

Ergebnisse der Pränatalen Psychologie
Band 4



Herausgegeben von Ludwig Janus
für die Internationale Studiengemeinschaft
für Pränatale und Perinatale Psychologie
und Medizin (ISPPM)
www.isppm.de

ERGEBNISSE DER PRÄNATALEN PSYCHOLOGIE

Band 1 Pränatale Psychologie und Psychotherapie

Band 2 Vorgeburtliche Wurzeln der Individuation

Band 3 Kunst als kulturelles Bewusstsein vorgeburtlicher
und geburtlicher Erfahrungen

Band 4 Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung

Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung

Erkundungen zur Psychodynamik
des Schwangerschaftskonflikts

Herausgegeben von

Rupert Linder

Mattes Verlag Heidelberg

Herausgeber:
Dr. Rupert Linder
Goethestraße 9
75217 Birkenfeld
post@dr-linder.de

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte
bibliographische Daten sind im Internet über
<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-86809-008-6

Mattes Verlag 2008. Hergestellt in Deutschland

Vorwort

Dieser Band fasst wesentliche Beiträge der 19. Heidelberger Arbeitstagung mit dem Thema *Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung – Erkundungen zur Psychodynamik des Schwangerschaftskonflikts* der Internationalen Gesellschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) zusammen. Diese Tagung hat eine Entstehungsgeschichte: Im Rahmen der Mitgliederversammlung der ISPPM in Heidelberg im Jahre 2005 wurde die *Charta der Rechte des Kindes vor, während und nach der Geburt* (http://www.isppm.de/charta_de.html) verabschiedet (siehe Seite 11). Dabei gab es eine intensive Diskussion und starke Bedenken, dass diese Charta missbraucht werden könnte, um Frauen in Schwangerschaftskonflikten oder Ärzte, die Abtreibungen durchführen, diskriminiert oder unter Druck gesetzt werden könnten. Daher wurde der folgende Zusatz eingefügt: „Selbstverständlich stehen diese Rechte auch in Beziehung zu den Rechten anderer Personen, insbesondere denen der Mutter und der Familie. Es ist nötig, einen Ausgleich zwischen ihnen zu finden mit Verständnis für die zugrunde liegenden Bedürfnisse aller, einschließlich denen der Kinder.“

Damit war klar, dass das Thema Schwangerschaftskonflikt einer weiteren Reflexion wert ist. Allerdings waren wir auch gewarnt worden, dass die Diskussion dieses Themas die ISPPM überfordern könnte. Zu unversöhnlich scheinen sich der Blick auf das subjektive Erleben des Ungeborenen und die eventuell widerstrebenden Interessen der schwangeren Frau und ihrer Umwelt einander gegenüber zu stehen. Der Blick richtet sich dadurch ganz allgemein auf die frühen Beziehungen zwischen Mutter und Ungeborenem, zwischen Mann und Frau und dem Vater und dem Ungeborenem. Auch alle anderen Bedingungen, unter denen Schwangerschaften zustande kommen und in welchem Umfeld sie entstehen, kommen so in den Focus. Dazu gehört auch die persönliche Vor- und Entwicklungsgeschichte der werdenden Eltern. All diese Einflussfaktoren sind bei allen Schwangerschaften, auch wenn kein Abbruch erwogen wird, von höchster Bedeutung.

Bei der Beschäftigung mit der pränatalen Psychologie gab es schon immer die doppelte Frage: welche Bedeutung haben diese frühen Ereignisse für die Psychotherapie und Entwicklungspsychologie und welche Bedeutung haben sie für die Geburtshilfe und Medizin?

Sie als Leserinnen und Leser werden angesichts des weiten Spannungsbogens des Themas in neuer Qualität den folgenden Bereichen ausgesetzt:

- der psychologischen Bedeutung der frühesten Phasen des Menschseins
- deren physisch/physiologischen Grundlagen und
- der dynamisch lebendigen, aber auch wilden Seite von Liebe, Eros und Fruchtbarkeit.

Die Beschäftigung damit und mit vorhandenen Ambivalenzen bietet den Zugang zu allen Wirkkräften, die es in oder zwischen den Partnern gibt, aus deren Sexualität die Schwangerschaft stammt. Diese Dynamik sollte von der Ausgangssituation her und in ihrer Entwicklungsfähigkeit betrachtet werden. Lösungen finden sich oft auf einer neuen Ebene, gerade wenn die Beteiligten die Spannung aushalten können.

Sie finden in diesem Buch Schilderungen von auf verschiedene Art Betroffenen und Beiträge von Fachleuten unterschiedlicher Berufsgruppen. Diese hatten auf der Tagung oft eine tiefgehende Wirkung. Auf die Fragen, die dabei aufgeworfen werden, kann es keine einfachen Antworten geben. Es verdichten sich Grundfragen des Lebens, wie Liebe, Sexualität, Tod und Leben. Ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung und viele Berufsgruppen sind jedes Jahr mit diesen Fragen befasst.

In den Beiträgen dieses Bandes werden die Auswirkungen im psychologischen Bereich dargestellt. Durch unser gewachsenes Wissen um die Bedingungen der frühen Entwicklung haben wir heute jedoch die Chance, die wesentlichen Aspekte eines Schwangerschaftskonfliktes abwägend und auf den Einzelfall bezogen zu reflektieren. Dies war früher so nicht möglich, weil sich Diskussionen in grundsätzlichen Positionen polarisierten, sodass eine Hilfe, die die ganze Situation berücksichtigte, oft gar nicht möglich war. Das Dilemma, in dem sich Betroffene oft befinden, kann heute nicht selten mit einer wirklich verstehenden und unterstützenden Begleitung einer Lösung zugeführt werden. Die Bedeutung von traumatisierenden Erlebnissen teilweise über mehrere Generationen kann heute durchschaut werden, sodass sich Umgangsmöglichkeiten auftun, die früher nicht bestanden. Die Beiträge der Tagung wollen neue Ressourcen für einen verantwortlichen Umgang mit dem Schwangerschaftskonflikt liefern. In diesem Sinne wünsche ich dem Buch eine weite Verbreitung.

Die Thematik der traumatischen Belastung, die bei einem Schwangerschaftskonflikt bedeutsam sein kann, hat aber noch eine weitere Bedeutung: in jeder Paarbeziehung können im Hintergrund frühe traumatische Erlebnisse störend wiederbelebt werden. Das spielt natürlich bei Belastungen eine Rolle, doch können traumatische Elemente auch „einfach durch die Intensität“ einer Liebesbeziehung aktiviert werden. Diese Thematik

wird in dem Beitrag von Carmen Ehinger und Franz Renggli dargestellt, den ich ergänzend in den Band aufgenommen habe. Vielleicht befremdend teilweise, mit welcher Direktheit hier Folgewirkungen von frühen vorgeburtlichen und geburtlichen Traumata konstatiert werden. Auch mag hier vieles noch spekulativ sein, aber es gibt aus der Selbsterfahrung viel intuitives Wissen, das der Beitrag nutzt. In diesem Sinne stammt dieser Beitrag „aus der Werkstatt des Paartherapeuten“ und wir wünschen ihm nachdenkliche Leserinnen und Leser.

Birkenfeld, Juni 2008

Rupert Linder

Inhaltsverzeichnis

Charta der „Rechte des Kindes vor, während und nach der Geburt“	11
Annäherungen an das Leitthema – Erfahrungen aus einer gynäkologisch-psychotherapeutischen Praxis <i>Rupert Linder</i>	13
Zur Psychohistorie des Schwangerschaftskonflikts <i>Ludwig Janus</i>	23
Ambivalenz beim Umgang mit Schwangerschaftsverhütung Erfahrungsbericht aus einer gynäkologischen Praxis <i>Sven Hildebrandt</i>	29
Der Stellenwert der Hypnotherapie bei der Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten <i>Justine Büchler</i>	41
Schwangerschaftsabbruch trotz zu erwartender Lebensfähigkeit des Kindes: Gibt es ein ethisch begründetes Entscheidungsmodell? <i>Georg Marckmann und Matthias Meyer-Wittkopf</i>	53
Die Tiefendimensionen der Schwangerschaft im Spiegel der Bindungsanalyse <i>Jenő Raffai</i>	65
Über Schwangerschaften im Bereich der prekären Liebe <i>Helga Blazy</i>	75
Ungewollte Schwangerschaft als Ambivalenzkonflikt <i>Oranna Keller-Mannschreck und Reinhilde Menches</i>	83
„Vergiß-mein-nicht“ Interviews mit Männern und Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch <i>Kirsten Prusky</i>	97

Schwangerschaftsabbruch als Wiederaufnahme einer implantierten – nicht eigenen Handlung? <i>Natascha Unfried</i>	109
Psychodynamische Aspekte von Schwangerschaftskonflikten in Bildern Kunstpsychotherapeutische Erfahrungen <i>Klaus Evertz</i>	115
Die pränatale Wurzel von Konflikten in der Partnerschaft <i>Carmen Ehinger und Franz Renggli</i>	153

Charta der „Rechte des Kindes vor, während und nach der Geburt“

Die UN Konvention zu den „Rechten des Kindes“ war ein historischer Schritt, weil das Kind in seinen eigenen Rechten anerkannt wurde. Das Kind wurde nicht länger nur als ein Noch-nicht-Erwachsener gesehen, sondern als ein eigenständiges menschliches Wesen und als eigenständige menschliche Person mit einem Recht auf Versorgung, Schutz, Sicherheit und Mitsprache. Die UN Konvention zu den „Rechten des Kindes“ garantiert Entwicklungsrechte, die dem Kind erlauben sollen, sein volles Potential zu entwickeln.

Die Forschungen zur frühen Entwicklung des Kindes, wie sie besonders im Rahmen der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) und im Rahmen der American Association for Prenatal and Perinatal Psychology and Health (APPAH) durchgeführt und diskutiert wurden, belegen, dass das individuelle und soziale Leben des Kindes bereits vor der Geburt beginnt. Die Zeit vor, während und nach der Geburt ist als Kontinuum zu betrachten, in dem unterschiedlichste Entwicklungs- und Lernprozesse miteinander verwoben, voneinander abhängig und aufeinander bezogen sind. Das Fundament unserer grundlegenden Gefühle von Sicherheit und Vertrauen wird in dieser Zeit gelegt. Eine Grundvoraussetzung für eine gedeihliche Entwicklung ist eine wechselseitige Bezogenheit. Auch das Kind vor der Geburt ist schon ein eigenständiges menschliches Wesen. Die Rechte des Kindes sollten in diesem Sinne erweitert werden. Die folgende Charta der „Rechte des Kindes vor, während und nach der Geburt“ versucht diese Rechte konkret zu machen. Hierbei geht es um grundlegende emotionale und körperliche Bedürfnisse, die erfüllt sein müssen, um eine gesunde Entwicklung des Kindes zu ermöglichen.

1. Jedes Kind hat das Recht, schon vor der Geburt als eigene Person geachtet und respektiert zu sein.
2. Jedes Kind hat das Recht auf eine sichere vorgeburtliche Beziehung und Bindung.

3. Jedes Kind hat ein Recht darauf, dass während der Schwangerschaft und Geburt seine Erlebens-Kontinuität beachtet und geschützt wird.
4. Jedes Kind hat das Recht darauf, dass medizinische Interventionen, von Anfang an immer auch auf ihre seelische Auswirkung hin reflektiert und verantwortet werden.
5. Jedes Kind hat das Recht auf Hilfen für einen liebevollen und bezogenen Empfang in der Welt, der ihm eine sichere nachgeburtliche Bindung erlaubt.
6. Jedes Kind hat das Recht auf eine hinreichend gute Ernährung vor und nach der Geburt. Jedes Kind sollte nach Möglichkeit gestillt werden.
7. Mit den Kinderrechten verbunden ist es ein Recht der künftigen Generationen, dass die Gesellschaft ihnen die Möglichkeit gibt, ihre eigenen Potentiale als Paar und als Eltern zu entwickeln.
8. Mit diesem Recht auf Entwicklung elterlicher Kompetenz ist das Recht des Kindes auf verantwortliche, feinfühlig und bezogene Eltern oder Ersatzpersonen verbunden.
9. Um diese Rechte des Kindes zu gewährleisten, haben die gesellschaftlichen Institutionen die Pflicht, die Eltern bei der Bewältigung ihrer Aufgaben zu unterstützen.

Als Ergebnis aus der Diskussion wurde noch folgender Zusatz eingefügt: Selbstverständlich stehen diese Rechte auch in Beziehung zu den Rechten anderer Personen, insbesondere denen der Mutter und der Familie. Es ist nötig, einen Ausgleich zwischen ihnen zu finden mit Verständnis für die zugrundeliegenden Bedürfnisse aller, einschließlich denen der Kinder.

Diese Charta beruht auf der Wiener Resolution der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM), auf den Ausführungen von Gaby Stroecken und Rien Verdult zur pränatalen Bindung und den Kinderrechten, der „Resolution des Internationalen Kongresses für Embryologie, Therapie und Gesellschaft 2002“ (Nijmegen/Niederlande) und der Moskauer Resolution der Russischen Gesellschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie, die unter www.isppm.de zugänglich sind. Die Webseite der ISPPM bietet eine umfangreiche Literaturliste zum Thema.

Die Charta wurde von der Mitgliederversammlung der ISPPM in Heidelberg am 3. Juni 2005 beschlossen und verabschiedet.

Annäherungen an das Leitthema – Erfahrungen aus einer gynäkologisch- psychotherapeutischen Praxis

Rupert Linder

Einleitung

Schwangerschaften entstehen (hoffentlich meistens) aus Liebe. Bei der Betrachtung des erweiterten Begriffes ‚Eros‘, der das Begehren mit einschließt, werden die verschiedenen Seiten des Geschehens noch deutlicher.

In zwei Szenen aus der ersten Staffel der ARD-Serie „Türkisch für Anfänger“ demonstrieren die beiden Jugendlichen Lena und Cem eindrucksvoll das innere Chaos, aber auch die Glücksgefühle in Liebesdingen: Lena, die Tochter einer Psychotherapeutin und Cem, der Sohn eines türkischen Polizisten kommen durch das Liebesverhältnis ihrer Eltern in einen Haushalt zusammen. Mit der Zeit entwickelt zwischen ihnen eine erotische Spannung. Überraschend stehen sie miteinander im Flur, als sie gerade erfährt, dass er in sie verliebt ist. Sie ist erst geschockt, beschimpft ihn: „Du Arschloch“, gibt ihm eine Ohrfeige und flieht in Cems Zimmer. Man sieht an ihrer Mimik, wie es in ihr arbeitet. Sie ist genau in einer Zwischenspannung („gleich werd’ ich ohnmächtig“), wo sie realisiert, dass sie von ihm begehrt wird, latent ist sie schon länger von ihm angezogen. Sie: „Schau mich nicht so an!“ – „Ich kann aber nicht anders.“ In der Annäherung zum ersten Kuss sagt sie: „Du Scheißtürke“, er: „dämliche Deutsche“, bevor sie beide auf seinem Bett landen. In einer 2. Szene am nächsten Morgen liegen beide in seeliger Entspannung auf seinem Bett.

Fast alle Fragestellungen, um die es in der frauenärztlichen Praxis geht, haben mit Beziehung zu tun: sei es mit der der Frau zu sich und ihrem Körper, zu einem Partner, oder zu der zur künftigen Generation. Zu diesen Bereichen gehören vielfältige Fragen zu Funktionen des weiblichen Körpers, den verschiedenen Phasen des monatlichen zyklischen Geschehens, den Veränderungen am Anfang der Geschlechtsreife (Entwicklung des Busens, der Schambehaarung, der Zyklustätigkeit, der starken psychischen Umwälzungen dieser Zeit ...), zur Empfängnisverhütung oder zur anderen Seite des Wünschens: zum Kinderwunsch oder zur Vorbereitung auf eine Schwangerschaft.

In der frauenärztlichen Sprechstunde verdichten sich also verschiedene Lebensdimensionen – die Lebenssituation der Frau mit ihren Möglichkei-

ten und Widersprüchen, der Einflüsse der Partnerbeziehung, ihre Lebensgeschichte, das familiäre Umfeld von ihr und ihrem Partner, ihre Arbeitswelt usw. Diese Lebenswirklichkeit teilt sich auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig mit: in ihren Mitteilungen (verbal und averbal, d. h. in den Worten, dem Sprachfluss, der Satzmelodie, der Tonlage, mit offener oder gepresster Stimme, den begleitenden Körperbewegungen und der Mimik), in der psychosomatischen Dimension ihrer Beschwerden, in ihrer Gesamtverfassung usw. Es ist darum notwendig, die Gesamtsituation auf allen Ebenen zu berücksichtigen, also psychisch, sozial, biographisch, somatisch und biologisch. Für einen integrativen Arbeitsansatz in der Sprechstunde müssen daher alle diese Ebenen erfasst werden, und zwar nicht selektiert oder segmentiert, sondern insgesamt und integrativ. Für die Wiedergabe in diesem Vortrag bedeutet das, dass es notwendig ist, die Gesamtsituation, wie sie sich mir mitteilte, auch konkret wiederzugeben. Vom Leser verlangt das, dass er sich mit dem einzelnen Fallbeispiel wirklich beschäftigen muss, sich darauf einlassen muss, um die oft erhebliche Dramatik der Lebenswirklichkeit und der vielschichtigen persönlichen Situation zu erfassen.

Eine weitere Schwierigkeit besteht außerdem darin, dass die Wirklichkeit von Mutter und Kind in unserer patriarchalisch bestimmten Kultur oft verkürzt wahrgenommen wird und im öffentlichen Diskurs nicht ihrer Bedeutung entsprechend abgebildet ist. Darum kann sich hinter (vermeintlich) ganz einfachen Aussagen, wie zum Beispiel, „der Mann will keine Kinder“, eine große und komplexe Wirklichkeit verbergen, die gar nicht so leicht zu entfalten und nachzuvollziehen ist. Es kann sich um einen Paar Konflikt handeln, wie in Fallbeispiel B oder E, es kann wirtschaftliche Not bestehen, die Frau kann mit den Kindern überfordert erscheinen oder sich so fühlen wie in Fallbeispiel D, es kann eine Individuations- oder Trauma-problematik beim Mann bestehen (auch E) usw. Trotz dieser Komplexität, die notwendigerweise nur teilweise, möglichst aber in ihren zentralen Fragestellungen erfasst werden kann, müssen sehr bedeutsame Entscheidungen erarbeitet und beschlossen werden, wie in den Fallbeispielen deutlich wird. Dabei ist bekanntermaßen die Dimension der Zeit bedeutsam, die manchmal hilfreich sein kann, indem ein Gespräch einen Anstoß für eine Entwicklung geben kann. Gelegentlich sind Frauen erleichtert, wenn die zwölf Wochen verstrichen sind, weil sie dann von der äußeren Entscheidung entlastet sind, sich dem Partner gegenüber nicht mehr rechtfertigen müssen. Oft ist der Zeitfaktor im Rahmen des Schwangerschaftskonfliktes aber limitierend, wegen der einzuhaltenden Fristen. Besonders knapp ist der Zeitrahmen für die Möglichkeit der Abtreibungspille, die nur innerhalb von drei Wochen nach der ausgebliebenen Periode angewendet werden darf.

Fallbeispiele

Anhand von fünf Beispielen möchte ich Ihnen im folgenden das breite mögliche Spektrum vorstellen. Es soll Ihnen gleichzeitig zur Einführung und Einstimmung in diese Thematik dienen. Es zeigt fünf sehr unterschiedliche persönliche Situationen in besonderen Schwellsituationen. Wenn Sie sich darauf einlassen können, was wegen der emotionalen Dichte nicht einfach ist, können sie die Vielfalt der sozialen, psychischen, partnerschaftlichen und transgenerationellen Aspekte nachvollziehen.

Frau A, in einem technischen Beruf am Computer arbeitend, kam vor zehn Jahren mit Ende 20 zum ersten Mal in meine Praxis. Im Alter von 16 Jahren hatte sie einen Schwangerschaftsabbruch gehabt. Ihre Mutter und Großmutter hatten Brustkrebs gehabt. „Ich rechne mit irgendeinem Krebs in meinem Leben“ sagte sie in ihrem ersten Sprechstundengespräch.

Einige Jahre später: „Ich möchte eine anonyme Befruchtung, da ich keinen Partner habe“. Sie hatte schon Kontakt zu einem frauenärztlichen Kollegen aufgenommen, ließ vier mal Fremdinseminationen durchführen, jedoch ohne Eintritt einer Schwangerschaft.

Ein Jahr später: „In meinem Privatleben hat sich etwas ereignet, der Partner möchte auch ein Kind. Wie kann ich schwanger werden?“ Sie lernte schnell ihre Körperfunktionen zu verstehen: Schleimproduktion zur Zyklusmitte, spürte die fruchtbaren Tage und war zwei Monate später schwanger. Teilweise litt sie an Kreislaufstörungen, „ich hab das Gefühl, der Akku ist komplett leer, schlafe täglich 12 bis 14 Stunden.“ Sie ließ in der 16. Schwangerschaftswoche eine Amniocentese aus Altersindikation durchführen. In der weiteren Schwangerschaft machten ihr Vorwehen manchmal etwas Schwierigkeiten. Jedoch konnte sie es mit gelegentlicher Schonung und besserem Achten auf ihre Körpersignale balancieren. Am Termin gab es eine normale Geburt eines gesunden Kindes.

Zwei Jahre später: „so langsam möchte ich ein zweites Kind.“ Ein Jahr später ist sie schwanger. Bei der Ultraschalluntersuchung(US) in der 12. SSW zeigen sich zweieiige Zwillinge. Sie war sehr erschrocken. „Drei Kinder wollte ich nicht. Der Freund lebt mehrere hundert Kilometer entfernt. Sie weiß von einer Freundin, wie anstrengend das Leben mit Zwillingen ist. Meine Eltern leben beide nicht mehr und ich habe keine Unterstützung.“ Der Mitarbeiterin gegenüber äußert sie, dass sie überlegt, ein Kind zur Adoption freizugeben, und schon Kontakt zum Jugendamt aufgenommen hat. Beim nächsten Termin spricht sie auch mir gegenüber von diesen Überlegungen.

Zwei Wochen später war im Ultraschall ein Fet auffällig. Ob er vielleicht von selber absterben würde? Eine Amniocentese ergab bei dem einen

Kind eine Trisomie 21, das andere war normal. Zwei Wochen später war das auffällige Kind gestorben, das zweite entwickelte sich normal weiter. Es bestand kein Wunsch nach einer längeren Psychotherapie. Besserung des psychischen und sozialen Befindens, dank mehr Unterstützung durch den Partner. Trotz viel auch körperlicher Arbeit (Berufstätigkeit, zusätzlich Erwerb und Umbau eines Hauses, schließlich Umzug) hatte sie einen guten Verlauf der weiteren Schwangerschaft.

Frau B, zweite Hälfte zwanzig, aus einem näheren osteuropäischen Land stammend. Hat einen drei Jahre alten Sohn, der wenige Wochen nach seiner Geburt zu den Eltern des Partners in (einem anderen) Ausland gegeben wurde. Damals 30 kg Gewichtszunahme in der Schwangerschaft. „Ich will einen Abbruch.“ Auf Nachfrage, wie ihre Lebenssituation sei: Der Partner überlasse ihr die Entscheidung. „Manchmal gibt es Streit in der Beziehung, auch über Kleinigkeiten.“ Von meiner Seite bot ich ein Paargespräch an. Fünf Tage später kam sie allein und sagte: „es war dumm, das (an einen Abbruch) zu denken“. Die ganze Schwangerschaft über wirkte sie jedoch immer sehr ernst und ihr Gesicht machte nie die Andeutung eines Lächelns. Sie litt teilweise unter Übelkeit, wurde einmal wegen eines grippalen Infektes krank geschrieben. Kindsbewegungen spürte sie relativ früh (17. SSW). In der 25. SSW holte sie ihren Sohn zu sich und fuhr bald danach für zwei Wochen in Urlaub zu ihren Eltern in ihre Heimat. Manchmal hatte sie Vorwehen, die Portio war teilweise deutlich verkürzt, sogar mit Trichterbildung im Ultraschall. Mit Tokolytikumöl zur Entspannung der Uterusmuskulatur und mehr Ruhe trug sie das Kind schließlich noch bis über den rechnerischen Termin. In dieser Schwangerschaft hat sie nur 15 kg zugenommen. Die Klinikanmeldung erfolgte zusätzlich durch mich mit telefonischer Erläuterung der besonderen Umstände an die für den Kreissaal zuständige Oberärztin. Eine Woche vor dem Termin lächelte sie das erste Mal vorsichtig, „es geht ganz gut, ich warte jetzt jeden Tag“. Das Kind wurde elf Tage nach dem rechnerischen Termin normal geboren und sie stillte lange.

Frau C, eine 33jährige Frau aus einem südosteuropäischen Land, hatte früher vier Schwangerschaftsabbrüche gehabt. Sie lebt schon länger in Deutschland, spricht akzentfrei, ist äußerst gepflegt, vielleicht etwas maskenhaft. Der Umgang mit der Empfängnisverhütung war immer zwiespältig, die Pille hatte sie jeweils nur kurz genommen, schnell aufgehört, weil sie die Einnahme vergessen hatte. Über andere Verhütungsmethoden war sie wiederholt informiert worden, wollte „es sich überlegen“. Diesmal war sie wieder schwanger. „Ein Kind passt jetzt nicht“. Das Gespräch dauerte nicht lange.

Einige Jahre später sagte sie spontan, anlässlich einer Krebsvorsorgeuntersuchung: „Ich fahre lieber Motorrad, als Kinder zu haben“.

Frau D, hatte zwei Kinder, zwei und drei Jahre alt, eine warmherzige emotional schwingungsfähige und mütterlich wirkende Frau. Ein Intrauterin-pessar war außerhalb gelegt worden und saß in tiefer als optimal, das heißt weniger wirksamer Position in der Gebärmutter. Dies wurde ihr mitgeteilt aber sie wollte keine Veränderung vornehmen lassen. Mit drei Wochen überfälliger Periode kam sie sechs Monate später in meine Praxis. Sie sei ganz verwirrt. Sie habe schon die zwei kleinen Kinder, sie und ihr Mann haben gerade ein Haus gebaut, in das sie in vier Wochen einziehen wollen. Sie fühle sich „kurz vor der (psychiatrischen) Landesklinik“. Sie mache sich auch Gedanken, ob und wie sie später einen Arbeitsplatz finden könne. Die Untersuchung zeigt eine zeitentsprechend vergrößerte Gebärmutter und der Ultraschall eine neben der Spirale liegende Fruchthöhle mit intaktem Embryo. Sie fragt nach den Modalitäten, wie sie einen Abbruch der Schwangerschaft bekommen könnte. Weitere Gespräche, die ihr angeboten wurden, wollte sie nicht führen.

Drei Wochen später kommt sie wieder, eine Woche nach dem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch. Körperlich ginge es ihr gut, kopfmäßig schlecht. Schon im Aufwachraum habe sie gewusst, es sei die falsche Entscheidung gewesen. (Die körperlichen Befunde waren in Ordnung.) Sie denke nur noch daran, dass es die falsche Entscheidung gewesen sei. Sie wolle bald noch einmal ein Kind bekommen. Sie hätten es doch geschafft. Die Gründe dagegen seien ihr wie weggeblasen. Wenn sie bei Freunden oder auf der Straße Kinder sehe, sei es sehr schmerzhaft. Sie entschied sich, psychotherapeutische Sitzungen in Kurzzeittherapie zu machen. Einige Wochen später: Manche Tage sei es besser, aber sie denke doch jeden Tag daran, dass sie das Falsche gemacht habe. „Der Kopf denkt, aber das Herz versteht es nicht.“ Ihr Mann sei auch nicht begeistert, meine, dass sie auch so schon, mit den zwei vorhandenen Kindern überfordert sei und sie für ihn zu wenig Zeit habe. Schlimm sei es, dass um sie herum so viele Schwangere seien, und dass sie nicht über ihren Abbruch reden könne, er geheim bleiben müsse. „Man kommt sich so allein vor.“

Zur Haltung ihres Mannes: Als sie von der Schwangerschaft wusste, habe er gesagt, „es ist in Dir, ich kann dazu nichts sagen“. Am Abend vor dem Eingriff habe sie gedacht: wenn er irgendetwas gesagt hätte, würde ich es nicht machen lassen. Nach dem Eingriff habe er gesagt: „Ich dachte, Du lässt es sowieso nicht machen.“ Nach dem Ultraschall bei mir habe sie überlegt: sie würde das Kind eher kriegen. Er danach: „aber wir haben es doch besprochen“. Es lässt sich deutlich nachvollziehen, wie sich beide in diesem Punkt „immer gerade verpasst“ haben. In der Zeit nach dem Ab-

bruch und in der Therapie hatte sie viel mit ihrem Mann gesprochen, über die Schwierigkeiten in ihrer Kommunikation. Beide hätten Fehler gemacht. Beide müssten Verantwortung dafür übernehmen. Sie erwähnte Schuldgefühle im Zusammenhang mit dem Tod anderer Verwandter. Vor Weihnachten habe sie eine Engelsfigur gekauft und in die Küche gestellt. Sie habe in der Zwischenzeit mit ihrer Mutter über die dritte Schwangerschaft reden können.

Die Abstände zwischen den Therapiesitzungen wurden länger. Eine Woche vor dem errechneten Termin, was sie ausdrücklich erwähnte, sagte sie, sie würde jetzt wieder etwas arbeiten. Es ginge ihr besser und sie bräuchte keine weiteren Therapiesitzungen mehr.

Frau E, Anfang 30, hatte schon zwei Kinder im Alter von sieben und fünf Jahren aus erster Ehe. Von meiner Kollegin wird eine Frühschwangerschaft festgestellt. Bei der zweiten Untersuchung in der 7. SSW berichtet sie: Sie leide unter Stress, habe seit dem Vortag Unterleibsschmerzen rechts: Der Partner sage: „Entweder das Kind, oder ich“. Im Ultraschall zeigen sich sogar zwei Fruchthöhlen. Drei Tage später kommt der Partner mit. Vorwurfsvoll sagt er: Er bleibe auf der Strecke, „Das Leben von vier Menschen wird kaputt gemacht: meines, ihres und das der (vorhandenen) Kinder ... Ich möchte keine Kinder. Ich habe einen Traum von einem Urlaub jedes Jahr, mit Verwöhnen und Ruhe. Mein Beruf ist sehr anstrengend ...“ Eine Woche später kommt sie alleine. Sie hat sich von ihrem Partner getrennt. Er habe ihr vorgeworfen, sie sei absichtlich schwanger geworden, und auch noch mit Zwillingen. Ein paar Tage später sehe ich sie selber: Sie habe totalen Stress, gestern habe sie psychisch totalen Tiefgang gehabt. Der Freund bestehe auf Abbruch. Sie habe ihn jetzt abserviert. Er sei Einzelkind. Ein bis zwei Freundinnen würden zu ihr halten. Ihr Sohn wolle sie unterstützen, die Tochter sei neugierig. Die Befunde sind alle normal, im Ultraschall zweimal positive Herzaktion. Ich erzähle ihr die Geschichte einer Frau, die in ihrer dritten Schwangerschaft trotz Trennung von ihrem Mann, viel Arbeit und anderer Belastungen ihren besten Schwangerschaftsverlauf hatte.

In der 22. SSW: Sie habe Stress vom Erzeuger. Seine Eltern hätten angerufen: Sie wollten beim Jugendamt einen Beschluss erwirken, dass sie eine Fruchtwasserpunktion durchführen lassen müsse. Sie selber stammt aus einer kinderreichen Familie, allerdings lebt die Mutter ein paar hundert Kilometer entfernt. Wegen Unterbauchschmerzen bei noch einigermaßen erhaltener Portio verordnete ich eine Haushaltshilfe für zwei mal vier Stunden in der Woche und Tokolytikumöl. Eine Woche später berichtet sie, dass diese Entlastung ihr sehr gut tut. Sie hat etwas Zeit für sich, kann mal etwas lesen, auch den Kindern vorlesen. Seit zwei Tagen konnte sie das Rauchen aufgeben.

Einige Wochen später: Ihre Mutter hatte im 6. Monat eine Fehlgeburt mit Zwillingen gehabt. Ihre Mutter und ihr Vater hatten jeweils schon Kinder aus früheren Ehen gehabt. An ihrem Vater, der gestorben war, als sie 17 war, hatte sie sehr gehangen. Sie würde jeden Tag mit ihren Kindern im Bauch reden: bleibt noch drin. In der 29. Woche verschlechterten sich die Befunde: Die Portio wurde kürzer und auch empfindlich. Es stand im Raum, ob auch die Einlage eines Arabin-Cerclage-Pessars erforderlich würde. Der Stress wurde nicht geringer: Ihre eigene Scheidung (von dem Vater der ersten Kinder) stand an. Es kam zu sehr unangenehmen Auseinandersetzungen vor einem Psychologen und dem Jugendamt. Es war nicht klar, ob der Sohn zu dem Ehemann ziehen würde. Sie fand teilweise Rückhalt in (entfernteren) Verwandten des Kindsvaters. Vorsichtig kam auch ein gewisser Kontakt zu dem Vater der Zwillinge zustande („bringt Sprudel, stellt das Auto leihweise vor die Tür ...“). Immer blieb sie in innerem Kontakt zu den beiden Kindern im Bauch. Es gab weiter gerichtliche Auseinandersetzungen um das Sorgerecht des Ältesten. Geburtshilflich gab es Überlegungen der Klinik, ob wegen der Steißlage des führenden Kindes ein Kaiserschnitt erforderlich werden würde. Deshalb setzte ich mich mit der leitenden Oberärztin in Verbindung. Die Patientin entwickelte starke Wassereinlagerungen und hatte es mit einem so großen Bauch (Leibumfang 108 cm) nicht leicht, den Alltag zu bewältigen. Am Schluss drehte sich das erste Kind noch in Schädellage und sie konnte in der 36. SSW normal gebären, beide Kinder wogen fast 2550 Gramm. Sie konnten zwei Wochen nach der Geburt aus der Kinderklinik nach Hause entlassen werden.

Die Beziehung zum Kindsvater stabilisierte sich mit der Zeit, wenn auch bei ihr wegen des Konfliktes in der Schwangerschaft eine gewisse Unsicherheit blieb. Sie zogen später in ein gemeinsames Haus und heirateten.

Reflexionen der Fallbeispiele

Diese Beispiele sollen das Spektrum der verschiedenen Situationen darstellen. Die Feststellung und damit das Bewusstwerden der Schwangerschaft rührt an den tiefsten bewussten und unbewussten Grundhaltungen und Einstellungen beider Erwachsener. Dabei werden Ressourcen geweckt, manchmal aber auch Erinnerungen an eigene alte, oft pränatale Verletzungen. Auch Erfahrungen der vorhergehenden Generation können bedeutsam sein und unbewusst wirksam werden. Verschiedene Aspekte, Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten werden in den weiteren Beiträgen dargestellt werden.

Im ersten Beispiel (A) hat eine Frau, mit einer nicht unbelasteten Beziehung zu sich selbst (sie rechnet damit, in ihrem Leben Krebs zu bekommen) verschiedene Versuche unternommen, durch Fremdsamen schwanger zu werden – vergeblich. Ihr erstes Kind bekommt sie schließlich, als sich ihre Lebenssituation so verändert, dass sie in einer Liebessituation auf normalem Wege schwanger wird und mit Unterstützung alle Schwangerschaftsphasen gut durchlaufen kann. Bei ihrer zweiten Schwangerschaft hat sie ungewollt Zwillinge und ist geschockt. Dies aber so langanhaltend und schwerwiegend, dass sie ganz real überlegt, ein Kind zur Adoption freizugeben. Dieser Schritt erscheint sehr schwerwiegend, mag auf den Leser auch schockierend wirken. Letztlich dürfte sich darin aber die Einstellung ihrer eigenen Eltern zu ihren eigenen ungeborenen Kindern spiegeln. Letztlich verabschiedet sich aber das eine, letztlich auch in der Pränataluntersuchung auch als besonders (chromosomengeschädigte) erkannte Kind von selber und stirbt intrauterin. Das andere Geschwister kann die Schwangerschaft von dieser Besonderheit abgesehen normal durchlaufen. Immer ist bei ihr eindrucksvoll, wie sie mit großer Energie alle äußeren Voraussetzungen selbstständig meistert. Ihre Eigenständigkeit ist ihr sehr wichtig. Die Beziehung zum Partner beinhaltet immer einen großen (Sicherheits-) Abstand. Über die Notwendigkeit, ihrem jüngeren Sohn die Tatsache eines Zwillinges präsent zu halten, wurde sie ausdrücklich hingewiesen.

Die zweite Frau (B) erscheint von vorneherein gehemmt, niedergeschlagen und in sich, ihrer Umgebung und in dem Land, in dem sie lebt (jetzt Deutschland) nicht recht beheimatet. So wundert es nicht, dass sie auch ihr erstes Kind (sicher auch aus äußeren Zwängen) bald nach der Geburt an die Eltern des Partners abgegeben hat und nur selten Kontakt haben konnte. In ihrer Entscheidung, dieses zweite Kind doch zu bekommen, kann sie auch zu sich eine neue Beziehung finden. Sie findet ein Stück Geborgenheit durch die Reise zu ihren Eltern und in ihre alte Heimat in der Situation der neuen Schwangerschaft. Danach kann sie sich entschließen, ihren erstgeborenen Sohn zu sich zu holen. Dennoch ist ihre Gefühlssituation noch die ganze Schwangerschaft gedrückt. Erst am Schluss, als alles interdisziplinär für eine möglichst komplikationsarme Geburt vorbereitet ist und Beziehungen geknüpft sind, durch besonderen Einsatz aller Betreuenden, kann sie das erste Mal lächeln.

Frau C ist wiederholt ungewollt schwanger geworden. Die Verhütungsfrage hatte sich nie dauerhaft lösen lassen. Es erscheint fast, wie wenn sie innere Faktoren immer wieder in die Situation einer ungewollten Schwangerschaft haben geraten lassen. Dieser Punkt ist aber nicht besprechbar, sondern offenbar tief unbewusst verborgen. Es ist ihr nur möglich, diese schmerz-

haften Seiten wiederholt im Geschehen eines durchgeführten Schwangerschaftsabbruches zu handeln. Vielleicht ist diese Situation erklärbar durch die in ihrem Kulturkreis wesentlich häufiger durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche. Dies kann ihre Familie oder Vorfahren einschließen. Vielleicht war sie sogar selbst als Ungeborene von Abbruchsüberlegungen bedroht. Das Motorradfahren kann dann als Vergewisserung der eigenen Lebendig- und Beweglichkeit angesichts solcher Bedrohungen interpretiert werden.

Frau D weiß eigentlich, dass sie eine erhöhte Gefahr hat, schwanger zu werden. Auch hier ist die hochgradige Ambivalenz dem Kind gegenüber spürbar, das schließlich nicht kommen kann. Sie schwankt zwischen empathischem Mitfühlen und der hochgradigen Angst den Anforderungen nicht gewachsen zu sein. Spiegelbildlich ist die Ambivalenz ihrem Ehepartner gegenüber. Sie fühlt sich von ihrem Mann überfordert. Beide verpassen sich immer gerade, ähnlich wie die zwei Königskinder in dem bekannten Grimmschen Märchen. Sie kann sehr deutlich und offen in der anschließenden Psychotherapie ihre vielfältigen seelischen Schmerzen ausdrücken. Sie setzt sich intensiv mit den Fragen des Todes und der Endlichkeit auseinander. Sie findet im Rahmen des Trauerprozesses einen Platz auch für die Liebe und Verbundenheit zu ihrem Kind (Engelfigur auf dem Küchenregal). Schließlich hilft ihr die Öffnung und die Möglichkeit über diese schwierigen Fragen mit ihrer Mutter reden zu können. Zum Zeitpunkt des errechneten Geburtstermins, den sie auch bewusst wahrnimmt, kann sie in dieser Entwicklung zu einem gewissen Abschluss kommen.

Frau E zeigt eine Situation von hoher Komplexität auf sehr vielen Ebenen. Wieder zeigt sich die erhöhte Belastung einer Zwillingsschwangerschaft. Besonders ins Auge springt hier die vehemente Reaktion des Kindsvaters, die auf eigene traumatische Ereignisse, wahrscheinlich auf pränataler Ebene hinweist. Hinzu kommt eigene Instabilität in und durch ein Leben in einer mehrfachen Patchworksituation. Es bestehen auch erhebliche Belastungen aus der eigenen Ursprungsfamilie. Umso wichtiger waren die Bemühungen, sie in der therapeutischen Situation immer wieder einen sicheren Rahmen finden zu lassen. Dazu bedarf es in so schwierigen Umständen oft des intensiven und interdisziplinären Zusammenarbeitens vieler Betreuer (Praxismitarbeiter, Frauenarzt, Therapeut, Klinik, Beratungsstelle, Psychologe, Rechtsanwalt ...). In diesem Beispiel und diesem Rahmen war sie in der Lage, auch selbst immer wieder Ressourcen zu finden (sogar in der etwas entfernten Verwandtschaft des Vaters der Kinder). Sehr entscheidend dürfte die gute emotionale Verbindung von Frau E zu ihren beiden ungeborenen Kindern gewesen sein. Letztlich kann aber aus ei-

nem solchen Beispiel auch deutlich werden, wie schmal manchmal der Grat zwischen einem guten erfolgreichen Verlauf im auch körperlich gesunden Bereich und schweren, eventuell auch lebensbedrohlichen Komplikationen sein kann.

Resümee

Hier zeigt sich, wie wichtig für den Umgang mit Schwangeren, besonders denen in einer Konfliktsituation, die emotionale Offenheit und Zugewandtheit der Betreuenden ist. Diese ist zeitnah und in genügendem Umfang erforderlich. Sie kann sich in Situationen, wie den angegebenen, keineswegs auf das Erheben von vermeintlich unauffälligen körperlichen Befunden beschränken, sondern muss andere Aspekte des qualitativen Befindens der Schwangeren, ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklung und des kulturellen und sozialen Hintergrundes miteinbeziehen. Durch Offenheit der Betreuenden auch für tiefliegende unbewusste Aspekte der Betroffenen, wie sie aus den oben genannten Beispielen hervorgehen, können diese im Finden einer möglichst guten Lösung für sich und vielleicht der noch ungeborenen Kinder unterstützt werden. Gerade die Zeit der Schwangerschaft bietet bei beziehungsorientierter Begleitung und danach neben dem Zugewinn realer Beziehungen erhebliche Entwicklungsmöglichkeiten der werdenden Eltern auf allen Ebenen.

Es kann aus den Beispielen deutlich werden, dass sich in den konkreten Schicksalen der Frauen mit ihren Kindern und Partnern alle Möglichkeiten und Widersprüche unserer Zeit und aus der Zeit der Eltern und Großeltern spiegeln.



Rupert Linder, Dr. med., Frauenarzt, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, seit 1986 in eigener Praxis mit Integration der beiden Fachgebiete. Arbeitsschwerpunkte: Prävention von Frühgeburten, Ermutigende Mutterschaftsvorsorge, Pränatale Psychologie.

Anschrift: Goethestraße 9, 75217 Birkenfeld

Telefon: (07231) 482223

E-Mail: post@dr-linder.de

Internet: www.dr-linder.de

Zur Psychohistorie des Schwangerschaftskonflikts

Ludwig Janus

Einleitung

Die Eigenart des Menschen, dass er biologisches und kulturelles Wesen zugleich ist, führt dazu, dass elementare Lebensvorgänge zum Konflikt werden können. Das gilt insbesondere für einen so zentralen Lebensvorgang wie die Entstehung und Entwicklung eines neuen Menschen und die damit verbundene Transformation der biologischen Elternwerdung zur psychologischen und sozialen Elternwerdung. Historisch hat dieser Konflikt unterschiedliche Formen angenommen, entsprechend dem unterschiedlichen gesellschaftlichen und kulturellen Kontext. Aus der Begrenzung des einschlägigen Wissens möchte ich mich auf den geschichtlichen Raum Westeuropas beschränken, wobei ich für den historischen Hintergrund weitgehend der Darstellung Robert Jüttes in seinem Buch „Geschichte der Abtreibung – von der Antike bis zur Gegenwart“ (1993) folge.

Es ist eine Eigentümlichkeit menschlicher Kultur, die Beziehungen der Geschlechter grundsätzlich zu regulieren und hierdurch ihre innere Struktur wesentlich zu bestimmen. Der Schwangerschaftskonflikt ist dann durch diese Regelungen bestimmt und steht in einem geschichtlich sehr wechselnden Kontext.

Wir dürfen annehmen, dass es von jeher einen Schwangerschaftskonflikt geben konnte und dass es in den Gesellschaften auch immer ein Wissen über abortive Mittel gegeben hat. Solche Konflikte liefen aber durchweg unterhalb der Ebene offizieller Mitteilungen, so dass wir den eigentlichen Schwangerschaftskonflikt nur indirekt über die gesellschaftlichen Regelungen zu Schwangerschaftsunterbrechungen erfassen können. Bedeutsam ist dabei, dass die europäische Geschichte überwiegend patriarchalisch geprägt ist, so dass die Schwangerschaftsunterbrechung vaterrechtlich bestimmt war: „Theologen, Moralisten, Schriftsteller, Politiker und Mediziner sind sich von Anfang an darüber einig gewesen, dass die Frau und damit auch ihr Körper der männlichen Autorität unterstellt werden muss“ (Jütte 1993, S. 13).

Ein Schwangerschaftskonflikt im modernen Sinne als Konflikt in der Frau und der Frau ist mit der Frauenemanzipation und der Relativierung patriarchaler Ausrichtung unserer Kultur verbunden. Zur Orientierung fasse ich zunächst die geschichtlichen Daten zusammen:

Abtreibungen in den frühen Hochkulturen

Die rauen Verhältnisse im Umgang der Geschlechter in den frühen Kulturen werden an den Strafregeleln deutlich. So heißt es in den Gesetze des Hammurabi aus dem 17. Jh. v. Chr.: „Wer durch Misshandlung einer (freien) Frau ihre Leibesfrucht tötet, wird mit Geldstrafe von 10 Schekeln bestraft“ (Jütte 1993, S. 27). Der Konflikt besteht also zwischen Männern oder Vatergottheiten gegenüber.

Von Ägypten gibt es relativ ausführliche Mitteilungen über Abortiva. Von rechtlichen Einschränkungen von deren Gebrauch ist nichts bekannt.

In Griechenland galt Abtreibung als Mittel zur Regulierung des Bevölkerungswachstums. So riet Platon im „Staat“ „... am liebsten dafür zu sorgen, dass die Frucht, wenn sie erzeugt ist, gar nicht das Licht erblicke, wofern es aber nicht verhindert werden kann, es so zu halten, als gebe es keine Nahrung für einen solchen“ (zit. n. Jütte 1993, S. 30). Aus diesen Ratschlägen wird die völlig fehlende Einfühlung in das vorgeburtliche Kind deutlich, was auch wohl weitgehend für das nachgeburtliche Kind gilt. Dies hängt z. T. mit den deprivierenden Lebensbedingungen von Frauen und Kindern zusammen. Höchstens ein Drittel der geborenen Kinder erreichen das Erwachsenenalter, das Heiratsalter liegt extrem früh zwischen 14 und 18 Jahren und Frauen werden meist nicht älter als 35 Jahre.

Immerhin gibt es im alten Griechenland wechselnde Spekulationen über das vorgeburtliche Kind: zum Teil besteht die Annahme, der Fötus sei kein Lebewesen, sondern ein Teil der Gedärme der Mutter, zum Teil wird aber eine gewisse Lebendigkeit angenommen. Geschichtlich einflussreich war die Lehre des Aristoteles von der „Sukzessivbeseelung“, wonach der männliche Embryo am 40. Tage nach der Zeugung beseelt werde und der weibliche Embryo am 80. Tage nach der Empfängnis. Dies ist der philosophische Hintergrund für Fristenlösungen, die es schon bei antiken medizinischen Autoren gab, die eine Abtreibung zwischen dem 2. und 3. Monat empfahlen.

In Rom waren Abtreibungen wohl relativ verbreitet, nicht nur in der Oberschicht, sondern auch in der Unterschicht. Man kannte zahlreiche Mittel und der Fötus wurde nicht als Lebewesen angesehen, sondern als Teil der Eingeweide der Frau. Die Menschwerdung oder Beseelung setzte demnach erst mit dem ersten Atemzug ein. Die Abtreibung wurde strafrechtlich nur relevant, wenn das Vaterrecht der „Patria Potestas“ berührt wurde.

