinisch assistierter Reproduktion*, Prometheus Verlag, Wien, *Der Gynäkologe*, (2015); 2: 10-13

- vgl. Lebersorger K. J., *Wunschkinder – Fördernde und hemmende Einflüsse medizinisch assistierter Reproduktion auf die Persönlichkeits- und Beziehungsentwicklung*, Springer, Neuropsychiatr (2016); 30: 33-41, DOI 10.1007/s40211-016-0171-4
- 35 vgl. Bernard A., siehe Ref. 4, S. 134  
vgl. Binder-Klinsing G., siehe Ref. 5, S. 169
- 36 vgl. Tordy K., *Wie werden wir empfangen?*, Psychologischer Aspekte zur Eizellenspende, Facultas, Imagination (2014); 3: 48-57  
vgl. Tordy K., Riegler J., *Psychologische Aspekte der Eizellenspende*, Springer, Berlin, Der Gynäkologe (2014); 4: 251-257
- 37 *Leitlinie zur „Psychosomatisch orientierten Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“*, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/016-003.html> (letzter Zugriff am 28.12.2016)  
vgl. Walsler A., siehe Ref. 14, S. 58.f.
- 38 *UN-Kinderrechtskonvention*, <https://www.kinderrechtskonvention.info/schutz-der-identitaet-des-kind-3473/> (letzter Zugriff am 28.12.2016)
- 39 vgl. Berger M., siehe Ref. 2, S. 138
- 40 vgl. Berger M., siehe Ref. 31, S. 169  
vgl. Wischmann T., *Psychosoziale Entwicklung von IVF-Kindern und ihren Eltern*, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (2008); 5(6): 329-334  
vgl. Golombok S., Blake L., Casey P., Roman G., Jadva V., *Children born through reproductive donation: A longitudinal study of child adjustment*, Journal of Child Psychology and Psychiatry (2013); 54: 653-660  
vgl. Bernard A., siehe Ref. 4, S. 96 f., S. 148  
vgl. Binder-Klinsing G., siehe Ref. 5, S. 161  
vgl. Oelsner W., Lehmkuhl G., siehe Ref. 8, S. 60
- 41 vgl. Ehrensaft D., siehe Ref. 10, S. 38  
vgl. Oelsner W., Lehmkuhl G., siehe Ref. 8, S. 176
- 42 vgl. Freud S., *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*, G.W. Bd. VII. Fischer, Frankfurt (1909), S. 243-377  
vgl. Bürgin D., *Eltern werden... (Anmerkungen zu einer normativen Entwicklungskrise)*, Kinderanalyse (1993); 3: 273-302  
vgl. Soulé M., siehe Ref. 18, S. 21 ff.
- 43 vgl. Schleske G., *Interaktion zwischen imaginärem und realem Kind. Von der Schwangerschaft zur frühen Mutter-Kind-Beziehung*, in: Bürgin D., *Triangulierung. Der Übergang zur Elternschaft*, Schattauer, Stuttgart, New York (1998), S. 69-79
- 44 vgl. King V., *Bedingungen der Elternschaftskonstellation. Umgestaltungen der Identität von der Adoleszenz zu väterlichen und mütterlichen Kompetenzen*, Kinderanalyse (2010); 1: 1-27
- 45 vgl. Lebersorger K. J. (2016), siehe Ref. 34, S. 34
- 46 vgl. Bachinger E. M., siehe Ref. 14, S. 10, 71
- 47 *Das größte Geschenk – Wenn für Paare der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, hilft die moderne Medizin als Christkind ein wenig nach*, Weihnachts-Krone, 24.12.2016, S. 21
- 48 vgl. Springer-Kremser M., *Psychosexualität und Gynäkologie*, Deuticke, Wien (1983)
- 49 *Fortpflanzungsmedizingesetz*, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003046&ShowPrintPreview=True> (letzter Zugriff am:28.12.2016)  
Barth P., Erlebach M., *Handbuch des neuen Fortpflanzungsmedizinrechts*, Linde, Wien (2015)
- 50 vgl. Auhagen-Stefanos U., siehe Ref. 8, S. 88  
vgl. Bernard A., siehe Ref. 4, S. 354 ff.  
vgl. Bachinger E. M., siehe Ref. 14, S. 85
- 51 Kowalcek I., *Akzeptanz von Mehrlingsschwangerschaften bei unerfülltem Kinderwunsch*, J Fertil Reprod (2004); 14(4): 13-16  
vgl. Wischmann T., siehe Ref. 40, S. 330  
vgl. Zeller-Steinbrich G., siehe Ref. 33, S. 180  
vgl. Hart R., Norman R. J., *The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment: Part I-General health outcomes*, Hum Reprod Update (2013); 19(3): 232-43, doi: 10.1093/humupd/dms062  
vgl. Hart R., Norman R. J., *The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment. Part II-Mental health and development outcomes*, Hum Reprod Update (2013); 19(3): 244-50, doi: 10.1093/humupd/dmto02
- 52 Dass die Technik auch diese reale Gefahr birgt, zeigen neueste Berichte aus den Niederlanden, wo in mehreren Fällen bei ICSI falsche Samenzellen zur Verwendung gekommen sind (ZIB 2, ORF, 27.12.2016).
- 53 vgl. Herzog J. M., siehe Ref. 21, S. 217-228  
vgl. Ehrensaft D., siehe Ref. 10, S. 19-43
- 54 vgl. Berger M., siehe Ref. 2, S. 129  
vgl. Oelsner W., Lehmkuhl G., siehe Ref. 8, S. 223