Dieser Aspekt gewann im spätrömischen Reich mit der Einführung des Christentums als Staatsreligion erweiterte Bedeutung, insofern die „Patria Potestas“ nun bei dem Vatergott lag. Wie der irdische Vater das Recht über Leben und Tod der Nachkommen besaß, so war dieses Recht nun auf den christlichen Vatergott übergegangen mit dem Anspruch universeller Geltung. Dadurch wurde die im Römischen Reich bis dahin übliche Abtrei-

bung, Kindesaussetzung oder Kindestötung, um sich unerwünschten Nachwuchses zu entledigen, zum strafrechtlichen Delikt. Dabei orientierte man sich zum Teil an dem Konzept der „Sukzessivbeseelung“ des Aristoteles und Angaben aus der Septuaginta, dass erst der geformte Fötus eine Seele besitze. In diesem Sinne gab es in der katholischen Kirche bis in das letzte Jahrhundert eine Fristenlösung, die jedoch durch päpstliche Edikte im 19. Jahrhundert zunehmend aufgehoben wurde. Diese christliche Ablehnung des Schwangerschaftsabbruches bezieht sich aber letztlich bis heute noch nicht auf eine Einfühlung, sondern es steht die abstrakte Wertung einer Seele, die vom göttlichen Vater stammt und insofern seinem Rechtsanspruch unterliegt, im Vordergrund der theologischen Argumentation.

Mittelalter und frühe Neuzeit

Die stärkere Strukturierung und Organisierung der westeuropäischen Staaten und Gesellschaften in der beginnenden Neuzeit führte auch zu einer schärferen Bestrafung von Abtreibungsdelikten oder der Beihilfe zur Abtreibung, wie sie in der „peinlichen Gerichtsordnung“ Kaiser Karl V. aus dem Jahre 1532 formuliert ist. Darin wird eine Abtreibung mit der Todesstrafe durch Hinrichtung oder Ertränken geahndet. Wenn das Kind noch nicht lebendig war, kommen Geldbußen, Prügel oder Landesverweise in Betracht. Die Praxis war jedoch nicht so rigoros wie die gesetzlichen Verordnungen. So wird eine Hebamme zur Zeit Ludwig XIV. wegen 2500 Abtreibungen im Jahre 1680 hingerichtet. Dabei sind jedoch die Prozesse wegen Abtreibungen wesentlich seltener als Prozesse wegen Kindesmorddelikten.

Die Aufklärung relativierte die Macht des göttlichen Vaters und seiner irdischen Stellvertreter und damit verlor auch der reine Bestrafungsgesichtspunkt bei den rechtlichen Regelungen zur Abtreibung seine absolute Bedeutung. „Das zentrale Ziel wurde die Verhinderung von Abtreibungen“ (Jütte 1993, S. 91).

Die Abtreibung und der Kindesmord waren nicht mehr als gegen Gott gerichtete Handlungen gesehen, sondern als gegen den Staat. Folgender Gesichtspunkt war wichtig: „Der Zweck der Bestrafung war nicht mehr die Aussöhnung mit Gott, sondern die Besserung und Sicherung jedes Einzelnen und der Gesellschaft“ (Jütte 1993, S. 95). Erst im Kontext dieser gewandelten Mentalität wird der Schwangerschaftskonflikt bei der Frau sichtbar. Dies illustriert der Fall der Eleonora Schulzen aus dem Jahre 1768, wobei in der gerichtlichen Verhandlung auch ihre Konfliktsituation gewürdigt wurde. Sie war ungewollt schwanger von einem Knecht und hatte sich über die Hebamme um ein Abtreibungsmittel bemüht.

Aus den Bemühungen eines modernen Strafrechtes kristallisierte sich 1871 das Reichsstrafgesetzbuch, das unter § 218 „Verbrechen und Vergehen

wider das Leben“ verhandelt. Man sprach jedoch nicht von Tötung, sondern „von Abtreibung der Leibesfrucht“. Dies ermöglichte medizinische Indikation zum Wohle der Frau.

Das Bemerkenswerte an dieser Regelung war, dass trotz der strikten Regelung mit einer Zuchthausstrafe von 5 Jahren oder bei milderen Umständen von 6 Monaten in Deutschland zu dieser Zeit zwischen 300 000 und 500 000 Abtreibungen durchgeführt wurden. Dies war vor allem bei Frauen der unteren Bevölkerungsschicht mit großen Gefahren verbunden. Im Vergleich zur Häufigkeit der Abtreibungen waren die gerichtlichen Verfahren minimal. Typisch waren Abtreibungen bei Mägden und Dienstmädchen.

Beginn der Frauenemanzipation

In den 20er Jahren gab es eine sehr intensive und durch politische Polarisierungen belastete Diskussion um den § 218. Die Kommunisten plädierten für eine völlige Abschaffung, weil er vor allem für die Arbeiterfrauen strafrechtliche Folgen hatte und durch das gewachsene medizinische Wissen Abtreibung sicherer war als früher. Trotz der gesetzlichen Regelungen mit ihren hohen moralischen Ansprüchen scheinen in der Realität des Lebens die „praktischen“ Gesichtspunkte zu überwiegen. Eine Einfühlung in das vorgeburtliche Kind war wenig entwickelt: „... für viele Frauen war eine Schwangerschaft von 2 oder 3 Monaten nicht viel mehr als eine Blutstockung, eine Unregelmäßigkeit, die beseitigt werden durfte“ (Jütte 1993, S. 143).

Aus etwas anderer Perspektive stellte die Frauenemanzipation den § 218 in Frage. Ihr war die konsequente Selbstbestimmung der Frau wichtig. Dazu gehörte auch, dass Empfängnisverhütung immer selbstverständlicher wird. „Dabei wurde die Abtreibung als eine selbstverständliche Alternative zur Empfängnisverhütung gesehen“ (Jütte 193, S. 143).

Die Geburtenregelung wurde Teil einer selbstbestimmten Lebensplanung. Überwogen bei den Schwangerschaftsunterbrechungen früher ledige Frauen, so sind es jetzt mehr die verheirateten Frauen mit mehreren Kindern, die oft aus wirtschaftlichen Gründen eine weitere Geburt verhindern wollen. Das gestiegene anatomische Wissen ermöglichte den Frauen auch eher, die Abtreibung mit Stricknadeln und Infusionen von Seifenwasser oder Essig selbst herbei zu führen. Informative Bücher wie der „Bilz“ hatten Millionenauflagen.

Aus der hin und her wogenden Diskussion zum § 218 kristallisierte sich schon in den 20er Jahren die später in der Bundesrepublik realisierte Fristenregelung heraus. Von der rechten Seite überwogen Tendenzen, den § 218 noch zu verschärfen, von der linken Seite erfolgte das Plädoyer für eine Abschaffung. Auf einem internationalen Kongress für Sexualreform

wurde formuliert: „Der § 218 ist ein Repräsentant, und zwar der weitgehend sichtbarste Repräsentant der autoritativen Zeugung, Repräsentant einer überwundenen Epoche, ein Überbleibsel aus der Zeit des Obrigkeitsstaates, eine Säule, die da nur Zeuge ist entschwundener Pracht. Wer den Staat von heute bejaht, muss gegen sie sein“ (Jütte 1993, S. 158).

Die Verantwortung ganz bei der Frau zu lassen, war zu dieser Zeit jedoch noch eine Minderheitsposition. So formulierte die Feministin Helene Stöcker 1922: „Erst wenn dieser Paragraph, der ein werdendes Leben seiner eigenen Mutter gegenüber schützen soll, fällt, erst dann, wenn jeder Zwang behoben ist, wenn jede Schwangerschaftsunterbrechung in Freiheit und unter eigener Verantwortlichkeit geschieht, erst dann kann sich das mütterliche Verantwortungsgefühl ganz entwickeln“ (Jütte 1993, S. 162).

Insgesamt hatte die Diskussion zum § 218 eine enorme Öffentlichkeitswirkung. Es entstanden Theaterstücke mit dem Titel „Paragraph 218. Gequälte Menschen“ und „Zyankali“. Das erstere wurde verfilmt und fand ein Millionenpublikum. Damit bereitete sich vor, dass der Schwangerschaftskonflikt aus der Ebene juristischer, theologischer und politischer Diskussion auf die Ebene der Verantwortlichkeit der Menschen verlagert wurde. Doch spielte dabei die Einfühlung in das vorgeburtliche Kind und seine Situation noch kaum eine Rolle: „Gegenüber der heutigen Diskussion ist auffällig, dass Abtreibung kaum als Gewissensfrage behandelt wurde. Es ging nicht in erster Linie um das Lebensrecht des Embryos, sondern um den Bestand und die Stärke der Nation“ (Jütte 1993, S. 167).

Eine gewisse praktische Klärung brachte eine Entscheidung des Kreisgerichtes vom 11. März 1927, das entschied, dass die „ärztlich angezeigte Schwangerschaftsunterbrechung“ durch die Schwangere selbst oder mit Einwilligung der Schwangeren durch einen Dritten „nicht rechtswidrig“ sei, „wenn sie das einzige Mittel ist, um die Schwangere aus einer gegenwärtigen Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung zu befreien“ (Jütte 1993, S. 169). Dies relativierte den § 218 im Sinne einer Indikationenregelung.

Im Nationalsozialismus wurden die Regelungen gegen die Schwangerschaftsunterbrechung wieder verschärft, weil „die Lebenskraft des deutschen Volkes“ beeinträchtigt würde.

Liberalisierung und neue Bewertungen

Der liberale Geist der 68er Jahre und auch noch der 70er Jahre ermöglichte eine neue und differenzierte gesellschaftspolitische Diskussion und eine Neufassung des § 218 im Sinne einer Fristenregelung mit einer Beratungspflicht, wie wir sie seit 1976 haben. Damit ist in neuartiger Weise die Verantwortlichkeit der Frau und der Eltern als weitgehend gleichrangig neben den Belangen des Staates und den kirchlichen Wertvorga-

ben anerkannt. Erst in dieser Zeit entwickelte sich auch zunehmend eine Einfühlung in die Lebensrealität des vorgeburtlichen Kindes und erstmals im Jahre 2005 wurden die Rechte des ungeborenen Kindes jenseits des reinen Überlebensrechtes hinaus qualitativ und differenziert in einer diesbezüglichen Charta der ISPPM beschrieben (siehe Abdruck in diesem Buch und www.isppm.de).

Auf der Basis dieser neuen Rahmenvorstellungen und der damit gegebenen erweiterten Verantwortlichkeit kann nun das Problem des „Schwangerschaftskonflikts“ auf einer neuen Ebene erörtert werden. Dabei ist für mich evident, dass alle juristischen, moralischen und theologischen Argumentationen relativ bleiben gegenüber der Realität von 130 000 Schwangerschaftsunterbrechungen pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland, deren Hintergrund zu einem großen Teil eine ungenügende Vorbereitung auf die Realitäten des Erwachsenenlebens ist. Längere Zeit wurde in der ISPPM das Projekt eines „Elternführerscheins“ erwogen. Doch müsste diese Elternvorbereitung viel weiter gehen im Sinne eines „Leben Lernens“ auf unseren Schulen, die nicht nur auf berufliche Kompetenzen vorbereiten sollten, sondern auch auf soziale und psychologische Kompetenzen, wie verantwortliche Beziehung, Fähigkeit zur Konfliktlösung, Dynamik von Paarbeziehungen, Vateridentität, Mutteridentität, Lebensentwurf usw. Die jetzige Elternvorbereitung ist erheblich insuffizient, wie ein Blick auf die genannte Statistik der Schwangerschaftsunterbrechungen zeigt. Wenn eine Fahrschulqualifikation dazu führt, dass jeder fünfte Teilnehmer einen tödlichen Unfall baut, dann ist dies nicht nur in sich schon eine Katastrophe, sondern lässt auch in Bezug auf die Qualitäten der Fahrweisen der anderen vier erhebliche Bedenken aufkommen. Hiervon müsste die Energie für eine wirkliche Veränderung in unserer Schulbildung ausgehen. Bei der jetzigen Mangelvorbereitung wird Elternschaft für einen Großteil der Betroffenen zu einer Überforderungssituation, die sich nicht nur in der hohen Zahl der Schwangerschaftsunterbrechungen äußert, sondern ebenso in Schwächen der Elternkompetenz überhaupt.

So kann es für den Schwangerschaftskonflikt immer nur zeitbedingte Lösungen geben, die entsprechend der Erkenntnis der Ursachen und Hintergründe weiter entwickelt werden müssen.

Literatur

Jütte R (1993) Geschichte der Abtreibung. C. H. Beck, München



Ludwig Janus, Dr. med., psychoanalytischer Psychotherapeut in eigener Praxis. Arbeitsschwerpunkte: Pränatale Psychologie, Psychohistorie, Geschichte der Psychoanalyse.

Anschrift: Zähringerstraße 4, 69115 Heidelberg, Internet: www.ludwig-janus.de

Ambivalenz beim Umgang mit Schwangerschaftsverhütung

Erfahrungsbericht aus einer gynäkologischen Praxis

Sven Hildebrandt

Der Themenkomplex dieser Tagung ist vielschichtig. Schon das Motto zeigt, auf welchem dünnem Eis wir uns bewegen. Der Titel unserer Konferenz vermeidet nämlich die Benennung des eigentlichen Problems, das uns hier zusammenführt.

Natürlich dürfen wir darüber nachdenken, warum nicht jede Schwangerschaft ein Produkt der Liebe ist. Natürlich dürfen wir erkunden, warum so oft das Kind alles andere als willkommen ist, warum Schwangerschaften Frauen immer wieder in schwere Lebenskrisen stürzen.

Und doch geht es uns hier in diesem Raum genau betrachtet vordergründig um einen Aspekt, den das Tagungsmotto verschweigt: Wir haben durch die Arbeit unserer Fachgesellschaft das Kind im Mutterleib als kleine, aber vollwertige Person begreifen gelernt, die die gleiche Würde und die gleichen Schutzrechte hat wie jeder andere Mensch. Das Neue an unseren Forschungen ist, dass wir diese Überzeugung nicht aus allgemeinen ethischen Wertevorstellungen, sondern aus handfesten wissenschaftlichen Befunden gewonnen haben.

Über Werte kann man streiten, und Werte kann man abwägen. Aber an der Tatsache, dass ein Kind in der 12. Schwangerschaftswoche fühlt, erlebt, Ängste und Schmerzen hat, an der Tatsache, dass ein Schwangerschaftsabbruch in dieser Zeit die Zerstückelung eines Menschen bei lebendigen Leibe bedeutet – an dieser Tatsache kommen wir mit unserem gefundenen Wissen nun nicht mehr vorbei.

Der Versuch, die Rechte des Kindes im Mutterleib in das allgemeine Menschenrechtsverständnis einzugliedern, führt zwangsläufig zur Kollision mit der weltweit gängigen Praxis des Schwangerschaftsabbruchs. Ich verstehe die Bedenken gut, die vor der daraus entstehenden Debatte warnen. Und doch meine ich, dass wir mutig und konsequent sein sollten.

Noch einmal: es ist keine Werthaltung, die wir vertreten. Sondern wir wissen es, und wir sind meiner Ansicht nach verpflichtet, die praktischen Konsequenzen unseres Wissens weiterführend zu bedenken und zu verbreiten.

Deshalb freue ich mich so über das Zustandekommen dieser Tagung, von der ich mir eine fundierte Auseinandersetzung mit dem Phänomen der

ungewollten und potentiell zur Tötung des Kindes führenden Schwangerschaft verspreche.

Wenn wir versuchen wollen, dieses Phänomen zu ergründen, müssen wir an einem Punkt beginnen, der noch weit vor dem Eintritt der ungewollten Schwangerschaft liegt. Wir leben doch in einer Zeit, wo wir – zumindest in unserem Kulturkreis – über sichere, gut verträgliche und für die meisten Menschen bezahlbare Möglichkeiten verfügen, den ungewollten Eintritt einer Schwangerschaft zuverlässig zu vermeiden. Theoretisch dürfte es doch – wenigstens hier bei uns – weder Schwangerschaftskonflikte noch Schwangerschaftsabbrüche geben.

Und wie sieht die Realität aus? Ich übertreibe nicht, wenn ich Ihnen kurz den Ablauf eines Sprechstundentages schildere, wie ich ihn mehrfach erlebt habe:

- Frau 1 will sich die Pille verschreiben lassen. Noch bin ich fröhlich und guter Dinge.
- Frau 2 ist schwanger und glücklich, aber ich sehe bei der Untersuchung, dass das Kind nicht am Leben ist.
- Frau 3 kommt wegen dringendem Kinderwunsch und wird aus irgendeinem Grunde nicht schwanger.
- Frau 4 ist schwanger und will einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Am liebsten würde ich Frau 3 zurückrufen und einen Deal der beiden Damen arrangieren, was interessanterweise für keine der beiden akzeptabel wäre.
- Und mit Frau 5 muss ich über Pränataldiagnostik reden, denn sie freut sich zwar dringend über ihre Schwangerschaft, würde aber ein Kind mit DOWN-Syndrom töten lassen.

Sie können sich vorstellen, wie mir spätestens nach der fünften Frau zumute ist! Ich könnte meinen Laden zumachen. Aber eigentlich sollte ich über diese merkwürdige Mixtur an Befindlichkeiten, die mir gerade begegnet ist, nachdenken. Denn so skurril auch der Gegensatz zwischen diesen fünf Frauen erscheint, haben sie doch alle bei genauer Betrachtung das gleiche Problem:

Für den postmodernen Menschen ist Schwangerschaft nicht mehr ein schicksalhaftes Ereignis, das nach einer sexuellen Begegnung zweier Menschen eintritt oder auch nicht. Der postmoderne Mensch benutzt Schwangerschaft als Instrument der Lebensgestaltung. Wir inszenieren Lebensentwürfe und ordnen der Elternschaft einen ganz bestimmten zeitlichen und psychosozialen Platz zu. Mir sind viele Frauen begegnet, die bei dieser Inszenierung jedes Maß verloren haben.

Es gibt die Rechtsanwältin,

- die bis zur Etablierung ihrer Kanzlei hundertprozentig sicher verhütet,
- die den kleinen Patzer, als sie mal im Urlaub die Pille vergessen hat, durch einen – wie sie es nennt – Eingriff „unterbrechen“ lässt,
- die dann im August ihres 34. Lebensjahres die Pille absetzt, um im September schwanger werden und somit die Kindergeburtstage bei schönstem Juniwetter im Garten feiern zu können,
- die dann im November von ihrem Gynäkologen eine Sterilitätsbehandlung verlangt, die sie – da sie Privatpatientin ist – prompt auch erhält,
- die schließlich mit 39 eine In-vitro-Fertilisation kauft, beim vierten Versuch endlich schwanger ist,
- die dann in der 14. SSW eine Amniozentese vornehmen lässt und
- die letztlich ihr an einem DOWN-Syndrom erkranktes Kind in der 19. SSW töten lässt.

Dies ist keine Fiktion, diese Frau gibt es wirklich! Sie hat fast alle Patientinnen meines eingangs geschilderten Sprechstundenvormittags in einer Biographie vereint.

Schwangerschaft ist Mittel der Lebensinszenierung – und die Werkzeuge, die dem postmodernen Menschen hierzu zur Verfügung stehen, sind die Schwangerschaftsverhütung und – wenn diese versagt – der Schwangerschaftsabbruch.

Wir können das Phänomen der potentiell zum Schwangerschaftsabbruch führenden ungewollten Schwangerschaft nur ergründen, wenn wir uns von der Vorstellung trennen, dass die Frau irgendwie aus Versehen schwanger wird und das Kind nicht haben will. Diese Betrachtung ist zu oberflächlich und wird uns nicht zum Kern des Problems führen. Nur wenn wir das Herbeiführen oder das Verhindern von Schwangerschaften konsequent als Instrument der Lebensgestaltung verstehen, werden wir die ganze Dimension der Ambivalenz zur Schwangerschaft – und ebenso zur Schwangerschaftsverhütung – begreifen.

Meine Aufgabe ist es, den letztgenannten Aspekt zu beleuchten. Warum geraten Frauen denn überhaupt in einen Schwangerschaftskonflikt, obwohl sie das Eintreten der Schwangerschaft aktiv hätten vermeiden können?

Ich möchte gleich vier denkbare Fehlannahmen benennen:

1. Es sind meiner Erfahrung nach in aller Regel nicht die Unwissenden Frauen, die sozusagen mangels Aufklärung ungewollt schwanger werden. Ich räume der Kompetenz meiner Patientinnen hinsichtlich der Verhütung in meiner täglichen Arbeit höchste Priorität ein und verbringe sehr viel Zeit mit der Beratung und Aufklärung zu diesem Thema. Und trotzdem gibt es in meiner Praxis immer wieder ungewollte Schwangerschaften nach umfassender Verhütungsberatung.

2. Es sind nicht die Frauen, die sich keine entsprechende Verhütung leisten können. Auch wenn Verhütungsmittel teuer und nicht für jede Frau bezahlbar sind, habe ich dieses Argument bei den Schwangerschaftskonflikten in meiner Praxis nie gehört.
3. Es gibt keine Frau, für die aus objektiven oder medizinischen Gründen keine der etablierten Verhütungsmethoden in Frage kommt. Natürlich höre ich immer wieder: „Diese Methode vertrage ich nicht, und diese Methode darf ich nicht anwenden.“ Trotzdem gelingt es immer, eine für die Frau medizinisch mögliche Lösung des Verhütungsproblems zu finden.
4. Der Anteil der ungewollten Schwangerschaften, die in Folge sexueller Übergriffe eingetreten sind, ist verschwindend gering.

Ich analysiere seit 17 Jahren die Vorgeschichte von Schwangerschaftskonflikten und stoße immer wieder auf die Tatsache, dass den meisten ungewollten Schwangerschaften eine tiefe Ambivalenz zur Schwangerschaftsverhütung vorangeht.

Ich möchte Ihnen eine Geschichte erzählen, die beispielhaft für diese These ist und die ganze Tiefendimension des Problems erahnen lässt. Ich schicke voraus, dass dies eine von zahllosen Kasuistiken ist, die mir in den Jahren meiner frauenärztlichen Tätigkeit begegneten. Ich könnte ganze Fernsehserien privater Sender mit abendfüllenden Stoffen versorgen, und eine über meinem Schreibtisch installierte Big-Brother-Kamera würde höchste Einschaltquoten garantieren.

Ich erzähle die Geschichte einer Musikerin in einem großen Sinfonieorchester. Sie ist vierzig Jahre alt und hat eine zwölfjährige Tochter, mit der sie seit zehn Jahren allein zusammenlebt. Ihre Ehe wurde geschieden, und zunächst hatte sie keinen neuen Partner. Vor vier Jahren begann sie eine Liebesbeziehung mit einem Orchesterkollegen, der selbst verheiratet ist und drei kleine Kinder hat. Vor allem während der zahlreichen Konzertreisen erlebte sie eine leidenschaftliche und beglückende Liebe.

Und damit begann die Suche nach einem geeigneten Verhütungsmittel. Eine Methode nach der anderen wurde versucht und fiel durch. Wir waren beide verzweifelt, weil wir einfach immer wieder auf für die Patientin nicht akzeptable Nebenwirkungen stießen. Um Ihnen die Dimension der Bemühungen zu verdeutlichen: Es gab in diesen vier Jahren 15 reine Gesprächssitzungen mit jeweils mindestens halbstündiger Dauer. Es schien einfach keine Lösung für diese Frau zu geben.

Ich hatte bald erkannt, dass meine Hilflosigkeit einer tiefen Logik folgt. Denn jedes der angebotenen sicheren Verhütungsmittel hatte einen entscheidenden Nachteil: es war sicher! Ich begriff, dass meine Patientin ganz offensichtlich einen tieferen Lebensplan hatte, der jedoch so atemberau-

bend für sie war, dass sie ihn nicht einmal ansatzweise an die Oberfläche ihres Bewusstseins treten ließ.

Für mich jedoch war das Dilemma ganz offensichtlich: Ich hatte eine Frau vor mir, deren Frist für eine nochmalige Mutterschaft abzulaufen beginnt. Verfangen in einer heimlichen Liebesbeziehung gab es für sie objektiv keine Chance, noch einmal das Glück einer Mutterschaft zu erleben. Sie hätte sich von ihrem Geliebten trennen und von vorn beginnen müssen. Aber ehe sie dies Erfolg versprechend hätte realisieren können, wären weiter kostbare Jahre vergangen. Außerdem – das wissen wir alle – kann man Liebe weder durch den Verstand abstellen noch per Beschluss herbeiführen.

Der einzige Ausweg wäre ein Kind von diesem Mann. Aber der bloße Gedanke an diese eigentlich unbewusst herbeigesehnte Lösung war angesichts der absehbaren Konsequenzen so abenteuerlich, dass sie ihn für sich nicht zuließ – zumindest nicht bewusst. Der Boykott jeglicher sicheren Verhütung bot der Frau die einzige Chance, dass das Schicksal die Sache in die Hand nehmen könnte und ihr die bewusste Entscheidung, zu der sie nicht in der Lage war, abnimmt.

Ich konfrontierte die Frau mit meiner Hypothese – und viel schneller als erwartet stimmte sie ihr zu. Wir beschlossen in jener historischen Sitzung vor gut einem halben Jahr, dass wir dem Schicksal seinen Raum geben wollen. Sie wollte weiter wie bisher mit Kondom verhüten, und sollte sie zu den 7% Versagern gehören, dann hätten die Götter gesprochen.

Ich hatte den Eindruck, dass meine Patientin hoch zufrieden die Praxis verließ. Zum Glück habe ich die Angewohnheit, mir den Inhalt der Gespräche detailliert zu notieren.

Vor drei Monaten wurde die Frau schwanger. Sie saß vor mir und war völlig verzweifelt. Sie konnte sich an keines unserer Gespräche erinnern. Insbesondere unser vor einem halben Jahr gefasster Beschluss war ihr in keiner Weise rememberlich. Sie überhäufte mich mit Argumenten, die gegen das Austragen der Schwangerschaft sprachen. Und sie hatte nicht das geringste Verständnis für die von mir dargestellte Sicht. Sie ging zum Schwangerschaftsabbruch und ließ mich hinterher wissen, dass sie aus Enttäuschung über mein übergriffiges Verhalten anlässlich ihres Schwangerschaftskonfliktes den Arzt wechselt.

Ich erinnere mich so genau an jenes Gespräch, bei dem ich selbst den Tränen nahe war. Mein Übergriff bestand darin, dass ich dieser Frau den Spiegel ihres Lebens vorgehalten habe, in den sie nicht hineinsehen wollte.

Man könnte die Geschichte unter dem Motto „selbst dran schuld“ abtun. Aber hier ist ein Kind getötet worden, dessen Zeugung von der Mutter bewusst in Kauf genommen und höchstwahrscheinlich sogar unbewusst ersehnt wurde. Und Sie alle können sich ausmalen, welche Folgen der

Schwangerschaftsabbruch für Körper und Seele und mit Sicherheit auch für die Liebesbeziehung dieser Frau haben wird.

Wie schade, das mir damals die Weisheit, die uns der nachfolgende Vortrag vermitteln wird, fehlte, denn ich habe es letztlich nicht verstanden, die Frau in ihrem eigentlichen Dilemma abzuholen und aufzufangen.

Wie gesagt: dies war eine von wirklich zahlreichen Geschichten, die mich so betroffen machen und bekümmern. Sie ist exemplarisch für ein Phänomen, von dem ich glaube, dass es ein Schlüsselproblem für das Verständnis des Schwangerschaftskonfliktes sein dürfte: die Ambivalenz der Frau zur Schwangerschaftsverhütung. Es lohnt sich deshalb, sich methodisch diesem Phänomen zu nähern und nach verallgemeinerungswürdigen Grundsätzen zu suchen.

Den ersten und besonders wichtigen Grundsatz habe ich bereits eingangs genannt: Schwangerschaftsverhütung ist nicht einfach das Mittel zur Verhütung einer Schwangerschaft nach dem Motto: ich will nicht schwanger werden – also nehme ich die Pille, und wenn ich schwanger werden will, setze ich sie ab.

Schwangerschaftsverhütung ist vielmehr ein Werkzeug, den Eintritt einer Schwangerschaft als Instrument der aktiven Lebensplanung einzusetzen. Es geht also weniger um schwanger werden oder nicht, sondern darum, dass die Frau mit der Selbstbestimmung über den Zeitpunkt der Schwangerschaft ihre Biographie aktiv und weitgehend losgelöst von schicksalhafter Mitgestaltung inszeniert.

Kurz gesagt hat der säkularisierte postmoderne Mensch den Göttern jede Mitsprache über das wann, wie und wie oft einer Elternschaft entzogen. Für die Inszenierung einer Biographie gibt es nur noch objektive Kriterien wie beruflicher Werdegang, Selbstverwirklichung und materielle Ausstattung. Die tieferen intrapsychischen Mechanismen, die der Gestaltung unseres Lebensentwurfes zugrunde liegen, finden somit keine Berücksichtigung mehr. Und genau darin liegt der Knackpunkt auch bei der Wahl der Verhütungsmethode.

Ein zweiter Grundsatz könnte lauten: Jede Frau hat ihr eigenes Verhütungs-dilemma.

Ich möchte kurz versuchen, ein System für das Verständnis dieser These zu entwickeln.

Betrachten wir den biographischen Gang einer Frau durch die Jahre ihrer Fruchtbarkeit: Die erste Phase der Beschäftigung mit dem Verhütungsproblem ist die Teenagerzeit. Erfahrungsgemäß treten hier die wenigsten Ambivalenzen auf: die junge Frau befindet sich mitten in ihrer Ausbildung, ist in aller Regel noch abhängig von ihren Eltern und sammelt die ersten Erfahrungen mit Liebesbeziehungen. Eine Schwangerschaft wäre in dieser

Zeit katastrophal, deshalb ist sie motiviert und akzeptiert die Verhütungsmethode fast immer problemlos.

Hinzu kommt, dass namentlich die Pille der jungen Frau durchaus angenehme und komfortable Nebenwirkungen beschert, die sie in dieser Lebensphase noch dankbar annimmt. Hiermit meine ich vor allem die Zyklusstabilität, die günstige Beeinflussung der Haut, die Plan- und Manipulierbarkeit der Menstruationen.

Jenseits des zwanzigsten Lebensjahres beginnt die zweite „Verhütungsphase“: Die Frau ist nun meist unabhängig von den Eltern und lebt in einer festen Partnerschaft. Theoretisch könnte sie früher oder später Mutter werden, aber dieses oder jenes Argument spricht noch dagegen.

In dieser Phase zeigen sich erste Ambivalenzen. Ich beobachte dies vor allem in der Tatsache, dass die günstigen Nebenwirkungen vieler Verhütungsmittel nun eher als Verzerrung ihres natürlichen Körpergefühls wahrgenommen werden.

Der Teenager freut sich einfach über das Verschwinden der Pickel. Die Frau in dieser Lebensphase fragt sich dagegen: warum funktioniert mein Körper nur durch massive Manipulation seines Hormonsystems? Der Teenager veranstaltet dank der Langzeiteinnahme der Pille jahrelange Blutungsfreiheiten und freut sich, die als lästig empfundene Menstruation los zu sein. Die Mittzwanzigerin beginnt sich zu fragen, ob sie denn ohne Pille überhaupt menstruieren würde, ob der Körper also auch ohne Pille funktioniert. Und die Blutung selbst wird erstmals als wertvoller biologischer Vorgang verstanden.

Die dritte „Verhütungsphase“ beginnt nach der Geburt des ersten Kindes – es sind also die Zeiten zwischen den Schwangerschaften der Frau. Hier wird der inszenierende Charakter der Familienplanung besonders deutlich: jede Frau hat einen ureigenen Entwurf ihrer Elternschaft. Die eine will nur dieses eine Kind, „um es mal erlebt zu haben“. Sie wendet sich sofort nach der Geburt entweder ausschließlich diesem einen Kind oder wieder den anderen Lebensinhalten zu. Am anderen Ende des Spektrums steht die Frau, die ein Kind nach dem anderen bekommt und darin ihr Lebensziel sieht. Und dazwischen gibt es viele Formen der angestrebten Familienkonstellationen. Wie schade, dass wir noch nicht das Geschlecht des Kindes manipulieren können – dies würde die Inszenierung perfekt machen.

Der gestaltende Faktor dieser Lebensphase macht den Umgang mit Verhütung erfahrungsgemäß leicht und unproblematisch. Der Arzt muss lediglich beachten, dass sich die Lebensentwürfe der Frau hinsichtlich weiterer Schwangerschaften in den ersten Tagen, Wochen und Monaten nach der Geburt gravierend verändern können – und zwar in beide Richtungen. Deshalb ist es wichtig, bei jedem Kontakt nachzufragen und die Verhütung ggf. an die veränderten Bedürfnisse anzupassen.

Ein großes Problem besteht in der Tatsache, dass sich in dieser Lebensphase Partnerschaftskonflikte inflationär häufen. Dies kann zu erheblichen Problemen bei der Verhütung führen.

Ich begleite zur Zeit einen Schwangerschaftskonflikt, dessen Ende ich mit großer Unruhe entgegen sehe. Die Frau ist mit einem Peruaner verheiratet und hat von ihm zwei Kinder mit typisch südamerikanischem Aussehen. Vor vier Monaten antwortete sie auf meine Frage nach der Verhütung, die Familie plane früher oder später ein drittes Kind.

Vor drei Wochen saß sie schwanger in meiner Sprechstunde und wollte entgegen ihrer früheren Aussage keinesfalls dieses Kind behalten. Sie können sich vorstellen, dass ich mit Unmut und Verständnislosigkeit reagiert habe.

Am Abend rief ich die Frau an, um ihr den Blutbefund und damit die endgültige Bestätigung der Schwangerschaft durchzusagen. Dabei gestand sie mir, dass das Kind von einem anderen Mann sei.

Zum Beratungsgespräch brachte sie diesen Mann mit. Ich erkannte den Vater einer kürzlich von mir betreuten Zwillingsschwangerschaft wieder. Es war der Lehrer ihrer zehnjährigen Tochter. Seit vier Jahren war er die vergötterte Leitfigur des Mädchens – und nun hat die eigene Mutter der Tochter diese Leitfigur weggeschnappt. Die drohende Krise mit der Tochter war neben der Tatsache, dass dieses Kind mit Sicherheit nicht südamerikanisch aussehen wird, das Hauptmotiv für den beabsichtigten Schwangerschaftsabbruch.

Ich habe Ihnen diese Geschichte erzählt, weil ich Ihnen ein spezifisches Problem dieser Lebensphase erklären möchte: Es gibt für die Frauen eine Art „offiziellen“ Lebensentwurf mit der dieser Familienplanung entsprechenden Verhütung. Eine heimliche Beziehung, aus der mit großer Sicherheit kein Kind entstehen darf, führt somit zu einer gefährlichen Diskrepanz des Sicherheitsbedürfnisses, die die Frau vor ihrem Mann jedoch nicht offenbaren kann. Wenn sich die Frau diesem Konflikt nicht stellt und die Sache ins Unterbewusste delegiert, kann die beschriebene Krise eintreten.

Die vierte „Verhütungsphase“ im Leben der Frau ist die Zeit nach abgeschlossener Familienplanung. Ich erlebe diese Phase in meiner Beratungstätigkeit als besonders problematisch. Die Ambivalenz dieser Frauen begründet sich aus der Diskrepanz zwischen dem archaischen Bedürfnis nach Mutterschaft und den objektiven Zwängen der postmodernen Gesellschaft.

Die Tatsache, dass in jeder Frau ein archaisches Grundprogramm verankert ist, das sich durch Mutterschaft verwirklicht, brauche ich sicher niemanden hier im Raum näher zu begründen.

Drei gesellschaftliche Faktoren halten die heutige Frau von der Verwirklichung dieses Programmes ab:

- Erstens ist das die in der soziokulturellen Entwicklung des Menschen begründete Verkürzung der Abstände zwischen den Schwangerschaften. Dieses Phänomen geht auf die Zeit zurück, als der bis dahin nomadisierend lebende Mensch sesshaft wurde. Bisher waren die Kinder Traglinge, die jederzeit die Brust erreichen konnten. Nun wurden sie abgelegt. Das führte zur Verkürzung der Stillperiode. Damit konnten die Frauen eher wieder schwanger werden. Dies führte zu einer Verkürzung der Zeiten zwischen den Schwangerschaften von vier bis fünf auf zwei bis drei Jahre. Eine Frau könnte also theoretisch 12 bis 14 Kinder bekommen.
- Auch der zweite Faktor ist ein soziokulturelles Phänomen: Während der Zeit der Industrialisierung kam es zur Separierung der familiären Strukturen, was zum Verlust der Großfamilie führte. Dies hatte größte Auswirkungen auf die Belastung der Frau, die nun hinsichtlich der Betreuung ihrer Kinder weitgehend auf sich gestellt war.
- Und der dritte Faktor ist die Familienfeindlichkeit der Ich-orientierten postmodernen Gesellschaft. Die Politiker versuchen, diesen Umstand meisterlich zu beschönern. Und doch ist es eine Tatsache, dass der gesellschaftsstabilisierende Faktor Kind von uns nicht als Lösung aller unserer sozialpolitischen Probleme begriffen und entsprechend gefördert wird.

Eigentlich müsste der Chef des Supermarktes eine Mutter von vier Kindern am Eingang persönlich empfangen, ihren Korb füllen und sie ohne Bezahlung verabschieden. Die Realität sieht leider anders aus. Kürzlich lehnte eine Krankenkasse meinen Antrag auf eine Mutter-Kind-Kur bei einer Frau ab, die zuvor ihr fünftes Kind geboren hatte.

Jede einzelne Frau bewegt sich also in einem Spannungsfeld zwischen ihrem auf Mutterschaft gerichteten archaischen Grundprogramm und dem durch die äußeren Zwänge begrenzten Lebensentwurf. Und jede Frau definiert sich ihren Platz in diesem Spannungsfeld: Die eine folgt eher dem Grundprogramm und bekommt trotz aller Nachteile viele Kinder, die andere beugt sich den Zwängen und begrenzt ihre Kinderzahl. Dieser Platz im Spannungsfeld wird von vielen psychosozialen Faktoren geprägt. Einer dieser Faktoren ist die eigene familiäre Prägung. Frauen, die Großfamilien entstammen, haben meist auch selbst wieder viele Kinder.

In diesem Spannungsfeld begründet sich die besondere Ambivalenz dieser Lebensphase. Sie macht die Beratung zur Schwangerschaftsverhütung oft äußerst problematisch. Die vierzigjährige Pfarrfrau mit vier Kindern will zwar objektiv kein fünftes mehr bekommen – sie ist an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit. Zugleich aber wehrt sie sich heftig gegen alle Angebote einer sicheren Verhütung. Bei einer jetzt 34jährigen Frau habe ich –

sie werden es nicht glauben – insgesamt acht Schwangerschaften betreut. 1998 hatte sie eine Totgeburt, 1999 bekam sie dann ihr fünftes lebendes Kind. Nach dieser Geburt kam sie mit ihrem reichlich überlasteten Mann zum Gespräch über die künftige Verhütung. Der Mann sagte, er wolle nun der Sache ein Ende machen, in dem er sich sterilisieren lässt. Zum Glück konnte ich ihn – wir sind miteinander befreundet – davon abbringen. Ich war überzeugt, dass er im sterilisierten Zustand für seine Frau – so hart das klingt – sofort mangels Zeugungsfähigkeit unbrauchbar wird. Nach langem hin und her willigte die Frau ein, sich eine Hormonspirale legen zu lassen. Diese blieb genau fünf Minuten in ihrem Körper, weil sie nämlich unmittelbar nach der Einlage eine heftigste anaphylaktische Reaktion zeigte. Das Szenario war bedrohlich: Schüttelfrost, Tachykardie, Bewusstseinsverlust, akute Schmerzen – ich zog die Spirale sofort, und gleich ging es ihr besser. Seit jener Begebenheit hat die Frau noch zwei weitere Kinder bekommen.

Dieses Beispiel zeigt exemplarisch, wie massiv die unbewusst erlebten Ambivalenzen zur Schwangerschaftsverhütung körperliche Symptome auslösen können. Bei den meisten Verhütungsmitteln beobachte ich eindeutig den Zusammenhang zwischen Motivation zur Verhütung und Nebenwirkungen der Methode – und dies insbesondere in dieser vierten „Verhütungsphase“. Das zeigt, dass die Ambivalenz fast immer unbewusst bleibt und über die Nichtakzeptanz der Verhütungsmittel lediglich ausgegtragen wird.

Welche Konsequenz haben diese Überlegungen nun für das Thema dieser Tagung?

Hierzu möchte ich noch einmal die beiden Grundsätze formulieren:

1. Schwangerschaft ist Instrument der Lebensinszenierung, und Schwangerschaftsverhütung das dazugehörige Werkzeug.
2. Jede Frau hat ihr eigenes Verhütungs-dilemma, weil sie sich in einer Ambivalenz zwischen ihrem biologischen Grundprogramm und dem gewachsenen Lebensentwurf befindet.

Das Verständnis dieser Ambivalenz ist der Schlüssel für die kompetente Beratung der Frau hinsichtlich ihrer Verhütung – und damit der Schlüssel für die Vermeidung von Schwangerschaftskonflikten.

Leider haben wir keinen Scanner, den wir der Frau auf den Kopf setzen können und bei dem dann die Ambivalenzlämpchen zu blinken beginnen. Wir müssen deshalb mit unserer Erfahrung und mit unserer Empathie versuchen, in das tiefe Geheimnis der vor uns sitzenden Frau einzudringen.

Ich möchte trotzdem versuchen, eine Art Formel zu definieren, die uns in der praktischen Arbeit helfen könnte:

Verhütungsambivalenz ~ Lebensalter

Eigentlich müssten wir korrekter sagen: umgekehrt proportional zur verbleibenden Zeit bis zum Klimakterium. Jede Frau scheint zumindest unbewusst eine gewisse „Torschlusspanik“ zu haben, nie wieder das Glück der Mutterschaft erleben zu können. Das gilt auch und vielleicht besonders für die Frauen, die ihrer Lebensinszenierung folgend ihre „offizielle“ Familienplanung abgeschlossen haben.

Verhütungsambivalenz ~ Abweichung der tatsächlichen von der möglichen / üblichen Kinderzahl des jeweiligen Alters

Damit meine ich: die kinderlose Dreißigjährige wird eine größere Ambivalenz haben als die Dreißigjährige mit zwei Kindern. Die kinderlose 18jährige dagegen wird genauso wenig ambivalent sein wie die 18jährige mit einem Kind.

Verhütungsambivalenz ~ Entfernung des gelebten Lebensentwurfes vom biologischen Grundprogramm Mutterschaft

Je weniger Raum die Mutterschaft in der Lebensinszenierung der Frau hat, desto größer wird ihre unbewusste Ambivalenz sein. Dies merken wir der Frau keinesfalls auf den ersten Blick an. Ich habe eine Freundin, die hat sich aus ganz bewussten und tiefgreifenden Überlegungen dagegen entschieden, jemals Kinder haben zu wollen. Sie vertritt diese Position souverän und überzeugend. Und trotzdem hat sie ihre Ambivalenz, die sie über die Nichtakzeptanz der Verhütungsmittel austrägt.

Verhütungsambivalenz ~ Grad der durch äußere Faktoren erzwungenen Abweichung vom wirklichen Lebensentwurf

Wenn wir uns an die Frau mit den acht Kindern erinnern – diese Frau hatte einen Lebensentwurf, der sehr nahe am biologischen Grundprogramm lag. Solange sie immer wieder schwanger werden durfte, war alles in Ordnung. Erst nach der Geburt des fünften Kindes sollte insbesondere auf Drängen des Mannes ein Riegel vorgeschoben werden – der Lebensentwurf wurde sozusagen künstlich korrigiert, wodurch der beschriebene Ambivalenzkonflikt entstand.

Das Erkennen der Ambivalenz zur Verhütung ist eine schwierige und Zeit raubende Aufgabe des Frauenarztes. Und doch stellt sie eine wichtige Schlüsselfunktion bei der Verhinderung von Schwangerschaftskonflikten dar.

Wenn es uns besser gelingt, die Ambivalenz der Frau wahrzunehmen und sie mit psychotherapeutischen Methoden zum Kern ihres Dilemmas zu führen, werden wir erreichen, dass sie entweder ein ihren wirklichen Bedürfnissen entsprechendes Verhütungsmittel wählt, das sie dann auch akzeptieren und vertragen wird – oder dass sie eine potentiell aus ihren Verhütungsverhalten entstehende Schwangerschaft annimmt und begrüßt.



Sven Hildebrandt, Dr.med., Geburtshelfer und niedergelassener Frauenarzt, Mitgründer des Geburtshauses „Hebammenpraxis Bühlau“ in Dresden, Gründer und Präsident der „Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung“.

Anschrift: Grundstraße 174, 01324 Dresden

Telefon: (0351) 269980

E-Mail: info@dr-sven-hildebrandt.de

Internet: www.dr-sven-hildebrandt.de

Der Stellenwert der Hypnotherapie bei der Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten

Justine Büchler

Dieses Thema provoziert bei manchen Lesern die Vorstellung einer wild zum Schwangerschaftsabbruch entschlossene Frau, die eine gynäkologische Praxis betritt, deren Frauenarzt sich die Sache anhört, einige Formeln murmelt und die Schwangere in Trance versetzt – und wenig später verlässt sie glückstrahlend über ihre Schwangerschaft das Setting. Zurecht wird bezweifelt, dass auf diese Weise das so komplexe Problem des Schwangerschaftskonfliktes praktisch oder auch nur theoretisch lösbar ist.

Tatsächlich kann hier keine etablierte hypnotherapeutische Methode vorgestellt werden, weil es bislang nahezu keine entsprechenden Erfahrungen zu diesem durchaus denkbaren Anwendungsgebiet der Hypnose gibt. Aber es gilt, ein gedankliches Konzept zu entwickeln, das die bestehenden Versuche der Konfliktbewältigung ergänzen könnte. Die Hypnose hat sich in anderen ähnlich gelagerten Problemkonstellationen durchaus als therapeutisches Mittel bewährt. Eine Übertragung der Methode auf den Schwangerschaftskonflikt erscheint deshalb möglich und wünschenswert.

Der Begriff „Schwangerschaftskonflikt“ hat sich als allgemeine Umschreibung einer krisenhaften Lebenssituation der Frau im Zusammenhang mit einer unerwarteten Schwangerschaft verbreitet. Bei näherer Betrachtung handelt es sich jedoch um eine sehr ungenaue und streng genommen unpassende Bezeichnung des Phänomens – und zwar aus zwei Gründen:

Erstens werden als Schwangerschaftskonflikt sehr verschiedenartige Formen der Auseinandersetzung mit ungewollten Schwangerschaften zusammengefasst. Das Spektrum dieser „Diagnose“ reicht von der Frau, die bereits weiß, dass sie in jedem Fall einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen wird, die vom Frauenarzt lediglich die Schwangerschaftsbestätigung, keinesfalls aber irgendeinen Rat haben will, bis hin zur völlig zerrissenen und zu keiner guten Entscheidung fähigen Frau.

Zweitens hat nämlich in vielen Fällen eigentlich nur der Gynäkologe einen Konflikt, während die Frau bereits zum Schwangerschaftsabbruch entschlossen ist. Er kann einerseits die von der Schwangeren vorgetragenen Gründe manchmal sogar nachvollziehen. Andererseits ist er jedoch von den seiner Meinung nach sicher absehbaren negativen Folgen ihres Entschlusses überzeugt.

Im ersten Teil soll versucht werden, den Begriff „Schwangerschaftskonflikt“ differenzierter und im Hinblick auf mögliche Therapieoptionen genauer zu betrachten.

Nennen wir das, wovon hier gesprochen wird, vorübergehend einmal nicht „Schwangerschaftskonflikt“, sondern irgendwie anders, zum Beispiel „Schwangerschaftsdebakel“.

In der Praxis muss man sich das so vorstellen: Ihnen sitzt eine Frau gegenüber und erklärt, dass sie schwanger ist. Sie gratulieren ihr, woraufhin die Frau sofort abwehrt und sagt, sie habe sich die Sache gründlich überlegt und wolle das Kind nicht. Hat diese Frau einen Konflikt? Auf den ersten Blick müssen wir diese Frage mit „nein“ beantworten: Sie hat – zumindest ihrer Meinung nach – alle Aspekte pro und kontra abgewogen und sich bereits vor dem Arztbesuch gegen das Austragen der Schwangerschaft entschieden. Nur ganz selten kommen Frauen mit bewusst erlebter Ambivalenz auf der Suche nach Rat zu uns. Fast immer scheint die Entscheidung gegen das Kind bereits gefallen zu sein.

Der oberflächliche Frauenarzt hört sich die Argumente an und stellt die notwendigen Bescheinigungen aus.

Der sorgfältige stellt tiefergehende Fragen.

Er bekommt zunächst Antworten, die ihm das Ergebnis bewusster und nüchterner Abwägungen im Hinblick auf die wirtschaftlichen und/oder psychosozialen Bedürfnisse seiner Patientin offenbaren. Bis hierher geht es nicht um intrapsychische Angelegenheiten. Bis hierher hat die Frau im psychologischen Sinne keinen Konflikt.

Bei genauer Betrachtung wird jedoch klar, dass es verschiedene Grundmuster dieser Ausgangssituation gibt, die versuchsweise typisiert werden sollen:

Typ 1: Die Schwangerschaft passt nicht in den eigenen Lebensentwurf

Diesen Typ erleben wir in der Praxis am häufigsten. Die Schwangerschaft tritt in einem Moment der Biographie ein, in dem sie den vorgezeichneten, geplanten, erwarteten oder erhofften Lebensplan empfindlich stört. Die Geburt des Kindes würde z. B. die berufliche Entwicklung behindern oder die persönliche Freiheit maßgeblich einschränken. Sehr häufig begegnet uns das Argument eines für die Frau unzumutbaren materiellen Verlustes. Erstaunlicherweise beobachten wir das finanzielle Motiv häufiger bei gut situierten und nur selten bei sozial schwachen Familien. Die Liste der vorgebrachten Gründe gegen das Kind ist vielfältig und für den außen stehenden Beobachter oft auch schwer zu ertragen. Extreme Beispiele hierfür sind zu kleine Wohnungen oder gar zu kleine Autos.

Das Muster ist immer das gleiche: Die durch das Austragen der Schwangerschaft befürchteten Einschränkungen scheinen eine unüberwindliche Barriere für eine Annahme des Kindes zu sein. Dagegen werden die Chancen, die die Geburt des Kindes der Frau eröffnen können, meist vollständig ausgeblendet und jede Auseinandersetzung damit konsequent vermieden. Typisch für diese Frauen ist, dass sie mit einer bereits abgeschlossenen Werteabwägung in die Praxis kommen und sich gegen jede Neubewertung heftig wehren.

Typ 2: Die Schwangerschaft passt nicht in den Lebensentwurf einer anderen Person

Fast immer ist diese andere Person der Partner, für den die Geburt des Kindes eine nicht hinnehmbare Veränderung seines Lebens bedeuten würde. Es kann aber auch der Fall sein, dass Frauen durch den Widerstand ihrer Eltern in ein „Schwangerschaftsdebakel“ geraten.

In vielen Fällen verinnerlichen die Frauen die Haltung ihres Partners so weit, dass sie dessen Argumente vollständig übernehmen. Im Gespräch ist es kaum noch möglich, die wirkliche und ureigene Einstellung der Frau zur Schwangerschaft zu ermitteln.

Eine besonders tragische Form dieses Typs begegnet uns gar nicht so selten: die Frau freut sich über ihre Schwangerschaft und wünscht sich das Kind, der Mann jedoch droht, sie zu verlassen, wenn sie die Schwangerschaft austrägt. Diese Frauen geraten dadurch in das für sie nicht lösbare Dilemma, zwischen dem Mann und dem Kind wählen zu müssen.

Typ 3: Die Schwangerschaft ist aus einer heimlichen Liebesbeziehung entstanden

Dieser Typ scheint in der öffentlichen Wahrnehmung eher der Welt der Romane oder der Filme zu entstammen. In der Frauenarztpraxis ist er jedoch viel häufiger anzutreffen, als landläufig angenommen wird.

Die betroffenen Frauen befinden sich in einem wahren Desaster: Das Austragen der Schwangerschaft würde sie vor die Wahl stellen, ihre heimliche Beziehung offen zu legen und alle daraus für sie entstehenden Folgen hinzunehmen – oder aber ihrem Mann das Kind als „Kuckucks-Ei“ unterzujubeln. Der Schwangerschaftsabbruch erscheint als einzig möglicher Lösungsweg.

Typ 4: Die so genannte „Scheidungs-Schwangerschaft“

Immer wieder werden Frauen mitten im Prozess einer oft traumatischen Trennung von dem Mann schwanger, mit dem sie offenbar keinen Tag

länger zusammenleben können. Für den Außenstehenden mutet dieses Szenario skurril an, denn die Frau begründet ihren Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch mit einer ganzen Liste negativer Eigenschaften des Kindsvaters.

Typ 5: Die Schwangerschaft tritt unmittelbar in dem Moment ein, wo die Frau ihre Familienplanung abgeschlossen hat

Eine beispielhafte Situation für diesen Typ des „Schwangerschaftsdebakels“ ist: Eine der Patientinnen antwortete immer auf die Frage nach der Verhütung, dass sie bis 40 noch ein weiteres Kind nehmen würde. Kurz vor ihrem 40. Geburtstag holte sie sich das Pillenrezept und wurde im letzten Zyklus vor Beginn der Pilleneinnahme schwanger – und ist zum Schwangerschaftsabbruch gegangen!

Typ 6: Die Frau ist sich der Ambivalenz bezüglich der unerwartet eingetretenen Schwangerschaft bewusst

Die Frau kommt völlig zerrissen in die Praxis. Sie hat das Gefühl, dass weder die Entscheidung für noch die Entscheidung gegen das Kind eine Lösung des Dilemmas darstellt. Auf den ersten Blick könnte man glauben, dass man hier als Berater leichtes Spiel hätte. Oft ist jedoch die Ambivalenz der Frau so groß, dass auch hier kein einfacher Zugang möglich ist.

Typ 7: Die Frau hat die Schwangerschaft angenommen, wird jedoch im Rahmen einer Pränatal-Diagnostik mit einer Behinderung des Kindes konfrontiert

Hierbei sind nicht die schweren Fehlbildungen mit schlechter Prognose gemeint – sie stellen eine eigene und besonders problematische Form des Schwangerschaftskonfliktes dar –, sondern die Diagnose eines DOWN-Syndromes. Hier werden die Lebensentwürfe der Frau in zweifacher Hinsicht gestört: einerseits durch die materiellen und sozialen Probleme im Zusammenhang mit der Geburt eines kranken Kindes. Andererseits – und dieser Aspekt hat besonders großes Gewicht – wird der Traum vom „perfekten Kind“ zerstört. Die gleichen Mechanismen würden wir erleben, wenn wir bereits in der Frühschwangerschaft andere „Makel“ des Kindes wie z. B. Spaltbildungen im Gesicht feststellen könnten. In anderen Kulturen könnte sogar das Geschlecht des Kindes zum Konflikt führen.

Typ 8: Die infauste Erkrankung des Kindes

Trotz der Nähe zum eben beschriebenen Typ stellt die Diagnose einer Erkrankung mit schlechter Prognose einen völlig eigenständigen Konflikt

dar: Die Frau steht z. B. bei einer Nieren-Agenesie vor zwei Wegen: entweder sie erträgt es, mit dem Wissen um das glücklose Ende der Schwangerschaft die kurze Zeit mit dem Kind bewusst zu erleben und das Kind nach der Geburt beim Sterben zu begleiten – oder sie entscheidet sich für die vorzeitige Tötung und damit für die Lebensverkürzung des Kindes.

Bei all diesen hier vorgestellten Typen des „Schwangerschafts-Debakels“ wird gesagt, es läge ein Schwangerschaftskonflikt vor. Wir transportieren damit für uns – und auch für die Schwangere – sie habe einen Konflikt mit ihrer Schwangerschaft. Dies trifft aber für keine der Frauen wirklich zu.

Betrachten wir noch einmal die Frau in der Situation 1: Sie glaubt, die Wahl zwischen zwei Optionen zu haben: die Schwangerschaft auszutragen oder einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen. Es soll hier ganz bewusst nicht auf die ethischen und rechtlichen Aspekte dieser Überlegungen eingegangen werden. Sie hat sich mehr oder weniger tiefgreifend und mehr oder weniger sorgfältig mit den Argumenten pro und contra Schwangerschaftsabbruch auseinandergesetzt – und sie hat ihre Entscheidung getroffen. Diese Frau hat so wie sie in der Sprechstunde vor uns sitzt keinen Konflikt. Sie hat sich entschieden.

Theoretisch haben wir also gar keinen therapeutischen Auftrag von dieser Frau. Deshalb werden auch unsere hilflosen Versuche, sie von den guten Seiten ihrer Mutterschaft zu überzeugen und sie vor negativen Folgen des Schwangerschaftsabbruchs zu warnen, allerhöchstens eine trotzige Abwehr hervorbringen.

Wenn wir keinen therapeutischen Auftrag haben, müssten wir die Frau eigentlich in Ruhe lassen.

Die Frau sucht uns jedoch in unserer Eigenschaft als Arzt oder Ärztin auf, auch wenn sie eigentlich nur eine Bescheinigung von uns will. Unser Berufsstand verpflichtet uns einerseits zum Respekt vor dem Willen der Frau. Andererseits verpflichtet er uns jedoch, alles zu tun, um Schaden von ihr abzuwenden. Diesem Dilemma stehen wir machtlos gegenüber, wenn wir nicht begreifen, was die vor uns sitzende Frau eigentlich hat. Einen Konflikt hat sie wie gesagt nicht – was aber dann?

Die folgende These mag im ersten Moment unerwartet klingen und sollte nicht als wissenschaftlich etablierte Wahrheit, sondern als Versuch einer neuartigen Betrachtungsweise und als Anregung zur Diskussion verstanden werden. Die These lautet:

Bei der Frau in der Situation 1 liegt das Bild einer posttraumatischen Verbitterungsstörung vor. Die Verbitterungsstörung ist ein Subtyp der Anpassungsstörungen.

Wir kennen die posttraumatische Belastungsstörung, bei der ein so genannter „lauter Vorgang“, also ein außergewöhnliches und lebensbedro-

hendes Ereignis, ein schweres Trauma oder eine Nahtoderfahrung, zu einer komplexen psychopathologischen Reaktion führt.

Im Gegensatz dazu liegt der posttraumatischen Verbitterungsstörung ein „leiser Vorgang“ zugrunde, bei der elementare intrapsychische Wertevorstellungen verletzt werden. Sie geht nicht aus der Konfrontation mit einem lebensbedrohlichen Ereignis, sondern aus einer „lebensüblichen“ Belastung hervor. Solche einschneidenden, wenn auch – zumindest aus gesamtgesellschaftlicher Sicht – nicht außergewöhnlichen Lebensereignisse können zum Beispiel der unerwartete Verlust des Arbeitsplatzes oder eine Ehescheidung sein. Charakteristische Auslöser sind Kränkungen, die zentrale Grundannahmen des Betroffenen – wie „ich werde gebraucht“ oder „ich werde geliebt“ – verletzen. Das resultierende psychopathologische Syndrom ist gekennzeichnet durch Intrusionen, Herabgestimmtheit und Vermeidungen. Es geht einher mit dem Leitaffekt der anhaltenden Verbitterung und Aggression gegen sich selbst und die Umwelt sowie anderen negativen Affekten wie sozialer Rückzug, Antriebslosigkeit, Traurigkeit, Ärger und Hilflosigkeit. Kennzeichnend für die posttraumatische Verbitterungsstörung ist die fehlende Krankheitseinsicht und die Ablehnung therapeutischer Hilfe.

Die beschriebenen Zusammenhänge treffen auf die Frau in der Situation 1 in verblüffender Analogie zu.

Der individuelle Auslöser ist hier das subjektiv einschneidende, objektiv aber nicht außergewöhnliche Lebensereignis, schwanger zu sein. Dieses Lebensereignis verletzt zentrale Grundannahmen der Frau wie z. B.: „Ich bin wichtig im Beruf“ oder „Ich will die Welt erleben“ oder „Meine Kinder sind groß, nun kann ich mich wieder mir selbst widmen“. Wird sie auf die Schwangerschaft angesprochen, reagiert die Frau verbittert und mit Erregung. Sie zieht sich mit ihrem Dilemma in sich zurück und wehrt jeden Lösungsversuch ab. Je nach vorliegender Situation wendet sie ihren Ärger gegen den Erzeuger des Kindes, gegen die Gesellschaft oder gar gegen den Arzt. Sie vermeidet jeden Gedanken an das in ihrem Bauch heranwachsende Kind, das sie oft mit wirklicher Überzeugung zu einem bedeutungslosen Zellhäuflein herabwürdigt. Sie wendet Aggressionen gegen sich selbst und ist bereit, ihren Körper mit einem potentiell verletzenden Eingriff Schaden zuzufügen. Sie hat keinerlei Krankheitseinsicht und lehnt jede therapeutische Hilfe ab. Der Schwangerschaftsabbruch ist für die Frau der einzige rekonstruktive Lösungsweg. All diese Symptome gehören zum beschriebenen psychopathologischen Syndrom der Verbitterungsstörung.

Wenn wir diese Hypothese annehmen, hätte dies für unsere therapeutischen Konzepte gravierende Auswirkungen. Es würde nämlich klar, warum wir mit unseren bisherigen Beratungsstrategien so wenig Erfolg haben und warum die Frau jedem Lösungsversuch ausweicht. Insbesondere der Lei-

taffekt der Verbitterung begründet die Ablehnung therapeutischer Hilfe. Eine Therapie wird auch durch eine fatalistisch anmutende, resignativ-aggressive Grundhaltung der Frau erschwert, die den Aufbau neuer Lebensperspektiven blockiert.

Zugleich eröffnet diese Hypothese therapeutische Denkansätze, auf die ich später im Zusammenhang mit dem hypnotherapeutischen Behandlungsmodell eingehen werde.

Halten wir vorerst die aufgestellte Hypothese fest – Typ 1 ist kein Konflikt mit der Schwangerschaft sondern eine Verbitterungsstörung – und betrachten wir zunächst die anderen Typen der von uns hilfsweise als „Schwangerschaftsdebakels“ bezeichneten Situation:

Auch beim zweiten Typ liegt kein Konflikt mit der Schwangerschaft vor. Die Frau hat nämlich in ihrer tiefsten Seele das Kind bereits angenommen, scheitert jedoch an der nicht bewältigten Reibung mit den Lebensplänen ihres Partners. Wenn wir dieser Frau den Begriff „Schwangerschaftskonflikt“ als Diagnose anbieten, werden alle Beteiligten – die Frau, ihr Mann und auch der Therapeut – in eine völlig falsche Richtung geführt. Die Frau hat nämlich keinen Konflikt mit ihrer Schwangerschaft, sondern mit ihrer Partnerschaft – und ein Schwangerschaftsabbruch wird diesen Konflikt in keinem Fall lösen können. Der Therapeut muss die Schwangere konsequent auf ihren eigentlichen Konflikt fokussieren und sich auf dessen Lösung konzentrieren.

Halten wir auch hier fest: Es besteht kein Konflikt mit der Schwangerschaft, sondern ein Konflikt mit der Partnerschaft.

Es wird sehr schnell deutlich, dass wir diese Überlegungen auch auf die anderen Typen übertragen können. Die aus einer heimlichen Liebesbeziehung schwanger gewordene Frau hat keinen Konflikt mit ihrer Schwangerschaft, sondern muss ihr Liebesdilemma lösen. Die Scheidungsschwangere hat einen Konflikt mit dem Trennungsentschluss. Die Schwangere mit abgeschlossener Familienplanung hat einen Konflikt mit dem Abschluss ihrer Familienplanung.

Wir sehen, wie problematisch die Anbietung des Begriffs „Schwangerschaftskonflikt“ aus psychotherapeutischer Sicht – aber genauso auch aus sozialpolitischer, ethischer und pädagogischer Sicht – ist. Denn dieser Begriff beinhaltet ja explizit die Option des gesellschaftlich weitgehend akzeptierten Schwangerschaftsabbruchs als vermeintliche Konfliktlösung. Dabei würde der Schwangerschaftsabbruch in keinem der genannten Fälle das Dilemma der Frau beseitigen, sondern höchstens verschärfen.

Die Frau vom Typ 6 unterscheidet sich von den anderen Schwangeren nur darin, dass sie sich ihrer Ambivalenz bewusst ist. In Wahrheit liegt auch bei dieser Frau eins der vorgenannten Konfliktmuster zugrunde, die es im therapeutischen Prozess aufzudecken und zu behandeln gilt.

Die letzten beiden Frauentypen unterscheiden sich von den anderen Situationen in der Tatsache, dass hier keine unerwartete Schwangerschaft vorliegt. Bei genauer Betrachtung liegt bei der Schwangeren des siebenten Typs das Vollbild der posttraumatischen Verbitterungsstörung, wie ich es beim Typ 1 beschrieben habe, vor.

Die Frau vom Typ 8 braucht lediglich unsere Unterstützung und unseren Beistand bei der Bewältigung ihrer schweren Lebenskrise. Und trotzdem gehört sie in unsere Betrachtung hinein, weil das Therapiekonzept, das ich jetzt vorstellen werde, auch für diese Frau anwendbar und hilfreich ist.

Die Frau in der von uns hilfswiese als „Schwangerschafts-Debakel“ bezeichneten Situation befindet sich entweder im Zustand einer posttraumatischen Verbitterungsstörung, oder sie projiziert einen meist unbewussten Lebenskonflikt auf die unerwartet eingetretene Schwangerschaft.

In beiden Fällen liegt eine schwere psychopathologische Störung vor, die – wenn wir sie nicht adäquat behandeln – der Frau in Form des Schwangerschaftsabbruchs potentiell Schaden zufügen und zum Tode des Kindes führen würde.

Wir benötigen also ein kognitives verhaltenstherapeutisches Konzept, das die Frau in die Lage versetzt, ihr komplexes und in vielen Fällen letztlich nicht eindeutig lösbares Lebensproblem zu verarbeiten oder zu ertragen.

Bei der Behandlung der posttraumatischen Verbitterungsstörung hat sich die so genannte „Weisheitstherapie“ als lösungsorientierte Methode bewährt, um Neuinterpretationen des traumatischen Ereignisses und Änderungen des inneren Bewertungssystems anzustoßen.

Hierbei handelt es sich um eine therapeutische Technik, bei der weisheitsaktivierende Problemlösestrategien vermittelt werden, die es dem Patienten ermöglichen, mit neuen Perspektiven, größerer Distanz und wechselnden Bezugssystemen differenzierter über sein Problem nachzudenken und zu urteilen.

Generell lassen sich alle Überlegungen dieses Konzepts auch auf die hier besprochene Situation übertragen.

Allerdings gibt es ein schwer wiegendes Problem, das die therapeutischen Möglichkeiten einschneidend begrenzt: Uns steht nur ein Zeitkorridor von wenigen Tagen für unsere Therapie zur Verfügung. Die Schwangere hat einen Entschluss gefasst, den sie als ihren Lösungsweg verinnerlicht, der ihr aber nur zeitlich begrenzt zur Verfügung steht. Voraussetzung für die Akzeptanz jeglichen Therapieversuchs ist die Ergebnisoffenheit. Wenn wir ergebnisoffen therapieren wollen, müssen auch wir uns somit der zeitlichen Begrenzung fügen.

Wir brauchen also ein Instrumentarium, die weisheitspsychologischen Behandlungsstrategien schneller und effizienter anzuwenden.

Ein solches Instrument könnte die Anwendung der Hypnose sein. Hypnose definiert sich als ein psychotherapeutisches Verfahren, das die Induktion einer hypnotischen Trance, also eines veränderten Bewusstseinszustandes, dazu nutzt,

- problematisches Verhalten, problematische Kognitionen und affektive Muster zu ändern,
- emotional belastende Ereignisse und Empfindungen zu restrukturieren und
- biologische Veränderungen für Heilungsprozesse zu fördern.

Hypnotherapeutische Techniken begünstigen Veränderungsprozesse, indem eine explizite bewusste Verarbeitung von Themen und Inhalten umgangen wird, implizite Lernprozesse angeregt und Störreize leichter ausgeblendet werden. Dies alles ist in der Situation des so genannten „Schwangerschafts-Debakels“ von allergrößter Bedeutung.

Solche für uns hilfreiche Techniken sind unter anderem

- Utilisation – Nutzung der kleinsten Aktivitäten der Schwangeren. Alles, was sie tut, wird als Schritt in die richtige Richtung bewertet. Damit werden Widerstände vermieden, und die Frau behält immer ihre Freiheit zur Veränderung.
- Konfusion – festgefahrene kognitive Positionen werden destabilisiert.
- Beiläufigkeit – indirekte Vermittlung relevanter Information.
- Suggestion – Mechanismus der kognitiven Stabilisierung durch Anbieten von alternativen Lösungsmöglichkeiten unter Beibehaltung der Wahlfreiheit, wobei explizit oder implizit verlangt wird, diesen Lösungen zu folgen.

Wie könnte ein hypnotherapeutisches Behandlungsprotokoll in unserer Situation des „Schwangerschafts-Debakels“ konkret aussehen?

Vorausschickt wird, dass es hierzu noch keinerlei konkrete Vorschläge gibt. Ein Vorreiter meiner Überlegungen ist Prof. Tschugguel aus Wien. Er hat sich eingehend mit der Anwendung der Hypnose in der Schwangerschaft beschäftigt. Aber er verfügt nicht über wissenschaftlich fundierte Studien zu diesem speziellen Aspekt. Mein Konzept ist somit eine auf theoretischen Überlegungen beruhende Anregung zur Diskussion und weiteren Betrachtung.

Es erscheint mir von großer Bedeutung, dass in unserem hypnotherapeutischen Behandlungsprotokoll wesentliche Elemente der bereits besprochenen so genannten Weisheitspsychologie verankert werden, weil sich die-

ses Konzept zur lösungsorientierten Therapie von Verbitterungsstörungen bewährt hat.

Wesentliche Elemente des Protokolls könnten in Anlehnung an den 12-Punkte-Kanon der weisheitsaktivierenden Psychotherapie sein:

1. Perspektivenwechsel: Fähigkeit zum Erkennen der verschiedenen Perspektiven der an einem Problem beteiligten Personen;
2. Selbstdistanz: Fähigkeit, sich selbst aus der Sicht einer anderen Person wahrzunehmen;
3. Empathie: Fähigkeit zum Erkennen und Nachempfinden von Gefühlen anderer;
4. Emotionswahrnehmung und Emotionsakzeptanz: Fähigkeit zur Wahrnehmung und Akzeptanz eigener Gefühle;
5. emotionale Serenität und Humor: Fähigkeit zur emotionalen Ausgeglichenheit bei der Vertretung eigener Überzeugungen und Standpunkte sowie die Fähigkeit, sich selbst und die eigenen Schwierigkeiten mit Humor zu betrachten;
6. Fakten- und Problemlösewissen: generelles und spezifisches Wissen um Probleme und Möglichkeiten der Problemlösung;
7. Kontextualismus: Wissen um die zeitliche und situative Einbettung von Problemen und um die zahlreichen Umstände, in die ein Leben eingebunden ist;
8. Wertrelativismus: Wissen um die Vielfalt von Werten und Lebenszielen und um die Notwendigkeit, jede Person innerhalb ihres Wertesystems zu betrachten, ohne dabei eine kleine Anzahl universeller Werte aus dem Auge zu verlieren. Hierzu zählt in unserer Situation die Schutzwürdigkeit jedes menschlichen Lebens.
9. Selbstrelativierung: Fähigkeit zu akzeptieren, dass in der Welt vieles nicht nach dem eigenen Willen läuft und man selbst nicht immer am Wichtigsten ist;
10. Ungewißheitstoleranz: Wissen um die dem Leben inhärente Ungewissheit bezüglich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft;
11. Nachhaltigkeit: Wissen um negative und positive Aspekte jedes Geschehens und Verhaltens sowie um kurz- und langfristige Konsequenzen, die sich auch widersprechen können;
12. Problem- und Anspruchsrelativierung: Fähigkeit, die eigenen Probleme durch einen Vergleich mit den Problemen anderer Personen zu relativieren.

Wenn es uns gelingt, diese Elemente in ein kompaktes hypnotherapeutisches Setting einzubinden, dann wäre in wenigen Sitzungen eine Grundlage für eine Problemlösung aller 8 Situationen denkbar.

Eine Frage muss allerdings offen bleiben: wie können wir die bereits zum Schwangerschaftsabbruch entschlossene und aus ihrer Sicht nicht therapiebedürftige Frau zu unserer Therapie bewegen. Hier hoffe ich, dass wir von den mit der Therapie von Verbitterungsstörungen erfahrenen Kollegen lernen können.

Es wurde ausführlich dargestellt, wie man die Hypnose bei der Lösung der von uns als „Schwangerschaftsdebakel“ bezeichneten Situation einsetzen könnte – also als Therapie bei bereits eingetretener Schwangerschaft. Völlig analog eignet sich die Methode auch zur Lösung der zuvor beschriebenen Ambivalenzen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsverhütung – also gewissermaßen als Prophylaxe vor Eintritt einer unerwarteten Schwangerschaft.

Dieser Denkansatz sollte weiterentwickelt, verfeinert und nach Möglichkeit etabliert werden.



Justine Büchler, Dr. med., Ärztin in Weiterbildung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hypnoseausbildung, Mitbegründerin der „Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung“.

Anschrift: Frauenklinik am Diakonissenkrankenhaus Dresden, Holzhofgasse 29, 01099 Dresden

Telefon: (0351) 8101502

E-Mail: buechler@dafigb.de

Schwangerschaftsabbruch trotz zu erwartender Lebensfähigkeit des Kindes: Gibt es ein ethisch begründetes Entscheidungsmodell?

Georg Marckmann und Matthias Meyer-Wittkopf

Problemhintergrund

Mit der Änderung der Artikel 118–121 des Schweizerischen Strafgesetzbuches aus dem Jahre 2001 ist seit dem 1. Oktober 2002 auch in der Schweiz der Abbruch einer Schwangerschaft straflos, wenn er nach ärztlichem Urteil notwendig ist und damit von der schwangeren Frau die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren körperlichen Notlage abgewendet werden kann. Diese Gefahr muss um so grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist.

Nach dem Willen des Gesetzgebers geht somit jetzt – ähnlich wie in Deutschland – die embryopathische Indikation, die einen Schwangerschaftsabbruch bei dringender Gefahr einer nicht behebbaren Schädigung des Gesundheitszustandes des Kindes von der Strafbarkeit ausnimmt, nunmehr in der o.a. medizinischen Indikation auf.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist folglich nur dann rechtlich zulässig, wenn er notwendig ist, um das Leben der Schwangeren zu retten oder eine schwerwiegende körperliche oder seelische Gesundheitsstörung abzuwenden. Das Vorliegen einer Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlageträgerschaft des Ungeborenen stellt für sich genommen keinen Legitimationsgrund für einen Schwangerschaftsabbruch dar. Vorausgesetzt ist vielmehr, dass der auffällige Befund zu einer schwerwiegenden Gesundheitsgefahr für die Schwangere führt, die nicht auf eine andere Weise wirksam abgewendet werden kann. Diese „medizinische“ Indikation ist in Analogie zu der gesetzlichen Regelung in Deutschland – im Gegensatz zur früheren embryopathischen Indikation – nicht an eine zeitliche Begrenzung gebunden. Im Rahmen der vorgeburtlichen Diagnostik werden fetale Erkrankungen, Fehlbildungen und Anlageträgerschaften aber manchmal erst zu einem Zeitpunkt erkennbar bzw. diagnostiziert, bei dem der Fetus möglicherweise extrauterin überleben kann (ab ca. 22. SSW p.c.). Damit verschärfen sich die medizinischen und ethischen Konflikte des Schwangerschaftsabbruchs und es stellt sich die Frage, ob es unter bestimmten Bedingungen gerechtfertigt oder sogar geboten ist, dem Wunsch der Schwangeren nach einer Beendigung der Schwangerschaft nicht zu entsprechen. So-

fern ein Schwangerschaftsabbruch für juristisch und ethisch legitim erachtet wird und von einer extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes auszugehen ist, stellt sich überdies die Frage, ob vor Abbruch der Schwangerschaft ein Fetozid durchgeführt werden darf bzw. sollte.

Stellungnahme der deutschen Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hat sich in ihrer „Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ (1998) auch mit den Problemen des Schwangerschaftsabbruchs bei zu erwartender Lebensfähigkeit des Kindes befasst. Da sich der Schutzanspruch des ungeborenen Kindes zumindest in den Fällen gegebener extrauteriner Lebensfähigkeit nicht von demjenigen des geborenen Kindes unterscheidet, „soll der Zeitpunkt, zu dem die extrauterine Lebensfähigkeit des Ungeborenen gegeben ist, in der Regel als zeitliche Begrenzung für einen Schwangerschaftsabbruch angesehen werden.“ (BÄK 1998, S. 3015) Nur in besonderen Ausnahmefällen „schwerster unbehandelbarer Krankheiten oder Entwicklungsstörungen des Ungeborenen, bei denen postnatal in der Regel keine lebenserhaltenden Maßnahmen ergriffen würden, kann nach Diagnosesicherung und interdisziplinärer Konsensfindung von dieser zeitlichen Begrenzung abgewichen werden.“ (BÄK 1998, S. 3015) Eine absolute Verpflichtung zum Erhalt vorgeburtlichen Lebens besteht folglich nicht.¹ In den Fällen zu erwartender extrauteriner Lebensfähigkeit kann gemeinsam mit der Schwangeren bzw. den Eltern des Kindes ein Fetozid vor Einleitung des Schwangerschaftsabbruchs erwogen werden, um dem Kind ein mögliches Leiden durch den Schwangerschaftsabbruch zu ersparen.

Grundzüge einer ethischen Bewertung

Grundsätzlich kommt ein Schwangerschaftsabbruch nach der 12. SSW p.c. nur dann in Frage, wenn die Voraussetzungen des §218a Abs. 2 erfüllt sind. Allerdings räumt der §218a StGB der Schwangeren kein (positives) Anspruchsrecht auf einen Schwangerschaftsabbruch ein. Der – grundsätzlich strafbare – Schwangerschaftsabbruch ist lediglich unter bestimmten Bedingungen nicht rechtswidrig, das heißt die Durchführung wird nicht strafrechtlich geahndet. Es erscheint deshalb durchaus mit dem Gesetz ver-

¹ Vgl. hierzu auch die Einbecker Empfehlungen zu den „Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen“ (1992).

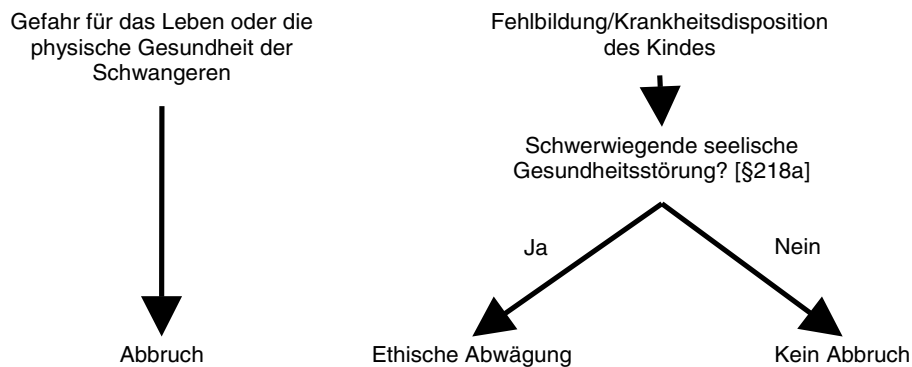


Abb. 1: Vorgehen in Abhängigkeit von den Gründen, die dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch zugrunde liegen.

einbar, der Schwangeren unter bestimmten Voraussetzungen den Wunsch nach einem Abbruch zu verwehren.²

In Abhängigkeit von den Gründen, die dem Wunsch der Schwangeren nach einem Schwangerschaftsabbruch zugrunde liegen, lassen sich zwei Situationen unterscheiden (vgl. Abb. 1):

1. Sofern der Schwangerschaftsabbruch die einzige Möglichkeit darstellt, eine Gefahr für das Leben oder die physische Gesundheit der Schwangeren abzuwenden, hat das Wohlergehen der Schwangeren Vorrang gegenüber dem Überleben des Feten, da von der Schwangeren nicht verlangt werden kann, ihre eigenen existenziellen Belange zugunsten des Kindes zu opfern. In diesem Fall ist dem Wunsch der Schwangeren nach Beendigung der Schwangerschaft zu entsprechen.
2. Schwieriger ist die Bewertung, wenn dem Abtreibungswunsch der Schwangeren eine schwere Fehlbildung oder Krankheitsdisposition des Feten zugrunde liegt. Nach §218a Abs. 2 kann der Gesundheitszustand des Feten nicht als Legitimationsgrund für den Schwangerschaftsabbruch dienen. Nicht rechtswidrig – und damit zulässig – ist der Abbruch nur dann, wenn die Fehlbildung bzw. Erkrankung des Feten zu einer schwerwiegenden psychischen Gesundheitsstörung der Schwangeren führt. Es ist also zunächst sorgfältig zu prüfen, ob diese Bedingung erfüllt und damit ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich rechtlich zulässig ist. Sofern die rechtlichen Voraussetzungen für einen Schwangerschaftsabbruch erfüllt sind, stellt sich im Anschluss die Frage, ob dem Wunsch der Schwangeren nach einem Abbruch auch

² Selbstverständlich steht es der Schwangeren frei, ein anderes pränatalmedizinisches Zentrum aufzusuchen, um dort einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen.

tatsächlich entsprochen werden sollte.³ Die Grenzen sind hier nicht durch das Gesetz vorgegeben, sondern müssen sich an ethischen Überlegungen und Argumenten orientieren. Maßgeblich sind hierfür die ethischen Verpflichtungen gegenüber dem ungeborenen Kind.

Die ethische Kernfrage lautet demnach: *Unter welchen Bedingungen sind die ethischen Verpflichtungen gegenüber dem Fetus so groß, dass man der Schwangeren den Wunsch nach einem Abbruch verweigern sollte?*

Wie die Bundesärztekammer in ihrer Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik ausführt, unterscheidet sich Schutzanspruch des ungeborenen Kindes aus ärztlicher Sicht zumindest in den Fällen gegebener extrauteriner Lebensfähigkeit nicht von demjenigen des geborenen Kindes (BÄK 1998). Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Ungeborenen ergeben sich vor allem aus den Prinzipien des *Nichtschadens* und des *Wohltuns*: Kann man mit der fortgesetzten Schwangerschaft und der anschließenden Geburt dem Kind etwas Gutes tun, das heißt sein Wohlergehen befördern? Ist das Überleben im besten Interesse des Kindes? Sofern dies der Fall ist, besteht eine ethische Fürsorgeverpflichtung – für die Ärzte wie für die Schwangere –, die Schwangerschaft fortzusetzen und mit entsprechenden pränatal- bzw. perinatalmedizinischen Maßnahmen das Überleben des Kindes zu sichern. Eine absolute Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht hingegen nicht, wenn dies dem ungeborenen Kind unter Berücksichtigung der zukünftigen Entwicklung (Prognose) keinen Nutzen oder insgesamt mehr Schaden als Nutzen bietet. Da es ein Kontinuum unterschiedlich schwerer fetaler Erkrankungen und Fehlbildungen gibt, existieren auch graduell unterschiedlich starke Fürsorgeverpflichtungen gegenüber dem Fetus, sein Leben zu erhalten. Folglich kann jeder ethische Entscheidungsalgorithmus nur orientierende Funktion haben, der eine sorgfältige Abwägung im Einzelfall unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Prognose des Kindes nicht zu ersetzen vermag. In jedem Fall bleibt aber die unbedingte Verpflichtung erhalten, ein Leiden des Kindes zu verhindern oder zumindest zu lindern.

³ Auch der BGH betont in seinem Urteil vom 18. 6. 2002 (BGHZ 151, 133), dass die medizinische Indikation im Einzelfall eine Güter- und Interessensabwägung voraussetzt. Dies betrifft vor allem diejenigen Fälle, in denen es nicht um eine akute Gefährdung des Lebens der Schwangeren geht, sondern um die psychischen Beeinträchtigungen insbesondere in der Zeit nach der Geburt des Kindes. Bei dieser Abwägung kann auch die Dauer der Schwangerschaft und die daraus resultierende besondere Situation für Mutter und Kind Berücksichtigung finden.

Empfehlungen für eine ethisch begründete Entscheidungsfindung

Die ethischen Fürsorgeverpflichtungen gegenüber dem ungeborenen Kind hängen wesentlich von der Prognose ab. Es besteht keine absolute Verpflichtung, das Leben des ungeborenen Kindes zu erhalten, wenn

- das Ungeborene postnatal voraussichtlich nicht lebensfähig sein wird oder wenn
- beim Ungeborenen eine schwerste unbehandelbare Krankheit oder Entwicklungsstörung diagnostiziert wurde.

Die Beurteilung des fetalen Gesundheitszustandes ist mit einer zweifachen Unsicherheit verbunden, die auch die Einschätzung der Fürsorgeverpflichtungen beeinflusst:

1. Diagnoseunsicherheit: Trotz aller Fortschritte im Bereich der vorgeburtlichen Diagnostik lassen sich Erkrankungen bzw. Fehlbildungen des Feten häufig nicht mit 100% feststellen.
2. Prognoseunsicherheit: Auch wenn sich die Gesundheitsstörung des ungeborenen Kindes mit Sicherheit diagnostizieren lässt, ist vor allem die längerfristige Prognose oft mit einer erheblichen Unsicherheit behaftet.

In Abhängigkeit von der Wahrscheinlichkeit, mit der die Diagnose gestellt und das Eintreten eines schlechten Outcomes (Versterben nach der Geburt oder schwerste unbehandelbare Krankheit oder Entwicklungsstörung) prognostiziert werden kann, ergeben sich verschiedene Fallkonstellationen mit unterschiedlich starken Fürsorgeverpflichtungen (FV) gegenüber dem ungeborenen Kind, sein Leben zu erhalten. Sie lassen sich in einer 6-Feldertafel darstellen:

Tabelle 1: Fürsorgeverpflichtungen (FV) gegenüber dem Fötus in Abhängigkeit von der Diagnosesicherheit und der Wahrscheinlichkeit, dass das Kind bei oder unmittelbar nach der Geburt verstirbt oder eine schwerste unbehandelbare Krankheit oder Entwicklungsstörung aufweist (Prognose) [eigene Darstellung].

	Prognose		
Diagnose	Sicher	Sehr hohe Wahrscheinlichkeit	Keine sehr hohe Wahrscheinlichkeit
Sicher	Keine FV	Minimale FV	Mehr als minimale FV
Sehr hohe Wahrscheinlichkeit	Minimale FV	Minimale FV	Mehr als minimale FV
Keine sehr hohe Wahrscheinlichkeit	Mehr als minimale FV	Mehr als minimale FV	Mehr als minimale FV

Insgesamt lassen sich damit drei Gruppen unterschiedlich starker Fürsorgeverpflichtungen gegenüber dem neugeborenen Kind definieren:

- A. *Keine Fürsorgeverpflichtung*, wenn mit Sicherheit diagnostiziert und prognostiziert werden kann, dass das Kind bei oder unmittelbar nach der Geburt versterben oder eine schwerste unheilbare Erkrankung oder Entwicklungsstörung.
- B. *Minimale Fürsorgeverpflichtung*, wenn mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit diagnostiziert wird, dass das Kind mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit nach der Geburt versterben oder eine schwerste unheilbare Erkrankung oder Entwicklungsstörung haben wird.
- C. *Mehr als minimale Fürsorgeverpflichtung*, wenn die Diagnose nicht mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit gestellt werden kann und/oder keine sehr hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass das Kind bei oder unmittelbar nach der Geburt verstirbt oder eine schwerste unheilbare Erkrankung oder Entwicklungsstörung haben wird.

Im Folgenden sollen den unterschiedlich starken Fürsorgeverpflichtungen jeweils entsprechende Handlungsstrategien zugeordnet werden. Grundsätzlich bieten sich bei pränatal diagnostizierten fetalen Erkrankung oder Fehlbildungen drei Optionen⁴:

1. *Aktive Strategie*: Intensive prä- und perinatalmedizinische Therapie, um das Überleben des Kindes zu sichern (kurz: *aktiv*).
Ethische Rechtfertigung: Überleben ist im besten Interesse des Kindes.
2. *Passive Strategie*: Keine intensive prä- und perinatalmedizinischen Therapie, keine Interventionen (Sectio etc.) bei vitaler Gefährdung des Kindes, keine intensivmedizinischen Maßnahmen post partum (kurz: *passiv*).
Ethische Rechtfertigung: Überleben ist nicht im besten Interesse des Kindes, es besteht folglich keine absolute ethische Verpflichtung, das Leben zu erhalten.
3. *Schwangerschaftsabbruch*: Beendigung der Schwangerschaft (kurz: *Abbruch*).
Ethische Rechtfertigung: Wunsch der Schwangeren nach Abbruch, sofern keine absolute ethische Verpflichtung vorliegt, das Kind am Leben zu erhalten.

Welche Behandlungsstrategien lassen sich den drei Gruppen jeweils zuordnen? (Zur Übersicht vgl. Tabelle 2)

⁴ Diese und die folgenden Überlegungen orientieren sich an einem Vorschlag von Chervenak und McCullough (1990).

Tabelle 2: Handlungsstrategien in Abhängigkeit von der Diagnosesicherheit und der Wahrscheinlichkeit, dass das Kind bei oder unmittelbar nach der Geburt verstirbt oder eine schwerste unheilbare Krankheit oder Entwicklungsstörung haben wird (Prognose).

Prognose	Sicher	Sehr hohe Wahrscheinlichkeit	Keine sehr hohe Wahrscheinlichkeit
Diagnose			
Sicher	A: Passiv oder Abbruch	B: Aktiv, passiv oder Abbruch	C: Aktiv, kein Abbruch
Sehr hohe Wahrscheinlichkeit	B: Aktiv, passiv oder Abbruch	B: Aktiv, passiv oder Abbruch	C: Aktiv, kein Abbruch
Keine sehr hohe Wahrscheinlichkeit	C: Aktiv, kein Abbruch	C: Aktiv, kein Abbruch	C: Aktiv, kein Abbruch

Tabelle 3: Klinische Beispiele für die einzelnen Gruppen nach Chervenak und McCullough (1996).

Prognose	Sicher	Sehr hohe Wahrscheinlichkeit	Keine sehr hohe Wahrscheinlichkeit
Diagnose			
Sicher	A: Anencephalus	B: Trisomie 18	C: Trisomie 21
Sehr hohe Wahrscheinlichkeit	B: Nierenagenesie	B: Thanatophore Dysplasie	C: Isolierter Hydrozephalus
Keine sehr hohe Wahrscheinlichkeit	C:	C: Lissencephalie	C: Achondroplasie

- Gruppe A (*keine Fürsorgeverpflichtung*): Passive Strategie und Schwangerschaftsabbruch als Alternativen anbieten.
- Gruppe B (*minimale Fürsorgeverpflichtung*): Aktive und passive Strategie sowie den Schwangerschaftsabbruch als mögliche Alternativen anbieten.
- Gruppe C (*mehr als minimale Fürsorgeverpflichtung*): Aktive Strategie empfehlen, keine passive Strategie oder Schwangerschaftsabbruch anbieten.

Tabelle 3 zeigt exemplarisch die Zuordnung verschiedener Krankheitsbilder zu den einzelnen Behandlungsgruppen in Abhängigkeit von der Diagnose- und Prognosesicherheit.

Bei Fehlbildungen, die keiner bekannten Diagnosekategorie entsprechen, ist eine einzelfallbezogene Einordnung erforderlich, bei der sowohl die diagnostische Sicherheit der auffälligen Befunde als auch die Wahrscheinlichkeit einer äußerst schlechten Prognose (postpartaler Tod, schwer-

ste unbehandelbare Krankheit oder Entwicklungsstörung) zu berücksichtigen sind.

Diskussion

Das hier vorgestellte Modell bietet eine gewisse Orientierung bei der Frage, ob dem Wunsch der Schwangeren nach einem Abbruch entsprochen werden sollte, sofern die Voraussetzungen des §218a, Abs. 2 vorliegen. Verschiedene Punkte, die sich vor allem aus den zugrunde liegenden Wertungsfragen ergeben, sind jedoch diskussionsbedürftig:

- Da ein Kontinuum unterschiedlich starker Fürsorgeverpflichtungen gegenüber dem Fötus existiert, verbleiben die Grenzen zwischen den drei Behandlungsgruppen notwendig unscharf.
- Die Frage, wann gegenüber dem Fetus keine Fürsorgeverpflichtungen mehr bestehen, kann unterschiedlich beantwortet werden. Hier ist – in Anlehnung an die Erklärung der Bundesärztekammer (1998) – eine Festlegung getroffen, bei der dann keine Fürsorgeverpflichtungen gegenüber dem Fetus bestehen, wenn dieser bei oder unmittelbar nach der Geburt verstirbt oder eine schwerste unbehandelbare Krankheit oder Entwicklungsstörung haben wird. Als eine liberalere Grenze wäre zum Beispiel eine erwartete schwere körperliche oder geistige Behinderung denkbar, bei der zwar eine gewisse kognitive Entwicklung möglich ist, die Behinderung aber zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führt.
- Die Kategorie „sehr hohe Wahrscheinlichkeit“ ist nicht genau quantifiziert und damit interpretationsbedürftig: Ab wann liegt genau eine „sehr hohe“ Wahrscheinlichkeit vor? Eine exakte Quantifizierung ist in den meisten Fällen nicht möglich und erscheint auch ethisch nicht sinnvoll.
- Die Graduierung der Diagnose- und Prognosesicherheit könnte in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden ethischen Interpretation der Fürsorgeverpflichtungen anders ausfallen. So könnte sich zum Beispiel die zweite Stufe nicht auf eine „sehr hohe“, sondern nur eine „hohe“ Wahrscheinlichkeit beziehen. Ausdrücken würde sich darin eine graduell geringere Gewichtung der Fürsorgeverpflichtungen gegenüber dem Feten.
- Die Bewertung der Fürsorgeverantwortung in Abhängigkeit von der Diagnose- und Prognosesicherheit könnte ebenfalls unterschiedlich ausfallen, auch die Zuordnung der Behandlungsstrategien zu den unterschiedlich starken Fürsorgeverpflichtungen. Besonders diskussions-

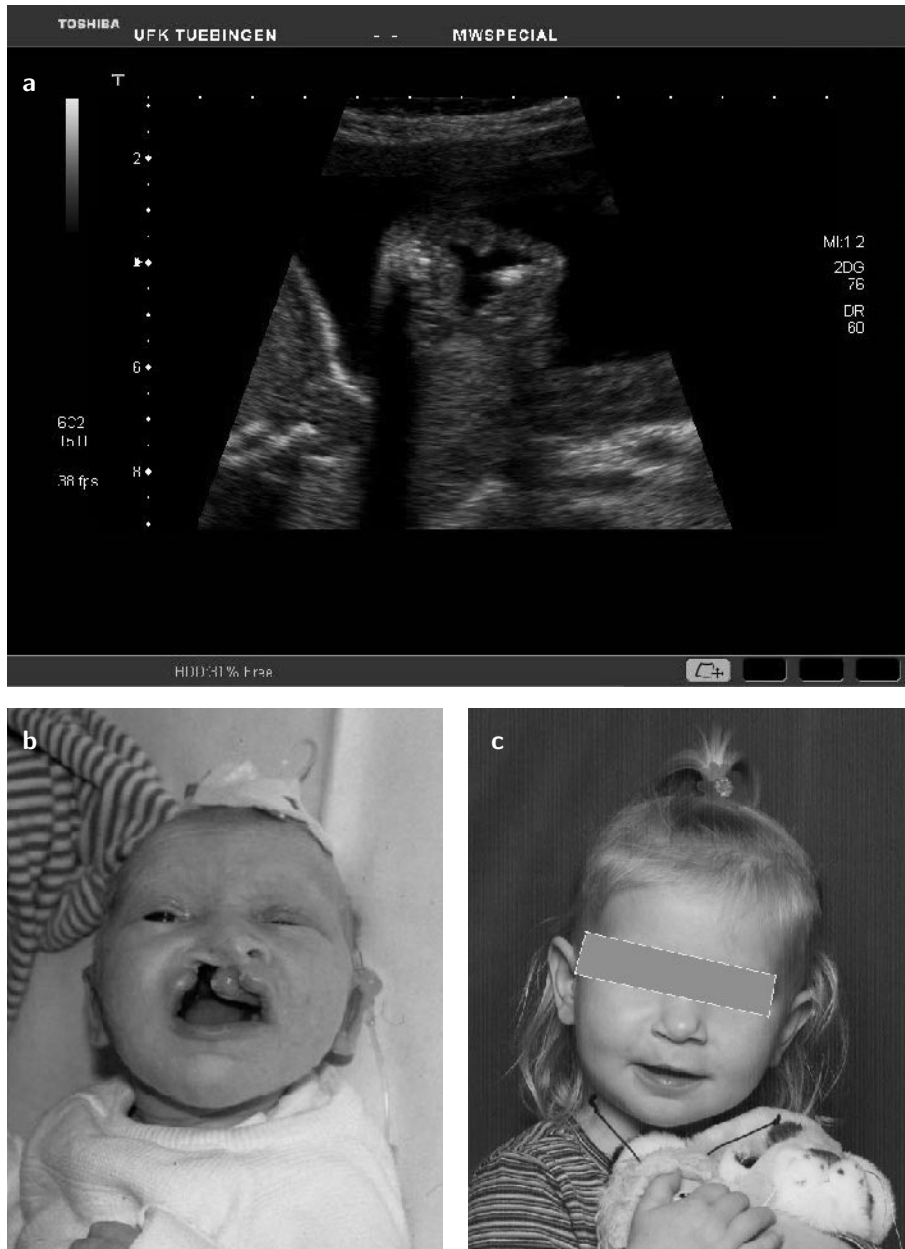


Abb. 1a-c. Gut operierbare Schädigung (Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte).

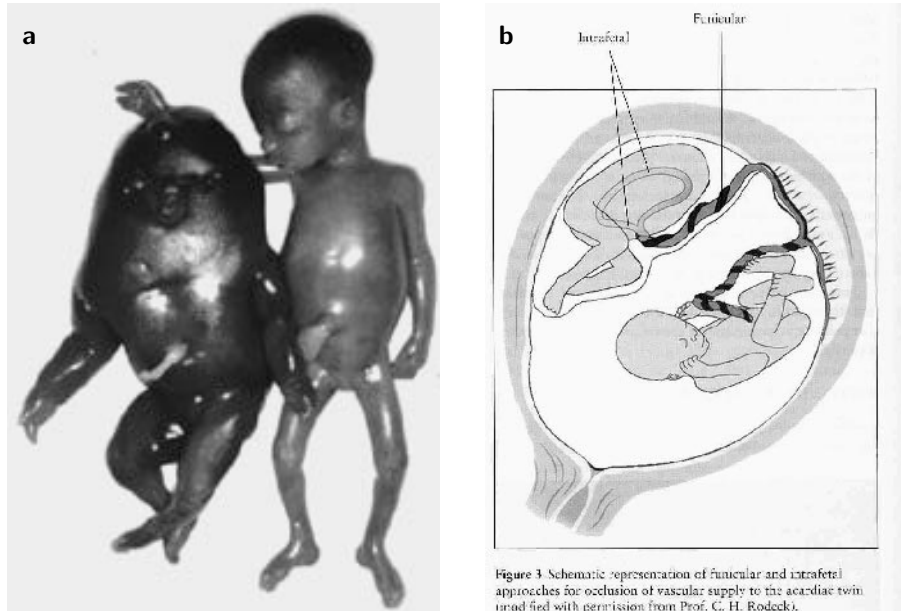


Figure 3 Schematic representation of funicular and intrafetal approaches for occlusion of vascular supply to the acardiac twin (modified with permission from Prof. C. H. Rodeck).

Abb. 2a,b. Acardius-Acranius Sequenz
 Immer monochoriale Zwillinge
 1 : 35 000 Lebendgeburten, 1 : 100 MC
 In 2/3 der Fälle Polyhydramnion + SUA
 30–50 % PNM
 Wenn RI Differenz < 0,2 besonders hoch
 In 30 % congestive heart failure

„Glück und Leid liegen im Leben oft ganz eng beieinander.“

Wir geben die Geburt unserer Töchter und meiner Schwestern

Hannah Melissa Sophie & Emily Lea Madeline
 49 cm, 2.710 g † 5. 3. 2002
 vom 28. Juni 2002 bekannt.

Emily wurde am 13. Juli 2002 im engsten Familienkreis auf dem Friedhof in E beigesetzt.

Wir danken allen, die uns in dieser schwierigen Zeit geholfen und unterstützt haben. Besonderer Dank gilt der Familie, der Tagesmutter, der Hebamme, Dr. Scharsich und seinem Praxisteam, Dr. Hecher und seinem Team des AK Barnbek in Hamburg, Dr. Meyer-Wittkopf und seinem Team, dem Kreißsaalteam und der Station F 2/3 der Frauenklinik und deren Schülerinnen sowie Herrn Pfarrer

Frank, Daniela und Alena Juliane Paulina

Abb. 3

bedürftig ist sicher die Gruppe B (minimale Fürsorgeverpflichtung): Soll neben der aktiven und passiven Strategie auch ein Schwangerschaftsabbruch angeboten werden? Das Modell könnte hier durch prozedurale Entscheidungselemente ergänzt werden, wie zum Beispiel eine Beratung durch das Klinische Ethik-Komitee.

- Nicht zuletzt kann auch die Zuordnung der einzelnen Krankheitsbilder zu den drei Behandlungsgruppen durchaus anders ausfallen. Sie ist folglich nur als orientierende Veranschaulichung für die Praxis zu verstehen und bedarf ggf. der Ergänzung und Überarbeitung.
- Klärungsbedürftig bleibt darüber hinaus, wie man verfährt, wenn nach den Vorgaben dieser Leitlinie der Schwangeren kein Abbruch angeboten werden sollte (Gruppe C, mehr als geringe Fürsorgeverpflichtung), die Schwangere aber nachdrücklich auf einem Schwangerschaftsabbruch besteht. Zwei Optionen sind denkbar:
 1. Man rät der Schwangeren unter Berufung auf die Fürsorgeverpflichtungen gegenüber dem Kind von einem Abbruch ab, führt den Abbruch dann aber durch, wenn die Schwangere nicht von ihrem Wunsch abzubringen ist. Ggf. könnte hier noch eine Beratung durch das Klinische Ethik-Komitee eingeschaltet werden.
 2. Man führt den Schwangerschaftsabbruch nicht durch. Die Schwangere muss sich dann ggf. ein anderes Zentrum suchen, das bereit ist, den Abbruch durchzuführen.

Vor einer Implementierung in Form einer Leitlinie/Empfehlung sollte hinsichtlich der vorstehenden Bewertungen Einigkeit erzielt worden sein. Auch eine exemplarische Zuordnung fetaler Fehlbildungen und Anomalien zu den verschiedenen Behandlungsgruppen erscheint sinnvoll.

Literatur

- Bundesärztekammer (1998) Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik. Deutsches Ärzteblatt 95(47): A-3013-3016
- Chervenak FA, McCullough LB (1990) An ethically justified, clinically comprehensive management strategy for third-trimester pregnancies complicated by fetal anomalies. *Obstet Gynecol* 75(3 Pt 1): 311-316
- Chervenak FA, McCullough LB, Campbell S (1995) Is third trimester abortion justified? *Br J Obstet Gynaecol* 102(6): 434-435
- Einbecker Empfehlungen (1992) *Ethik Med* 4: 103-104
- Gross ML (2002) Abortion and neonaticide: ethics, practice, and policy in four nations. *Bioethics* 16(3): 202-230



Georg Marckmann, Prof. Dr. med., Forschungsschwerpunkte: Philosophische Grundlagen der medizinischen Ethik, Medizinteorie, Didaktik des Medizinethik-Unterrichts, Klinische Ethik, Ethikberatung, Ethische Fragen am Lebensende (Sterbehilfe, Patientenverfügungen), Verteilungsgerechtigkeit und Prioritäten in der Gesundheitsversorgung, Ethische Aspekte gesundheitsökonomischer Evaluationsverfahren, Ethische Aspekte des Computereinsatzes in der Medizin unter besonderer Berücksichtigung wissensverarbeitender Systeme, Ethische Aspekte der Telemedizin.

Anschrift: Universität Tübingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Schleichstraße 8, 72076 Tübingen

Telefon: (07071) 29-78032

E-Mail: georg.marckmann@uni-tuebingen.de

Internet: <http://homepages.uni-tuebingen.de/georg.marckmann/>

Matthias Meyer-Wittkopf, Dr. med., Professor, Leitender Abteilungsarzt für Pränatale Diagnostik und Therapie im Mathias-Spital in Rheine.

Anschrift: Zentrum für Pränataldiagnostik am Mathias-Spital, Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine

Telefon: (05971) 421971

Telefax: (05971) 4231971

Die Tiefendimensionen der Schwangerschaft im Spiegel der Bindungsanalyse

Jenő Raffai

Während den beinahe zehn Jahren seit Ausarbeitung der Mutter-Fötus-Bindungsanalyse hatten wir Gelegenheit, mit etwa achthundert Müttern zusammenzuarbeiten. Mit Hilfe der aus der Psychoanalyse erwachsenen Methode haben wir etwa zehntausend Stunden mit Forschung, Untersuchung und Therapie der Mutter-Fötus-Analyse verbracht. Mit Hilfe der Methode – um von der Metapher des Mikroskops Gebrauch zu machen – wurden die sonst mit unbewaffnetem Auge unsehbaren Vorgänge erkennbar. Wir können Einsicht in jene grundsätzlich unbewussten Vorgänge gewinnen, die die Strukturierung des intrauterinen Selbst des Babys und die Veränderungen im Selbst seiner Mutter bestimmen. Vor allem aber bestimmen sie das Muster der sich allmählich entwickelnden und formulierenden Bindung im psychischen Raum, die sie zusammen geschaffen haben.

Heute können wir den wichtigsten intrauterinen Vorgang bereits in großen Zügen beschreiben. Es ist der Vorgang, der aus der Einheit und Gleichheit der mütterlichen und fötalen Erlebnisse, also aus der Unbegrenztheit zur Unterschiedlichkeit, Verschiedenheit, d. h. zur Entfaltung des fötalen Körpers und dann der Grenzen des Ichs führt. Es handelt sich also nicht nur darum, dass der Fötus aus dem Leib der Mutter herauswächst, sondern auch darum, dass sein Ich sich aus dem psychischen Bereich der Mutter entwickelt, sich daraus differenziert. Wir wissen, dass dazu grundsätzlich folgendes nötig ist: Erstens die Empfindung des Fötus durch die Mutter, zweitens ein Bild vom Fötus im Unbewussten der Mutter, das sich aufgrund der erwähnten Empfindung aufbaut, dessen Spiegelungsfunktion für die Entfaltung der Körpergrenzen und Ich-Grenzen des Fötus von fundamentaler Bedeutung sind. Der Fötus nimmt erst Kenntnis von sich selbst aufgrund des Bildes, das sich im Bewusstsein der Mutter von ihm entwickelt hat. Das ist auch eine Vorbedingung zur Entfaltung des fötalen Bewusstseins. Unser Bewusstsein beinhaltet immer noch ein anderes, denn ohne einen anderen gibt es kein Selbstbewusstsein. Auch ich bin der Meinung, dass im Mittelpunkt des sich gut entwickelnden Fötus, später Neugeborenen und Säuglings die ihn in jeder Minute widerspiegelnde Mutter steht (Fónagy).

Wir haben die Erfahrung gewonnen, dass dieser intrauterine entwicklungspsychologische Vorgang sehr verletzlich ist. Wir konnten ein paar grundsätzliche Zusammenhänge zwischen dieser Verletzbarkeit und dem Erscheinen von späteren schweren mentalen Störungen wie z. B. Psychosen aufdecken. Darin haben uns auch finnische Forscher Hilfe geleistet (Huttunen und Nyskanen). Wir sind sicher darin, und ich kann es durch mehrere Beispiele belegen, dass schwere Verluste während der Schwangerschaft (z. B. der Tod ihrer Mutter) die Schwangere unbewusst dazu veranlassen können, dass sie den Verlust durch den Fötus ersetzt. Dieser psychische Vorgang führt zur Verwischung der Körpergrenzen, als Folge zur Steißlage, die Steißlage dann zu Komplikationen der Geburt. Die Steißlage kann ansonsten viele andere psychologische Ursachen haben, beim Thema unseres Vortrags ist aber diese von Bedeutung. Wir haben genügend Erfahrung darüber, wie während der Schwangerschaft auftauchende beängstigende Symptome wie Blutungen, Hämatome mit den oben bereits erwähnten Stockungen im intrauterinen Entwicklungsvorgang in Zusammenhang stehen. Wir sehen den psychosomatischen Weg, das Wesen der Blutungen. Wir können verstehen, warum eine Schwangere infolge einer psychischen Belastung keine Blutung hat, während aber die andere blutet.

Aufgrund von Tausenden von Therapiestunden können wir die psychische Dynamik der Schwangerschaft aufzeichnen. Es handelt sich um die empfindlichste Periode des Vorgangs der Elternwerdung. Die Tochter der Mutter muss zur Mutter ihres eigenen Kindes reifen. Es ist eine sehr komplizierte Geschichte. Sie handelt von der Trennung, von der Aufgabe der Abhängigkeit, damit ein anderes Wesen von ihr abhängen kann. Früher war sie Subjekt der Abhängigkeit, jetzt muss sie deren Objekt sein. Obendrein kann diese Abhängigkeit in die Gebärmutter zurückreichen, und in vielen Fällen reicht sie dorthin bis zu dem sich nicht stabil entfaltenden Körper und demzufolge vagen Ich-Grenzen zurück.

Wir sind schon in der Nähe der Psychodynamik der Schwangerschaftsblutungen. Alle Schwangerschaftskonflikte haben ein horizontales und ein vertikales Niveau. Ich denke an Raumzeit. Ich verstehe unter horizontalem Niveau, dass ein Schwangerschaftskonflikt in engerem Sinne nur im Dreieck der Mutter, der Eltern der Mutter und des Fötus in der Mutter interpretiert werden kann. Er entwickelt sich grundsätzlich in diesem interpersonalen Raum. In weiterem Sinne tritt noch eine vierte Person, der Vater, auf, der unter gewissen Umständen auch Schwangerschaftskonflikte gerieren kann. Grundsätzlich entsteht aber der Schwangerschaftskonflikt im benannten Dreieck. Es handelt sich um die Unverträglichkeit dieser drei. Wenn es für einen unter ihnen nicht gut ist, dann kommt es zum Konflikt. Dann ist gerade jene Person überflüssig, für die es nicht gut ist; es ist teilweise darum so, weil die menschliche Natur mit Bezug auf die Ontogenese

der Bindung grundsätzlich für zwei Personen ist. Wo eine dritte erscheint, beginnt ein Kampf, sie hinauszudrücken, was zum Konflikt führt. Es handelt sich also um Rivalisieren. Die schwächste Person, die allein bleibt, kann in diesem Kampf zugrunde gehen. Ich werde die Psychodynamik des zur spontanen Blutung führenden Rivalisierens durch eine Fallvignette illustrieren. Wir sollen jedoch wissen, dass Kämpfe mit solchen Opfern sich in den Fällen entwickeln, wo die schwangere Mutter in starker Bindung zu ihrer eigenen Mutter lebt. Je stärker ihre Bindung zu ihr ist, desto größer ist die Gefahr für den Fötus der schwangeren Mutter. Es gibt aber noch weitere Vorbedingungen, wie z. B. eine destruktive Mutter (oder, was den Fötus betrifft, eine destruktive Großmutter).

Während das horizontale Niveau, also das Dreieck und das Viereck den Interpretationsrahmen des Schwangerschaftskonflikts bedeuten, ermöglicht das vertikale Niveau sein Verständnis. Dieses Niveau ist das der Abtrennung, der Individuation, das des Elternwerdens, das der zum Elternwerden nötigen Reifung. das ist natürlich ein langer Prozess und der empfindlichste Teil der Schwangerschaft. Der Prozess des Elternwerdens beginnt aber schon in der Gebärmutter. Wir wissen, dass es nicht egal ist, ob das Kind geplant oder zufällig empfangen wird (Roe und Drivas, Blazy). Das setzt sich im Muster der Mutter-Fötus-Bindung fort, in den Rollenspielen des Kindesalters, im fortdauernden Fluss der Identifizierung mit der Mutter, im Kataklysmus des Freiheitskrieges der Pubertätszeit, um nur einige wichtige Phasen dieses Prozesses zu erwähnen.

Leider mussten wir während unserer Praxis feststellen, dass es sich um ein grundsätzliches Problem handelt. Man trifft ganz selten eine Schwangere, die die Phase der Abtrennung von ihren Eltern hinter sich hat, also nicht das Bindungsmuster ihrer Mutter an ihren Fötus überbringt. Noch konkreter: Nicht sie als Mutter empfindet, denkt und spricht aus ihr, wenn sie den Kontakt mit ihrem Baby aufnimmt. Das heißt folgendes: Je stärker ihre Bindung zu ihrer Mutter ist, desto größer ist die Kraft und die Beeinflussung in der Mutter-Fötus-Bindung seitens ihrer Mutter bzw. seitens des Mutterrepräsentanten.

Die Abtrennung – wie wir wissen – geschieht vom idealisierten und allmächtigen Elternbild, was wir letzten Endes zum Überleben brauchen. Teilweise deswegen ist dies ein komplizierter und schwieriger Prozess. Wenn wir bereits uns selbst am Leben erhalten können (was nicht selten auch im Erwachsenenalter nicht einfach und selbstverständlich ist), dann brauchen wir dieses internalisierte, idealisierte Elternbild nicht mehr. Wenn die Abtrennung geschehen ist, geht das idealisierte Elternbild durch einen sehr wichtigen Korrekturprozess. Das Endergebnis ist das reale Elternbild. Danach lieben wir in unserer Mutter, in unserem Vater nicht die, die sie gewesen sind, sondern die, die sie heute sind. Also wird die

Gegenwart nicht von der Vergangenheit, sondern von der Gegenwart bestimmt. Die Vergangenheit-Gegenwart-Konstellation ist die der Eltern und des Kindes, während die Gegenwart-Gegenwart-Konstellation die zwischen Erwachsenen ist.

Der Abtrennungsprozess wird jedoch erschwert oder verunmöglicht, wenn er sich in der intrauterinen Lebenszeit nicht in genügender Weise abgespielt hat, das heißt, dass die Körper- bzw. Ich-Grenzen sich nicht vollständig von den mütterlichen Körper- bzw. Ich-Grenzen getrennt haben. Die Psychosen der Pubertätszeit handeln davon (Raffai).

In der Schwangerschaft ist der aufregendste entwicklungspsychologische Vorgang zweifelsohne der Weg der Mutter von ihrer eigenen Mutter zu ihrem Kind. Dies ist ein äußerst schwieriger Weg, voll mit Möglichkeiten des Scheiterns aufgrund seiner Psychodynamik, die wir ohne weiteres Psychodynamik der Schwangerschaft nennen können. Die Schwangerschaft aktiviert die eigenen Erlebnisse der Mutter aus der Zeit vor, um und nach ihrer Geburt. Wir können es noch deutlicher formulieren: Es handelt sich um eine biologisch induzierte Regression. Die Schwangere ist parallel und zur gleichen Zeit in zwei Raumzeiten: im Hier und Jetzt, also in der aktuellen äußeren Realität, und im Dort und Damals, im reaktivierten prä- und perinatalen Raum. Der Regression gemäß erlebt sie während der Schwangerschaft verschiedene frühe Ich-Zustände: Empfindlichkeit, Ausgeliefertheit, Einsamkeit. Sie weint oft unbegründet, ihr Anspruch auf Unterstützung, Anklammerung und Sicherheit wächst extrem.

Die schwangeren Mütter pflegen während der Reaktivierung solcher frühen Ich-Zustände zu sagen, dass sie sich selbst nicht erkennen, dass sie keine Ahnung davon haben, warum aus ihren Augen Tränen strömen. Die Frage, zu welcher Phase der Entwicklung die Regression zurückführt, hängt vom Fixierungspunkt ab. Sie hängt davon ab, wo die Schwangere früher im Abtrennungsprozess gestockt hat. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Abtrennung bereits in der Gebärmutter durch Sonderung der Körpergrenzen beginnt. Wenn eine schwangere Mutter in der Bindungsanalyse davon spricht, dass man ihr jetzt gerade die Beine auseinanderspreizt und mit dem Ellenbogen in ihren Bauch drückt, damit das Kind aus ihr gedrückt wird (später bestätigt ihre Mutter, dass sie gerade so geboren ist), dann ist der Prozess der Differenzierung der Körpergrenzen verletzt. Sie erlebt den Körper ihrer Mutter als ihren eigenen, also was mit ihrer Mutter geschieht, geschieht mit ihr selbst. In solchen Fällen (es gibt leider viele davon) fängt der Differenzierungs- bzw. Abtrennungsprozess in der Bindungsanalyse erst an.

Eine Schwangere, die mit Kaiserschnitt auf die Welt gekommen ist, sagt, ihre Körperempfindungen verbalisierend, folgendes: „Ein Bild kommt, ein Messer naht meiner Gebärmutter, und man will mich aufschneiden. Es

tut mir weh! Es tut mir sehr weh! Ich empfinde den Schmerz in meiner Gebärmutter. Ich fühle, dass man die Nabelschnur durchschneidet. Ich erstickte. Mein ganzer Brustkasten tut mir weh. Ich bin traurig. Ich bin vereinsamt. Es interessiert mich niemand, nichts. Die Leute um mich interessieren mich nicht. Mutti ist nicht bei mir. Es wäre besser zu sterben. Es ist so schwer, jetzt am Leben zu bleiben. Mutti fehlt mir sehr. Sehr. Ich möchte jetzt so sehr in sie hineinschlüpfen.“ In ihrem Fall ist der Fixierungspunkt das Geburtstrauma und die unmittelbar nachfolgende Periode. Ich erwähne nur nebenbei, dass das drohende Messer in Bindungsanalysen von erschreckend vielen mit Kaiserschnitt geborenen Schwangeren erlebt wird. Diese Erlebnisse werden von Todesangst begleitet.

Und nun möchten wir zwei Dinge verknüpfen, damit die Psychodynamik der Schwangerschaft in komplexer Weise betrachtet und verstanden werden kann. Es handelt sich hier nämlich um zwei Bewegungsformen in entgegengesetzte Richtungen, um Progression und Regression zur gleichen Zeit. Noch präziser gesagt: um Progression durch Regression. Die schwangere Mutter muss so zur Mutter werden, dass sie gleichzeitig in ihren eigenen fötalen Zustand zurückkehrt, um den gestockten Abtrennungsprozess einleiten zu können, um dadurch in Wirklichkeit zum Kind ihrer eigenen Mutter reifen und sich entwickeln zu können. Dazu muss man wohl sehr oft wieder Fötus zu werden. Also man muss rückwärts gehend nach vorne marschieren. Ich hoffe, Sie werden mich der Übertreibung nicht anklagen, wenn ich feststelle, dass das eine grandiose Leistung ist. Vielleicht werden Sie mir diesen Abstecher in die Richtung der Psychodynamik der Schwangerschaft verzeihen. Diese psychodynamische Konstellation muss zu den horizontalen und vertikalen Niveaus hingefügt werden, damit wir den Bedürftigen helfen können.

Wir möchten das noch einfacher formulieren: Das Verhältnis zwischen den Teilnehmern des Bindungsraumes auf dem Zeitniveau der horizontalen Achse (Mutter, Fötus, Vater, Großeltern) hängt davon ab, wo die Schwangere sich im Abtrennungsvorgang auf dem vertikalen Zeitniveau befindet. Wir wollen jetzt unseren Blick auf die bereits öfter erwähnte Psychodynamik der Schwangerschaftsblutungen werfen. Wenn wir während der Schwangerschaft zu einer Blutung Fragen stellen, finden wir kaum Fälle, wo die Ursache nicht ein Konflikt im Hintergrund wäre, entweder mit den Eltern oder mit dem Ehepartner. In dieser Hinsicht ist es gleichgültig, wo die Blutung ihren Ausgangspunkt hat, ob in der Gebärmutter, in der Plazenta oder im Gebärmuttermund. Alle sind psychosomatische Organe. Die erste nahe liegende Folgerung aus der Tatsache der Blutungen ist die Verletzbarkeit der schwangeren Mutter. Früher hat sie zur Zeit von Spannungen nicht geblutet, jetzt blutet sie aber. Was ist die Ursache? Und warum

blutet eine schwangere Mutter nach einem Konflikt, während eine andere keine Blutung hat?

Die Erfahrungen führen zu folgenden Antworten: Blutungen kommen signifikant öfter bei schwangeren Müttern vor, deren Fixierungspunkt entweder in der pränatalen Lebenszeit oder im Geburtstrauma liegt. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Mütter während der Schwangerschaft in zweierlei Raumzeiten leben: in einer prä- und in einer postnatalen Raumzeit. Jeder Konflikt dringt sehr tief in ihre Psyche ein bis zu dem Punkt, wo der Abtrennungsvorgang gestockt hat, wo die Fixierung zu finden ist. Wenn das den Körper beinhaltet (pränatale Fixierung), gelangt der Konflikt, vor allem der mit den Eltern in Zusammenhang stehende, in den Körper und verursacht eine Blutung. Sonst ist die Feststellung des Fixierungspunktes leichter. Die Schwangeren kommen während der Bindungsanalyse zu ihren eigenen prä- und perinatalen Erlebnissen, wenn sie in einer Entwicklungsphase eine Stockung haben. Es ist zur Behebung der Blutung meistens – also nicht in allen Fällen – genügend, im Hier und Jetzt zu intervenieren. Die Deutung benutzt denselben Weg wie der Konflikt.

Wir wollen das an einer Fallvignette zeigen. Eine Schwangere hat seit der 9. Woche immer wieder starke Blutungen. Nach den ersten Untersuchungen kommt die Blutung aus der Gebärmutter. Nach der 14. Woche fangen die Blutungen erneut an und zwar noch stärker. Jetzt findet man aber Verletzungen auf der Oberfläche des Mutterkuchens. Der Arzt sieht die Ursache der Blutung darin, dass das Baby die Plazenta fortdauernd stößt. Die Mutter bittet darauf ihr Baby während der nächsten Stunde, mit der Bewegung aufzuhören. Es hört auf, und sie empfindet es in der folgenden Zeit nicht mehr. Nach einer Pause von einer Woche beginnt aber erneut Blut aus der Mutter zu strömen. Jetzt hat sie das erste Mal Angst, dass das Kind sie verlassen werde. Es ist ihre zweite Schwangerschaft, die erste hatte ein Ende nach immer stärkeren Blutungen durch einen spontanen Abort. Ihre Ängste werden durch die Unbeweglichkeit des Kindes verstärkt. Sie befürchtet, dass es nicht mehr lebt. Sie geht nicht einmal mehr zum Arzt, sie sieht keinen Sinn darin, doch sie vertraut sich mir an. Ich sage ihr, sie solle ihr Baby sich wieder bewegen lassen, denn wir haben keinen Beweis, dass es die Verletzung der Plazenta verursacht hat. Das Baby fängt wieder an, sich zu bewegen; sie fühlt sich erleichtert, da es noch am Leben ist. Das nächste Mal erinnert sie, dass sie in meinem Buch *Nabelschnur der Seele* über eine Schwangere gelesen habe, deren negative Einstellung fast einen spontanen Abort verursacht hatte. Ihre Plazenta begann sich aufzuzehren. Éva fängt an, ihre Beziehung zu ihrer Mutter zu analysieren. Sie spricht mit ihrer Schwester darüber, dass sie von ihren Eltern einen Kinderwagen als Weihnachtsgeschenk bekommen möchte. Ihre Mutter gerät aber laut außer sich, dass sie nichts kaufe, denn was werde, wenn etwas geschehe

und der Kinderwagen bleibe leer. Ein Konflikt entwickelt sich zwischen ihnen, Éva wirft der Mutter vor, dass ihre Einstellung negativ sei: „Meinem Kind wird nichts Böses widerfahren, es wird geboren“, schreit sie, dann geht sie weg. Während der nächsten Stunden erfassen wir die Bindungsvergangenheit mit ihrer Mutter. Es fällt ihr ein Satz ein, den ihre Mutter oft gesagt hat: „Diese Éva ist so klein, verwelkt, schwach, sie wird vom Winde verweht. Es wird nichts aus ihr.“ Sie ist dreieinhalb Jahre alt, als ihr Geschwister geboren wird. Als das Kind nach Hause gebracht wird, wird sie in den Kindergarten geschickt, wo sie bald eine Seitenlähmung bekommt. Sie erlebt Lieblosigkeit, Ausgestoßensein. Die Ärzte denken, dass ihr Rückgrat eine Erkältung erlitten hat. Sie nimmt Medikamente, bleibt zu Hause. Ihre Mutter muss sie pflegen. Sie wächst in einer Familie auf, wo ihre jüngere Schwester das gefeierte, erfolgreiche, starke, geliebte Kind ist. Und sie ist das kranke, schwache Kind. Sie versteht erst jetzt, dass sie zusammen mit ihrem Kind in die Nähe ihrer Mutter gelangen möchte. Sie kämpft um die Liebe ihrer Mutter. Ihre Mutter nimmt sie aber nicht einmal mit ihrem Kind an: „Wir kaufen keinen Kinderwagen, denn was wird, wenn es nicht am Leben bleibt.“ Éva beginnt dann zu bluten. Die Rolle der Lähmung des Kindesalters wird von der Blutung übernommen. Sie will mütterliche Liebe gewinnen, kostete es, was es wolle. Auch einen zweiten spontanen Abort nimmt sie dafür in Kauf. Es bleibt die Hoffnung, dass sie von ihrer Mutter als Kind geliebt wird. Als sie den Zusammenhang versteht, wird die Blutung geringer und hört innerhalb von zwei Wochen endgültig auf. Sie trifft ihre Mutter seltener. Ihr Kind kommt zur rechten Zeit auf die Welt. Man betrachtet ihre als eine der besten Geburten, die dort je stattgefunden haben. Ihr Kind wird bewundert.

Ich kann keine konkreten statistischen Angaben erwähnen, aber bin der Meinung, dass bei jeder dritten Schwangerschaft solche Komplikationen auftreten. Wir hatten bereits mit mehreren Hunderten von ähnlichen Fällen zu tun. Ich wiederhole, dass die schwangeren Frauen in der Mehrzahl dieser Fälle ihre pränatalen Traumata während der Bindungsanalyse wieder erleben. Dies sind sehr anstrengende physische Empfindungen: immer stärker werdendes Schwindelgefühl, Druck, Zerrissenheit, Erstickungsangst usw.

Damit unser Vortrag nicht so beängstigend ist, wollen wir ein milderes Beispiel zum Bindungskonflikt betrachten, dem dann ein wieder komplizierter Fall folgen wird.

Ágnes beklagt sich in der 5. Stunde, dass ihre Bindung zum Baby sehr vage sei. Sie empfindet es manchmal, dann wieder nicht. Sie sei nicht imstande, fortzudauern das Baby zu beobachten. Sie kommt zur 6. Stunde in schlechter Laune. Sie erwähnt, sie käme von zuhause. Wenn sie zu ihren Eltern aufs Land fahre, fühle sie sich viel besser. Sie sei aktiver, freier. Jetzt

bliebe sie mit ihrem Partner zuhause, und sie fühle sich schlecht, schwach, missvergnügt, könne das Bett bis Mittag nicht verlassen. So konnte sie ihre Hausarbeiten nicht machen. Die elterliche Umgebung sei anders, dort könne man in den Garten hinausgehen, deswegen fühle sie sich dort besser. Ich sage ihr, nicht die Umgebung, sondern die Präsenz der Eltern verursache ihre bessere Gefühle. Bisweilen fühle sie sich besser als Kind ihrer Eltern denn als Frau ihres Mannes zuhause und als Mutter ihres Kindes. Lange Zeit schweigt sie, dann sagt sie, das sei also die Ursache, dass sie seit der Empfängnis wöchentlich zu ihren Eltern fahre, während sie früher drei- oder vierwöchentlich zu ihnen reiste. Ich sage ihr, ja, die Zeit, in der sie ihre Kindheit in der Gesellschaft ihrer Eltern genießen kann, gehe zu Ende, die Zeit nahe, dass sie zur Mutter und zur Erwachsenen werden solle. Und vielleicht erschwere dieser Wunsch, Kind zu bleiben, die Aufnahme des Kontakts mit ihrem Baby. Solange sie davon keine Kenntnis nehme, könne sie Kind bleiben. Sie schweigt wieder, dann sagt sie, sie spreche also über ihre Schwangerschaft deswegen nicht gern mit anderen.

Sie nimmt den Kontakt zu ihrem Baby bald auf. Sie empfindet, dass es schläft. Meiner Bitte folgend legt sie sich neben das Baby. Es bewegt sich bald. „Ich nehme es auf den Schoß“ – sagt sie mit feierlicher Stimme und beginnt zu weinen. „Auch meine Mutter hat mich immer auf den Schoß genommen, wenn ich das gebraucht habe.“ Ich sage zu ihr, sie entdecke dieses Gefühl wieder, und wisse schon, wie es für ihr Kind sei, wenn sie es auf den Schoß nehme. Sie geht weinend. Das Erlebnis ist kathartisch. Sie begibt sich auf den Weg zur Mutterreife. Ich wünsche Ihnen, die sich mit Schwangeren beschäftigen, dass sie nur so viel zu tun haben, nicht mehr.

Aber am Ende wollen wir noch von einem schwierigeren Fall berichten. Eine Frau kommt nach spontanem Abort in die Bindungsanalyse. Sie hatte bisher zwei Schwangerschaften, beide hatten ein Ende in der 17. Woche. In beiden Fällen begannen die Schmerzen im unteren Bauch in der 12. Woche, erst Stiche, dann Blutung, danach Abort. Die Ärzte fanden in beiden Fällen einen Infarkt auf der Oberfläche der Plazenta. Andrea hat das Buch gelesen, sie betrachtet die Bindungsanalyse als ihre letzte Hoffnung. Während des ersten Gesprächs erfahren wir über ihre Mutter, dass sie geschieden ist, allein lebt, viele organische Krankheiten hat. Sie soll an Depression gelitten haben. Andrea verbringt viel Zeit mit ihr, um Mutters Einsamkeit zu mildern. Das hält sie für natürlich. Meine Frage, was für eine Last das für sie bedeute, wehrt sie ab. Ich frage jedes Mal, wieviel Zeit sie mit ihrer Mutter verbracht hat. Sie spricht mit zunehmender Besorgnis über den Gesundheitszustand ihrer Mutter, die sich immer stärker wegen ihrer Einsamkeit beklagt. Nachdem wir uns der gefährlichen 17. Woche nähern, riskiere ich die Feststellung eines Zusammenhangs, dass sie durch ihre häufigen Besu-

che ihr gegenüber ihrer Mutter gefühltes Schuldbewusstsein und ihre Gewissensbisse auszuschalten versuche. Andrea weist meine Deutung zurück.

Es bleibt noch eine Woche bis zum kritischen Zeitpunkt. Die Spannung nimmt sowohl in mir als auch in ihr zu. Sie widmet die ersten zehn Minuten der Stunde den Besorgnissen um ihre Mutter; es ist die letzte Möglichkeit für mich, ihr meine Gedanken vorzustellen. Ich sage, vermutlich kämpften ihr Kind und ihre Mutter in ihr um sie. Die Frage sei, wer werde sie haben. Solle sie das Kind ihrer Mutter bleiben, deren Aufgabe bis zum Ende des Lebens ihrer Mutter sei, Sorge für diese zu tragen, oder solle sie die Mutter ihres Kindes werden, dann könne sie aber ihre Mutter verlassen, die auch zu sagen pflegte, dass nicht viel für sie zurückgeblieben sei. Andrea sagt nichts mehr während dieser Stunde. Sie entscheidet aber. Das Baby überlebt die 17. Woche. Andrea hat dieses Mal – im Gegensatz zu ihren früheren zwei Babys – für das Kind entschieden und nicht für ihre Mutter. Ihr Kind kommt in der 40. Woche auf die Welt.

Bindungsanalytiker werden in Deutschland seit fast zwei Jahren unter der Leitung von Dr. György Hidas und mir in Zusammenarbeit mit Dr. Ludwig Janus ausgebildet.



Jenő Raffai, Dr. phil., Psychotherapie und Bindungsanalyse in eigener Praxis.

Anschrift: Pásztor ut 13B, 2000 Szentendre, Ungarn

E-Mail: raffaj@dunaweb.hu

Über Schwangerschaften im Bereich der prekären Liebe

Helga Blazy

„Ich habe nie gewußt, was mit dir geschieht, denn ich habe nur fünf Finger der Phantasie.“

Subagio Sasrowardoyo

Wenn ich einen Satz aus einem indonesischen Gedicht voranstelle, schließe ich an die Vorträge hier in Heidelberg von vor einigen Jahren an, als ich über das Leben von indonesischen Gesellschaften in Bezug auf Pubertäts-, Schwangerschafts- und Geburtsrituale berichtete, zudem impliziert das eine gewisse Kritik an den heute gängigen Systemen, die uns überziehen. Seit Monaten hören und lesen wir politische und soziologische Debatten über zu wenig geborene Kinder in diesem Land. Sie befassen sich nicht mit Ideen zur intensiven psychischen Förderung potentieller Eltern und Kinder, wie es das bereits in anderen Ländern gibt, sondern mit Ja/Nein-Überlegungen zu Finanzen, Familie und Arbeitswelt und dem Wert der Frauen als Arbeitskräfte – da ist nicht ein Finger der Phantasie für Frauen oder Kinder und auch keiner für die Männer spürbar. Hier ist kein Ort, sich einzunisten, könnte da nur ein neues Wesen fühlen. Es gibt keine Statistiken über verlorene Kinder in einem frühen Stadium. Sie fallen aus allem heraus. Die empfangenen und geborenen Kinder wie ihre Eltern können sich nur fügen ‚zum eigenen Besten‘ in die medizinisch-technische Arbeitswelt und nicht sich selbst in eigener Fülle ausdrücken; sie sind schon gebannt in höchstens einem Finger der Phantasie: Sie sollen alles noch besser machen als ihre Eltern: Besser konzipiert werden, intrauterin in Auslese wachsen, besser geboren werden, besser beobachtet werden, damit sie nicht aufhören zu atmen, insgesamt bessere Leistungen erbringen. Da mag für das ungeborene Kind, aus dem mit seinen zehn Fingern und zehn Zehen der Phantasie sich ganz andere Lebenswelten erschließen können, ein erstes Trauma geschehen, das ebenso stark wirkt wie frühe Abtreibungsversuche in Gedanken, Worten, Werken. Was die Eltern von ihm denken, wie es nur sein darf, reduziert es heftig in seiner Eigenheit auf ihr bzw. auf das über sie introjizierte medizinische und gesellschaftliche Verlangen hin. Wir wissen aus den Berichten der Bindungsanalyse, aber auch von früh traumatisier-

ten Patienten: Schon intrauterin versteht das Kind alles, und es fragt nach Besonderheiten der Welt außen. Ob es im allgemeinen verstanden wird, ist sehr zu bezweifeln. Vielleicht verabschiedet sich manch ein Kind deshalb früh. Und manchmal mag es günstiger für die Beteiligten sein, wenn eine Abtreibung erfolgt.

Ich gebe ein Beispiel: Frau D. hatte sich nach fast zehn Jahren von einem Partner getrennt, mit dem sie kein Kind hatte und befreundete sich nach außen hin eher wahllos bald darauf mit einem Mann, den sie wegen seiner Lebensweise nicht achten und mit dem sie nicht dauerhaft zusammenleben wollte. Von ihm wurde sie sogleich schwanger. Ihr neuer Partner wollte das Kind unbedingt. Sie war in einer sehr unglücklichen Verfassung, innerlich noch nicht vom alten Partner getrennt und in keiner Weise bereit zu einer Dreierbeziehung. Sie trieb das Kind ab, da sie es ihrem Unglück zurechnete. Die Abtreibung war für sie ein Desaster, sie gelang erst beim zweiten Mal, und sie war entsetzt, wie „das Leben sich in ihr eingekrallt hatte“. Der Partner wandte sich völlig von ihr ab, sie hatte ihn mit ‚seinem‘ Kind deutlich abgetrieben. Für sie mußte die Abtreibung geschehen, um sich vom früheren Partner ab- und weggetrieben zu sehen in Identifikation mit dem Kind. Und wiederum stand das auf dem Hintergrund ihrer unglücklichen Mutterbeziehung: Sie wurde nach einem toten Kind geboren, die Mutter haßte sie für ihre Lebendigkeit. Sie brauchte in Reaktionsbildung ein totes Kind, um zu überleben. Hier spüren wir verschiedene „Finger der Phantasie“ am Werk, die ein Gewebe von Früher und Heute schaffen, also ein dynamisches Gefüge und nicht ein zwanghaft-statisches, wie es heute wohl in vielen Bereichen am liebsten gesehen wird.

Schauen wir von der anderen Seite her: Wie relevant die sehr frühen Gefühle des Kindes sich ausdrücken, zeigen die Notizen, die ein französischer Kinderarzt aufzeichnete. Ein Paar kommt mit seinem vier Tage alten Baby zu ihm, um alles gut und richtig zu machen. Schon im Flur vor der Praxis hört der Arzt das Baby verzweifelt schreien. Es ist nicht zu beruhigen. Beim dritten Besuch mit dem immer aufs Neue schreienden Kind, wird die Mutter plötzlich bleich und sagt: „Ich war mit ihm schon mal in diesem Haus, weil ich abtreiben wollte. Ich ging in die Beratungsstelle im anderen Stock. Aber das kann es doch nicht wissen.“ Offensichtlich doch; nachdem der Arzt dem Baby die unglückliche Verfassung seiner Mutter damals erklärt hatte, mußte das Kind beim Arztbesuch nicht mehr schreien. Das Trauma der Vernichtung und die es begleitenden Phantasien sind von der Realität der um das Leben des Kindes besorgten Eltern umfaßt und durchdrungen worden. Das intrauterine Trauma konnte wahrgenommen und in Worte gebracht werden. So konnte das Kind mit seinen Eltern um diese Dimension reicher leben.

Vielleicht lasen Sie vor einigen Wochen den Artikel in der ZEIT, wie ein deutscher Soldat sich vorbereitet auf seinen Einsatz in Afghanistan. Dieser 20jährige tat es angesichts seines möglichen Todes und zog alle Phantasien ein auf ein Minimum. Ähnlich mag es werdenden Eltern in der mächtigen medizinischen Maschinerie ergehen, und so mag es auch den intrauterinen Kindern gehen. Immerhin gelten inzwischen 2/3 aller Schwangerschaften als Risikoschwangerschaft und immer mehr Kinder werden sicherheitshalber via Kaiserschnitt geboren. Ein empfangenes Kind entwickelt seine zehn Finger und zehn Zehen in der Gewalt der es überströmenden Entwicklung und Phantasie seiner Lebensmöglichkeiten. Es glüht in seiner Entwicklung, wird im altindischen Epos gesagt. Fühlt aber seine Umwelt nicht mit ihm, wird es abgeschnitten von seiner ihm innewohnenden Kraft.

Im Deutschen Ärzteblatt vom Oktober 2006 wird die Indikation für spätere Schwangerschaftsabbrüche diskutiert, das heißt solche, die nach der 12. bzw. 18. Woche erfolgen. Ab der 22. Woche, also an der Grenze zur Lebensfähigkeit, ist es üblich – und rechtlich zulässig – daß das Ungeborene im Mutterleib getötet wird. Ein Schwangerschaftsabbruch in der prekären Zeit ist nur indiziert aufgrund einer psychosozialen oder medizinischen Gefährdung der Schwangeren, nicht durch eine Erkrankung oder mögliche Behinderung des zu erwartenden Kindes. Keine Maßnahme der pränatalen Diagnostik hat eine eugenische Zielsetzung. Doch jedes Kind kann intrauterin gefährdet sein dadurch, und der Raum seiner Mutter wird eingeschränkt auf ja/nein; Raum für Bewegung in Phantasien bleibt nicht. Jedes intrauterine Kind hört zu, wenn der Arzt mit der Mutter darüber spricht und versteht, daß es erst nach der Geburt einen Schutzraum bekommt, intrauterin hat es nichts zu melden, höchstens kann es zum „Kind als Schaden“ werden. Daß es damit nicht gemeint sei, sondern die finanzielle Belastung, die sich aus seinem Dasein ergibt, ist recht merkwürdig und doppeldeutig. Was mag sich für Mutter und Kind bei einer solchen Ansprache ergeben? Der Gedankenraum reduziert sich auf schuldig/unschuldig, und für den Vater ist das zumeist ebenso. Da bleiben keine Finger der Phantasie mehr, die nötig wären, um den einen oder beide verstehen zu lassen, warum ihre Entscheidung aus ihrer eigenen Geschichte heraus nun so sein muß.

Ich erinnere hier an eines der Fallbeispiele von Dr. Linder, in dem die Eltern aufeinander warten, aber aneinander vorbeischaun: Sie sagt, nachdem sie die Abtreibung hat vornehmen lassen: „Hätte er doch nur ein Wort gesagt!“ Er sagt: „Ich hätte nie geglaubt, daß sie das wirklich tut.“

Ich komme gleich hier zu dem entgegengesetzten, nicht weniger problematischen Eingriff in das Leben. Rund drei Millionen Menschen wurden seit der Geburt des ersten Retortenbabies vor 28 Jahren weltweit im Reagenzglas gezeugt. Zeit, Raum und Temperatur, alles für Menschen

und menschliches Leben wesentliche Voraussetzungen, werden dabei außer Kraft gesetzt. Wir wissen nicht, was das mit der Menschlichkeit der Menschen machen wird. Sicher wird es sie verändern.

Das Paar C. bzw. Frau C. hat eins von den IVF-Kindern. Die Liebe des Paares zerbrach über der langwährenden Auslieferung an die technischen Prozesse. Herr C. ließ sich erst während der Bekanntschaft mit einer jungen Frau im Alter seines ältesten Sohnes scheiden. Er selbst war ein erstes, ungewolltes Kind. Wegen ihm blieben seine damals sehr jungen Eltern zusammen und haßten ihn gemeinsam als Zerstörer ihrer Lebensmöglichkeiten. Nach ihm kamen zwei weitere Söhne, die mehr geliebt wurden als er, und für die er Sorge trug, um überhaupt ein wenig geliebt zu werden. Er heiratete eine Frau, die ihn ablehnte, zwar drei Kinder mit ihm hatte, doch an ihren Brüdern hoch ambivalent mehr hing. Für ihn wiederholte sich das Trauma des Ungewolltseins. Mit der jungen Frau fühlte er sich erstmals sexuell frei und gewollt, dann aber unsicher, da sie ein Kind mit ihm wollte, denn eigentlich wollte er nun endlich einmal alles für eine Frau sein. Er stellte sich und sein Aufziehen von drei Kindern zurück. Die Prozeduren der Besamung, die bald eingeleitet wurden, da sie nicht sogleich schwanger wurde, bewegten ihn erneut, mehr Diener denn Partner zu sein. Das tat der Liebe nicht gut. Dann erfuhr er sich als alt und leer, da sein Samen nicht mehr zeugungsfähig war. Er stimmte unglücklich einer Fremdbesamung zu, um seiner jungen Partnerin ihren Kinderwunsch zu erfüllen und sie zu halten. Frau C. verliebte sich während der Prozeduren in den inseminierenden Arzt. Das Paar trennte sich, als Frau C. nach mehreren Jahren der Prozeduren schwanger wurde, da inzwischen keine gemeinsame Liebe sie mehr verband. Es gab mehr Quälereien, wie er sie aus seiner Ehe und seiner Herkunftsfamilie kannte als die Liebesbeziehung, die beide anfangs gelebt hatten. Frau C. hat nun zwar ein Kind, doch keinen Zugang zu ihm, es spricht nach zwei Jahren noch nicht und dürfte ein autistisches Kind sein.

Die Heirat des Paares B. war eine Liebesheirat. Frau B. hielt sich und ihren Partner für ein sicheres Liebespaar, das in der bald erfolgten, gewünschten Schwangerschaft glücklich vereint sei. Sie war überdies glücklich, einen Sohn zu bekommen, nachdem sie aus früher erster Ehe zwei schon erwachsene Töchter hatte, sich aber immer ein drittes Kind – wie sie selbst – und da einen Sohn gewünscht hatte. Herrn B. hatte sie nicht zuletzt geheiratet, weil sie beide zusammen ein Kind haben wollten. Für sie unerwartet, obwohl es Anzeichen gab, wie sie später verstand, trennte ihr Mann sich im sechsten Monat der Schwangerschaft von ihr und wählte eine Partnerin, die keine Kinder mehr bekommen konnte. Frau B. kam zu einer Beratung in ihrer Not. Nachdem sie zunächst nur ihrer Deso-latheit und Verletztheit Ausdruck geben konnte, berichtete sie von ihrem

Mann: Er war das erste von fünf Kindern einer recht desorganisierten Mutter, die nur die Schwangerschaft und die ersten Monate mit ihren Kindern genoß und sie dann nicht mehr liebevoll versorgen mochte, sondern wieder schwanger wurde. Sein Vater kümmerte sich wenig um die Kinder und ging in seinem Beruf auf. Er starb, als Herr B. 25 Jahre alt war. Frau B. hatte seinen frühen Erfahrungen wenig Beachtung geschenkt, da sie in der Schwangerschaft so glücklich war, die Erfüllung ihrer Wünsche zu finden. Er selber schien zunächst auch mit ihr glücklich zu sein, bis ihre Intensität der Schwangerschaft ihn als die Wiederholung seines frühen Traumas ereilte. Ihr Glück war nicht mehr seins. Es ist verständlich, daß Herr B. von klein an die neuen Schwangerschaften haßte, da sie ihm seine Lebens- und Liebesmöglichkeiten raubten. Er war als sehr kleines Kind schon das Kindermädchen für die weiteren Geschwister. Die frühe Traumatisierung ist deutlich, da 10 Monate nach ihm das nächste Kind kam. So wiederholte es sich nun in seiner Ehe, seine Frau bekam für ihn deutliche Züge seiner Mutter, da sie ganz in der Schwangerschaft aufging und ihn wie ihr zweites Ich behandelte.

Auch die Seite des Mannes sollte bedacht und befragt werden, wenn ein Mann eine Frau in der Schwangerschaft verläßt. Wie sich hier zeigt, ist nicht nur die Frau vom Mann verlassen, sondern zuvor fühlt er sich von ihr verlassen. Frau B. lebt heute in einer innigen Beziehung mit ihrem kleinen Sohn und den großen Töchtern und hat offenbar im gewünschten Sohn ihre Erfüllung gefunden. Sie trägt ihrem Mann inzwischen nichts nach, da er ihr zum Sohn verhalf, bemängelte nur, als sie ihn bei der Scheidung sah, daß er so offensichtlich pubertär wirkte. Auch das gehört wohl dem Trauma zu. Er will nicht früh sterben wie sein Vater, sondern zuvor überhaupt einmal geliebter Sohn und Einziger für jemanden sein.

Wie Herr C. wollte auch Herr B. endlich um seiner selbst willen geliebt werden, und es sollte kein Kind mehr dazwischen stehen; auch er war ein Ältester von mehreren Kindern. Oft reichen die Finger der Phantasie nicht bis zur Bewegung des anderen Partners. „Ich habe nie gewußt, was mit dir geschieht ...“ Wir wissen so selten, was ein Partner im Bereich der Sexualität und Schwangerschaft als Übergriff und Gewalt erfährt aus früheren Konstellationen, die ungesagt und traumatisch stehen blieben, ohne sie neu zu binden. Bis heute erscheint es eher als glücklicher Zufall, wenn die früheren Traumatisierungen nicht davon abhalten, ein Leben zu dritt zu beginnen und durchzuhalten. Und heute mehr denn je, da der medizinischen Techniken so viele sind, die kaum einen Partner noch dazu kommen lassen bei sich oder bei dem anderen zu sein mit allen Fingern der Phantasie.

Es gibt, seit die beiden Ungarn Hidas und Raffai die Bindungsanalyse konzipierten, die Möglichkeit, daß Mutter und Kind und auch sein Vater intrauterin miteinander sprechen und sich einander vertraut machen und

die Fragen, Sorgen und Phantasien des Kindes und aller miteinander quasi zehnfingrig in Lebendigkeit verstehen. Doch die neun Monate des intrauterinen Lebens sind für manche Eltern unterträglich lang und für manche zu kurz, um ihre eigenen Phantasien und deren Ausfönggerung in das Leben des Kindes verstehen zu können oder zu wollen. Äußere Beratungen und Beratungsstellen helfen da selten, da sie zu oft nur eher schnelle ja/nein-Entscheidungen zum Ziel haben.

Das Paar A. lebte seit zehn Jahren miteinander, stritt sich häufig und heftig und wollte immer wieder auseinandergehen, ein Kind kam nicht infrage. Doch da beide sich in ihrer Heimat kennengelernt hatten und zusammen nach D. eingewandert waren, gab es für sie ein gemeinsames Band der Vergangenheit, so trennten sie sich nicht, sondern fühlten sich doch einander verbunden und aufeinander angewiesen. Frau A. war in D. begünstigter, da schon ihr Großvater hier gelebt hatte, und auch ihre Schwester hier lebte. Sie hatte arbeitsmäßig zudem eine gute Position. Herr A. hatte hier nur sie und arbeitete nicht seinen Qualifikationen entsprechend. Erstaunlicherweise entschloß das Paar sich nach diesen zehn Jahren zu einem Kind und das sogar, nachdem Frau A.s Schwester nach Pränataldiagnostik ihr erstes Kind abtreiben ließ wegen Verdacht auf Trisomie 21. Daß sie schwanger wurde, empfand Frau A. als glücklich und unglücklich zugleich. Ihre Ambivalenz und auch die ihres Mannes war groß. Frau A. kam wegen der mehrfachen Zwiespältigkeit zur Bindungsanalyse; sie machte sich vor allem Sorgen, daß sie und ihr Mann sich weiter heftig stritten und damit die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen könnten. Zudem fürchtete sie, daß ihr Mann sich zurückgesetzt fühlte, wenn sie sich eins mit dem Kind erlebte, und er außen blieb. Doch es entwickelte sich ganz anders:

In der Bindungsanalyse war Frau A. in jeder Sitzung wichtig, daß das Kind auch seinem Vater nah blieb, sie empfand sich keineswegs als Rivalin, sondern als Vermittlerin, da sie spürte, daß das Baby in ihr heftiger oder auch sanfter reagierte, wenn ihr Mann bei ihr und bei ihm war. Über das Kind war sie selber näher bei ihm und beneidete es zuweilen gar, da ihr Sohn innen so deutlich auf seinen Vater reagierte, wenn er nur ins Zimmer trat und sprach, sie war dann nur wie Wohnung des Sohnes. Alle drei konnten hier offenbar Finger der Phantasie ausstrecken und zulassen, die ein Drittes mit einbinden, das die eher prekäre Zweierbeziehung bereichert. „Willst du deinem Vater noch etwas sagen“, fragte Frau A. ihren Sohn innen nun jedesmal am Ende ihres Treffens, und er zeigte ihr ein Bild für seinen Vater, das sie diesem weitergab. Ihr Sohn wollte zuhause geboren werden. So geschah es. Der Vater nahm ihn in den Arm und gab ihn ihr.

Das Kind in der Bindungsanalyse zeigte hier seinen Eltern einen Weg auf, zu dritt glücklich leben zu können, was die beiden als Paar nie so gedacht hätten. Nicht immer sind Eltern so ausgerichtet und begibt sich eine

Mutter in die hilfreiche Beziehung einer Bindungsanalyse, die ihr andere Finger der Lebendigkeit eröffnet, damit die begonnene Dreierbeziehung nicht an den Querelen der Zweierbeziehung scheitert, die natürlich ihrerseits aus früheren Quellen gespeist wird.

Es ist bemerkenswert, daß Eltern heute wie früher vielfach von ihren Kindern kaum noch von Schwangerschaft und Geburt etwas erinnern mögen außer „alles ganz normal“ oder „es war alles ganz furchtbar“ oder bei der Frage einfach darüber hinwegreden und antworten, wie lieb und aufmerksam das Kind als Baby war. Es ist so, als sollten Kinder in einen leeren Raum hinein geboren werden, der sich erst nach der Geburt füllt. Junge Menschen wissen oft auch nichts von der eigenen Geburt; sie kennen kaum mehr Daten oder Herkunft ihrer Eltern, und die Großeltern sind ganz fern wie die Bewegungen der Familien, bis die Eltern sich trafen. Vielfach lebten Großeltern und Eltern schon als getrennte Paare. Das Wissen um die verschiedenen Rollen, in denen Menschen sich als Individuum, als Paar, als Eltern, als Großeltern verstehen, zersplittert. Auch von daher wächst die Desolatheit im Wissen um Beziehungen. Die Zeiten einer stillen Initiation sind hier wie auch inzwischen bei den indigenen Gesellschaften weitgehend verschwunden, in denen Jugendliche ganz allein und den toten Ahnen nah sind. Weitgehend ersetzen größtmögliche Lautheit der Discos und ständiges Flackern und Flimmern der Computerbilder sie seit 20–30 Jahren zusammen mit immer früheren wechselnden sexuellen Erlebnissen. Die neuen Generationen von Eltern kommen zu kurz darin, Finger der Phantasie in ihrer möglichen Partnerschaft und der eigenen Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen zu bewegen.



Helga Blazy, Dr.phil., Arbeitsschwerpunkte: Kinderanalyse, Malaiologie, austronesische und indische Sprachen.

Anschrift: Hermann-Pflaume-Straße 39, 50933 Köln

Telefon: (0221)4971191

Telefax: (0221) 4973625

E-Mail: helga.blazy@netcologne.de

Ungewollte Schwangerschaft als Ambivalenzkonflikt

Oranna Keller-Manschreck und Reinhilde Menches

Wir sind Mitarbeiterinnen einer eher kleinen pro familia-Beratungsstelle mit unterschiedlichem professionellen Ansatz, meine Kollegin als Sozialpädagogin und ich als Ärztin mit unterschiedlichen Zusatzqualifikationen. Unser gemeinsamer Arbeitsplatz liegt im ländlichen Umfeld von Stuttgart, der Einfluss der Kirche insbesondere des schwäbischen Pietismus ist sehr stark und bis zur Neuregelung des § 218/219 1993 war bis weit auf die Ostalb Waiblingen der einzige Ort, an dem eine Beratung gemäß § 218 einschließlich der Ausstellung einer Ärztlichen Indikation möglich war.

Immer wieder werden wir, wenn wir über den Schwangerschaftskonflikt sprechen, zu unserer persönlichen Haltung zu Kindern gefragt und gerne sagen wir, wir haben 4 bzw. 3 Kinder.

Lange Zeit war pro familia eine Wortführerin für die Herausnahme des § 218 aus dem Strafgesetzbuch. Nach der Neufassung dieses Paragraphen 1993 ist es ruhiger geworden und alle scheuen sich, die Diskussion wieder neu anzufachen. Dabei gibt es einige ungelöste Probleme, ich will Sie nur an die Diskussion über Spätabbrüche erinnern. In den meisten Fragestellungen haben sich aber alle, auch pro familia gut mit dem gefundenen Kompromiss eingerichtet.

In der alltäglichen Beratung stellt sich der wirklich tragische Grundkonflikt so dar: Was wiegt schwerer, das Recht auf Selbstbestimmung der Mutter oder das Recht auf Leben des Kindes? Ein Interessenausgleich ist nicht zu erreichen. Und entscheiden kann und muss die Mutter letztlich ganz alleine. Weiter nicht auflösbare Grundkonflikte machen das Dilemma komplett: Eine Frau wird durch Sexualität schwanger, und Sexualität ist von ihrem Wesen her irrational und widersetzt sich weitgehend der Kontrolle. Und Sexualität findet meistens in Beziehungen statt, in denen starke Gefühle am Werk sind. Auch die Haltung zum Ungeborenen ist von Ambivalenzen geprägt, Zugewandtheit, Freude und Stolz aber auch Angst, Verzweiflung und Hilflosigkeit. Wir als Beraterinnen, und aus diesen Erfahrungen wollen wir Ihnen berichten, dürfen aber nicht mit ins Dilemma geraten sondern müssen versuchen, Übersicht zu vermitteln. Meine Kollegin wird Ihnen jetzt einiges als Orientierungshilfe sagen.

Rechtlicher Hintergrund des Schwangerschaftsabbruchs

Ich will Ihnen im Folgenden einen Überblick über die derzeit geltende Rechtslage im Zusammenhang mit dem § 218/219 geben. In meinen Ausführungen beziehe ich mich im Wesentlichen auf den Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung.

Bis zum Einigungsvertrag, der die beiden deutschen Staaten zusammenführte, galt in der Bundesrepublik die Indikationenregelung, wonach nach den §§ 218 ff des Strafgesetzbuches der Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich strafbar war, wenn nicht eine der gesetzlich anerkannten Indikationen vorlag. In der DDR hatten Frauen seit 1972 das Recht bis zur 12. Schwangerschaftswoche einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen.

Nach der Einigung blieb es zunächst bei diesem unterschiedlichen Recht. Artikel 31 Abs. 4 Satz 1 des Einigungsvertrages bestimmte jedoch, dass es Aufgabe des Gesetzgebers sei, „spätestens bis zum 31. Dezember 1992 eine Regelung zu treffen, die dem Schutz vorgeburtlichen Lebens und die verfassungskonforme Bewältigung von Konfliktsituationen schwangerer Frauen, vor allem durch rechtlich gesicherte Ansprüche für Frauen, insbesondere auf Beratung und soziale Hilfen, besser gewährleistet, als dies in beiden Teilen Deutschland derzeit der Fall ist“.

Nach einem langen Diskussions- und Beratungsprozess, in dem alle relevanten gesellschaftlichen Gruppen vertreten waren, beschloss der Deutsche Bundestag in seiner Sitzung vom 25. Juni 1992 das Schwangeren- und Familienhilfegesetz. Dieses Gesetz sah unter anderem umfangreiche soziale Hilfe und Beratungsansprüche sowie die Finanzierung ärztlich verordneter Verhütungsmittel durch die gesetzlichen Krankenkassen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr vor. Neu war, dass der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten 12 Wochen durch einen Arzt nicht rechtswidrig sei, wenn sich die Schwangere zuvor hatte beraten lassen und anschließend eine Überlegungsfrist von drei Tagen eingehalten wurde.

Dieses Gesetz trat jedoch aufgrund einer einstweiligen Anordnung des Bundesverfassungsgerichts nicht in Kraft. In seinem Urteil vom 28. Mai 1993 betonte das Bundesverfassungsgericht das vom Grundgesetz gebotene grundsätzliche Verbot des Schwangerschaftsabbruchs und die grundsätzliche Pflicht zum Austragen des Kindes. Es billigte im Grundsatz das Konzept einer Beratungsregelung zum Schutz des ungeborenen Kindes, das in der Frühphase der Schwangerschaft den Schwerpunkt auf die Beratung der Frau legt. Dabei soll die Frau motiviert werden, sich für das Kind zu entscheiden und es wird in diesem Zusammenhang auf eine Strafdrohung verzichtet.

Außerdem betonte das Bundesverfassungsgericht, dass das Grundgesetz nicht zulasse, für die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruches ohne Indikation Ansprüche auf Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zu gewähren. Allerdings hielt es staatliche Hilfen für verfassungsgemäß in Fällen wirtschaftlicher Bedürftigkeit. Diese Übergangsregelung von 1993 wurde durch das vom 25. August 1995 verabschiedete Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz beendet.

Es gilt nun: Schwangerschaftsabbruch ist grundsätzlich für alle Beteiligten, also die Schwangere, den Arzt, den Partner etc. nach § 218 Strafgesetzbuch strafbar. Es gelten aber Ausnahmen, die einen so genannten Tatbestandsausschluss beinhalten.

Nicht strafbar ist folglich ein Schwangerschaftsabbruch, wenn

- die Schwangerschaft innerhalb von 12 Wochen nach der Empfängnis durch einen Arzt abgebrochen wird,
- die schwangere Frau den Abbruch will,
- die Frau dem Arzt durch die Bescheinigung einer anerkannten Beratungsstelle eine mindestens drei Tage zurückliegende Schwangerschaftskonfliktberatung nachgewiesen hat.

In der Vorschrift über die Beratung innerhalb des § 219 StGB wird darauf hingewiesen, dass die Rechtsordnung einen Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich nur in besonderen Ausnahmesituationen billigen kann. Ob eine solche vorliegt, muss allerdings nicht, wie früher bei der Indikationsregelung durch einen Außenstehenden festgestellt werden. Die verantwortliche Entscheidung liegt ausschließlich bei der Schwangeren.

Die Rechtswidrigkeit eines Schwangerschaftsabbruches ist zudem ausgeschlossen

- im Falle der medizinischen Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB) ohne zeitliche Begrenzung, wenn der Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse notwendig ist, um Lebensgefahr oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der schwangeren Frau abzuwenden
- und im Falle der kriminologischen Indikation (§ 218a Abs. 3 StGB) bis zur 12. Woche nach der Empfängnis, wenn dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf einem Sexualdelikt beruht.

Der Gesetzgeber hat sich auch detailliert mit Inhalt und Aufgaben der Schwangerschaftskonfliktberatung befasst.

Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. Allerdings ist ein solcher Schutz gegen den Willen der Frau nicht möglich, deshalb soll

die Frau ermutigt werden zur Fortsetzung der Schwangerschaft und Perspektiven für ein gemeinsames Leben mit dem Kind sollen eröffnet werden. Die Beratung ist allerdings gemäß § 5 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz „ergebnisoffen“ zu führen und stellt die Verantwortung der Frau in den Mittelpunkt.

Es wird erwartet, dass die Schwangere ihre Gründe mitteilt, ihre Gesprächs- und Mitwirkungsbereitschaft kann aber nicht erzwungen werden.

- Die Schwangere hat je nach Sachlage Anspruch auf jede erforderliche medizinische, soziale und juristische Information und praktische Hilfen, insbesondere solcher, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern. Außerdem hat sie Anspruch auf Unterstützung bei der Wohnungssuche, bei der Suche nach Betreuungsmöglichkeiten für das Kind, der Fortsetzung ihrer Ausbildung und sie erhält das Angebot einer Nachbetreuung.
- Die Rat suchende Schwangere hat einen Anspruch auf unverzügliche Beratung.
- Sie hat ein Recht auf Anonymität.
- Wenn sie es wünscht, können weitere Fachkräfte oder Personen ihres Umfeldes in die Beratung einbezogen werden.
- Die Beratung ist kostenlos.
- Die Frau hat einen Anspruch auf eine Bescheinigung über die Beratung.
- Eine unter Umständen notwendige Fortsetzung der Beratung muss unverzüglich erfolgen. Die Ausstellung der Bescheinigung darf nicht verweigert werden, wenn durch die Fortsetzung der Beratung die 12-Wochen-Frist nicht eingehalten werden könnte.
- Die Angehörigen der Beratungsstellen unterliegen der Schweigepflicht. Sie haben ein Aussageverweigerungsrecht.

Noch einmal: Ein Kernstück der gesetzlichen Regelung ist die Beratungspflicht. Die Beratung findet also, wenn man so will, in einem Zwangskontext statt. Die ZuhörerInnen unter Ihnen, die in beratenden oder therapeutischen Bereichen arbeiten, werden möglicherweise diesen Rahmenbedingungen skeptisch gegenüberstehen, denn das Wesen von Beratung ist im Allgemeinen die Freiwilligkeit. Trotzdem empfinden wir Beraterinnen diesen Zwangskontext als nützlich und wollen unsere Haltung im Folgenden anhand der Schilderung einer Schwangerschaftskonfliktberatung erläutern. Diese Beratung ist, angesichts des äußeren rechtlichen Rahmens aber auch der Tragweite des Verhandlungsgegenstandes außerordentlich anspruchsvoll.

Neben soliden Informationen über soziale und finanzielle Hilfen sind fundierte psychologische und medizinische Kenntnisse notwendig. Eine

beraterisch-therapeutische Zusatzausbildung ist für uns unabdingbar, verbunden mit regelmäßiger Weiterbildung. In unser Beratungskonzept fließen Grundlagen der Gesprächstherapie, Kenntnisse über psychodynamische Vorgänge und Aspekte der Familien- und Traumatherapie ein.

Wie erleben wir die Frauen in der Anfangssituation einer Beratung?

Manche Frauen sind sehr unsicher, viele sehr traurig, es gibt auch sehr gut informierte, selbstbewusste Frauen, manche geben sich ausgesprochen cool, andere wiederum äußern gleich zu Beginn, sie wollten gar nichts sagen, währenddessen andere Frauen mit großer Beredtheit ihre Gründe für ihren Abbruchwunsch darlegen, als wollten sie sich selbst überzeugen. Es gibt natürlich auch Frauen, die auf den Zwangskontext der Beratung mit einer ablehnenden, geradezu feindlichen Haltung reagieren. Viele Frauen sind in Begleitung einer Freundin, der Schwester oder bei jungen Schwangeren der Mutter. Bei rund einem Viertel der Schwangeren kommt der Partner mit.

Wie kann es gelingen, in einer „Zwangsberatung“ ein Beziehungsangebot zu machen?

Wir erläutern wie dargestellt den rechtlichen Rahmen der Beratung und machen deutlich, dass wir das Gespräch als Angebot verstehen und für sinnvoll halten. Wir gehen vom Konzept einer „informierten Entscheidung“ aus. Das bedeutet, dass wir auch informieren: Beispielsweise erklären wir der Klientin die gesetzlichen Vorschriften, auch ihr Recht auf Anonymität.

Wir sagen ihr, dass die Entscheidung über den Verlauf der Schwangerschaft von ihr ganz alleine gefällt werden kann und muss und unsere Rolle eher im Informieren und in der Hilfe beim Sortieren liegt. Sie erfährt, dass sie das Recht auf Ausstellung eines Beratungsscheins hat und dass sie diesen am Ende des Gespräches auf Wunsch auch erhält.

Wir nehmen uns für jede Beratung eine Stunde Zeit, wir bieten aber die Fortsetzung des Gespräches, wenn nötig auch unter Hinzuziehung anderer Fachkräfte an. Eine Vermittlung an mich als Ärztin wegen Fragen zur vorgeburtlichen Untersuchung kann Ängste nehmen. Gegebenenfalls vermitteln wir auch Kontakte zu externen Fachleuten, z. B. der Schuldnerberatung. An dieser Stelle einige typische Konstellationen: Es ergeben sich manchmal Konflikte mit Angehörigen, die die Klientin begleiten. Der Partner hat einen anderen Blickwinkel auf den Konflikt und will diesem zu

Durchsetzung verhelfen. Wir bieten zur Entlastung der Schwangeren erst einmal ein Gespräch mit ihr alleine an, in einem zweiten Schritt binden wir den Partner mit ein. Der Partner hat nämlich sehr häufig kein Forum, in dem seine Beteiligung, seine Ängste und Bedürfnisse gehört werden. Wir versuchen, dies zu ermöglichen, ohne dass die Frau in ihrer Entscheidung unter nicht aushaltbarem Druck gerät.

Ein Beispiel ist die Beratung eines Paares: Die Schwangere will trotz massiven Schwangerschaftserbrechens die zweite Schwangerschaft austragen, ihr Mann, der unter Depressionen leidet, die schon mehrfach stationäre Aufenthalte nötig gemacht hatten, ist entschieden gegen die Schwangerschaft, da sie ihm Angstzustände verursache. In Zusammenarbeit mit einer Psychiaterin und einer medikamentösen Unterstützung kann der Konflikt entschärft werden.

Es kommt auch vor, dass die Klientin zu einem zweiten Gespräch ihren Partner mitbringen will, wenn es gelungen ist, eine gewisse Vertrauensbasis zu schaffen. Sehr jungen Klientinnen hilft oft die Anwesenheit der Mutter, nachdem sie sich versichert haben, dass wir ihre eigene Haltung respektieren.

Es ist übrigens in den letzten 20 Jahren nur einmal in unserer Beratungsstelle vorgekommen, dass eine minderjährige Schwangere die Information der Eltern kategorisch ablehnte. In den anderen Fällen ist es immer gelungen, die Eltern zur Unterstützung der Tochter zu gewinnen.

Im Zentrum des Beziehungsangebotes steht neben Fachlichkeit und Empathie unser Auftrag: Wir haben nicht die Aufgabe, die Entscheidung der Klientin moralisch zu bewerten und werden sie nicht von irgendetwas überzeugen wollen. Wir müssen jedoch versuchen, die Ambivalenzen, die die Klientin explizit und implizit zum Ausdruck bringt, zu sehen, zu würdigen und in die Entscheidung einzubinden.

Die meisten Klientinnen haben große Angst, sind sehr unter Druck und sind sehr nervös. Mit den körperlichen Erscheinungen der Frühschwangerschaft erleben sie sich fast im Ausnahmezustand. Um aber eine tragfähige Entscheidung zu treffen, müssen die Klientinnen eine Hilfe zur Reorientierung erhalten. Eine Reduktion ihrer Angst durch die oben genannten Schritte ist trotz der begrenzten Zeit enorm wichtig. Gleichzeitig ist es den Frauen dann eher möglich, ihre Focussierung auf unlösbar scheinende Probleme zugunsten einer Erweiterung des Blickfeldes aufzugeben.

Welche Gründe schildern uns die Frauen?

Eine zentrale Stellung nimmt dabei die Partnerschaft ein, die entweder in einer Krise steckt, gerade beendet wurde oder zu jung und ungefestigt ist.

Viele Frauen berichten von Überforderung, insbesondere, wenn sie bereits kleine Kinder haben. Tradierte Hilffsysteme, wie der Einsatz der Mutter der Schwangeren funktionieren angesichts einer eigenständigen Lebensplanung dieser Generation im Allgemeinen nicht mehr. Die Partner befinden sich häufig in einer Berufssituation, die kaum Unterstützung für die Frau ermöglicht. Betreuungsangebote für Kleinkinder gibt es in unserem ländlich strukturierten Raum so gut wie gar nicht.

Ein häufiger Grund ist eine von der Familienarbeit abweichende Lebensplanung, eine bevorstehende Ausbildung, der geplante Einstieg ins Berufsleben oder die heute übliche Befristung von Arbeitsverträgen und die Angst vor drohender Arbeitslosigkeit bei der Entscheidung für das Kind. Frauen fühlen sich zu alt, haben ihre Familienplanung bereits abgeschlossen oder zu jung und noch nicht reif genug für ein Kind.

Manche Frauen sind bereits alleinerziehend und fürchten eine Fortsetzung dieser Situation, da sie bereits erlebt haben, mit welchen Schwierigkeiten sie zu kämpfen hatten wenn sie zum Beispiel eine Wohnung suchten oder eine Betreuungsmöglichkeit für ihr Kind. Es gibt natürlich auch kulturelle Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch, z. B. die Tradition der jungfräulichen Heirat in südlichen und südosteuropäischen Ländern. Und zunehmend auch gesellschaftliche: zu wenig Wohnraum, zu wenig Geld, Schulden, bereits bestehende oder drohende Arbeitslosigkeit. Gerade hier zeigt sich: die Probleme, die sich in Schwangerschaftskonflikten äußern, sind deshalb auch immer ein Spiegelbild gesellschaftlicher Wirklichkeit.

Uns ist wichtig, die Gründe, die die Schwangere vorträgt, zu würdigen und nicht abzuwerten, da wir glauben, dass sie ihre eigene Situation zunächst am besten einschätzen kann. In diesem Zusammenhang machen wir ein Unterstützungsangebot, das sich auf die jeweilige Situation bezieht. Das können Informationen über soziale und finanzielle Hilfen sein aber auch ein Gespräch über die Familien- oder partnerschaftliche Situation. Unsere Haltung ist dabei geprägt von Neutralität den Gründen gegenüber, aber Loyalität gegenüber der Frau.

Wenn die Schwangeren sich in der Beratung empathisch getragen und Ernst genommen fühlen, wagen sie auch die andere Seite, nämlich die der Ambivalenz, zu zeigen. Dann berichten sie von ihrem Wunsch nach diesem Kind. Dann hören wir typische Aussagen wie: „Gerade noch bin ich fest entschlossen, das Kind zu bekommen und im nächsten Augenblick bekomme ich fürchterliche Angst und denke, das geht doch gar nicht!“ „Ich dreh mich ständig im Kreis, kann nicht essen, nicht schlafen“. Viele Frauen empfinden diesen Konflikt als den bisher schwerwiegendsten in ihrem Leben und leiden sehr.

Bei genauerer Betrachtung findet sich diese Ambivalenz auch in den Situationen wieder, in denen Frauen schwanger werden. Es sind auffällig

häufig Krisen- oder Umbruchsituationen, aber auch Phänomene der allgemeinen Perspektivlosigkeit.

- Die Beziehung ist beendet, es kommt noch einmal zu einem sexuellen Kontakt und dabei entsteht die Schwangerschaft.
- Ein junges Mädchen hat keinen Schulabschluss, findet keine Lehrstelle lebt völlig ohne eigene Perspektive.
- Die Beziehung befindet sich in einer zugespitzten Konfliktphase, es wird immer häufiger über Trennung gesprochen, aber eine Entscheidung für oder gegen die Beziehung scheint nicht möglich.
- Eigentlich wäre nach einer langen Familienpause der Wiedereinstieg in den Beruf dran, allerdings ist diese Veränderung mit großen Ängsten verbunden.
- Die Eltern sind gestorben oder deren Pflegebedürftigkeit steht ins Haus und damit verbunden sind starke Gefühle von Trauer oder Ängsten vor Überforderung.

Die ungewollte Schwangerschaft verdichtet quasi einen ungelösten Konflikt und stellt die entsprechenden Fragen in einer großen Klarheit:

- Kann ich mir vorstellen, mit diesem Partner ein Kind zu haben? Unterstützt er mich, wie reagiert er jetzt? Wie tragfähig ist die Beziehung (noch)? Wie stark will ich mich über diese Schwangerschaft an meinen Partner binden?
- Bin ich schon in der Lage, für ein Kind zu sorgen, wenn ich es nicht einmal für mich kann?
- Wie stelle ich mir mein weiteres Leben vor? Welche Perspektiven, welche Träume habe ich? Wie viel Kraft habe ich und wo erlebe ich meine Grenzen?
- Aber auch: Darf ich mich, allen Schuld- und Schamgefühlen zum Trotz gegen dieses Kind entscheiden?

Die Schwangerschaftskonfliktberatung hat deshalb auch immer den Aspekt einer Krisenintervention.

Welche Haltung haben die Schwangeren zu ihrem ungeborenen Kind?

Es ist immer sehr berührend, welche Inneren Bilder die Schwangeren von ihrem ungeborenen Kind haben. Die meisten haben schon irgendwo Fotos von Kindern in Mutterleib gesehen und haben eine Vorstellung der menschlichen Entwicklung. Allerdings stellen sie sich dabei meist wesent-

lich ältere Föten vor, wie sie auch tatsächlich von Abtreibungsgegnern in Propagandakampagnen benutzt werden.

Wir klären die Frauen sehr genau über den Entwicklungsstand ihres Kindes auf, nötigenfalls auch mit Bildmaterial. (z. B. Lennart Nilsson, Ein Kind entsteht.) Die meisten wollen wissen, ob das Kind beim Abbruch Schmerzen empfindet und sind natürlich erleichtert, wenn wir sagen können, dass dies nach allem, was man über die Entwicklung des Zentralen Nervensystems weiß, eher unwahrscheinlich ist.

Selbst Frauen, die mit dem festen Entschluss zum Schwangerschaftsabbruch zur Beratung kommen, haben oft fast instinktiv embryonalschädigendes Verhalten wie das Rauchen aufgegeben: Mein Kind, auch wenn ich es nicht bekommen kann, soll nicht leiden. Allerdings kommen immer wieder Frauen zur Beratung, die von einem Monster erzählen, das sich in ihrem Leib eingenistet habe und sie vernichten wolle. Diese Frauen haben zum Kind eine ungeheuer aggressive Beziehung. Diese aggressive Haltung wenden sie auch gegen sich selbst: Ich dumme Kuh, es geschieht mir grad Recht, es soll weg, mir egal, was mit mir geschieht. Manchmal stehen schwere Kränkungen in der Beziehung dahinter, häufiger aber extrem belastende lebensgeschichtliche Erfahrungen.

Unsere Informationen über Embryonalentwicklung und gesundheitliche Auswirkungen der Schwangerschaft haben nicht die Banalisierung des Schwangerschaftsabbruchs zum Ziel, auch wenn unsere Informationen manche Horrorszenarien relativieren können. Viele Frauen erleben es hilfreich, wenn wir sie ermutigen, ihre oft äußerst ambivalenten Gefühle, und Ambivalenz macht eine Entscheidung vordergründig schwerer, diese Gefühle zuzulassen und dennoch eine klare Entscheidung zu fällen. Wir sind überzeugt, dass Klarheit die Entwicklung von dunklen Mythen, die irgendwann unaussprechlich werden, verhindern kann. Für fast alle Schwangeren ist der Schwangerschaftsabbruch ein Ereignis von großer Bedeutung für die Selbstwahrnehmung und Unklares, Dunkles wäre da äußerst schädlich.

Ein Wort zu den Vätern

Die Rolle der Männer im Schwangerschaftskonflikt erleben wir sehr unterschiedlich. Ihre Haltung ist, wir betonen es bereits, für die Schwangeren von sehr großer Bedeutung.

Die statistischen Zahlen sagen jedoch wenig aus über die Qualität des Verhaltens. Dass die Mehrzahl der Väter sagt, sie würden die Entscheidung der Frau überlassen, ist unserer Erfahrung nach nicht unbedingt eine Hilfestellung für die betroffene Frau. Es hat für sie vielmehr oft den Aspekt,

mit der Entscheidung alleingelassen zu sein. Die meisten Frauen, insbesondere die hochambivalenten, würden sich eine eindeutige Positionierung ihres Partners wünschen, die sich vor allen Dingen in einer ermutigenden und unterstützenden Haltung äußern sollte.

Ganz besonders dramatisch sind natürlich die Fälle, in denen der Partner die Schwangerschaft vehement ablehnt und mit dem Fortbestand der Beziehung in Zusammenhang bringt. Diesen Konflikt kann die schwangere Frau, die das Kind eigentlich will, nicht lösen. Beugt sie sich dem Willen des Partners, wird die Beziehung sicherlich aufs Äußerste belastet. Trägt sie die Schwangerschaft aus, wird sie möglicherweise den Partner verlieren. Diese Konstellation verlangt von uns Beraterinnen eine klare Stellungnahme bezüglich der Unlösbarkeit des Dilemmas und einer eindeutig unterstützenden Haltung der Schwangeren gegenüber.

Eine Schwangerschaft löst nicht nur bei der betroffenen Frau innerpsychische Prozesse aus, sondern möglicherweise auch beim betroffenen künftigen Vater. Ich erinnere mich an einen Beratungsfall, der mich sehr berührte. Eine Klientin kam einen Tag nach ihrem Abbruch zu mir in die Beratung. Sie hatte den Abbruch traumatisch erlebt, als einen Eingriff in ihre persönliche Integrität und als körperliche Verletzung. Sie schilderte eine langjährige Beziehung, den Aufbau einer gemeinsamen Existenz und einen gemeinsamen Kinderwunsch. Der Partner äußerte wohl immer wieder seine Enttäuschung darüber, dass die Partnerin nicht schwanger wurde. Als die Schwangerschaft dann tatsächlich eintrat, zog sich der Partner zuerst zurück, um dann binnen kurzer Zeit aus der gemeinsamen Wohnung auszuziehen und sich nicht mehr zu melden. Die Frau entschloss sich daraufhin zu einem Schwangerschaftsabbruch, da sich der Partner völlig entzog. Er war offensichtlich nicht in der Lage, mit den Ängsten, die die Schwangerschaft in ihm hervorgerufen hatte, umzugehen. Unserer Erfahrung nach beziehen sich diese Ängste auf die bevorstehende Ernährerrolle und der endgültigen Festschreibung auf die Partnerin. Es werden aber auch, und das erklärt die panisch anmutende Reaktion des Mannes, die eigenen unbewussten Anteile aus der frühen Biografie mobilisiert. Dabei spielt sicherlich eine zentrale Rolle, wie geglückt die eigene Vatererfahrung war.

Was hilft beim Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch?

Viele Schwangere fragen ganz ausdrücklich, ob und wie andere Frauen mit der Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruches weiterleben. Sie selbst haben einerseits die Vorstellung, dass dies sehr schwer sein wird und sie lange

beschäftigen wird. Andererseits sehen sie sich nach dem Abbruch als erleichtert und befreit, ein sehr ambivalentes Bild. Natürlich spielen auch Scham und Schuldgefühle eine große Rolle und drücken sich auch in dieser Ambivalenz aus.

Wir unterstützen die Klientinnen in der Wahrnehmung beider Seiten der Ambivalenz, der belastenden wie der befreienden. Sie brauchen die Bestätigung, dass es in diesem wirklich tragischen Konflikt keine wirklich guten Entscheidungen gibt, die häufig nur als Kompromisse möglich wären. Sie erfahren Stärkung durch die Rückmeldung, dass sie sich oft sehr selbstquälerisch Gedanken gemacht haben und damit das Wichtigste getan haben, was sie tun können, um diesen Konflikt zu lösen und das sie genauso wie wir nicht in die Zukunft schauen können. Das bedeutet, sich mit der gefundenen Lösung zu beschäftigen, nicht mehr mit dem wäre, hätte, könnte.

Dann fragen wir sie nach bewährten Hilfen, die sie in anderen schwierigen Lebenslagen bereits als hilfreich erlebt haben und ermutigen sie, auf dieses Bewährte zurückzugreifen. Ganz häufig wird das Gespräch mit dem Partner, der Mutter oder einer guten Freundin genannt, die gut zuhört und nicht ständig wertet. Zum Glück können viele Klientinnen solche Menschen benennen. Die Ermutigung zum Gespräch, immer wieder und auch nach langer Zeit, hilft, damit dieses Erlebnis nicht in schwer zugängliche Bereiche der Inneren Landschaft verschwindet.

Es gibt aber auch Frauen, die sagen fast trotzig, dass sie mit niemandem darüber sprechen können und dies mit sich selbst ausmachen müssten. Wir versuchen zumindest, sie zu einem guten Umgang mit sich selbst zu ermutigen und bieten ihnen weitere Gespräche in der Beratungsstelle an. Leider werden sie nur selten angenommen.

Früher war oft nachzulesen, dass ein Schwangerschaftsabbruch fast zwangsläufig zu Depressionen führe. Wir denken, dass ein Schwangerschaftsabbruch sehr heftige Trauerreaktionen auslösen kann. Wir halten diese dem Erlebnis angemessen und sehen darin keine pathologische Reaktion. Wir ermutigen im Gegenteil, diese Trauer anzunehmen. Wir wiesen sie darauf hin, dass für einen längeren Zeitraum der Anblick von Schwangeren oder Säuglingen sie an diese Traurigkeit und ihren Verlust erinnern wird. Zur Verdeutlichung vergleichen wir das Erlebnis des Schwangerschaftsabbruchs mit einem traurigen Kapitel im Buch ihres Lebens. Dies Kapitel wird mal zufällig oder gewollt aufgeschlagen werden, es kann aber auch übergangen werden. Es bleibt aber immer da, neben anderen traurigen, langweiligen oder gar verzweifelten, aber auch fröhlichen und lustigen Geschichten.

Zusammenfassung

Der Schwangerschaftskonflikt ist, wenn man so will, ein Interessenkonflikt. Allerdings kann das ungeborene Kind seine Interessen nicht vertreten, daher hat der Staat besondere Regeln zum Schutz Ungeborener geschaffen und den Schwangerschaftsabbruch unter Strafe gestellt. Obwohl diese Strafe schon seit Menschengedenken besteht, gab es immer Schwangerschaftsabbrüche mit meist fatalem Ausgang für die Mutter. Schwangerschaften entstehen in rational kaum zu kontrollierenden Situationen und trotz Sexualerziehung und guter Verhütungsmittel, die aber auch fehlerbar sein können bleibt die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche seit Jahren relativ konstant. Aus humanistischen, psychologischen aber auch ganz sachlichen Gründen ist es unumgänglich, Frauen eine Entscheidung über den Verlauf der Schwangerschaft zu ermöglichen. Eine in unseren Augen tragfähige Regelung ist mit der Neuregelung des § 218/219 gefunden worden, die den Frauen eine Beratungspflicht auferlegt. In der Beratung besteht die Chance, den Konflikt zu analysieren, Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten und Wege zur Bearbeitung anzustoßen. Allerdings sind die gefundenen Lösungen keine im herkömmlichen Sinne „guten“ Lösungen, sondern bestenfalls Wege, mit denen die Schwangere und unter Umständen auch ihre Angehörigen besser leben können und dies ist beileibe nicht nur der Schwangerschaftsabbruch. Dies enthebt aber weder die Gesellschaft, noch den Einzelnen von der Verantwortung für eine Umgebung, in der Frauen Kinder bekommen können und sie nicht alleine, sondern mit aller denkbaren Unterstützung austragen und erziehen können.

Wir werden manchmal gefragt, wie wir diese Beratungen aushalten und warum wir sie überhaupt machen. Wir antworten, für den Fragenden überraschend, dass wir diese Beratungen gerne machen. Wir halten sie für notwendig, sie sind immer eine Herausforderung und die Tragik berührt uns tief. Viele Frauen beteuern am Ende des Gesprächs, dass sich der Aufwand gelohnt habe. Sie seien jetzt wesentlich ruhiger und könnten klarer denken. Sie sind dankbar für diese Möglichkeit. Diese Aussagen sind nun wirklich Motivation genug.

Anhang

Akzeptanz oder Abbruch von Schwangerschaften

- 66% aller Schwangerschaften sind gewollt.
- 25% aller Schwangerschaften sind ungewollt.
- 75% aller zugelassenen Schwangerschaften sind gewollt.
- In krisenhaften Situationen werden Frauen seltener schwanger, wenn aber doch, dann zu 50% ungewollt.
- In unbelasteten Lebenssituationen sind nur 20% der Schwangerschaften ungewollt.
- In krisenhaften Situationen werden insgesamt 25% aller Schwangerschaften abgebrochen.
- In unbelasteten Situationen werden 10% aller Schwangerschaften abgebrochen.
- Ungewollte Schwangerschaften werden zu 50% abgebrochen, unabhängig von der Belastungssituation.
- Gewolltheit oder Ungewolltheit wird als Hauptkriterium für Akzeptanz oder Abbruch angegeben.
- 42% aller abgebrochenen Schwangerschaften sind unter Verhütung eingetreten.

Quelle: frauen leben, eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung im Auftrag der BZgA von Prof. Dr. Cornelia Helfferich In Zusammenarbeit mit Wilfried Karmaus, Kurt Starke und Konrad Weller, BZgA, 2. Auflage, Köln 2002

Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen

- 15% aller Frauen haben eine oder mehrere Schwangerschaften abgebrochen.
- 22% aller jemals Schwangeren haben eine oder mehrere Schwangerschaften abgebrochen.
- 12% aller Frauen haben einen Schwangerschaftsabbruch erlebt.
- 3% aller Frauen haben zwei Schwangerschaftsabbrüche erlebt.
- 0,8% aller Frauen haben drei und mehr Schwangerschaftsabbrüche erlebt.
- 81% aller Frauen mit Abbrucherfahrung haben einen Abbruch erlebt.
- 14% aller Frauen mit Abbrucherfahrung haben zwei Abbrüche erlebt.

Quelle: frauen leben, eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung im Auftrag der BZgA von Prof. Dr. Cornelia Helfferich, in Zusammenarbeit mit Wilfried Karmaus, Kurt Starke und Konrad Weller, BZgA, 2. Auflage, Köln 2002

Determinanten der Abbruchhäufigkeit

Bildung

- Frauen mit höchstem Bildungsstatus brechen eine von vier Schwangerschaften ab.
- Frauen mit niedrigem Bildungsstatus brechen eine von 16 Schwangerschaften ab.

Familienstand

- Im Osten liegen 27% der Schwangerschaftsabbrüche mindestens ein Jahr vor der Eheschließung.
- Im Westen fanden 68% der Schwangerschaftsabbrüche mindestens ein Jahr vor der Eheschließung statt.

Familienorientierung

- Im Osten kein Unterschied zwischen Befragten mit und ohne Abbrucherfahrung.
- Im Westen sind Frauen mit Abbrucherfahrung weniger familienorientiert und Fruchtbarkeit spielt eine untergeordnete Rolle.

Quelle: frauen leben, eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung im Auftrag der BZgA von Prof. Dr. Cornelia Helfferich in Zusammenarbeit mit Wilfried Karmaus, Kurt Starke und Konrad Weller. BZgA, 2. Auflage, Köln 2002

Beteiligung der Männer am Entscheidungsprozess

- Jeder zehnte Mann hat die Erfahrung gemacht, dass eine Frau, die von ihm schwanger war, die Schwangerschaft abgebrochen hat.
- In 59% der Fälle waren die Männer in den Entscheidungsprozess eingebunden und mit der Entscheidung einverstanden.
- Die Zahl der Männer, die für den Fortbestand der Schwangerschaft waren und die Frau den Abbruch wollte, ist gering (in Leipzig 3 von 83 Fällen, im Westen 5 von 84 Fällen.) Die umgekehrte Situation ist genauso selten.
- Die Entscheidung für das Austragen einer nicht gewollten Schwangerschaft fällt weitgehend im Konsens: Nur in 3% entscheidet die Partnerin allein und nur in 10% überlässt er ihr die Entscheidung.
- Männer berichten mit großer Distanz und Fremdheit von Schwangerschaftsabbrüchen und Geburten ihrer Partnerinnen.
- Ihre Themen sind eher Verantwortung, Bezahlen, oder abstrakte Themen wie die Legitimation des Abbruchs z. B. wegen einer Erbkrankheit.

Quelle: Handout Prof. Dr. Cornelia Helfferich: Ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch auf der Fachtagung: Frauenleben – Männerleben / Aushandlungsprozesse in der Familienplanung von 2.–6. Februar 2006 in Bonn



Oranna Keller-Manschreck, Dr. med., Ärztin, Familientherapeutin (DAF), Traumatherapeutin, pro familia Waiblingen.

Anschrift: Zeppelinstraße 12, 73614 Schorndorf

Telefon: (07181) 65343

E-Mail: oranna.keller@profamilia.de

Reinhilde Menches, Dipl. Soz. Päd., Ehe-, Familien- und Lebensberaterin (Dajeb), Mediatorin (BafM), pro familia Waiblingen.

Anschrift: Im Sämann 39, 71334 Waiblingen

Telefon: (07151) 6040643

E-Mail: waiblingen@profamilia.de

„Vergiß-mein-nicht“

Interviews mit Männern und Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch

Kirsten Prussy

Der Schwangerschaftsabbruch scheint ein im Allgemeinen akzeptierter Vorgang in unserer heutigen Gesellschaft zu sein. Die Erfahrungen und Verarbeitungsprozesse betroffener Frauen und Männer spiegeln jedoch ein nach wie vor wirksames Tabu wieder, aufgrund dessen aufkommende Gefühle wie Ängste, Zweifel und Trauer kaum einen Raum finden. Die innere Dynamik in der Entscheidungsfindung sowie die psychische Verarbeitung des Erlebten werden anhand von Fallbeispielen aufgezeigt.

Hier möchte ich Ihnen von Frauen und Männern erzählen, die ich zum Thema Schwangerschaftsabbruch befragen durfte. Sie erzählten mir, wie sie den Abbruch und die daraus resultierende innere Dynamik erlebten und wie sie mit dem „Vergiß-Mein-Nicht“ umgegangen sind. Das „Vergiß-Mein-Nicht“ bildet hier eine Brücke zwischen dem Erlebten und den Wünschen der betroffenen Frauen und Männern.

- Aus der Perspektive der Frau: Ich will mich nicht vergessen bei der Entscheidung.
- Aus der Perspektive des Mannes: Vergiß auch mich nicht bei deiner Entscheidung – ganz gleich wie sie ausfällt.
- Aus der Perspektive der Partnerschaft: Dieses Erlebnis werden wir nicht vergessen.
- Stellvertretend für das ungeborene Kind: Vergiß mich nicht und gib mir einen Platz in deinem Leben.

Vor drei Jahren begann ich mich, ausgelöst durch den Tod meines drei Monate alten Neffen, mit der Verarbeitung von Tod und Trauer zu beschäftigen. Im Zusammenhang mit der Trauerarbeit stiegen dann in mir immer häufiger die Erinnerungen auf an die Stunden und Tage, als ich zwei Freundinnen bei einem Schwangerschaftsabbruch begleitet habe. Damals gab es Zeit für Gespräch, Platz für Traurigkeit, Zweifel, Hilflosigkeit und Abschied. Diese Situationen vor Augen hat mich zu der Frage geführt: Wie geht es anderen Frauen und Männern mit so einem Erlebnis? In unserer Gesellschaft, versuchen wir Frauen zu unterstützen ihr Kind auf die Welt zu bringen. Gesetzliche Regelungen und finanzielle Hilfe werden ihr aufgezeigt. Doch was

können wir tun, wenn sich eine Frau trotzdem gegen eine Schwangerschaft entscheidet?

Realität ist: Frauen entschieden sich (laut Bundes-Statistik ca. 128 030 Mal im Jahre 2003 in Deutschland) gegen die Fortführung einer Schwangerschaft. Bei dieser Abtreibungszahl wird unterschieden zwischen einer

- Medizinischen Indikation (2,7%)
- Kriminologischen Indikation (z. B. nach Vergewaltigungen)
- Beratungsregelung (97,3%)

In diesem Vortrag berichte ich Ihnen von Schwangerschaftsabbrüchen die der Beratungsregelung zugeordnet werden. Das bedeutet, es handelt sich hier um einen frei entschiedenen Abbruch nach vorheriger, gesetzlich vorgeschriebener Beratung durch eine Schwangerschafts-Konflikt-Beratungsstelle. Da diese Entscheidung nicht selten bei den Frauen Schuldgefühle und Scham hervorruft, suchen die wenigsten sich anschließen professionelle psychologische Hilfe um das Erlebte verarbeiten zu können. Ihrer Meinung nach haben sie „selbst Schuld“ an ihrer Situation und ihrem daraus resultierenden Befinden. Frauen, die nach einer Abtreibung ein Postabortions-Syndrom (schwere Depression bis hin zu auftretenden Suizidgedanken) entwickeln, kommen dann eher in eine Behandlung. Für alle Anderen ist der Schwangerschaftsabbruch oft immer noch ein Tabu-Thema.

Ich fing an Erfahrungsberichte zu sammeln, um in meiner therapeutischen Arbeit Verarbeitungshilfe nach einem Schwangerschaftsabbruch anbieten zu können. Es ging mir hierbei um ganz persönliche Einblicke in Erfahrungen der Betroffenen, primär wie sie diese Situation erlebten, damit umgegangen sind und diese verarbeitet haben.

Nach den Gesprächen war ich sehr betroffen. Unverarbeitete Trauer und Schmerz während der Interviews erfüllten den Raum. Die meisten meiner Gesprächspartnerinnen hatten das Gefühl das Erlebte, sowie die damit zusammenhängenden Gefühle verdrängen zu müssen. Es stellte sich jedoch heraus, dass die abgespalteten Gefühle wie ein Vulkan in ihnen schlummern.

Die Wirkkräfte und Ambivalenzen, die zu einer Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft führen, stehen nicht nur im Zusammenhang mit der aktuellen sozialen und familiären Situation, sondern ebenso mit der eigenen Lebensgeschichte. Dies werde ich im Laufe dieses Vortrags durch prägnante Sätze meiner GesprächspartnerInnen verdeutlichen. Ich befragte in den letzten Monaten 13 Frauen und 3 Männer. Für mich waren die nachfolgenden Fragen von besonderem Interesse:

- Wie verlief die Entscheidungsphase?

- Wie waren die Reaktionen von Partner, Familie, sozialem Umfeld?
- Wie war die körperliche und seelische Wahrnehmung vor und nach dem Abbruch?
- Wie wurde das Erlebte bis heute verarbeitet und ins Leben integriert?
- Was würden die Betroffenen sich heute wünschen und anderen mit auf den Weg geben?

Auf diese Fragen bekam ich natürlich sehr individuelle Antworten. Es gab jedoch auch einige Parallelen. Exemplarisch lesen Sie nun Protokolle von Fallbeispielen, die Ihnen nachfühlbar Einblicke in Nöte, Ängste aber auch Hoffnungen und bestärkende und erleichternde Gefühle dieser Frauen und Männer geben.

Um die psychische Dynamik zu verdeutlichen, wähle ich hier die Ich-Form und verwende auch die speziellen Redewendungen meiner Gesprächspartnerinnen und -partner.

Erstes Fallbeispiel

Ich beginne mit Beate. Beate ist eine Frau mit sexueller Missbrauchserfahrung. Die prägnanten Sätze von Beate waren:

- Für mich war es eine Re-Traumatisierung.
- Ein Teil meiner Lebendigkeit ist aus mir herausgeschnitten worden.
- Ich hatte meinen Körper noch mehr verlassen.
- Es ist ein Beziehungsabbruch!

„Es gab zwei Schwangerschaftsabbrüche. Ich möchte über den ersten sprechen weil der noch am wenigsten verarbeitet ist. Zu dem Zeitpunkt war ich 22 Jahre alt und hatte bereits eine dreijährige Tochter. Ich befand mich im Studium der Pädagogik und war mit Studium und Kind mehr als ausgelastet. Durch mein Elternhaus habe ich schwere traumatische Erlebnisse verarbeiten müssen und das hat es mir zu dem Zeitpunkt manchmal kaum möglich gemacht, meinen Alltag zu bewältigen und für meine Tochter zu sorgen.

In die Partnerschaft mit dem Kindsvater war ich so reingerutscht. Er war eher ein unangenehmer Mensch, und ich spürte bald, dass es ein großer Irrtum war, sich mit ihm eingelassen zu haben. Ich habe ihm von meiner Schwangerschaft erzählt, doch er fühlte sich nur überfordert, angestrengt und nicht wirklich interessiert was mit mir war. Ich wollte nichts mehr mit ihm zu tun haben und hatte tiefe Schuldgefühle wieder schwanger zu sein. Es war furchtbar für mich! Ich wollte es überhaupt nicht wahrhaben von so einem Ekel schwanger geworden zu sein und hatte deshalb große Schamgefühle.

Von der Beratung weiß ich nicht mehr viel, nur, dass die Beraterin scheinbar die Situation intuitiv erfasst hat und mich nicht überreden wollte, das Kind auszutragen. Zu diesem Zeitpunkt hatte ich bereits alle Gefühle in mir abgeschaltet, fühlte mich wie tot, habe nur noch mechanisch funktioniert bis es vorbei war.

Mit meinen Eltern konnte ich nicht darüber sprechen. Ich hatte ein streng katholisches Elternhaus und das Verhältnis zu ihnen war wegen der Traumatisierungen (Missbrauch) natürlich völlig zerrüttet.

Ich hatte verlässliche und unterstützende Freunde in meiner Wohngemeinschaft. Mit ihnen konnte ich sprechen. Eine gute Freundin ist mit mir zum Arzt gegangen. In dieser Zeit (1982) war ein Schwangerschaftsabbruch nichts Besonderes. Es war eher die Freiheit der Frau, zu entscheiden ein Kind zu bekommen oder nicht. Ich fühlte mich zu diesem Zeitpunkt emotional sehr brüchig. Heute weiß ich, dass diese Brüchigkeit mit der Traumatisierung zusammenhing. Noch ein Kind wäre für mich eine Katastrophe gewesen!

Den Eingriff selbst habe ich höchst traumatisch erlebt. Ich bekam eine Vollnarkose – dann war alles vorbei. Es war ein Schock für mich, nichts mitbekommen und völlig die Kontrolle verloren zu haben. Danach ging es mir sehr dreckig. Ich konnte nicht mehr laufen, nur noch zur Toilette kriechen. Für mich war es eine Re-Traumatisierung. Es fühlte sich an wie ein kalter Schnitt in meinem Unterleib und es hat sich auch dreckig angefühlt. Ich musste mich dann selbst in Ruhe lassen und viel schlafen. Ich hatte das Gefühl, dass ein Teil meiner Lebendigkeit aus mir herausgeschnitten worden war. Es war ein Beziehungsabbruch zu etwas in mir und es fühlte sich ganz furchtbar an! An körperlichen Symptomen fühlte ich nur, dass ich meinen Körper ‚noch mehr verlassen hatte‘. Später gab es auch das Gefühl, dass ich erwachsener geworden war und ich habe fortan sehr genau hingesehen, mit wem ich mich einlasse, aber ich hatte auch das Gefühl, dass die mit dem Schwangerschaftsabbruch zusammenhängende Selbstabwertung wie ein Schock in mir stecken geblieben war. Es hat fast vier Jahre gedauert bevor ich mich überhaupt wieder auf einen Partner einlassen konnte.

Es ist immer noch nicht ganz verarbeitet. Ich habe aber 2005 eine Familienaufstellung gemacht und auch die beiden Kinder aufgestellt, die ich nicht bekommen habe. Ich hatte später auch noch zwei Fehlgeburten. In dieser Aufstellung konnte ich mich mit den Seelen der Kinder versöhnen. Das war sehr heilsam für mich.

Ich fühle immer wieder, dass mein Bauch nicht dafür da ist, dass etwas abgeschnitten wird. Er ist fürs Leben da und jedes Mal hatte ich das Gefühl ein Stück meiner Lebendigkeit ist mit gestorben.“

Zwischen den Fallbeispielen gebe ich Ihnen eine Zusammenfassung über die geschilderten Gefühle wie die „Innere Dynamik“ erlebt wurde oder mit wem die Betroffenen Konfliktgespräche geführt haben. Hier nun der Ablauf entstandener Gefühle nach Kenntnis der ungewollten Schwangerschaft.

- 1. Phase: Schock – Angst
Die Sätze die hier gefallen sind waren:
Das will ich nicht
Das schaffe ich nicht
Ich konnte nicht mehr denken und handeln
- 2. Phase: Zerrissenheit – Einsamkeit – Hilflosigkeit, aber auch Entschlossenheit
Die Sätze hierzu waren:
Habe ich eine Wahl?
Ich muss jetzt vernünftig sein
Das will ich auf keinen Fall
- 3. Phase: Vakuum – in dem eher mechanisch der Schwangerschaftsabbruch abgehandelt wurde
Die Sätze hierzu waren:
Wenn ich Gefühle zulasse behalte ich das Kind
Ich schalte meinen Bauch aus
- Es gab auch eine entschlossene klarer Handlungsfähigkeit und klare Gefühle, allerdings nur bei einer Frau und einem Mann der von mir befragten Personen.
Die Sätze hierzu waren:
Das ist die richtige Entscheidung für mich
Ich würde wieder so entscheiden

Nach dem Abbruch selbst wurde oft erst einmal von Erleichterung gesprochen alles überstanden zu haben. Doch dann baute sich über einen meist längeren Zeitraum eine Gefühlswelle auf, die größer und größer wurde. Diese Welle transportierte Ekel vor sich selbst, verzweifelte Schuldgefühle, Aggression gegen sich selbst und manchmal auch gegen den Kindsvater. Die Frauen berichteten auch über Schlaflosigkeit oder Alpträume. Ihnen wurde erst viel später bewusst, wie tief sie in ihren Körper und in ihre Seele haben eindringen lassen!

Eine Frau berichtete, dass sie wochenlang ihren Staubsauger nicht benutzen konnte, weil (obwohl der Schwangerschaftsabbruch unter Vollnarkose gemacht wurde) sie das Sauggeräusch sofort wieder an das Absauggeräusch beim Abbruch erinnerte, welches sie im Unterbewusstsein gespeichert hatte. Am Anfang war sie irritiert, bis sie schließlich herausfand woran es lag.

Mein Gefühl bei diesen Schilderungen war, dass eine Frau bei einem Schwangerschaftsabbruch eine Verletzung an aller tiefster menschlicher Wurzel erfährt und vielleicht deshalb der Schmerz manchmal so überwältigend und unkontrollierbar über ihr zusammenbricht.

Zweites Fallbeispiel

Zum Zeitpunkt des Abbruchs befand sich Dörte zu einem Studium im europäischen Ausland und so fand dieser dort statt. Die prägnanten Sätze von Dörte waren:

- Für Trauer war kein Platz
- Wichtig ist es, die Würde behalten zu können
- Manchmal, wenn ich den Knoten in der Brust berühre, werde ich traurig

„Es war mein einziger Schwangerschaftsabbruch. Ich war damals 19 Jahre alt, studierte zu dem Zeitpunkt und komme aus einer streng katholischen Familie. Es war meine erste sexuelle Beziehung. Ich habe mich geschämt, dass ich so schnell schwanger wurde von einem Mann, den ich mochte, aber ich würde nicht von Liebe sprechen. Mein Freund, der wesentlich älter war als ich, hätte das Kind gern bekommen aber für mich kam es nicht in Frage. So stand er mir dann sehr unterstützend zur Seite. Mit Freundinnen habe ich nicht gesprochen, das hat mich sehr belastet, aber es war zu dem Zeitpunkt auch noch strafbar, eine Schwangerschaft abzubrechen. Ich hatte das Bedürfnis, mit meiner Mutter darüber zu sprechen, aber die Scham war zu groß. Ich konnte mir ausmalen, was für eine Schande es für meine Familie gewesen wäre. Ich entschied mich also für einen Abbruch der Schwangerschaft und fühlte danach erst einmal Erleichterung. Für Trauer war noch kein Platz.

In der Privatklinik, in der der Abbruch vorgenommen, wurde fühlte ich mich sehr gut aufgehoben. Ich konnte vorher mit dem Arzt reden und hatte auch die Möglichkeit, mit einem Psychologen über meine Partnerschaft zu sprechen und wie es mir jetzt zu diesem Zeitpunkt ging. Während des Eingriffs (ich bekam eine Teilnarkose), erklärte mir der Arzt alles was er machte und ich fühlte mich dadurch nicht ausgeliefert. Der Arzt fragte mich, ob ich den Fötus sehen möchte. Es war gut für mich diese Entscheidung selbst treffen zu können. Ich entschied mich ihn nicht anzusehen.

Ich fuhr am gleichen Tag noch mit dem Taxi nach hause. Ich habe mich in ein verdunkeltes Zimmer gelegt und hatte körperliche Schmerzen, die ich aber eher als innerliche Schmerzen bezeichnen würde. Etwa vier bis fünf Monate nach der Abtreibung bildete sich ein Knoten in meiner Brust,

der bis heute dort ist. Für mich hat dieser Knoten ganz eindeutig eine Verbindung mit dem Schwangerschaftsabbruch.

In der nachfolgenden Zeit fühlte ich mich oft schwer, aber damals habe ich das nicht als Trauer wahrgenommen. Jedes mal, wenn ich von der Schwangerschaft einer anderen Frau erfuhr, wurde ich traurig. Erst sechs Jahre später in Deutschland, als ich das Neugeborene einer Freundin sah, habe ich meine Trauer gespürt und ein Abschiedsgedicht an mein ungeborenes Kind geschrieben.

Der Knoten in der Brust erinnert mich immer wieder an das Kind. Hier hat es seinen Platz gefunden. Während der zwei späteren Schwangerschaften wurde der Knoten in meiner Brust kleiner – ebenso während des Stillens, danach bekam er wieder seine ursprüngliche Größe. Ich will den Knoten auch nicht entfernen lassen. Ich habe ihn untersuchen lassen, er bedroht mich nicht, er ist einfach da. Mein Gefühl ist es, dass sich das Kind hier seinen Platz genommen hat. Das ist ok. so für mich. Manchmal, wenn ich diesen Knoten berühre, werde ich traurig und manchmal habe ich mir auch Vorwürfe gemacht, dass ich damals nicht stark genug war das Kind zu bekommen. Ich findet es aber auch mutig von mir den anderen Weg gewählt zu haben! Letztendlich war es richtig so wie ich mich entschieden habe.

Betroffenen Frauen möchte ich sagen, dass sie nicht alleine mit dieser Entscheidung und diesem Erlebnis auf der Welt sind. Wichtig ist es, als Frau die Würde behalten zu können, egal, wie man sich entscheidet.“

Nun zu der „inneren Dynamik“ wie sie von meinen Interview-Partnern beschrieben wurde. Lesen Sie hier genannte Vermutungen und Ahnungen der Befragten, die zu einer ungewollten Schwangerschaft beigetragen haben könnten.

Vermutungen / Ahnungen / unbewusste Wünsche

- Ich will Leben geben
- Ich wünsche mir eine Familie
- Die Krönung für eine Liebe – ist ein Kind

Erwachsene / rationale Ebene

- Ich muss entscheiden, was ich tragen kann
- Ich habe die Verantwortung
- Es soll nichts in mir wachsen – was ich nicht will

Von außen implizierte Sätze / Bilder

- Ich bin schuld
- Ich bin unfähig
- Ich habe das Recht, mich zu entscheiden

Dies sind Gedanken, die mit einander kämpfen und aus denen heraus eine Entscheidung fällt.

Nachfolgend ein Überblick, wieviele der Befragten mit ihrem Partner, ihren Eltern, dem Sozialen Umfeld gesprochen haben und wieviele zu ihrem Ungeborenen Kontakt aufgenommen haben: Von 16 befragten Personen haben zehn mit ihrem Partner, fünf mit ihren Eltern, sieben mit Freunden und eine mit niemandem Konfliktgespräche geführt. Eine Person hat Kontakt zum ungeborenen Kind aufgenommen.

Drittes Fallbeispiel

Beschrieben von einer Frau, die ihren Schwangerschaftsabbruch alleine zuhause durch Abtreibungspillen vorgenommen hat. Die prägnanten Sätze von Kathrin waren:

- Ich fühlte mich plötzlich so weiblich, rund und erfüllt
- Ich habe ein Problem – das muss weg
- Ich wollte die Familientradition nicht fortführen

„Meine Schwangerschaft war Resultat einer kurzen Beziehung, die ich schon beendet hatte, als ich dann feststellte, dass ich schwanger war. Ich war 33 Jahre alt.

Ich fühlte mich plötzlich so weiblich so rund und so erfüllt. Dieses Gefühl machte mich misstrauisch, ich machte einen Schwangerschaftstest. Dann die Erkenntnis: Ich bin schwanger! OK, wach auf! Bin ich blöd ohne Pille und Gummi. Ich hab ein Problem – das muss weg! Dann war jegliches Gefühl wie abgestorben.

Ich wollte auf keinen Fall die ‚Familientradition‘ wiederholen und ein Kind auf die Welt bringen, das nicht geplant und gewollt war. Ich selbst bin auch ein ungewolltes Kind, das machte meinen Entschluss noch härter. Das Kind muss weg. Ich empfand Ekel vor mir selbst, hatte Selbstverachtung und konnte nicht in den Spiegel schauen.

Bei der Gynäkologin bin so massiv aufgetreten, dass diese nicht mal den Anflug eines klärenden Gespräches mit mir führen konnte. Ich war fest entschlossen. Ebenso bei der Beratungsstelle. Ich wollte auf keinen Fall eine Abtreibung bei einem Gynäkologen. – ‚Ich wollte nicht wieder meine Beine breit machen.‘ Die Ärztin hat mir daraufhin eine Kombination von Tabletten verschrieben die den Abbruch einleiten. Sie sagte, dass diese Methode jedoch nur bis zur siebten Schwangerschaftswoche möglich sei.

Ich deckte mich mit Lebensmitteln ein, schloss mich zuhause ein und nahm an einem Freitag die erste Pille, am Samstag die zweite, dann die dritte. Ich fühlte mich schlecht – hatte starke Übelkeit und immer Angst,

dass ich mich übergeben müsse und die Pillen dann nicht mehr wirken könnten. Ich war ganz allein zuhause und fühlte mich völlig einsam und verlassen. Ich sagte mir: ‚Montag Mittag ist alles erledigt.‘ Am dritten Tag hörte ich plötzlich ein Plopp-Geräusch in der Toilette und wusste, jetzt ist es vorbei, jetzt habe ich es hinter mir. Danach habe ich viel geschlafen, nichts gegessen und war einsam. Der Raum in dem ich schlief (es war ihr Schlafzimmer) war furchtbar für mich. Er sah kalt aus und er erinnerte mich an meine Kinderjahre. Ich hasste den Erzeuger des Kindes.

Ich wollte auch nicht mehr darüber reden. Ich dachte nur: ‚Wenn ich das Kind bekommen hätte, hätte ich es bestimmt irgendwann gegen die Wand geschmissen, weil ich total überfordert gewesen wäre.‘ Meine Mutter, die eher zufällig von meiner Abtreibung erfuhr, sagte mir daraufhin: ‚Das war ja eine gute Entscheidung. Das arme Kind wäre sonst nur im Heim gelandet und seine Mutter in der Klapsmühle (Psychiatrie).‘ Da hat sich für mich wieder einmal bestätigt, dass ich von meiner Mutter oder von meinen Eltern überhaupt keine Hilfe erwarten konnte. Ich war (wie immer) auf mich allein gestellt. Warum sollte ich also jemanden um Hilfe bitten!

Ich war noch eine Zeit lang krankgeschrieben, dann habe ich wieder ‚funktioniert‘. In den ersten 1½ Wochen war das Erlebnis noch sehr im Vordergrund, dann verschwand es in der ‚Schublade‘. Erst Monate später habe ich mit einem Mann, mit dem ich eine Affäre hatte, darüber gesprochen. Da hatte ich das erste Mal einen Tränenausbruch.

Heute, vier Jahre später kommt es immer mal wieder hoch, besonders, wenn ich etwas zu diesem Thema lese oder höre. Heute würde ich mir Hilfe holen und anderen Frauen raten sich Menschen zu suchen, zu denen sie Vertrauen haben.

Das Gespräch jetzt hat mir richtig gut getan. Es war gut noch einmal so darüber zu sprechen. Ich war mir sicher, es wäre ein Junge geworden. Ich will ihm vielleicht einen Brief schreiben.“

In diesem Fallbeispiel wird besonders deutlich, wie stark die eigene Lebensgeschichte die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch beeinflussen kann.

Viertes Fallbeispiel

Was fehlt, ist nun noch ein Protokoll von der Befragung mit einem betroffenen Mann. In diesem Fall ist es Alfred. Die prägnanten Sätze von Alfred waren:

- Ich glaube an den freien Willen und die Verantwortung, die jeder trägt: als Einzelperson, in der Partnerschaft, aus der Perspektive des Kindes

- Ich glaube aber auch an die Unsterblichkeit der Seele: das hat mein Schuldgefühl geändert

„Ich war 41 Jahre alt zum Zeitpunkt des Abbruchs, hatte bereits zwei Kinder im Alter von acht und zehn Jahren aus meiner ersten Ehe und stand im Berufsleben. Einen Kinderwunsch hatte ich zu diesem Zeitpunkt nicht. Meine damalige Partnerin war mit ihren beiden zwei und vier Jahre alten Kindern aus erster Ehe bereits überfordert, da sie zeitgleich in einer sehr schwierigen persönlichen Entwicklungsphase steckte. Nach bekannt werden der Schwangerschaft, stand meine Partnerin dieser zunächst mit freudigen Gefühlen gegenüber – meine hingegen waren ambivalent. Zu diesem Zeitpunkt hätte das ungeborene Kind keine Garantie auf eine stabile Familie gehabt. Das ist keine gute Voraussetzung – und die – finde ich, sollte ein Kind schon haben. Ich hatte ambivalente Gefühle, weil ich glaube dass ein Kind nicht ohne Grund kommt und, dass es sich die Eltern aussucht. Das machte mir meine Entscheidung schwer. Ich glaube aber auch an die Unsterblichkeit der Seele, das hat mein Schuldgefühl geändert. Die Entscheidung für einen Abbruch war zwar irgendwie gegen die göttliche Bestimmung – die Idee, dass die Seele neu entscheiden kann, ließ mich nicht zum Mörder werden.

Nachdem wir in Zweiergesprächen zu keiner Entscheidung gekommen waren, nahm jeder für sich therapeutische Hilfe in Form von Gesprächen in Anspruch. Ich habe auch mit ein oder zwei Freunden darüber gesprochen. Für mich liefen die Gespräche in Richtung Schwangerschaftsabbruch, während meine Partnerin das Kind bekommen wollte. Darüber hinaus führten wir gemeinsam ein sehr ausführliches Gespräch mit Pro-Familia (Schwangerschafts-Konflikt-Beratungsstelle), welches dann in Richtung Abbruch verlief.

Wir hatten während dieser Zeit beide Kontakt zu dem Kind, ich allerdings distanzierter, ich wollte auch nicht näher ran. Durch meine beiden Kinder konnte ich mir natürlich vorstellen die Schwangerschaft zu begleiten – ich genieße Schwangerschaft, Geburt und alles was mit Kinder kriegen zu tun hat. Aber meine Entscheidung gegen diese Schwangerschaft fühlte sich klar an. Ich glaube an den freien Willen und die Verantwortung, die jeder trägt. Aus Verantwortung heraus für das Kind und für uns Erwachsene war ich für den Abbruch. Moralisch war ich frei. Ich musste die Verantwortung übernehmen. Es hat mich aber auch traurig gemacht – und macht es auch heute noch. Da sich mein Standpunkt für einen Abbruch zusehends verfestigte, wurde meine Partnerin sehr sauer auf mich. Durch die lange Entscheidungsphase musste es jetzt auch schnell gehen, sie war bereits im dritten Monat schwanger. Ich habe ihr noch einmal signalisiert, dass ich auch die Verantwortung übernehme, wenn sie sich gegen

einen Abbruch entscheidet. Sie brach dann den Kontakt zu mir plötzlich ab. Das war schwer für mich. Erst zwei Wochen später, nach dem Schwangerschaftsabbruch, war sie wieder für mich zu erreichen. Mir ging es damals schlecht damit, aber ich verdrängte das Gefühl – ich konnte nichts tun!

Später waren der Kontakt, das Vertrauen und auch die Sexualität beeinträchtigt. Das hat dann schließlich die Trennung beschleunigt, die vor der Schwangerschaft auch schon immer mal wieder im Raum stand. Mit Männern habe ich (so weit ich mich erinnere) nicht mehr über den Schwangerschaftsabbruch gesprochen. Mit Frauen ja – besonders in meiner Therapiegruppe. Frauen thematisieren das eher als Männer.

Ein bis zwei Jahre kam die Traurigkeit immer mal wieder hoch. Heute ist sie verarbeitet. Ich habe mit einer neuen Partnerin ein neues Kind, welches ich ohne Vorbehalte bekommen konnte. Diese Erfahrung war heilsam für mich. Würde ich allerdings in eine vergleichbare Situation kommen, würde ich wieder so entscheiden. Ich würde dann lieber die Folgen für mich in Kauf nehmen, als dem Kind eine instabile Beziehung zuzumuten. Für mich war die klare Sicht von außen wichtig! Und zwar: Als Einzelperson, in der Partnerschaft und aus der Perspektive des Kindes.

Meine damalige Partnerin und ich haben uns nach zwei bis drei Jahren noch einmal getroffen und ich konnte ihr sagen, dass es mich immer noch wieder traurig macht. Sie sagte mir, im Nachhinein betrachtet war es auch für sie eine richtige Entscheidung.“

Die Männer, auf ihre Trauer angesprochen, sagten mir, sie hätten, wie im Falle von Alfred ebenfalls angeklungen, eher nicht mit anderen Männern über ihre Gedanken und Gefühle in dieser Zeit sprechen können.

Zum Thema Trauer und ihre Verarbeitung wurden mir nachfolgende Rituale genannt:

- Ich besuche den Grabstein für ungeborene Kinder
- Ich habe meinem ungeborenen Kind einen Brief geschrieben
- Ich habe eine Familienaufstellung gemacht, dort konnte ich Kontakt aufnehmen mit meinem ungeborenen Kind

Die meisten Frauen haben diese Rituale erst lange Zeit nach dem Abbruch für sich entwickelt oder es sich erst nach unserem Gespräch vorgenommen.

Zum Schluss noch ein paar Sätze, die mir nach den Interviews als persönliches Fazit genannt wurden:

Fazit der Frauen:

- Es hat mir gut getan, nach so langer Zeit darüber zu sprechen
- Jetzt kann ich mir besser verzeihen

- Ich würde wieder so entscheiden, für mich war die Entscheidung gesund
- Nun darf ich traurig sein, weinen und Abschied nehmen

Hier wurde noch einmal deutlich, dass der Gesprächsbedarf sehr groß ist. Durch das Interview wurden den Frauen bewusst, wieviel Schmerz noch in ihnen ist und es wurde Mut zur Verarbeitung geweckt.

Fazit der Männer:

- Das möchte ich nicht noch mal erleben
- Von meiner Trauer wollte niemand was wissen
- Ich habe mir das Kind so gewünscht – aber ich hatte keine Chance – es ist ja nun mal ihr Körper

Ich bin dankbar für das Vertrauen und die Offenheit meiner Interview-Partnerinnen und -Partner. Schwangerschaftsabbruch ist eine Realität, die zu unserem Leben gehört, auch wenn es uns moralisch und politisch nicht behagt.

Ich möchte dazu beitragen, das Thema Schwangerschaftsabbruch aus der Tabu-Zone herauszuholen und ermutigen, darüber zu sprechen!



Kirsten Prussky, Tiefenpsychologische Körpertherapeutin.

Telefon: (0451) 50288955

E-Mail: k.prussky@t-online.de

Schwangerschaftsabbruch als Wiederaufnahme einer implantierten – nicht eigenen Handlung?

Natascha Unfried

Die Forschungsergebnisse der Psychotraumatologie haben uns gelehrt, dass implizites Wissen aus der frühen Kindheit oft lange Zeit unsere Handlungen bestimmen kann. Wir befinden uns heute an einer Schwelle und sind somit auch gefordert, auf unserer seelischen Erlebnisebene mehr Ehrlichkeit zuzulassen. Wenn werdende Mütter und Väter die Möglichkeit haben über ihre inneren Belastungen und Befürchtungen rechtzeitig sprechen zu können und Hilfe in der Bewältigung zu erhalten, könnte mancher Konflikt gelöst werden und nicht in eine Tragödie einmünden. Schwangerschaft und Geburt sind eben nicht mit einer Leistung, die zu erbringen ist gleichzustellen. Diese Erfahrungen berühren unsere innersten Erfahrungsebenen. Viele Mütter sind vor sie überfordrende Situationen gestellt, die Stress bis Überflutung auslösen können.

Das ungeborene Kind tritt bereits frühzeitig in den emotionalen und stofflichen Dialog mit der Mutter und adaptiert sich in der neuen Welt des Uterus. Auf diesem Weg wird auch impliziertes Wissen der Eltern transportiert und kann den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt der nächsten Generation mit bestimmen. Die Bedeutung epigenetischer Faktoren für die frühe Lebenszeit, insbesondere für die pränatal beginnende Programmierung der Stressachse müssen hier erwähnt werden.

Es entstehen im Kind kontinuierlich Erlebensbilder und diese werden mit den bereits vorhandenen gespeicherten inneren Bildern abgeglichen und erweitert. Aus den konkret erlebten eigenen Erfahrungen mit der Mutter und anderen nahen Personen verschaffen sich die ungeborenen und kleinen postnatalen Kinder ein kontinuierliches kohärentes Bild, wie diese Welt um sie herum gestaltet ist und wie man mit ihr in Kontakt geht.

Es gibt viele Kinder und Erwachsene, die andere Schwangerschafts- und Geburtserfahrungen kennen gelernt haben, die frühzeitig nicht aktiv beteiligt waren und bedrohliche Situationen erleben mussten, ob es durch Nikotin, Alkohol oder Medikamente war oder ob bereits frühzeitig Schmerzen erlebt werden mussten.

Diese Kinder, späteren Erwachsenen haben frühzeitig eine andere Wahrnehmung erfahren, wie die Welt mit ihnen in Beziehung tritt und wie sie sie behandelt. Nachfolgend begegneten sie dieser Welt mit ängstlichen

- Defensive dissoziative Reaktionen, die im Trauma begründet sind, führen zu einem schweren Scheitern der kindlichen Fähigkeit, ein metabolisch-energetisches Gleichgewicht im zentralen als auch vegetativen Nervensystem aufrechtzuerhalten und zu einer Desintegration des Selbst.
(modifiziert nach Schore 2002)
- Es kommt zu einem simultanen Verlust von Selbstregulation interaktiver Regulation & Autoregulation.
- Die motivationalen Systeme, welche darauf programmiert sind, sich aktiv der äußeren Umgebung anzupassen, sind während einer traumatischen Dissoziation abgeschaltet.
- Das Lebensskript wird umgeschrieben.
- Das kohärente, andauernde und ganzheitliche Gefühl von sich selbst kann ab diesem Zeitpunkt nicht mehr aufrechterhalten werden.

Abb. 1

Augen, mit Vorsicht und vielleicht auch mit Anspannung und Ablehnung bis ins autistische Verhaltensspektrum hinein. Wir kennen diese Beschreibung von Neugeborenen schon lange.

Wir wissen, dass die frühen Beziehungen und Interaktionen zwischen Mutter, Kind und Umwelt in Form ganz individueller Empfindungen das Fundament für das integrierte Gesamterleben des Kindes darstellt. Der kontinuierliche Strom von Erfahrungen auch der frühen Lebenszeit ist als Zugewinn lebenswichtiger Informationen zu verstehen. Ziel dieses Vorganges der Informationserweiterung ist es, die eigenen Handlungsmöglichkeiten zu erweitern und somit die Lebenschance des sich entwickelnden Kindes zu optimieren (Popp 2001).

Wenn Kinder sich bereits frühzeitig mit sie überwältigenden Stressoren auseinandersetzen müssen, bleibt auch diese Überlebenserfahrung implizit gespeichert. Wenn die Bedingungen für dieses Kind nicht „artgerecht“ sind, die Regulationsmöglichkeiten des jungen Kindes nicht ausreichen bzw. sich erschöpfen und die Adaptation nicht gelingt, entsteht im Extremfall ein psychisches Trauma mit den möglichen neurophysiologischen Folgen, welche sich sofort oder erst nach langer Latenz manifestieren können (Abb. 1).

Nach Fischer und Riedesser (1998, 2003) ist ein psychisches Trauma definiert als „... ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, dass mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“

Werden Kinder traumatischen Stressoren ausgesetzt, geht die Stressreaktion in Schock und „transmarginalen Stress“ nach Pavlow über. Im Rahmen dieser Reaktionsfolge bleibt die Amygdala daueraktiviert und der Hippocampus, welcher entwicklungsbedingt noch nicht ausgereift ist, dysfunktional (Unfried 1999, 2003).

Auf der Wahrnehmungsebene entspricht dies dem Abschaltpunkt (Hochauf 1999). Es kommt ab dem Punkt höchster Bedrohung zu einem „Filmriss“. Das Erlebensdefizit umfasst die nachfolgende Zeit bis zur Beendigung der traumatischen Episode. Es entsteht eine Dissoziation auf biologischer Ebene zwischen Amygdala und Hippocampus mit der Folge, dass der Raum-, Zeit- und Personenkontext aus der traumatischen Episode verloren geht. Bei einem Trauma mit Schockqualität entsteht somit ein Zeitachsenverlust, das Ende des Traumas wird nicht erlebt. Das Traumaschema bleibt präsent, als sensomotorisches Schema mit affektiv-emotionalen Eindrücken. So kann auch mögliche Hilfe nicht wahrgenommen werden und es entsteht eine tiefe Einsamkeit und Hilflosigkeit.

Wenn Kinder die primären Bezugspersonen, insbesondere die Mutter und den Vater, als Ursache für existentielle Bedrohung bzw. Vernichtung erfahren, bricht der kindliche Dialog ab.

Das Kind schützt sich, indem es die Quelle der schmerzhaften Erfahrung nicht wahrnimmt, erstarrt und im Sinne eines „traumakompensatorischen Reaktionsschemas“ dissoziiert (Fischer u. Riedesser 2003). Auch die Interaktionen, die dem traumatischen Geschehen folgen, scheinen weitgehend dissoziativ aufgezeichnet zu werden (Lindy 1993; Fischer 2000).

Das Traumaschema mit den Informationen des Täter- und Retterintroduktes und die Abdrücke der abgelaufenen ursprünglichen Handlung (Implantate) bleiben implizit gespeichert und können jederzeit getriggert werden. Somit ist es möglich, dass es zur Wiederaufnahme der im frühen Trauma unterbrochenen Handlung kommt.

Das heisst, der „Traumafilm“ kann wieder ablaufen, nur „zur falschen Zeit, im falschen Raum und mit den falschen handelnden Personen“. Die „Täter und versagenden bzw. nicht anwesenden Retter von damals“ können plötzlich die Regie über die Handlungsabläufe der inzwischen Erwachsenen übernehmen. Wenn durch Stress das Gleichgewicht zwischen Traumaschema und Traumakompensationsschema instabil geworden ist, die bisherige Kontrolle versagt und Trigger wirksam werden, bricht das eigene implizite Wissen aus früheren Lebenszeiten in das gegenwärtige Leben ein (Abb. 2).

Wenn die Ressourcen zur Bewältigung bei zukünftigen Eltern infolge der Belastungen der frühen Schwangerschaft dekompensieren, ist es möglich, dass der eigene Schwangerschaftskonflikt bzw. Traumata der Schwangerschaft in der späteren Lebenszeit reinzeniert werden. Die in anderen Be-

- Traumaschema & Traumakompensatorisches Schema bilden ein labiles Gleichgewichtssystem.
- Traumabedingte Symptome sind als „Kompromißbildung“ zwischen unterbrochenem Handlungsimpuls (Traumaschema) und kompensatorischen System (Traumakompensatorisches Schema) zu verstehen.
- Die Symptome entsprechen dem minimalen kontrollierten Handlungs- und Ausdrucksfeld.

(n. Fischer u. Riedesser 2003)

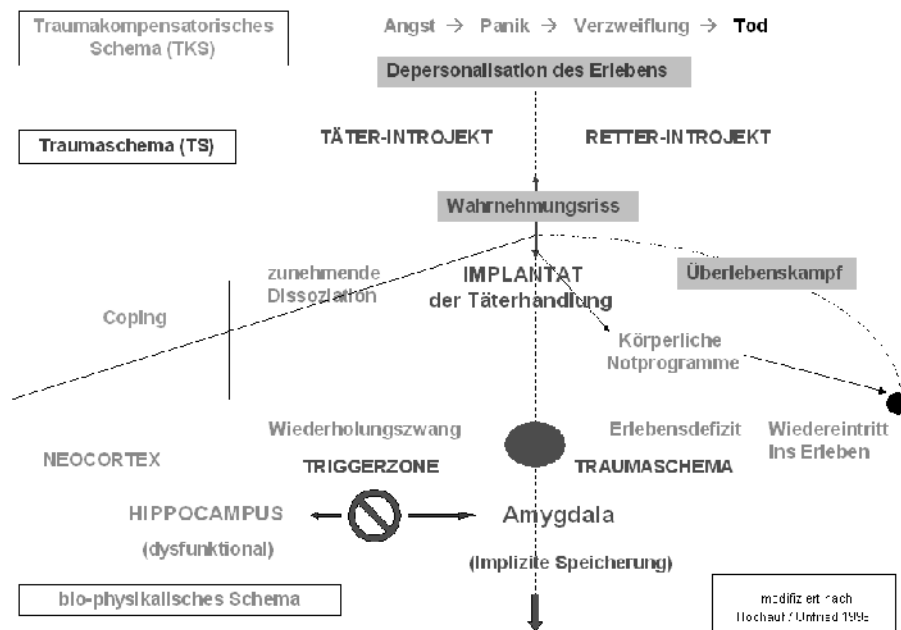


Abb. 2

ziehungen aufbewahrten Erfahrungen aus der frühesten Lebenszeit können in der Schwangerschaft reaktiviert werden und zu Ängsten und Befürchtungen führen, welche in der Jetzt-Zeit nicht ausreichend erklärbar sind. Wir kennen viele Eltern, insbesondere Mütter, die mit diesen Ängsten allein sind. Werdende Mütter und Väter benötigen personelle Unterstützung, falls alte Flash-backs und „alte Filme“ sich einschalten und die bisher bewährten Kontrollmechanismen nicht mehr ausreichen. Diese zukünftigen Eltern sind hochgradig belastet. Sie brauchen insbesondere in dieser Phase des Lebens Gesprächspartner, die offen sind, auch unangenehme bis bedrohliche Themen mit zu tragen. Es bedarf sensibler Unterstützung damit werdende Mütter und Väter in der Lage sind, ihr ungeborenes Kind

wahrnehmen zu können und damit zu begleiten auf dem Weg in die pränatale und später postnatale Welt.

Wenn das Kind die Erfahrung aus der Schwangerschaft und dem Geburtserlebnis mitnimmt – gehalten, getragen und verstanden zu werden; geschützt zu sein vor Lärm, Helligkeit, Kälte und Unsicherheit, und gesehen und begrüßt zu werden; dann ist nicht nur der Körper geboren, sondern auch die Seele des Kindes. Dies ist die beste Gesundheitsfürsorge, die wir den Kindern schenken können.

Wenn ein Fetus und ein Neugeborenes die Bedingungen erhält, welche es zur Entfaltung seiner anlagebedingten Möglichkeiten benötigt und seine individuellen Ressourcen zur Bewältigung von Stress von früh an beachtet werden, entstehen ganze innere und keine fragmentierten Bilder von der Welt und von sich selbst.

Wir können zukünftigen Eltern helfen, dass sie nicht mehr „Gefangene ihres frühen Traumaschemas“ sind, dass sie nicht mehr zerstörerisch gegenüber ihrem eigenen Nachwuchs werden. Sie können mit Hilfe mutig die Destruktivität in ihnen, ihrer eigenen Vergangenheit zuordnen. Die auch in ihnen vorhandenen unterbrochenen Entwicklungspotenziale werden frei und können sich entfalten.

Bauer (2007) schreibt dazu „das Streben des Menschen nach Zuwendung und Kooperation bildet den Kern des menschlichen Daseins. Kooperation war die entscheidende Voraussetzung für die Entstehung des Lebens, und sie ist bis heute ein das Leben in all seinen Varianten begleitendes Phänomen geblieben. ... Das Ergebnis gelingender Kooperation hieße: Menschlichkeit.“

Literatur

- Bauer J (2006) Prinzip Menschlichkeit. Hoffmann und Campe, Hamburg
- Fischer G, Riedesser P (2003) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt, München (3. Aufl.)
- Fischer G (2000) MPPT Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie. Asanger, Heidelberg
- Hochauf R (1999) Imaginative Psychotherapie bei frühtraumatisierten Patienten. *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11(4): 503–517
- Hüther G (1999) Biologie der Angst – Wie aus Stress Gefühle werden. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Popp FA (2001) Bewusststein als Eigenschaft kohärenter Zustände. Vortrag auf einer Tagung der Internationalen Stiftung für Biosynthese. Zürich
- Schore A (2002) Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36

Unfried N (1999) Erfahrungsbilanz der Behandlung von Kindern mit prä- und perinatalen Traumen. *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11(4): 519–528

Unfried N (2003) Trauma und Entwicklung. *ZPPM* 3



Natascha Unfried, Dipl. Med., Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapeutin, Traumatherapeutin DIPT-Köln.

Anschrift: Lutherstraße 13, 09224 Chemnitz

Telefon: (0371) 858541

E-Mail: natun@web.de

Psychodynamische Aspekte von Schwangerschaftskonflikten in Bildern Kunstpsychotherapeutische Erfahrungen

Klaus Evertz

Einleitung

In der täglichen psycho- und kunsttherapeutischen Praxis zeigt sich häufig in den psychodynamischen Konflikten in der Schwangerschaft die große Nähe von Leben und Tod. Ob nun das Kind „entscheidet“ zu gehen, weil es sich überfordert oder zu wenig angenommen oder geliebt fühlt. Oder es spürt, dass die Mutter überfordert oder einen hohen inneren Stress hat. Oder die Mutter „entscheidet“, die Schwangerschaft nicht auszutragen. Die wechselseitige Interaktion zwischen Mutter und Kind, zum Beispiel der permanente Zellaustausch („Pseudochimären“) und die Neurobiologie der pränatalen Gehirnleistungen (Chamberlain 1997; Roth 2003; Verny 2003), ist in den letzten Jahren der pränatalen wissenschaftlichen Forschung immer dichter belegt und ausdifferenziert worden. Die empathisch-intuitive Erforschung pränataler Kommunikation auf allen physiologischen und psychischen Ebenen in der Pränatalen Psychologie und Therapie pränataler Traumatisierungen (Reiter 2004), kann nun immer mehr auch auf der naturwissenschaftlich Ebene verstanden werden (Fedor-Freybergh u. Janus 1989ff.).

Ob nun äußere Gründe oder innere Motive in einer Schwangerschaftskonfliktlage ausschlaggebend sind, in der Regel können in einer Psychotherapie unbewusste, zum Teil transgenerationale Dynamiken klarer erkannt und mit in die Überlegungen einbezogen werden. Austragung, Fehlgeburt, Frühgeburt, Totgeburt, Abtreibung liegen oft nicht so weit auseinander. Um die unsäglichen Schuld Diskussionen im Kontext der Schwangerschaftskonflikte endgültig überflüssig zu machen, ist es notwendig, die psychodynamische Ebene mit einzubeziehen und die Frage nach den Schwierigkeiten und Schönheiten der Weitergabe des Lebens auf eine breitere und humanere Ebene zu stellen.

Im Gegensatz zu einer normalen Konfliktberatung haben wir in einer Psychotherapie mit einer schwangeren Klientin die Möglichkeit, weitaus tiefere Ebenen der Psychodynamik des Konfliktes zum Thema machen zu können. Andererseits suchen bisher nur wenige Frauen und Paare in einem

Schwangerschaftskonflikt den Weg zu einer psychotherapeutischen Praxis, geschweige denn Männer alleine.

Wir haben in der Entwicklung der prä- und perikonzeptionellen, prä- und perinatalen Psychologie und der transgenerationalen, systemischen Familientherapie therapeutische Methoden auf der Grundlage der Psychoanalyse und humanistischen Psychologie entwickelt, die geeignet sind, die gesamte Biographie des Individuums, beginnend mit der Zeugung, plus der psychodynamischen Felder bis in die dritte Generation zurück, zum Thema zu machen (Janus 2000). Außer der Fokalthherapie (Meistermann 1989) und anderen modernen Formen der Psychoanalyse, zählen hierzu Formen der tiefenpsychologischen Körper- und Kunsttherapie (z. B. Analytisch-Ästhetische Kunsttherapie, Evertz 2001, 2003, 2007), der tiefenpsychologischen Gesprächspsychotherapie, die Mutter-Kind-Bindungsanalyse (Hidas u. Raffai 2006), sowie als Therapieergänzung oder -einleitung die sozialtherapeutische Möglichkeit des Familienstellens und anderer erlebnisorientierter Gruppentherapieformen, die transgenerationale Zusammenhänge integrieren.

Schwangerschaftskonflikte haben eine große Bandbreite und viele Ebenen. In diesem Beitrag geht um einige vorwiegend unbewusste psychodynamische Aspekte, die in starken Schwangerschaftsambivalenzen zum Ausdruck kommen, aber oft nicht explizit Thema werden können, weil die gesellschaftliche Tabuisierung bestimmter angstbesetzter Themen noch zu groß ist und oftmals auch die Beratungs- und Therapiesituationen dementsprechend zu eng und zu kurz gefasst sind.

In Familienbildern von Patienten einer kunst- und psychotherapeutischen Praxis, von Teilnehmern kunstpsychotherapeutischer Workshops für Krebsbetroffene und Ausbildungsteilnehmern von Fortbildungen in „Psychoonkologischer Kunsttherapie“ an der Mildred-Scheel-Akademie in Köln (Evertz 1997, 2007), tauchen in den zunächst in der Regel unbewussten und spontanen Farb- und Formgestaltungen mehr oder weniger explizite Darstellungen von abortiven Strukturen auf. Es geht dabei um symbolische Erfassungen von schwierigen Lebenssituationen in den eigenen Familien, wo (neue) Kinder nicht freudig erwartet werden konnten oder unwillkommen waren. In der Folge möchte ich einige Ebenen des Nichtwillkommenseins vorstellen. Ich stütze mich dabei im wesentlichen auf Erfahrungen in meiner Praxis mit schwangeren Frauen, mit Paaren und mit Patienten, die in der Therapie frühkindliche Traumatisierungen bearbeitet haben, sowie auf einen grundlegenden, unveröffentlichten Vortrag der Psychoanalytikerin Meistermann-Seeger von 1991: „Wie kommt es zur Abtreibung? – Diagnose einer psychobiologischen Krise“. Außerdem bin ich dem Psychologen Jürgen Vogt, Köln, aus der gemeinsamen Arbeit für viele Einsichten zu diesem Thema zu Dank verpflichtet.

Unbewusste abortive Tendenzen rühren häufig aus ungelösten prä- und perinatalen und frühkindlichen Traumata der werdenden Eltern oder transgenerationalen Konflikten der Familie. Der Schwangerschaftsabbruch ist oft eine Notlösung für unerträgliche unbewusste Schmerzen, Schrecken und Qualen. Aus der tiefen Angst des Paares heraus, das Kind später töten zu müssen, muss der Embryo abgetrieben werden. Das reale Kind im Uterus wird verwechselt mit dem traumatisierten „inneren Kind“ des Vaters oder der Mutter. Im wesentlichen sind diese Vorgänge unbewusst, aber stark handlungsmotivierend, und sehr komplex und tauchen daher in einer öffentlichen Diskussion so gut wie nicht auf.

In einer Kunstpsychotherapie können diese inneren Konflikte in sehr eindrucksvollen und tiefen, spontanen Bildfindungen erstmals wahrnehmungsfähig werden.

Ein Fallbeispiel (und einige Fallvignetten) sollen die Möglichkeit einer therapeutischen Begleitung während einer zunächst ungewollten Schwangerschaft zeigen. Im Laufe der Therapie kommt die Patientin, die zuvor drei Kinder abgetrieben hatte, zur Entscheidung, das Kind auszutragen. Ein wesentlicher Wendepunkt in der Angst vor der Austragung, war die Erkenntnis, eigene Schwangerschaftserfahrungen der eigenen Embryonal- und Fötalzeit aufklären zu können. Besonders im spontanen Malen wurde es möglich, bis dahin unbewusste Inhalte aus der eigenen Frühgeschichte über abstrakte und figurative Symbolisierungen gefühlsmäßig erstmals anbinden zu können.

Abtreibung als gesellschaftliches Problem

Die Abtreibungszahlen in Deutschland sinken nur langsam. Sie sind seit vielen Jahrzehnten nahezu konstant. So sanken die offiziellen Zahlen von 1996 bis 2005 von 131 000 auf 124 000 (siehe Tabelle unten). Diese sinkenden Zahlen sind zum Teil auf ein verbessertes Beratungsangebot, das zum Beispiel besonders die Ergebnisoffenheit betont, zurückzuführen, zum Teil natürlich auch auf die sinkende Zahl der Schwangerschaften insgesamt, so dass sich prozentual kaum eine Veränderung ergibt, sondern nur in den absoluten Zahlen eine nachhaltige Verbesserung eingetreten zu sein scheint.

Ebenso sind in ganz Europa in den Staaten, in denen Fristenregelung oder weit ausgelegte soziale Indikationen in den letzten Jahrzehnten eingeführt worden sind, entweder wie in Dänemark, Deutschland und den meisten osteuropäischen Staaten (auch den USA und Kanada) die Zahlen der Schwangerschaftsabbrüche langsam zurückgegangen oder sie stagnieren mit Schwankungen, wie in Italien, Norwegen und der Schweiz. Ange-

stiegen sind die Zahlen nach einem ersten Rückgang wiederum in England, Frankreich, Holland und Schweden (Europarat 2004).

So sehr man beklagen mag, dass die reichsten Gesellschaften der Welt ihren Frauen und Männern nicht sowohl die nötige Aufklärung, wie auch die existenzielle Sicherheit zu geben vermögen, so dass Schwangerschaftsabbrüche überflüssig werden könnten, so gross scheint der gesellschaftliche Konsens zu sein, Abtreibungen als rechtswidrig, aber straffrei zu deklarieren. Umfragen in Deutschland ergaben, dass die Mehrheit der Deutschen die Justiz nicht für das geeignete Medium hält, um Schwangerschaftskonflikte zu klären, aber ebenso, dass es besser weniger oder gar keine Abtreibungen mehr gäbe (Meistermann 1991). In den intensiven Debatten der letzten Jahrzehnte ist der derzeitige gesellschaftliche Konsens in der Abtreibungsfrage zustande gekommen und es herrscht zur Zeit eine Art Burgfrieden: alle wissen, dass dieses Problem (und es ist ein Problem für jede Gesellschaft) auf absehbare Zeit nicht gelöst werden kann und daher wird kaum noch gestritten. Eine Gesellschaft scheint sich in erster Linie nur über Probleme zu streiten, deren Lösungen auch schon absehbar sind. Nicht wenige Stimmen halten Abtreibung für ein grundsätzlich nicht lösbares Problem, dessen Umstände nur soweit wie möglich humanisiert und empathisiert werden müssen, zumindest in der Perspektive auf die nächsten Jahrzehnte.

Politische, kirchliche, feministische und medizinische Kreise scheinen sich einig, dass neue Lösungsansätze nur von einer verbesserten Aufklärungs- und Beratungspraxis geleitet sein können. Trotzdem wird damit das Problem nicht an der Wurzel angerührt.

Warum sind die Abtreibungszahlen eigentlich schon seit Jahrzehnten relativ konstant? Psychokulturell wäre eine erste Antwort, dass es sich um eine psycho-historische Dynamik handelt, die individuell nicht lösbar ist, die aber nur aus den individuellen Fällen heraus verstanden werden kann. Das heißt es ist eine unbewusste kollektive Dynamik anzunehmen, nach der es bisher unausweichlich ist, dass noch jede Gesellschaft der Welt eine gewisse Anzahl von Abtreibungen „braucht“, da noch keine besseren Lösungsmöglichkeiten für bestimmte tief liegende, auslösende Affekte zur Verfügung stehen.

Trotz einer relativ guten Sexualaufklärung und vieler bekannter Verhütungsmethoden wird das Risiko, ungewollt schwanger zu werden, vielfach eingegangen. Dies ist nicht mit einfachen Begründungen zu erklären. Triviale Erklärungen liegen in der Unaufgeklärtheit der Sexualpartner, dann jedoch müssten die ungewollten Schwangerschaften signifikant häufiger in den unteren Sozialschichten vorkommen, was nicht der Fall ist.

Ein Beispiel aus der Umgebung des Autors: Ein Künstlerkollege aus dem gehobenen Bildungsbürgertum, 45 Jahre alt, konnte sich nicht vorstel-

len, dass er irgendeine Form der Verantwortung für ein Kind trägt, dass aus einem one-night-stand entstanden war. Solche kindisch-trotzige Arroganz, die die Verhütungsfrage alleine der Frau zumutet, gibt es allerdings noch bei vielen Männern.

Weitere Erklärungen berufen sich auf die größere sinnliche Intensität des Sexualkontaktes ohne alle Verhütungsmittel. Dies wird niemand ernsthaft bestreiten, doch scheint es abwegig, dass der Verzicht eines Paares auf ungeschützten Geschlechtsverkehr für einige Tage im Monat im Verhältnis zu einer ungewollten Schwangerschaft unmöglich auszuhalten sei. Dass damit alle Spontanität in kurzfristigen sexuellen Verhältnissen aufgehoben sei, ist eine sehr kurze Sichtweise.

Andererseits liegt ein Aspekt der höchsten sinnlichen Intensitäten im Geschlechtsverkehr natürlich in der Möglichkeit der Zeugung eines neuen Menschen, der als Symbol der Liebe zwischen Mann und Frau im Prinzip unübertrefflich ist. Gerade an diesem Punkt kann es eine unbewusste Dynamik ungelöster traumatischer Aspekte in der Geschichte eines Mannes und einer Frau sein, das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft in Kauf zu nehmen, um nachher über Leben und Tod entscheiden zu können. Oder, wie manche Paare in der Therapie sagen: „Wir haben es eigentlich nur gezeugt, um es dann abtreiben zu können ... irgendwie war das sehr erregend.“

Es gibt tatsächlich kaum eine größere negative Erregung, als das Leben eines anderen Menschen zu beenden, bzw. die Macht zu fühlen, es zu können. Diese sado-masochistischen Dynamiken sind in der Regel immer erklärbar aus ungelösten Kindheitserfahrungen der werdenden Eltern bzw. aus abortiven Strukturen der Familiengeschichte. Sie sind in jedem Menschen vorhanden. Diese abortiven Strukturen, also die zerstörerischen, traumatischen und das Leben potenziell vernichtenden Tendenzen, gibt es in jeder Familie. Besonders eindrucksvoll ist das Beispiel der exorbitant hohen Zahl künstlicher Befruchtungen in Israel: das grauenhafte Trauma des Holocaust, wie auch der nun fast 60 Jahre dauernde fast permanent anhaltende Kriegszustand sind eine schwere Belastung für werdendes Leben. Der größte anzunehmende Stress für werdende Paare sind natürlich vergangene und gegenwärtige Traumatisierungen. Bedeutsam ist also, dass abortive Tendenzen immer aus erlittenem Leid, realer Angst und konkreten überstandenen Traumatisierungen entstehen und nicht einfach aus einer „fiktiven“ und zufälligen Lust an der Quälerei – die es natürlich nicht geben kann.

Die notwendige, im Sinne der Aufklärung und der Emanzipation der Frau längst überfällige Liberalisierung des Abtreibungsrechtes in vielen demokratischen Gesellschaften in den letzten Jahrzehnten, die fürchterliche und unsäglich psychische Zwangslagen für viele Frauen der früheren Ge-

nerationen endlich beendete, konnte bei weniger aufgeklärten Zeitgenossen den Eindruck erzeugen, dass eine Abtreibung ein harmloser medizinischer Eingriff sei, den man locker mehrmals oder immer wieder über sich ergehen lassen könne, da keine konkreten seelischen oder körperlichen Folgen zu fürchten seien. Dies ist nicht der Fall, zumindest was die seelischen Folgen für Mann und Frau angeht. Es sind hier nicht nur die angeblich zu sensiblen oder „schwachen“ Frauen und Männer oder die nur katholisch sozialisierten Menschen betroffen, die noch Jahre oder jahrzehntelang unter einer Abtreibung leiden können, und erst nach bestimmten Trauerprozessen wieder ihren Frieden mit dem Leben machen können.

In der Praxis erscheinen oft Paare, die „ungewollt“ schwanger geworden sind und dann in einer Beratung zunächst ihre gesamten Angstphantasien über ein Leben als Eltern ausschütten, um dann zu merken, dass sie sich eigentlich entweder noch absolut unreif dazu fühlen, die Verantwortung einer Elternschaft übernehmen zu können, als Paar sich noch nicht wirklich zueinander bekannt haben oder sofort Erinnerungen auftauchen, was sie als Kinder alles vermisst haben und sie als Eltern einem Kind nicht zuzumuten sind.

Oft ist das ein guter Einstieg zu einem längeren Prozess der Annahme der Schwangerschaft und der Vorbereitung auf die Elternschaft, manchmal allerdings kommt es auch zum Abbruch der Beratung, unter anderem auch deswegen, weil unsere Gesellschaft sich noch durch angstinduzierte Macht- und Größenphantasien mehr blenden läßt, als das Zulassen individueller Ängste in einer Therapie oder Beratung zu schätzen. Ein Klima kritischer Selbstreflexion ist oft nur in hermetisch-intimer Konstellation erlaubt, aber kaum öffentlich möglich. Eine notwendige Voraussetzung für jede Therapie und Beratung in Schwangerschaftskonflikten ist selbstverständlich die Ergebnisoffenheit des Prozesses.

Bei vielen Paaren, die sich nicht zur Annahme des gezeugten Kindes entschließen können, gibt es neben vielen äußeren Beweggründen wie mangelnde finanzielle Sicherheit, Partnerschaftskonflikte, Lebensplanung etc. auch innere, besonders auch unbewusste Gründe. Diese unbewussten Gründe ergeben sich in der Regel aus eigenen prä- und perinatalen Konfliktsituationen, Traumatisierungen in der Kindheit und transgenerationalen Konflikten der Familie, die ihnen selbst nicht klar sind, die aber eine grosse affektive Stärke haben, so dass sie ausagiert werden müssen, ohne dass diese tieferen Ursachen überhaupt Thema werden können.

Hier scheint eine tiefere Ursache der relativen Konstanz der Abtreibungszahlen in Deutschland und anderer Länder zu liegen: Ein psychohistorisches gesellschaftliches Reifungsstadium liegt vor, das die kollektive Dynamik erfordert, tief liegende Lebensängste und -nöte zum Teil über Abtreibungen auszuagieren, weil die Psychodynamik dieser Zusammenhänge

weder individuell noch kollektiv bisher lösbar zu sein scheint. Und weil diese Zusammenhänge noch kaum über kleine wissenschaftliche und therapeutische Kreise hinaus erkannt und diskutiert werden.

Eine positive Prognose wäre, dass bei einer zunehmenden Verbesserung der Beratungspraxis, unter anderem durch die Integration psychotherapeutischer Angebote, die in der Lage sind, auch tieferliegende Ängste und Zusammenhänge zu erfassen, sich die Abtreibungszahlen vermindern lassen könnten, bei gleichzeitiger sachlicher öffentlicher Aufklärung, die sich deutlich von den extrem polarisierten Positionen der alten Debatte („Abtreibung ist Mord“ oder „Mein Bauch gehört mir“) unterscheidet. Dazu gehören auch Angebote in Schulen, um zukünftige Elternschaft besser vorbereiten zu können.

„Dass man der Mutter die Schwangerschaft als einen Übergang zu einem reicheren Dasein beschreibt, ist nur möglich, wenn man das Parasitäre der Schwangerschaft akzeptiert, es ihr offenlegt und ihr zeigt, was es bedeutet, dass keine Macht der Welt ihr mehr für den Rest des Lebens die Chance gibt, für sich alleine zu sein.“ (Meistermann 1991)

Es nutzt überhaupt nichts und erhöht nur Einsichtswiderstände, menschliches Handeln zu verurteilen, wenn man sich nicht zuvor die Mühe gemacht hat, wirklich zu verstehen, warum Paare nicht nur einfach abtreiben, sondern warum sie es sich nicht zutrauen, Kinder zu erziehen oder ihnen ein liebevolles Zuhause bereiten zu können. Die allein schon zahlenmäßige Wucht, die die ubiquitäre Situation des Schwangerschaftskonflikts spiegelt, sollte jeden vernünftigen Zeugen der Debatte zunächst einmal ins Grübeln darüber bringen, was hier eigentlich geschieht und warum es in dieser großen Zahl und über so große Zeiträume in relativer Konstanz geschehen muss.

Meistermann weist zu recht darauf hin, dass es kaum Untersuchungen darüber gibt, warum Frauen eigentlich abtreiben. Hier gibt es offenbar eine ungewollte Übereinstimmung zwischen konservativ-patriarchalischen Strukturen, die eigene Anteile und Verantwortung an Schwangerschaftszwangslagen überhaupt nicht thematisieren wollen, sondern lieber verurteilen als zu helfen, und feministischen Strukturen, die in ihrem berechtigten und notwendigen Kampf für die rechtliche Liberalisierung der Abtreibung verleugnen mussten, dass bei allen „sauberen“ und physiologisch offenbar folgenlosen medizinisch-technischen Möglichkeiten der Schwangerschaftsunterbrechung die seelischen Dimensionen schnell übersehen werden.

Der Psychoanalytiker spricht von Wiederholungszwang, wenn Menschen bestimmte Erregungssituationen im Leben immer wieder inszenieren, obwohl sie eigentlich für das Individuum oder andere gefährlich, schädlich oder zerstörerisch sind. Die moderne Gehirnforschung bestätigt

diese Erfahrung durch die Regelmäßigkeit der entsprechenden neurobiologischen Ablaufmuster, die auf Wiederholung drängen, wenn zum Beispiel die für ein Trauma notwendige Trauer nicht gelebt werden konnte. (Hochauf 2003)

Abtreibung ist ein Geschehen, wo es um Leben und Tod geht. Die scheinbare Notwendigkeit vieler Abtreibungen scheint zu einem großen Teil auf übergroße Ängste zurückzuführen, ein Kind nicht wirklich lieben zu können oder später in die Gefahr zu geraten, es töten zu müssen, da eine eigene Trauer, zum Beispiel über eine defizitäre Schwangerschaft und Kindheit, bisher nicht zugelassen werden konnte.

Psychohistorisch gesehen scheint es unabdingbar, nach den eigentlichen Ursachen von Abtreibungen zu forschen, um den Demokratisierungs- und Entwicklungsprozess einer modernen Gesellschaft zu unterstützen und voran zu treiben. Zahlreiche Exzesse der menschlichen Geschichte scheinen von einer kollektiven Abtreibungsproblematik bedingt zu sein, bzw. bedingen diese wiederum. Diesen wechselseitigen Teufelskreis gilt es zu durchbrechen. Eine Gesellschaft, in der noch zahlreiche Abtreibungen notwendig sind, ist noch nicht wirklich sicher für den einzelnen. Russland zum Beispiel ist das einzige europäische Land neben Rumänien, in dem die Abtreibungszahlen höher sind, als die der Lebendgeburten (siehe Tabelle unten). Niemand wird bestreiten, dass die russische Gesellschaft nach Jahrzehnten (und Jahrhunderten) des innenpolitischen Terrors sich noch in einem psychohistorischen Reifungsstadium befindet, in dem ein einzelnes Menschenleben noch immer nicht allzuviel zählt und es noch einige Jahrzehnte einer Aufklärungs- und Demokratisierungsleistung bedarf, bevor sich dies wandelt. Die Umkehrprojektion der Abtreibungspraxis ist tatsächlich, dass sich der einzelne Bürger in einer solchen Gesellschaft seines Lebens nicht wirklich sicher sein kann, was starke, unbewusste paranoide Ängste auslöst, die ihrerseits antisoziale Strukturen und autoritäres Machtstreben fördern: Coolness ist gefragt, Empathie zeugt von Schwäche. In Wahrheit ist es umgekehrt: je größer die Angst, desto härter und rücksichtsloser verhält sich ein Mensch; je stärker er ist, um so empathischer kann er auf andere Menschen reagieren. Die Abtreibungsrate als einen Indikator, neben vielen anderen, für die psychische Reife einer Gesellschaft anzunehmen, ist angezeigt, so lange dies nicht projektiv ausgenutzt wird.

Das Paranoide ist antisozial und antifamiliär (J. Vogt). Die extremen Facetten des Kapitalismus tragen gegenüber seinen gemäßigten Ausprägungen (wie zum Beispiel der „sozialen Marktwirtschaft“) eine Abtreibungsproblematik in sich: es kann nur einer gewinnen (überleben), statt in einer gesunden und fairen Wettbewerbsgesellschaft jeden Bürger mit seinen individuellen Talenten zur Wohlfahrt des Ganzen beitragen zu lassen.

Auch die paranoiden Ängste und die daraus resultierende Politik der Lüge und der Gewalt des größten demokratischen Staates der Erde, den USA, ist nicht wirklich ohne die tiefenpsychologischen Erkenntnisse der prä- und perinatalen Psychologie verstehbar. Abtreibung heißt kulturhistorisch: um des eigenen Überlebens willen angeblich den Anderen vernichten zu müssen. Der islamische Fundamentalismus zeigt, wie alle totalitären und autoritären Systeme, ebenfalls deutliche Züge einer pathologischen Angst, die nur um den Preis des eigenen oder des Lebens des Anderen lösbar erscheint. Du oder Ich, statt: es geht auch zusammen. Dies ist der gefährliche Wahn, der aus ungelösten Affekten des Unerwünschtsein und Ungewolltsein entsteht und nicht durch alle Tugendkataloge der Welt zu beschwichtigen oder zu heilen ist.

Die Mutter kann ein Kind nur annehmen, kann neun Monate ein in ihrem Körper heranwachsendes neues Wesen nur zulassen, wenn sie empathisch ist, wenn sie sich in diese Situation und in diesen neuen Menschen einfühlen kann. Es ist für eine Frau zunächst unmöglich, ein Kind auszutragen, wenn parasitäre Phantasien zu mächtig sind. In der Tat weiß eine Frau, dass eine lebenslange Bindung zum Kind entstehen wird, und, wenn sie zum Beispiel alleine steht, keine Macht der Welt ihr diese Verantwortung je wieder abnehmen kann. Parasitäre Phantasien entstehen aber aus unerträglichen Belastungs- und Überforderungsgefühlen, da in der Regel eigene Ungewolltsein- und Unerwünschtheitsdynamiken weder bewusst erkannt, noch betrauert werden konnten.

Die Frage ist berechtigt, ob es in jedem Fall unerkannte tiefenpsychologische Motivationen sind, die eine Abtreibung nötig werden lassen? Wenn wir davon ausgehen, dass erwachsene Menschen wissen sollten, dass jeder ungeschützte Sexualkontakt eine Zeugung nach sich ziehen kann, so sind natürlich Mann und Frau gefragt, die ein Kind zeugen, obwohl sie keins möchten.

Durch die weithin auch in ihrer Notwendigkeit erkannten Liberalisierung des Abtreibungsrechtes in den letzten Jahrzehnten in den meisten westlichen Staaten ist nun die Möglichkeit gegeben, die tieferen Gründe von Abtreibungen wissenschaftlich zu untersuchen, anstatt sich in polarisierten, hysterischen Diskussionen zu verausgaben. Die unglaublich schnelle Polarisierung in den Diskursen über Abtreibung entstand natürlich aus der impliziten Konfliktlage: Leben oder Tod, und, der unerträglichen Hierarchie zwischen dem allzu Kleinen und dem allzu Großen. Nirgendwo ist das reale Größenverhältnis und die gegenseitige Abhängigkeit zwischen zwei Menschen so extrem und gewaltig, wie zwischen Blastozyste/Embryo und Mutter/Vater.

Da jeder Mensch im Verlaufe seines Lebens und besonders in seiner frühesten Lebenserfahrung Grenzerfahrungen erlebt hat bzw. solche

Ängste bei seinen Eltern gespürt hat (unsere Eltern und Grosseltern haben immerhin die Zeit des größten aller bisherigen Menschheitsgemetzels erlebt, bzw. waren in irgendeiner Form beteiligt), werden alle diese verdrängten traumatischen Erfahrungen auch kollektiv sofort angetriggert, so dass die bisherigen Abtreibungsdiskurse im wesentlichen von Überlebens-, Rechtfertigungs- und Vernichtungsebenen gekennzeichnet waren, die kaum eine sachliche Diskussion möglich machten. Statt eines Entweder-Oder, entweder Du oder Ich, benötigen wir einen Diskurs, der möglichst alle Motivations- und Ursprungsfelder für bestimmtes Verhalten in der Schwangerschaft beleuchten kann, den zweifelnden Paaren wirklich Antworten zu geben vermag, allein gelassenen Frauen eine weitere und offenere Perspektive bieten kann, auch die Unterstützung im Abtreibungsfall anbietet und schließlich die öffentliche Diskussion erweitert. Viele Frauen und Männer, die abgetrieben haben, wurden später liebevolle Eltern. Viele Männer, die vor ihrer Verantwortung davon gelaufen sind, konnten dies später eingestehen. Manchen Frauen, die schon liebevolle Mütter sind, bleibt aus vielerlei Gründen oft kein anderer Ausweg, als eine neue Schwangerschaft zu beenden. Es bleiben natürlich tragische Schicksale, in denen aus ungelöster Konfliktlage weder das eigene noch das Leben anderer je wirklich geliebt werden kann. Und es bleiben viele Lebensläufe, in denen sich die Liebe zum Leben und zum Menschsein in vielen Formen kulturellen und sozialen Handelns zeigt, aber nicht in der Weitergabe des Lebens in der Form eigener Kinder.

Es geht also darum, aus den paranoiden Diskussionsebenen heraus in eine immer größere Empathie hinein zu kommen, warum es unserer Gesellschaft immer noch nicht möglich ist, bei gleichzeitigem Geburtenrückgang real gezeugten Kinder eine liebevolle Umgebung geben zu können, wenn nicht durch die Eltern selbst, dann zumindest durch Pflege- oder Adoptionseltern. Erst mit einer größeren Empathie und Sensibilität können wir auf dieser tiefen Ebene eine umfassendere Bejahung des Lebens als weiteren Reifungsschritt der Gesellschaft begründen, statt zum Beispiel in die rein biologische Erörterung zu flüchten, wann denn nun menschliches Leben wirklich beginnt. Leben entsteht eben nicht neu bei einer Zeugung, sondern wird weitergegeben. Somit ist individuelles Leben immer schon in einer phylogenetischen Kette, auf einer weiteren Ebene in einer Familiengeschichte eingebunden und demnach ist bereits die befruchtete Eizelle ein Mensch.

Die biologisch-psychisch-sozialen Felder der Zeugung sind sehr komplex, beginnen in der Regel schon lange vor dem eigentlichen Zeugungsakt (unter anderem als die Eltern selbst noch Kinder waren und „Eltern“ spielten) und werden bisher in unserer Kultur im wesentlichen „heimlich“ oder höchst verschlüsselt in religiösen und künstlerischen Symbolisierungen

gen bearbeitet (Evertz u. Janus 2002), in esoterischen Zirkeln verbrämt oder eben nur rein biochemisch oder medizinisch-technisch abgehandelt. Eine Prä- und Perikonzeptionelle Psychologie ist erst in Ansätzen innerhalb der Pränatalen Psychologie vorhanden und in einer transgenerationalen systemischen Familientherapie implizit gegeben (Evertz 1999; Janus 2000).

Wer die bisherigen Ausführungen noch nicht einmal für diskutabel halten sollte, müßte vielleicht daran erinnert werden, das mit Ausgang des 19. Jahrhunderts die Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich sehr viel höher war als in den anderen industrialisierten Staaten. Erst nachdem der Protest und die Beschämung so weit gediehen war, dieses Faktum für einen Skandal zu halten, nämlich dass den schwächsten Menschen offensichtlich zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde, konnten gebündelte Anstrengungen von Politik, Medizin und Wissenschaft innerhalb von 15 Jahren dazu führen, dass die deutsche Gesellschaft in der Geburtshilfe und Säuglingspflege nach den damaligen Maßstäben weltweit führend wurde. Das heißt eine ganze Reihe jetzt lebender Deutscher lebt, weil ihre Grosseltern oder Urgrosseltern als Säuglinge von den neuen Maßnahmen profitieren konnten und überlebten, wo sie bei weiterer Nachlässigkeit nicht überlebt hätten.

Wie schon gesagt, um aus den Schuld-, Anklage und Rechtfertigungsebenen der Abtreibungsdiskussion heraus zu kommen und konstruktive Schritte nach vorne zu machen, sollten wir zu einer Diskursebene kommen, die die eigentlichen Ursachen untersucht und konkrete Beratung, Aufklärung und Hilfestellung empathischer leisten kann. Neben der politischen, sozialen und psychohistorischen Dimension benötigen wir dafür auch die psychologischen Aspekte, besonders die neuen Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie als einen Teil zur umfassenderen Unterstützung für potentielle Eltern.

Die Abtreibung und das abgetriebene Kind erfüllen also eine psychische Funktion in der Psychodynamik des Reifungsprozesses eines Menschen. Für Vater und Mutter ist es unter anderem eine verpasste Chance, etwas dem Leben zurückzugeben, was sie selbst haben, nämlich eine menschliche Existenz. Das muss betrauert werden, damit seine psychische Funktion bewusst integriert werden kann, statt dass es verschwiegen, verleugnet, verdrängt wird oder als Akt, der nur einem Zellhaufen galt, verbrämt wird. Das Leben bietet viele Chancen, sich ihm als dankbar zu erweisen, man/frau kann nicht jede Chance wahrnehmen, und es gibt gute Gründe für eine Abtreibung, aber man/frau sollte auch dazu stehen, besonders die Männer, die häufig überhaupt nicht in der Schwangerschaftskonfliktsituation auftauchen, beziehungsweise sich nach wie vor entziehen.

Wer sich das Bewusstmachen verpasster Chancen erlaubt, macht es sich einfacher, seinen Platz in der Welt zu finden.

Elternschaft und die Weitergabe des Ungelösten

In der Elternschaft werden neue Selbstvorstellungen von Mann und Frau möglich. In der Antizipation der kindlichen Entwicklung kann man zwei einander widerstrebende Richtungen ausmachen:

- Selbsterweiterung, Selbstverwirklichung – das eigene „gute“ Selbst wächst weiter.
- Das Kind ist Rivale – Einengung eigener Möglichkeiten.

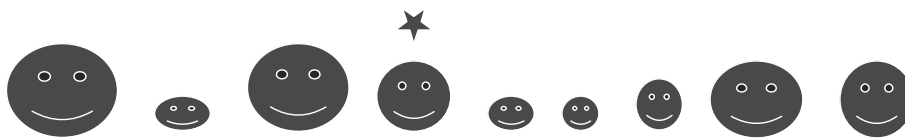
In jedem Falle ist das Kind unvermeidlicherweise die Projektionsfläche der unerledigten Probleme der Eltern. Des weiteren gehören Abtreibungsphantasien mit zu dem Prozess der Identifizierung mit dem „eigenen Kind“ und sind „normal“ und im gewissen Sinne auch notwendig, um eine reale Objektbeziehung zum Kind herstellen zu können. Denn in der Tat ist das Kind vollkommen und total abhängig von der Zu- oder Abwendung der Eltern, und so wie die Eltern auch das Kind sterben lassen können, so können sie es auch, schon in der Schwangerschaft mit mehr oder weniger Empathie, besser oder schlechter auf das Leben vorbereiten. Eine tiefe und klare Objektbeziehung zum Kind ist das beste Mittel, damit es später zur emotionalen, sozialen und materiellen Welt in Kontakt treten kann. Das Kind kann schon im Mutterleib besser mit einer offenen Ambivalenz der Eltern umgehen, als mit einer Fassade des: Schwangerschaft muss ausschließlich schön sein.

Die Grundstörungen der Eltern führen zu Mängeln und Lücken im Potential des Kindes. „Grundmangel“ und „Unvereinbarkeit der Eltern“ hingegen zur Lebenskreativität (Meistermann 1989). Es ist und bleibt für jeden Menschen eine Lebensaufgabe, wahrscheinlich die tiefste überhaupt, die Eltern „in sich zusammen zu bekommen“, das heißt den 50prozentigen Anteil des Vaters und den 50prozentigen Anteil der Mutter zu einem 100prozentigen neuen Menschen zu formen. Die auf der biologischen Sprachebene so leicht zu benennende Verschmelzung von Samen und Ei und die daraus sich entwickelnde psycho-biologische Prozessdynamik ist und bleibt ein Leben lang besonders auf den späteren intuitiven, affektiven und kognitiven Ebenen des Erwachsenen die Herausforderung, eigentlich Unvereinbares miteinander zu verbinden. Denn Paare passen mehr oder weniger gut zusammen, aber keines ist optimal auf Verschmelzung angelegt. In der Zeugung eines Kindes treffen zwei Erbgute aufeinander, die (in engerem Verständnis) zuvor nie etwas miteinander zu tun gehabt haben.

Moderne biochemische Forschungen sprechen davon, dass sogar Erbgute stärkeres und widerstandsfähigeres Leben erzeugen, je fremder sie sich sind. Tatsächlich macht den Grad einer Liebe immer auch aus, wie die Partner es schaffen, das absolut Fremde des anderen zu akzeptieren, zulassen zu können und sich darin einzufühlen.

1. Fall-Vignette

Patientin, 55 Jahre alt, ein Jahr nach einer Gebärmutterkrebs Erkrankung: Panikattacken, verwirrte Zustände, Angstzustände. In der Anamnese zeigt sich unter anderem auffällig, dass sie im Konflikt mit einigen Geschwistern stehend, ihre Familie als ganzes nicht in der Geschwisterabfolge aufzählen kann. Sie verwechselt Namen und Alter. Erst nach einer Familienaufstellung mit Figuren in der Praxis und einem Familienaufstellen mit realen Personen in einem dreitägigen Aufstellungsworkshop, bekommt sie wieder Sicherheit in ihrer Selbstwahrnehmung.



Die Klientin (Symbol mit Sternchen) hatte acht Geschwister, also gibt es neun Kinder in ihrer Ursprungsfamilie: das erste (Jahrgang 1940) lebt, das zweite starb im Alter von einem Monat, das dritte lebt, das vierte: die Patientin, das fünfte war eine Fehlgeburt. Das sechste wurde abgetrieben, das siebte starb an einem Gehirntumor mit 8 Jahren, das achte lebt und ist psychotisch, das neunte starb mit 40 Jahren an einem Gehirntumor. Sie entdeckt, dass erstens die drei direkt auf ihr folgenden Geschwister früh gestorben sind, und zweitens das nächstfolgende Geschwister als Fehlgeburt und das übernächste als abgetriebenes Kind weder bisher einen Namen noch einen Platz in der Familienreihe hatten. Sie gibt ihnen einen Namen und fühlt sich damit wieder sicherer und stärker verwurzelt.

In einem weiteren Kunsttherapieworkshop malt sie eine lange Reihe von Bildern über ihre eigene Schwangerschaft und bekommt besonders beim Malen eines der Bilder Bauchschmerzen und nachhaltige Gefühle des Unwohlseins. Sie beschließt, zu ihrer über achtzigjährigen Mutter zu fahren und sie zu fragen, ob sie abgetrieben werden sollte. Die Mutter ist erstaunt über die Frage, kann aber ganz spontan antworten, dass sie selbst die Schwangerschaft wollte, aber der Vater eher nicht. Die Patientin ist erfreut über die spontane Äußerung der Mutter und spürt die Annahme und

das Willkommen durch die Mutter ganz neu. In ihrer Phantasie war es immer umgekehrt gewesen, dass der Vater sie mehr geliebt habe als die Mutter. Es entwickelt sich ein gutes und wie es scheint von beiden eigentlich lange gewünschtes Gespräch über die Familiendynamik und über einige tabuisierte Zonen darin, sodass eine große Erleichterung und Entspannung eintritt. In diesem Gespräch zeigte sich die Angst der Eltern, besonders des Vaters, weitere Kinder zu bekommen, da sie während der Schwangerschaft mit der Patientin Informationen bekamen, dass sie ihren Bauernhof in der damaligen DDR eventuell aufgeben müssten und sie enteignet würden. Diese dann wahr werdende Drohung ist eine nachhaltige Erklärung für den Einbruch in der Geschwisterreihe nach der Patientin.

Dieses Beispiel zeigt in sehr kurzer Form, wie Eltern durch schicksalhafte Wechselfälle Phasen durchleben, wo sie Kinder gut begrüßen und annehmen können und aber auch Phasen erleben, wo sie zusätzliche Kinder als sie überfordernde Bedrohung wahrnehmen müssen, da die äußeren Umstände für die Eltern sehr bedrohlich sind.

2. Fall-Vignette

Eine 50jährige Patientin malt nach einer Gebärmutterkrebserkrankung Bilder, in denen sie in der Beschreibung den Tumor und ein im Alter von 25 Jahren abgetriebenes Kind miteinander laufend verwechselt. Es wird deutlicher, dass sie als 25jährige das Kind als Parasiten empfand, der in der Lage gewesen wäre, ihr Leben zu verschlingen, sie von innen aufzufressen. Als 25jährige war sie sich völlig darüber im Klaren, dass dieses Kind, aus einer kurzen Beziehung zu einem Araber stammend, absolut von ihr nicht gewollt ist und sie lässt es in einer obskuren Praxis abtreiben. Ihre gesamte Schilderung des Vorganges lässt eindeutig auf eine traumatische Erfahrung schließen: der Arzt war nicht kompetent, es war eine schreckliche Umgebung, sie war allein, sie hatte große Angst, sie musste zu einer klinischen Nachbehandlung, weil Blutungen nach dem Eingriff nicht endeten, sie war auch nachher vollkommen mit ihrer Entscheidung alleine und hat auch nie mit jemanden darüber gesprochen. Alles geschah in einem traumatischen Nebel.

Das Bild zeigt Tumor und/oder Embryo (als kleines Monster), die die Patientin von innen her bedrohen.

Die Krebserkrankung 25 Jahre später hat sie als ähnliches Trauma erlebt. Erst nach der Krebserkrankung kann sie in der Therapie die Abtreibung betrauern, zumal zum jetzigen Zeitpunkt ihres Lebens deutlich wird, dass dieses abgetriebene Kind, das von ihrem Gefühl her ein Junge war, nicht nur ihr einziges Kind gewesen wäre, sondern sogar das einzige Kind

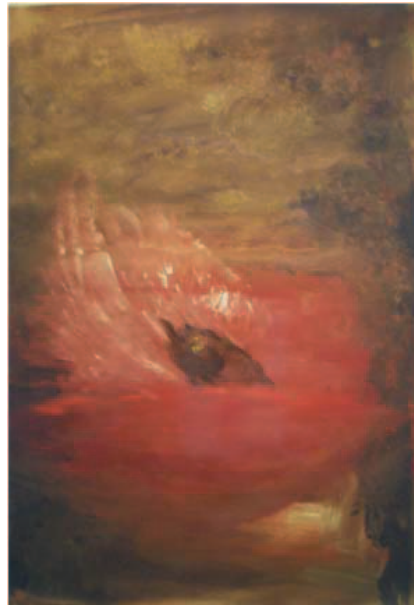


Abb. 1 (Acryl auf Papier, 85 × 61 cm)

in einer möglichen neuen Generation der Familie, da alle ihre drei Geschwister auch keine leiblichen Kinder bekamen.

Sie gibt dem Kind einen Namen und malt ein Bild, das einen Jungen im Alter von circa 10 Jahren zeigt und kann nun erst wirklich mit vielen Tränen spüren, wie schmerzvoll die damalige Ambivalenz von ihr erlebt wurde und wie quälend das Trauma der Abtreibung eigentlich war. Erst dann kann etwas in ihr versöhnt werden.

Dieses Beispiel zeigt die differenzierte unbewusste Dynamik, das Trauma einer Gebärmutterhalskreberkrankung mit einem früheren Trauma, einer medizinisch unzureichend durchgeführten Abtreibung ohne jeden seelischen Beistand, zu verbinden, um dadurch erst in die Lage kommen zu können, beide Erfahrungen betrauern zu können. In der Traumalogik sind beide Traumata miteinander verklebt und müssen vorsichtig und sorgfältig in vielen Bildern und Sitzungen auseinander differenziert werden, um unerträgliche Schuldgefühle auflösen und durch reale Trauer ersetzen zu können.

3. Fall-Vignette

Eine 50jährige Patientin kann über viele Malereibilder ihr Ungewollt- und Unerwünschtsein als Embryo/Föt zum ersten Mal zum Ausdruck bringen

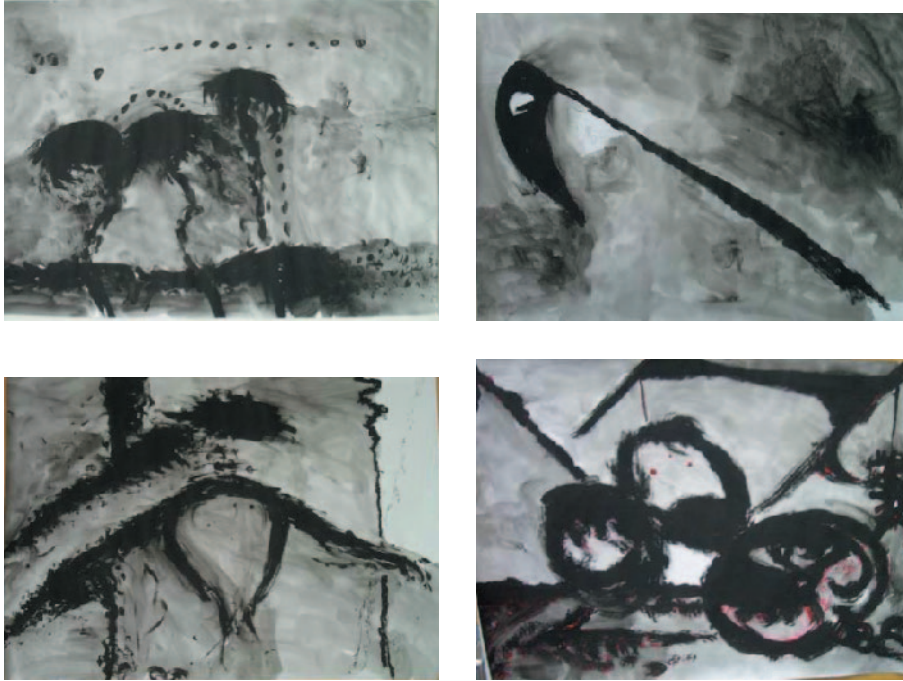


Abb. 2–5 (Acryl auf Papier, 65 × 81 cm)

und tastet sich über den ästhetischen Zugang an viele verdrängte Gefühle heran, die ihr gesamtes bisheriges Leben belastet haben und bisher in körperlichen Erkrankungen und Depressionen auto-aggressiv umgesetzt wurden.

Nach einer ganzen Serie von schwarz-grauen Bildern (Abb. 2–5), die Assoziationen zu Tod und Vernichtung, Asche, zerstückelten Körpern und „verbrannter Erde“ („überlebter Abtreibungsversuch“) entstehen lassen, entwickeln sich dann langsam Bilder, in denen erstens die rote Farbe auftaucht und zweitens Körper als ganzes. Die Zersplitterung wird zu einer Spaltung zwischen zwei Körperformen (Abb. 5).

Dann kann sie das traumatisierte „innere Kind“ in den Bildern in den Blick kommen lassen (Abb. 8).

Zuletzt entstehen Bilder, in denen sie erstmals die Annahme des traumatisierten „inneren Kindes“ symbolisieren kann (Abb. 9).

Die Mutter der Patientin stand in der Schwangerschaft unter hohem psycho-sozialen Stress und wollte das Kind nicht austragen. Die Bilder zeigen die Zerstörungsbilder, die ein abgelehntes Kind überwinden muss, um zu einem Gefühl für sich selbst, einem einigermaßen stabilen Selbstbild kommen zu können. (vgl. Levend u. Janus 2000)

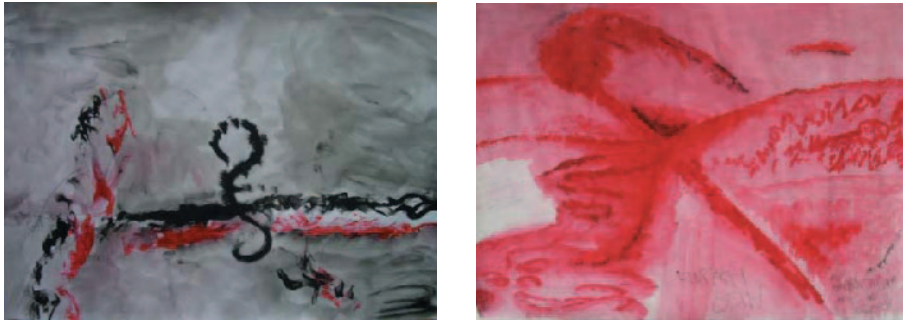


Abb. 6, 7 (Acryl auf Papier, 65 × 81 cm)



Abb. 8, 9 (Acryl auf Papier, 65 × 81 cm)

Die Psychodynamik von Schwangerschaftskonflikten

In der Psychodynamik von Schwangerschaftskonflikten können folgende Ebenen unterschieden werden:

Auf einer bewussten Ebene:

1. Überforderung (Lebenssituation, Partnerschaft, Beruf, Geld etc.).
2. Angst vor der Weitergabe des Lebens (eigene schlechte Kindheitserfahrungen, die Katastrophen der Welt).

Auf einer unbewussten Ebene:

3. Traumatische Belastung der eigenen Schwangerschaft: zum Beispiel hohe Ambivalenzen der Eltern, Krankheit, schwere psycho-soziale Belastungen im prä- und perinatalen Bereich, Tötungsangst (unaufgelöstes Suizidales).
4. Transgenerationale Traumatisierung: zum Beispiel Tod im Kindbett oder bei Abtreibungsversuch, schwere psycho-soziale Belastungen im prä- und perinatalen Bereich.

Zu 1. und 2.: Es gibt gute und verantwortliche, bewusste Gründe eine Schwangerschaft nicht auszutragen und es gibt eher neurotisch bedingte Ausreden. Der entscheidendste bewusste Grund ist oft das absolute Gefühl sowohl der fehlenden Reife, wie auch der fehlenden Mittel und Ressourcen, einem Kind (oder einem weiteren Kind) zu einem bestimmten Zeitpunkt ein gutes Zuhause geben zu können. Das Kind kommt zu früh, die Ausbildung ist noch nicht abgeschlossen, der Partner ist nicht der richtige, bzw. versucht er sich der Verantwortung zu entziehen, es gibt keine finanziellen Rücklagen, die Wohnung ist zu klein etc. Ein Teil dieser Begründungen ist gemessen am allgemeinen Lebensstandard manchmal unrealistisch, beziehungsweise die Phantasie auf ein (noch) besseres Leben zu gross. Das heißt es gibt neurotische, dem Realitätsprinzip nicht angepasste, Begründungsakzente und es gibt sehr tiefempfundene und direkt nachvollziehbare Begründungen einer realen Not.

71 Prozent der gemeldeten Abtreibungen in Deutschland, also fast 88 000 Abtreibungen im Jahr, werden von Frauen (und ihren Partnern) zwischen 18 und 34 Jahren vollzogen. Sechs Prozent der Schwangeren sind unter 18 Jahre alt, 16 Prozent zwischen 35 und 39 Jahre, 7 Prozent über 40 Jahre alt. Bei 40 Prozent aller abtreibenden Frauen/Paare ist es das 1. Kind, um das es geht. (Statistisches Bundesamt 2006)

Bei einer gewissen Zahl der abtreibenden Paare ist es aus der empirischen Praxiserfahrung des Autors schlicht nur die Weigerung erwachsen zu werden (werden zu können). Bei anderen ist es kaum reflektiert. Als Gesellschaft akzeptieren wir die freie Entscheidung zur Abtreibung, wie begründet oder vordergründig unbegründet sie auch sein mag. Es steht der Gesellschaft nicht nur nicht zu, diese Entscheidungen zu bewerten, noch sie zu verurteilen. Allerdings sollte es eine soziale Aufgabe sein, dass die Beratungs- und Hilfestellungsangebote so breit gefächert sind, dass Abtreibungen in Zukunft verringert oder sogar überflüssig werden können, bzw. muss die Vorbereitung auf Elternschaft als ernstes zukünftiges sozialpolitisches Vorhaben klarer und deutlicher pädagogisch und therapeutisch entwickelt werden als bisher.

Es geht nicht an, dass Mädchen und Frauen, Jungen und Männer immer noch das Gefühl vermittelt bekommen, dass jeder Bürger Elternschaft unvorbereitet oder sogar zufällig bewältigen kann, bzw. dass der Gesellschaft ungeheure Hemmnisse und Folgekosten entstehen, wenn aus zufälligen und wenig reflektierten Elternschaften völlig entgleiste dissoziale Lebensläufe entstehen. Jeder Euro, der in dieses Lernen vor Mutter- und Vaterschaft gesteckt wird, spart Tausende Euro, die später in Polizei, Justiz, Resozialisierung etc. gesteckt werden müssen. Es ist in diesem Zusammenhang nicht unwichtig zu erwähnen, dass mit der Liberalisierung der Abtreibung in den USA die Schwerstkriminalitätsrate gesunken ist (House 2002).

Absolut unerwünschte Kinder können sich in einer Gesellschaft auch nur absolut unerwünscht verhalten. Sie tun alles dafür, bestraft zu werden – für eine Schuld, die ursprünglich gar nicht die ihrige war. Dies ist sozusagen eine Naturgesetzlichkeit. Diese entwicklungspsychologische Ebene wird auch in Bezug auf den Rechts- und Linksradikalismus zu wenig involviert. Stattdessen wird über extreme „politische Kräfte“ gesprochen, als wären diese ideologischen Extreme nicht auch einfach nur Sammelbecken für besonders unerwünschte und traumatisierte Kinder, die als Erwachsene ihre Traumalogik zur Doktrin erheben.

Wichtiger ist aber der Emanzipationsaspekt der Gesellschaft als Ganzes: dass, im Sinne einer weiteren Demokratisierung und humanen Entwicklung, jede Zeugung eines Kindes keine läppische oder zufällig-kosmetische Begebenheit ist, die sich ebenso lapidar auch wieder beseitigen läßt, sondern dass jede Zeugung eines Kindes und der gesellschaftliche Umgang damit eine direkte Wertigkeit jedes Individuums in einer Gesellschaft zum Ausdruck bringt. Und wir sind uns wohl alle einig, dass wir in der konkreten Entwicklung der Umsetzung der Menschenrechte, auch in den westlichen Ländern, noch nicht an einem Endpunkt angelangt sind.

Dem Kind kann es nur gut gehen, wenn es auch den Eltern gut geht. Zu große psycho-soziale Belastungen beeinträchtigen die Möglichkeiten gegenseitiger Empathie und vergrößern die Missverständnisse in der alltäglichen Realität mit dem Kind. Erwartungen des Glücks sind häufig zu überzogen, die reale Konfrontation mit eigenen frühkindlichen Erfahrungen kommt für viele Eltern überraschend und werden nicht durchschaut. Das unermessliche Glück, das dennoch oder gerade deswegen trotzdem für viele Elternpaare spürbar wird, gehört mit zu den größten Glücksempfindungen des Menschen: aus der Liebe eines Paares ist wirklich ein neuer Mensch entstanden. Das Leben kann sich weiter entwickeln und vergrößern. Denn jede Generation hat die Möglichkeit, einiges besser zu lösen als die Generation zuvor. Ein konkreter ethischer Fortschritt ist in den letzten Jahrhunderten unbestreitbar, allerdings ist die kulturelle Schicht nach wie vor dünn und archaische Rückfälle drohen immer.

Keine Schwangerschaft ist frei von Ambivalenzen, ist frei von Zweifeln, Ängsten, kritischen Überlegungen und Erinnerungen an die eigene Kindheit, keine Schwangerschaft ist eine ausschließlich glückliche. Die Männer projizieren häufig eigene (infantile) Sehnsüchte auf die schwangere Frau und meinen, sie und das Kind müßten eigentlich die glücklichsten Menschen auf der Welt sein. Das Bild des Kindes als glückliches Baby überträgt oft als Sehnsuchtshoffnung alle auch konkreten Befürchtungen und (selbst-) kritischen Reflexionen. Umso wichtiger ist es auch in der Schwangerschaftsberatung, reale und eher neurotische Befürchtungen auseinander zu differenzieren. Manche Paare gehen mit völlig anderen Gefühlen zu dem

Kind aus der Beratung, schon aus dem einfachen Grunde, dass sie überrascht waren, vermeintlich schlimme und negative Gefühle zur Schwangerschaft äußern zu können. Sie waren verwundert, dass diese Gefühle normal und erlaubt sind und nicht schon direkt zu einer Abtreibung führen müssen.

In der wechselseitigen biologisch-psychischen Interaktion zwischen Mutter und Kind, und dem Vater im Hintergrund, können folgende emotionale Atmosphären im Uterus vorherrschend sein:

Gebär-Muttermächte (Todespol)

- Überprotektiv-dominierend
- Abstoßend und alleinlassend
- Depressiv
- Angstvoll
- Übererwartung (Sehnsucht als Verdrängung): das Kind wird schon im Uterus narzistisch besetzt, also zur Auffüllung eines elterlichen Defizits benutzt

Gebär-Muttermächte (Lebenspol)

- Lustvoll-Liebevoll
- Erwartungsvoll-neugierig
- Selbstbewusst-sicher
- Bindungsoffen
- Triangulations-Lust
- Transgenerationale Eingebundenheit

Sándor Ferenczi schrieb schon 1929 über prä- und perinatale Traumatisierungen und deren Folgen in „Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb“: „... beide Patienten kamen sozusagen als unwillkommene Gäste der Familie zur Welt. Der eine als zehntes Kind der offenbar stark überlasteten Mutter, der andere als Nachkomme des todkranken, bald darauf wirklich verstorbenen Vaters. Alle Anzeichen sprechen dafür, dass diese Kinder die bewußten und unbewussten Merkmale der Abneigung und Ungeduld der Mutter wohl bemerkt und durch sie in ihrem Lebenwollen geknickt wurden. Im späteren Leben genügten dann verhältnismäßig geringe Anlässe zum Sterbenwollen, auch wenn dieses durch starke Willensanspannung kompensiert wurde ...“. (Ferenczi 1982, S. 251–256)

Die Leben-Tod-Spannung des Lebens ist in der Schwangerschaft sehr offenbar und labil, beziehungsweise hier werden die Fundamente für spätere Lebenskraft und Todessehnsucht gelegt. Es gibt ein fließendes Spektrum zwischen frühem Abgang (zum Teil unbemerkt von der Mutter), Frühgeburtsbestrebungen, Frühgeburt, vollzogenem Schwangerschaftsab-

bruch, Totgeburt, plötzlicher Kindstod – den Ausschlag scheint aber in der Regel eine unbewusste Dynamik zu geben!

Es gibt auch so etwas wie eine „natürliche Abtreibung“. 40 bis 70 Prozent der Einnistungen gelingen nicht – die Immuntoleranz kann nicht hergestellt werden – der gegenseitige Widerstand kann nicht durch Einfühlung überwunden werden, das heißt die Ambivalenzen der Mütter sind oft viel höher, als die Männer das sehen wollen, so dass eine „natürliche Abtreibung“ nicht ein ungewöhnliches Ereignis ist, sondern ein natürliches Ereignis wie die Nichtabtreibung, trotzdem bleiben Erinnerungen und Trauer und diese brauchen Platz und Raum und Resonanz. Eine Frau, die absolut kein Kind bekommen möchte, bekommt auch keins. Allerdings ist ihr dieses oft selbst nicht differenziert bewusst. (Meistermann 1991)

Paare entscheiden sich also, grob gesehen, für eine oder mehrere der folgenden sechs Möglichkeiten in Hinsicht auf die Weitergabe des Lebens:

- Paare entscheiden sich bewusst gegen Kinder und zeugen auch keine;
- Paare sind unfruchtbar (meistens übernimmt ein Partner diese Funktion), reflektieren in der Regel aber nicht die familiendynamischen und eigenen psychodynamischen Faktoren der Unfruchtbarkeit, sondern überlassen sich fast ausschließlich in ihrer Not technischen Methoden der künstlichen Befruchtung, mit all deren missbräuchlichen Implikationen; es gibt durchaus entscheidende Möglichkeiten der psychotherapeutischen Hilfestellung, die aber zu wenig genutzt werden;
- Paare zeugen Kinder und diese gehen ab („natürliche Abtreibung“);
- Paare zeugen Kinder nur, um diese abzutreiben;
- Paare zeugen Kinder, um sie abzutreiben und/oder auszutragen (In einem Familienaufstellungsworkshop konnte ein Paar zum ersten Mal bewusst darauf schauen, dass sie neben ihren drei Kindern auch fünf abgetriebene Kinder hatten. Diese Auseinandersetzung brachte einen erheblichen Fortschritt in ihrer stagnierenden, quälerischen Paarbeziehung);
- Paare zeugen Kinder mit dem einzigen Wunsch, sie auszutragen.

Die meisten Menschen gehören in verschiedenen Lebensphasen zu mehreren dieser Kategorien, aber je mehr sie auch darüber reflektieren können, desto mehr haben sie die Möglichkeit sich und ihre Wünsche und Sehnsüchte wirklich zu erfüllen. Die Kompensationsanstrengungen für bewusst oder unbewusst nicht erfüllten Kinderwunsch sind gewaltig. Wie schon an anderer Stelle erwähnt, besteht für jede Generation die Weitergabe des Lebens nicht nur in der Zeugung von Kindern, sondern auch in allen kulturellen Bemühungen, das Leben auf diesem Planeten konstruktiv zu fördern und zu bereichern.

Besonders ergreifend ist oft die Arbeit mit Paaren, die ein Kind in den ersten Monaten der Schwangerschaft verloren haben und bereit sind, einen bewussten Trauerprozess zuzulassen, damit das nächste Kind (die nächste Schwangerschaft) unbelastet ist von dem Schmerz der enttäuschten Hoffnung auf das erste Kind. Im intimen Rahmen einer Paarberatung oder Paartherapie kann das Paar ein Modell für sich entwickeln, dass eine Sinnhaftigkeit dieses Geschehens erlaubt. Dies kann inhaltlich folgendes sein: „Wir waren eigentlich noch nicht so weit, bzw. das gestorbene Kind hat uns reifen lassen. Wir konnten eigentlich noch nie so offen darüber sprechen, was wir von uns als Eltern erwarten, das geht jetzt. Wir haben das Kind eigentlich ‚zu sehr‘ erwartet, da wären wir vielleicht auch davon gelaufen, wenn uns eine so besitzergreifende Macht überkommt, jetzt freuen wir uns auch sehr auf das zweite Kind, aber von ihm hängt nicht mehr so viel ab, sondern wir können es mehr als eigenen neuen Menschen sehen ...“

Diese Beispiele zeigen, dass früh gestorbene Kinder, ob als Frühgeburt oder als abgetriebenes Kind natürlich eine systemische Funktion in der Familien- und Paardynamik haben und jede bewusste und emotionale Reflexion über dieses Ereignis innere Reifung als Persönlichkeit möglich macht und zukünftige Lebensprozesse besser verstehbar und bewältigbar machen kann.



Abb. 10 (Acryl auf Papier, 61 × 85 cm)

Psychotische Ängste bei schwangeren Paaren spiegeln sich in einem solchen Bild (Abb. 10). Mit solchen inneren Bildern, in denen man sich vom feindlichen Objekt umgeben fühlt und es kein Entkommen gibt, können einen Schwangerschaftsabbruch nötig machen.

Unbewusste Hintergründe eines bewusst und gewollt vollzogenen Schwangerschaftsabbruchs können unter anderem in folgenden Aspekten bestehen:

- Unbewusstes Motiv: der drohenden Vernichtung durch Verschmelzung mit dem Objekt zu entgehen; ein Identitätsverlust droht, je näher ein anderer Mensch Kontakt aufnehmen will – ein Kind beansprucht von Beginn einer Schwangerschaft potenziell einen unbeschränkten Kontakt;
- Unbewusste Dynamik: Reinszenierung eigener früher Traumatisierung
 - Kontrollsehnsucht über den Tod;
- Unbewusste Hoffnung: durch die Abtreibung den unbewussten Trauzirkel zu durchbrechen, das innere Angstkind loszuwerden.

Psychodynamisch gesehen können also eigentlich nur Paare ein Kind abtreiben. Die Rolle des Vaters taucht seltsamerweise kaum in der Schwangerschaftskonfliktdebatte auf. Dabei besteht eine Triangulation schon ab der Zeugung, nicht erst ab der Geburt oder erst mit Beginn der ödipalen Phase! Die Rolle des Vaters kommt somit in der bisherigen Debatte völlig zu kurz: die Männer drücken sich, treiben mit ab, oder drängen zur Abtreibung, oder erfahren es nicht (= wollen es nicht wissen) und treten in der Diskussion entweder sehr rigide (in beiden Richtungen) oder jämmerlich auf. Aber der Vater und seine Frühgeschichte gehören mit zur Entscheidung: zu 50 Prozent. Meistermann weist zu Recht darauf hin, dass eine Abtreibungsproblematik überhaupt erst dadurch entsteht, dass ein zu 50 Prozent fremdes und neues Wesen im Bauch der Mutter heranwächst und dieses Wesen sich selbst macht und rücksichtslos seinen Raum einfordert und durch diesen unbedingten Anspruch überhaupt erst eine potentiell Notwehrverhalten der Mutter gegen endoparasitäre Fantasien in Gang setzt.

4. Fall-Vignette

Patientin, 28 Jahre, Studentin, Abtreibung mit 18 Jahren. Sie schildert dieses nun zehn Jahre zurückliegende Ereignis als quasi fast bewusstlose Abfolge von Situationen, also als traumatisch und erkennt nun die Aggression auf die erlebten starken Ambivalenzen im Mutterleib, als sie selbst Kind in der Gebärmutter war. Die archaisch-zerstörerischen Impulse finden ihren Ausdruck im gemalten Mutterbild: Der Föt als Parasit zehrt die Mutter auf (Abb. 11).

Dieses Bild zeigt sehr deutlich die Wechselseitigkeit von pränataler emotionaler Mangelenerfahrung und Mutterhass. Mit einem solchen inneren Bild von Mutterschaft „muss“ das erste Kind abgetrieben werden, da



Abb. 11 (Acryl auf Papier, 140 × 90 cm)

es im wahrsten Sinne des Wortes unerträglich ist. Allerdings sind die wahren Hintergründe den meisten Paaren nicht deutlich.

Die häufigste Psychodynamik im Schwangerschaftskonflikt ist also die Verwechslung zwischen dem „innerem“ traumatisierten Kind (also dem frühkindlichen, prä- und perinatalen psychischen Anteil der Geschichte von Vater und Mutter) und dem realen im Uterus heranwachsenden Kind.

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein Notlösungsversuch, der zunächst so und nicht anders aufgelöst werden kann, weil die unbewussten Dynamiken nicht klar sind, sondern nur agiert werden. Die meisten Patientinnen, die im Schwangerschaftskonflikt zur Beratung oder Therapie kommen, können aufgrund der Stärke des seelischen Konfliktes keine andere Lösung erkennen. Die Verwechslung zwischen eigener unbewusster Erfahrung und der realen Schwangerschaft kann oft nicht in der Kürze der Zeit aufgelöst werden. Meistermann spricht hier von Abtreibung als von der Notwehr der Frau angesichts einer (unbewussten) Fantasie eines in ihr wachsenden Monsters (Parasiten), das sich rücksichtslos ausbreitet und das sie und ihr Leben verschlingen wird – also genau die Phantasie die die (Gross-) Mutter während der (3., 6., 10. oder 13.) Schwangerschaft auch schon hatte.

Mit diesen inneren Bildern ist es fast unmöglich ein Kind auszutragen. Die in kunsttherapeutischen Zusammenhängen entstehenden Malereibilder sind symbolisierte Körpererfahrungen, die bis zur Gestaltung komplett unbewusst waren und sehr eindringlich die realen Ängste zeigen, die hinter einer Schwangerschaftskrise und einem Abbruch stehen.

Fallbeispiel

Die folgenden Bilder sind in einer einjährigen Kunstpsychotherapie mit je einer wöchentlichen Sitzung (90 Minuten) entstanden. Die Patientin, 33 Jahre, Borderline-Diagnose, ist das vierte Kind in einer Familie aus dem gehobenen Mittelstand. Ihre drei älteren Schwestern sind jeweils im Abstand von ein bis zwei Jahren geboren worden. Sie selbst hat drei Abtreibungen hinter sich und befindet sich gerade in der Trennungsphase einer langjährigen Beziehung mit einem gewalttätigen Mann. Sie möchte die Therapie nutzen, um einige Ebenen, die sie in einer gerade abgeschlossenen sechsjährigen Gesprächstherapie nicht bearbeiten konnte, zum Thema zu machen, besonders ihre prä- und perinatalen Erfahrungen, die ihre Therapeutin nicht thematisieren konnte. Sie hat die Ahnung, dass das künstlerische Medium ihr hilft, an bisher verdrängte Gefühle herankommen zu können. Außerdem erwartet sie von einem männlichen Therapeuten mehr Hilfestellung, um sich aus der sexuell sehr erregenden, aber eben auch gewalttätig-sado-masochistischen aktuellen Beziehung lösen zu können.

In der Frage nach der großen Erregung, die die Quälereien auslöst, geht es sehr schnell um unbewusste prä- und perinatale Traumatisierungen und starke Ambivalenzen der Mutter in ihrer Schwangerschaft. Sie war als viertes Kind für die Mutter eine deutliche Überforderung. Die Mutter konnte das Kind aber aus Rücksicht auf ihren Mann und eigenen Glaubensvorstellungen nicht abtreiben. Nach drei Töchtern wurde der sehnlichst von ihm erwartete Sohn avisiert.

In der Therapie beginnt die vierte Schwangerschaft der Patientin nach einer kurzen Begegnung mit einem neuen Mann, von der sie noch nicht weiß, ob sie das Kind austragen will. Es werden in der Therapie die starken Ambivalenzen ihrer Mutter in ihrer Schwangerschaft deutlich empfunden und gefühlsmäßig durchlebt, so dass die Patientin ihre Aggression zuordnen kann: Für jede der drei älteren Geschwister hatte sie eine Abtreibung durchgeführt. Nun kann sie ihr Kind austragen.

Bild 12 zeigt eine farbige Teufelfigur zwischen kleineren Figuren von Mann und Frau, also einem Paar, das nicht zusammenfinden kann, weil etwas unerträglich-angstmachendes zwischen ihnen steht. Die Deutung des intrauterinen Mutterrepräsentanten, der immer in ihren Beziehungen bis-



Abb. 12 (Acryl auf Papier, 160 × 110 cm)

her dazwischengepfuscht hat, die Quälerei erstrebenswert und die drei Abtreibungen notwendig gemacht hatte, kann sie annehmen und bewirkt die endgültige Loslösung von ihrem bisherigen Partner.

Bild 13 entstand, als die Patientin schwanger geworden war, es aber noch nicht wusste. Zu diesem Zeitpunkt war sie schon einige Monate in Behandlung. Das Bild zeigt also eine unbewusste Darstellung einer Zeugung. Es sieht aus, wie eine Wärmelampe, die in einer dunklen Höhle zugleich etwas erleuchtet und auch wärmt, das in einer watteähnlichen weissen Form verborgen ist.

Bild 14: Alle Ängste, die neue Schwangerschaft wiederum abzubrechen und den neuen Partner sofort wieder verlassen zu müssen, weil er weniger gewalttätig und sehr viel liebevoller zu ihr ist als der alte Partner, kann sie in diesem Bild zum Ausdruck bringen, das zugleich die Wende in diesem Konflikt bedeutet. Ein Embryo zerstückelt einen Fötus oder vice versa. Dieses auch äußerlich sehr große Bild bedeutete für sie die Erkenntnis, dass ihre traumatisierte pränatale Erfahrung (die Mutter wollte kein viertes Kind mehr), symbolisiert in dem großen Fötus auch ihr viertes Kind auffressen wird, wenn sie nicht dieses tiefste und kleinste innere Kind in ihr annehmen kann und damit die Verwechslung zwischen ihrem inneren traumatisierten Kind und dem realen neuen Embryo in ihrer Gebärmutter aufheben kann. Die introjizierte Wut und Angst der Mutter der Patientin auf



Abb. 13 (Acryl auf Papier, 160 × 110 cm)



Abb. 14 (Acryl auf Papier, 160 × 110 cm)

das neue Kind (die Patientin), ist der „Täterfötus“, der seine eigene Verlassenheit nur aggressiv zum Ausdruck bringen konnte und bisher schon drei Embryos aufgefressen hatte – für jede ältere Schwester eins.

Solche „extremen“ Bilder zeigen extrem ehrlich und direkt, worum es eigentlich in einer Schwangerschaftskrise geht und welche mächtigen Affekte aus der eigenen Früherfahrung der Mutter (des Vaters) hier wirksam sind. In dieser Therapie konnte dann nach der Bearbeitung der heftigsten Affekte für die Patientin auch deutlich werden, dass die Mutter trotz aller eigenen Widerstände und Ambivalenzen dann doch das Kind empfangen und nach bestem Wissen und Gewissen aufziehen konnte und welche Liebesleistung eigentlich damit gegeben ist. Dieser Aspekt kann häufig zunächst überhaupt nicht in den Blick kommen, weil die ablehnenden Gefühle der Mutter so starke Affekte bedingen, dass diese alles andere fast vollständig überlagern. Versöhnliche Gefühle dürfen und können sich in einer bestimmten Nachhaltigkeit allerdings auch erst dann entwickeln, wenn die Auseinandersetzung über die gesamte Bandbreite des psychischen Spektrums möglich geworden ist. Eine zu frühe Versöhnung bewirkt nur weitere Stagnation und Zerstörung. In diesem Falle konnte die Klientin erst dann selbst Mutter werden, als sie die machtvolle negative Mutterrepräsentanz verstanden und damit schon ansatzweise überwinden konnte, bzw. integrierend verwandeln konnte.

Die Macht und Größe dieser Affekte ist ein Grund dafür, dass eine Abtreibung, wenn sie schon beschlossen scheint, oft kaum noch zu verhindern ist. Den meisten Außenstehenden ist kaum bewusst, welche Kraft hinter diesen in der Regel ja unbewussten Dynamiken steht, bzw. der allgemeine gesellschaftliche Widerstand gegen die Aufdeckung dieser Ebenen, zum Beispiel auch gegen die Akzeptanz der wissenschaftlichen Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie, ist zur Zeit noch viel zu groß. (Stattdessen gibt es jeden Abend als „Unterhaltung“ die höchst einfallsreiche fiktive Beseitigung vieler Menschen in den Krimis und Horrorgeschichten der Fernseh- und Filmindustrie, um die inneren Angst- und Schreckensszenarios vordergründig auszubalancieren. Dies hat auch eine kollektive psychische Funktion der karthartischen projektiven Identifikation („... ich habe gottseidank wieder mal überlebt ...“), ist aber noch nicht wirklich aufgeklärt.)

In diesem Falle konnte aber die therapeutische Begleitung helfen, die fürchterlichen Ablehnungsaffekte der Mutter der Patientin, (resultierend natürlich aus deren Not als überforderte Mutter und vermutlich auch eigenen sehr ambivalenten pränatalen Erfahrungen,) die sie in ihrer Schwangerschaft als Embryo und Fötus selbst erfahren hatte und seitdem in sich trug als Selbstverurteilung, Selbstabwertung und Masochismus, sichtbar, verstehbar und überwindbar zu machen.

Es ließen sich nun viele weitere ähnliche Therapieabläufe anfügen, in denen die schwangeren Frauen in der Regel erst dann zu einer Annahme des Kindes in der Lage waren, wenn sie die realen Ängste ihrer Frühzeit schonungslos in Bildern zeigen und bearbeiten konnten. Nonverbale Medien eignen sich besonders gut dazu, Verdrängtes und Verleugnetes erstmals zu symbolisieren. Ein Kernpunkt der Therapie war immer wieder die Überraschung der Patientinnen, dass erstens diese aus ihrer Seele kommenden schrecklichen Bilder verstanden und erklärt werden können, dass sie also „logisch“ und damit auch aufgrund ihrer Biographie „normal“ sind und zweitens diese Bilder überhaupt gewürdigt und respektiert werden und keine Flucht des Gegenübers auslösen. Das Heimliche dieser gesamten Schicht unseres Unbewussten wird tatsächlich zum Unheimlichen, wenn es nicht therapeutisch gelöst wird.

Aus diesen Bildern von Patientinnen in Schwangerschaftskonfliktlagen lassen sich noch weitergehende Schlüsse ziehen. Es sind dies viele Bilder, die nochmals neu zur Überlegung anhalten, wo die Schreckensphantasien und letztlich auch die real inszenierten Schreckensszenarios der Menschheit eigentlich wirklich ihren Ursprung haben. Ich vermute, dass es keinen stärkeren Ursprung menschlicher Gewalt geben kann, als real erlebtes Unerwünschtsein mit den daraus resultierenden faktischen Vernachlässigungen, Missbräuchen und Gewalterfahrungen, die das Individuum dann durchläuft, bevor es als Erwachsener diese erlebte Nichtakzeptanz der Welt in mannigfaltigen autoaggressiven oder fremdaggressiven Formen zurückgeben wird. Dieser psychohistorische und psychokulturelle Aspekt bedarf noch einer eigenen intensiven Aufarbeitung. (Kurth u. Janus 2002)

Noch ein Aspekt der Therapie: In der Gegenübertragung von extremen Schwangerschaftsambivalenzen, die erwachsene Patienten in ihrer Frühzeit durchlebt haben, zeigen sich in der Therapie oft auch extreme Gefühle von Bauchschmerzen, Abtreibungswünschen, Lähmung und Resignation und das Gefühl, dass nur einer die Therapie überleben wird, wenn nicht etwas einschneidendes passiert.

Wodurch kommt es zum Schwangerschaftsabbruch?

Der bisher unveröffentlichte Vortrag der Psychoanalytikerin Meistermann „Wodurch kommt es zur Abtreibung?“ (1991) gehört mit zu den tiefsten und konkretesten Aussagen zur Krisensituation der unerwünschten Schwangerschaft, die wir kennen. Im Gegensatz zu den meisten Veröffentlichungen zum Schwangerschaftsabbruch, die sich mit den äußeren Gründen befassen, geht Meistermann auf die verborgenen, letztlich aber wirksamsten Dy-

namiken ein, die Abtreibungen verursachen. Im folgenden füge ich einige Zitate und Schlussfolgerungen daraus an.

„Wir verstehen, eine Mutter muss unbedingt zu ihrem Fötus nicht nur eine positive, idealistische, sondern eine realistische Objektbeziehung haben. Diese mag negativ sein, aber die Mutter muss den Föt wahrnehmen, ihn fühlen. Sie muss wissen, was er will und tut. Sie muss alle Aggressionen, die er gegen sie ausführt, reflektieren – dann erst kann sie ihn akzeptieren, auch wenn er noch so sehr ihre eigene Gesundheit schädigt und ihren eigenen Interessen widerspricht. Sie muss den Kampf kennen, der sich zwischen ihr und dem Föt abspielt. Und sie muss den Mut haben, sich diese Kämpfe so lebendig und hart wie möglich vorzustellen.“ (Meistermann 1991)

Wodurch kommt es also zum Schwangerschaftsabbruch? Unter Absehung der äußeren Beweggründe haben folgende Aspekte nachhaltige Wirksamkeit:

1. Destruktivität und/oder transmarginaler Stress in der prä- und perinatalen Existenz von Vater und Mutter (abortive Strukturen in der Familiengeschichte);
2. Fehlende klare Objektbeziehungserfahrung in der eigenen Frühgeschichte;
3. Akute psycho-soziale Belastungen verstärken diese unbewussten und verdrängten Ängste der eigenen Geschichte.

Es kollidieren mangelnde intrauterine Bindungserfahrung, daraus resultierendes mangelndes fötales Selbstbewusstsein und fehlende Körpergrenzen aus der eigenen Frühzeit mit dem Lebenswillen des entstehenden neuen Kindes. Der ablehnende intrauterine Mutterrepräsentant steht eigenen Mutterwunschphantasien massiv entgegen. Ein infantiler Reproduktions- und Ewigkeitswunsch erzeugt immer neue unerwünschte Schwangerschaften, statt dass die Akzeptanz der Sterblichkeit (und damit auch der selbst erlittenen Traumata) erreicht wird.

„Die beiden genetischen Gaben der Eltern müssen vom Kind ohne Widerspruch vereinigt werden. Diese entsetzliche Bürde ist jedem von uns auferlegt. Das Kind wird bei seiner Zeugung in das Beziehungsgeflecht der Partnerschaft der Eltern geworfen mit all seiner Lust, Gier, Trauer, Angst, Erregung, Ekstase. Von seiner Mitgift her ist das Kind mit dem Vater genauso identifiziert wie mit der Mutter. Sie kann nur über den verinnerlichten Vater eine Objektbeziehung mit dem Kind aufbauen. Geschieht dies nicht, so muss das Kind in diesem vergrabenden, sich in die Mutter hereinbohrenden Zustand verbleiben. Es gerät in unauflösliche Abhängigkeit zu ihr.“ (Meistermann 1991)

Die archaisch-primitive Mutter-Fötus-Beziehung steht gegen die Eigenheit des Kindes, und ist ein weiterer Zusammenhang im Konflikt Zeugung – Abtreibung. Das Archaisch-Primitive ist u. a. der neurotisch bedingte Drang zur eigenen individuellen Unsterblichkeit, der durch die Eigenheit des Kindes konterkariert wird. Die kulturelle Leistung jedes Individuums ist die Anerkennung des evolutionär bedingten Triebes für die Unsterblichkeit der Art zu sorgen, nicht für die des Individuums, das jeweils nur ein Glied in einer endlosen Kette von Lebenwesen ist. Jedes Kind erinnert also die Eltern nachhaltig an deren Sterblichkeit, verkörpert für die Art aber auch deren Unsterblichkeit.

Das Kind macht sich im gewissen Sinne selbst – es ist für die Zeugung und für sich selbst verantwortlich, es ist autopoetisch. Die biopsychologischen Kräfte zeigen sich eindrucksvoll in der rasanten und ungeheuer komplexen Entwicklung in neun Monaten von einer Zelle zu 100 Milliarden Zellen. Das Biotop der Elternbeziehung und im engeren Sinne das Biotop des mütterlichen Uterus lassen diese Autopoiesis mehr oder weniger gut und reichhaltig gelingen. Alle drei arbeiten im besten Falle zusammen.

Eine besondere Spannungsquelle der Schwangerschaft ist die Kleinheit des Keims, die eine Einnistung nötig macht, unter Umständen als rücksichtslose Verletzung der Gebärmutterschleimhaut. Eine gleichzeitige Duldung ist nur möglich durch die Auseinandersetzung mit dem Widerstand des Anderen (Immuntoleranz). Der ungeheure Entwicklungsdrang eines Embryos steht gegen die bereits fortgeschrittene Vertotung des erwachsenen Menschen als Mutter und Vater.

Fallvignette: Eine 35jährige Frau, die bereits zwei Töchter, 10 und 12 Jahre alt, hat, treibt in der Folge siebenmal ab! Hier brach eine lange Zeit unbefriedigte Aggression durch: sie war das einzige Kind einer Witwe. Der Vater war im Krieg vermißt. Sie hatte Phantasien von Ersticken, Zerdrücktwerden, Verdursten. „Sie setzte sich mir immer ins Gesicht“ war eine zentrale Phantasie der Patientin von ihrer Mutter. Die Patientin litt besonders unter der Phantasie zu verdursten und zu vertrocknen. Diese tödliche Idee kann entstehen, wenn in der Schwangerschaft kein gleichmäßiges Durchfließen des Fruchtwassers wegen falscher Lage gegeben ist (Plazenta praevia) und eine erhebliche Störung der Flüssigkeitsversorgung den Embryo/Föt bedroht, zum Beispiel verursacht durch den psycho-sozialen Stress einer Mutter, die ihren Mann verliert. Die Nähe zum Tod im Dauerzustand der vorgeburtlichen Zeit wiederholte die Patientin in den Abtreibungen. Die starke zerstörerische Aggression, die sich in den sieben Abtreibungen äußert, kann hier als nachträgliche Notwehr gegenüber realen pränatalen Todeserwartungen verstanden werden.

Abtreibung ist also schwer zu verhindern: Eine vorhandene Aggressionstendenz wird durch den „parasitären Gast“ gesteigert und genährt. Die Destruktivität stammt in der Regel aus der eigenen pränatalen Existenz.

„Das Wichtigste ist, die Idealisierung aufzuheben, die dem Fötus gilt. Schon vor seiner Geburt wird er verwechselt mit dem begehrenswerten und entzückenden Wesen, das wir erwarten und nach der Geburt im Allgemeinen sehen. Mit dieser Vorstellung sind wir alle identifiziert; aber wir müssen verstehen, dass es sich beim Fötus um ein Lebewesen handelt, das noch nicht den Geburtsakt hinter sich hat, also keine selbständige Handlung kennt, die zum Leiden führt.“ (Meistermann 1991)

„Der Zusammenhang von Ursache und Wirkung, der Gegensatz zwischen Mutter und Fötus ist viel zu groß, viel zu mächtig, um von der Mutter auf eine einfache Weise ertragen zu werden. Daher die Ideologien oder auch die Forderung nach der Tendenz zur Unterwerfung.“ (Meistermann 1991)

Die größte Angst in der Schwangerschaft ist die Angst, ein eigenes Kind dem Tod auszusetzen oder es selbst töten zu müssen. Darin zeigen sich unbewusste suizidale Tendenzen aus frühen Traumatisierungen. Es ergibt sich das Paradoxon: um das eigene Kind später nicht töten zu müssen, kann es nicht ausgetragen werden. Es muss aber gezeugt werden, weil die Krise sich aus dem Zwang zur Wiederholung verdichten muss.

Jede Abtreibung beinhaltet also immer auch einen traumanalogen Beseitigungsversuch eigener frühkindlicher Verluste, für die weder Frau noch Mann bisher Symbolisierungen finden konnten, was ihnen also in der Regel nicht bewusst ist und sie als Paar in der Regel auch nicht reflektieren. Wenn wir davon ausgehen, dass der Mensch als Naturwesen äußerst komplexen Gesetzen unterworfen ist, ist keine seiner Handlungen „zufällig“, sondern ergibt sich notwendigerweise aus seiner gesamten bisherigen Biographie und der dahinter liegenden Familiengeschichte. Deren psychische Summen nennen wir das Unbewusste, das im Vergleich zur bewussten Entscheidung, circa 90 Prozent unserer Handlungen allein motiviert. (vgl. Roth 2003)

Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland (Quelle: Statistisches Bundesamt)

1996:	130 900	relativ konstante Faktoren:
1997:	130 890	50 % ledig / verheiratet
1998:	131 795	40 % 1. Kind
1999:	130 600	6 % unter 18 Jahre
2000:	134 600	71 % 18–34 Jahre
2001:	135 100	16 % 35–39 Jahre
2002:	130 400	7 % über 39 Jahre
2003:	128 000	3 % medizinische / kriminologische Indikation
2004:	129 600	80 % Absaugmethode
2005:	124 000	8 % Mifegyne (+)

Schwangerschaftsabbrüche Europa und Nordamerika: Legale Abtreibungen auf 1000 Frauen (15-44jährig)

Belgien (2003)	7,9
Bulgarien (2003)	29,9
Dänemark (2006)	14,3
Deutschland (2006)	7,2
England u. Wales (2006)	8,3
Finnland (2003)	10,7
Frankreich (2004)	17,3
Holland (2005)	8,6
Italien (2004)	11,6
Kanada (2003)	15,2
Litauen (2003)	15,0
Norwegen (2006)	15,0
Rumänien (2003)	46,8
Russische Föderation (2003)	55,3
Schweden (2006)	20,6
Schweiz (2005)	6,6
Spanien (2005)	9,6
Ungarn (2003)	25,8
USA (2003)	20,8

Quellen: Evolution démographique récente en Europe 2004 (Europarat), Nationale Statistiken/BFS/Alan Guttmacher Institute 2005

Durch vergrößertes Beratungs- und Therapieangebot, durch liberalere Diskursebenen sollten Schwangerschaftskonflikte mehr und mehr als das erkannt werden, was sie sind: existenzielle Krisensituationen mit realen reinszenatorischen Ursachen und Zukunftspotential. Es gibt keine Familie ohne abortive Strukturen.

Eine Beratung gilt als gut, wenn sie

1. freiwillig in Anspruch genommen wird,
2. die Beraterin keine Wertorientierung aufdrängt,
3. vertraulich und unabhängig gegenüber Dritten ist,
4. nicht vorab zu festgelegten Ergebnissen führt,
5. dem Ratsuchenden hilft, eine Entscheidung zu finden,
6. auch Raum für tiefergehende psychische Zusammenhänge geboten werden kann, falls erwünscht. (nach Meistermann 1991)

Circa 125 000 Abtreibungen pro Jahr in Deutschland zeigen unter anderem das kollektive Bedürfnis frühe Kindheitstraumatisierungen auflösen zu wollen, aber es gelingt zur Zeit nur als Notlösung. Wir stehen hier in einer noch lange nicht abgeschlossenen psychokulturellen Dynamik. Verstorbene Kinder haben als Geschenk an ihre Eltern: wenn die Trauer möglich ist, führt dies zu mehr Lebensreife.

Abtreibung postnatal

Einige Fälle von Kindesmisshandlung und Kindstötung, die in der Folge aus der Tagespresse zitiert werden, zeigen, was geschehen kann, wenn der Schwangerschaftskonflikt nicht wirklich ausgetragen, sondern nur verleugnet wird.

Kölner Stadtanzeiger 17.10.2006: „Das Würzburger Landgericht verurteilt eine 24jährige Frau zu fünf Jahren Gefängnis, die ihr Baby (12 Wochen alt) mehrfach mit dem Kopf gegen eine Kinderwiege schleuderte und so tötete. Die Frau hatte gestanden. Es sei für sie nicht mehr zu ertragen gewesen, dass der Junge ständig geweint habe. Der Angeklagten wurde verminderte Schuldfähigkeit attestiert.“

Kommentar: Das Weinen eines Säuglings wird unerträglich, wenn Mutter oder Vater ein eigenes inneres Weinen und Schreien aus der eigenen frühen Kindheit nie zum Ausdruck bringen und reflektieren konnten. Wechselseitig verstärkt sich eine Dynamik der absoluten Verleugnung der Eltern und das daraus sich verstärkende untröstliche Weinen, Jammern und Schreien des Säugling. Das Kind spiegelt eigentlich nur das Untröstliche in den Eltern. (Janus 1997; Renggli 2004)

Kölner Stadtanzeiger 17.10.2006: „Ein wegen versuchten Mordes angeklagter 31jähriger Mann hat vor dem Landgericht Hildesheim gestanden, seinen schreienden Säugling schwer misshandelt zu haben. Er gab zu, seinen drei Wochen alten Sohn Nico kräftig geschüttelt und mehrfach geschlagen zu haben. Das Baby erlitt dabei lebensgefährliche Kopfverletzungen. Der Sohn habe geschrien, obwohl er ihn gewickelt und ihm die Flasche gegeben habe. Daraufhin sei er ausgerastet. Das Urteil wird für Mittwoch erwartet. Die Mutter des Babys hat dem Angeklagten nach eigener Aussage verziehen – und ihn während der Untersuchungshaft geheiratet.“

Kommentar: Die sich gegenseitig verstärkenden Affekte der Verleugnung und der Expression können schließlich in einer Mordswut enden, die ein Elternteil absolut nicht mehr steuern kann und projektiv über das Kind entlädt.

Kölner Stadtanzeiger 31.10.2006: „Vier Jahre Haft für Tötung eines Säuglings. Die 22jährige Verena P., Mutter zweier Kinder, wird wegen Totschlags in einem ‚minderschweren Fall‘ vom Landgericht Köln verurteilt. Der Richter betont, dass das Gericht keine Erklärung für die Tat gefunden hat und diese für die Angeklagte ‚persönlichkeitsfremd‘ sei. Die junge Frau hatte ihr Kind in einem Cafe zur Welt gebracht und in einem Abfalleimer erstickt. Diese und auch die zwei vorhergehenden Schwangerschaften hat sie lange geheim gehalten.“

Kommentar: Die deutschen Gerichte finden bei vielen Mord- und Totschlagfällen keine Erklärung, da sie tiefenpsychologische Erkenntnisebenen (noch) nicht wahrnehmen und Gerichtspsychiater und Gutachter prä- und perinatale Forschung noch nicht integriert haben.

Darf gesprochen werden? Selbstbewusste und aufgeklärte Frauen, die ihren Mutterhass bewusst oder unbewusst in sich tragen, werden entweder nicht schwanger oder treiben rechtzeitig ab (und können dann durchaus später eine gute Mutter für eventuelle weitere Kinder werden). Frauen aus den unteren sozialen Schichten oder mit Migrationshintergrund sind aus vielen Gründen oft nicht in der Lage, einen Schwangerschaftskonflikt „vernünftig“ auszutragen, sich Beratung und Hilfe zu holen oder einfach auch nur mit Partnern, Freundinnen und Eltern darüber sprechen zu können. In diesen Fällen kann es im Extremfall zur „verspäteten Abtreibung“ kommen, wie auch in dem Fall aus Brandenburg 2006, wo eine Mutter über einige Jahre hinweg neun eigene Kinder noch als Säuglinge getötet hat. Aus unserer Perspektive ist so eine Tat nur aus den eigenen Schwangerschaftserfahrungen, ihren extremen Ambivalenzen und oft auch weiterer späterer Traumatisierungen erklärbar.

Säuglingsterblichkeit in NRW (Quelle: Landesamt für Datenverarb./Statistik NRW)

2005: 298 Mädchen, 406 Jungen starben im ersten Lebensjahr.

Auf 1000 Lebendgeborene sind das 3,98 Mädchen und 5,11 Jungen. Um 1970 war die Sterblichkeit fünfmal so hoch! Es gibt mittlerweile 14 Pränatalzentren in NRW (4500 Frühgeborene pro Jahr), die sich auf prä- und perinatale Problemfälle spezialisiert haben. Die Säuglingssterblichkeit ist besonders hoch bei Frauen mit Migrationshintergrund.

Psychohistorie der Gewalt

Männer und Frauen sind gleichberechtigt: auch in der destruktiven Aggression. Während die Männer immer zu Waffen greifen mußten, um einen anderen Menschen zu töten, konnten die Frauen immer schon Leben einfach in sich absterben lassen. Davor hatten die Männer immer schon tiefe Furcht und kompensierten diese Angst durch überzogene Männlichkeitsphantasien. Denn bevor der Zusammenhang von Geschlechtsakt und Zeugung kulturell bewusst wurde, waren die Frauen die alleinigen Herrinnen über das Leben. Daraus resultierendes destruktives männliches Handeln und Nichtempathie gegenüber Frauen wiederum löste weitere weibliche Destruktion aus. Diese Spirale sollte langsam überwunden sein, indem Mann und Frau am besten gut und lustvoll zusammenarbeiten und zum Beispiel Paare lernen, Aggressionen miteinander konstruktiv/therapeutisch

zu lösen, statt über Kinder auszutragen. (Auch bei vielen Scheidungen wird das Kind häufig von und für die elterlichen Affekte missbraucht, weil die Eltern die je eigenen Anteile an der Trennung nicht reflektieren wollen. Schuld ist immer der/die Andere. Die guten und vernünftigen Trennungen nehmen aber zu.) Voraussetzung ist die Erkenntnis der tiefen Gründe der Gewaltspirale zwischen Mann, Frau und Kind in den letzten Jahrtausenden.

Psychohistorie der Liebe

Es gab immer schon Paare zu allen Zeiten, die aus Intuition und Erfahrung Kinder empathischer, wärmer und liebevoller zur Welt gebracht und erzogen, als andere. Es besteht kein Zweifel, dass hier ein evolutionärer Vorteil gegeben ist, der sich letztlich durchsetzen wird, wenn auf die aus Traumatisierungen (im Grunde immer Formen enttäuschter Liebe) entstehende, erregende Lust an der Zerstörung nicht zunehmend durch therapeutische Reflexion verzichtet werden kann. Erst dann kann und darf gespürt werden, dass es eigentlich nichts Erregenderes gibt als die Liebe.

Literatur

- Chamberlain D (1997) Neue Forschungsergebnisse aus der Beobachtung vorgeburtlichen Verhaltens. In: Janus L, Haibach S (Hrsg.) Seelisches Erleben vor und während der Geburt. LinguaMed, Neu-Isenburg
- Europarat (2004) Evolution démographique récente en Europe
- Evertz (1997) Kunsttherapie und Geburtserfahrung. In: Janus L, Haibach S (Hrsg.) Seelisches Erleben vor und während der Geburt. LinguaMed, Neu-Isenburg
- Evertz K (1998) Der Ursprung der Bilder – Pränatale Wahrnehmung, Ästhetik und Kunst. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 10(3): 365–392
- Evertz K (1999) Rezension zu „Sphären, Band I, Blasen, von Peter Sloterdijk“. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11(1): 140–145
- Evertz K (2001) Analytisch-ästhetische Kunsttherapie in der Arbeit mit frühtraumatisierten Patienten. In: Bertolaso Y (Hrsg.) Musik-, Kunst- und Tanztherapie – Qualitätsanforderungen in den künstlerischen Therapien. Paroli, Münster
- Evertz K, Janus L (Hrsg.) (2002) *Kunstanalyse*. Mattes, Heidelberg
- Evertz K (2003) Pränatale Traumata im kunsttherapeutischen Ausdruck. In: Hampe R et al. (Hrsg.) *Trauma und Kreativität*. Universität Bremen, Bremen
- Evertz K (2007) Bilder als Lebenszeichen – Psychoonkologische Kunsttherapie. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg.) *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Schattauer, Stuttgart
- Fedor-Freybergh P, Janus L (Eds.) (1989ff.) *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*
- Ferenczi (1982) *Schriften zur Psychoanalyse*. Fischer, Frankfurt

- Hochauf R (2003) Trauma und Strukturdefizit. In: Hampe R et al. (Hrsg.) Trauma und Kreativität. Universität Bremen, Bremen
- House (2002) Vortrag Jahrestagung der Internationale Studiengemeinschaft für prä- und perinatale Psychologie und Medizin, Heidelberg
- Janus L (1997) Affektive Lernvorgänge vor und während der Geburt. In: Janus L, Haibach S (Hrsg.) Seelisches Erleben vor und während der Geburt. LinguaMed, Neu-Isenburg
- Janus L (2000) Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt. Psychosozial, Gießen
- Kurth W, Janus L (Hrsg.) (2002) Psychohistorie und Persönlichkeitsstruktur. Mattes, Heidelberg (Jahrbuch für psychohistorische Forschung, Band 2)
- Levend H, Janus L (2000) Drum hab ich kein Gesicht. Echter, Würzburg
- Meistermann-Seeger E (1989) Kurztherapie Fokaltraining – Die Rückkehr zum Lieben. Verlag für Angewandte Wissenschaften, München
- Meistermann-Seeger E (1991) Wodurch kommt es zur Abtreibung? – Diagnose einer psycho-biologischen Krise. Unveröffentl. Vortrag 25. 6. 1991, Erftstadt-Lechnich, Katholisches Bildungswerk im Erftkreis
- Reiter A (2004) Introspektiver Zugang zum vorgeburtlichen Erleben. In: Janus L (Hrsg.) Pränatale Psychologie und Psychotherapie. Mattes, Heidelberg, S 21–36 (Ergebnisse der pränatalen Psychologie, Band 1)
- Renggli F (2004) Babytherapie. In: Janus L (Hrsg.) Pränatale Psychologie und Psychotherapie. Mattes, Heidelberg, S 159–173 (Ergebnisse der pränatalen Psychologie, Band 1)
- Roth G (2003) Fühlen, Denken, Handeln. Suhrkamp, Frankfurt
- Verny T (2003) Das Baby von Morgen. Rogner & Bernhard, Hamburg
- Vogt J (o.J.) Mündliche Mitteilungen
- Stern D (1996) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart
- Verny T (1981) Das Seelenleben des Ungeborenen. Rogner & Bernhard, München
- Verny T (2003) Das Baby von Morgen., Rogner & Bernhard, Hamburg



Klaus Evertz, Bildender Künstler, Kunsttherapeut (BKMT/FEAT), Heilpraktiker (Psychotherapie/ISPPM), Kunstanalytiker.

Anschrift: Institut für Kunsttherapie und Kunstanalyse Köln, Neusser Str. 569 (Hinterhaus), 50737 Köln

Telefon: (0221) 5509156

E-Mail: klausevertz@t-online.de

Die pränatale Wurzel von Konflikten in der Partnerschaft

Carmen Ehinger und Franz Renggli

An eine Nervensäge
Mit deinen Problemen
heisst es
bist du
eine Nervensäge
Ich liebe die Spitze
und Schneide
von jedem Zahn
dieser Säge
und ihr blankes Sägeblatt
und auch ihren runden Griff
Erich Fried

Die Wanderung der Nervensägen

Auf unserer ersten gemeinsamen Wanderung in den Cinque Terre – wir waren gerade zwei Monate zusammen und frisch verliebt – erlebten wir unseren ersten großen Streit, der uns innerhalb von nur wenigen Minuten fast bis an den Rand unserer Beziehung schleuderte. Was war geschehen?

Carmen: Franz, dessen großes Herz mir bis dahin soviel bedeutet hatte, wurde in meinem Erleben plötzlich unerträglich fürsorglich und aufdringlich, er schien mich unablässig kontrollieren zu wollen. Gleichzeitig fühlte ich mich nicht mehr wahrgenommen und nicht mehr gemeint. Für mich brach an diesem Tag eine Welt zusammen, denn ich hatte gehofft, den Mann für's Leben gefunden zu haben. Beinahe wäre ich alleine nach Hause gefahren mit dem festen Entschluss, ihn nie wieder sehen zu wollen.

Franz: Carmen, deren Spontaneität und Fröhlichkeit mich so angezogen hatten, erlebte ich plötzlich als abweisend, kalt und unzugänglich. Sie schien mich nicht mehr zu wollen, was in mir eine völlige Verunsicherung und anschließend eine bodenlose Wut auslöste. Auch ich war vom Ende unserer Beziehung überzeugt.

Am Tag nach diesem ersten großen Konflikt dachten wir beim Weiterwandern viel über das, was geschehen war, nach. Wir versuchten, nachzuspüren, wo die Ursachen für diesen Streit lagen. Beide stellten wir damals fest, dass unsere heftigen Gefühle und Empfindungen an unsere jeweiligen frühen Verletzungen aus der Schwangerschaft anknüpften, dass wir gegenseitig unsere pränatalen Traumatisierungen aktiviert hatten.

Wir fanden heraus, dass unsere Schwangerschaftstraumen ausgesprochen polar sind, wie Schlüssel und Schloss ineinander passen, dass sie einerseits einen wichtigen Grund für unsere gegenseitige Anziehung darstellen, andererseits aber auch ein beträchtliches Konfliktpotential in sich tragen.

Um dies zu verdeutlichen, möchten wir an dieser Stelle unsere eigenen pränatalen Geschichten umreissen:

Carmen: Vor meiner Zeugung erlebte meine Mutter, die einen großen Kinderwunsch hatte, zwei Fehlgeburten. Noch heute bezeichnet sie die zweite Fehlgeburt als das schlimmste Ereignis ihres Lebens. Um später die Schwangerschaft mit mir halten zu können, nahm meine Mutter auf ärztliche Verordnung hin Valium. Dies sollte sie nach ihrer schwierigen Fehlgeburt beruhigen, hatte aber für mich in der frühen Schwangerschaft die unangenehme Folge von vergiftetem Blut aus der Nabelschnur, durch die auch ich das Valium aufnahm. Zusätzlich zu dieser Valium-Geschichte möchte ich meine Zeugungserfahrung schildern, so wie ich sie in der Regression erlebte: Sie ist auf der mütterlichen Seite dominiert von einem gierig verschlingenden Ei, das ein Spermium erlebt, welches keine Verantwortung für eine Zeugung übernehmen will. Auf der väterlichen Seite ist ein Spermium, dem keinerlei Wahlmöglichkeit gelassen wird, und das eine lebensbedrohliche Panik empfindet.

Drei Aspekte aus meinem pränatalen Erleben sind für mich wie Lebensformeln:

Der erste ist, ein Ersatzkind nach zwei Fehlgeburten zu sein. Ersatzkinder haben meist das Gefühl, dass sie nicht selber gemeint sind, dass sie weder wahrgenommen noch gehört werden (O'Leary 2006). Genau diese Verletzung hatte Franz in unserem oben erwähnten Streit aktiviert.

Der zweite ist meine Valium-Geschichte: aus der Regressionsarbeit weiß ich, dass diese eine Lähmung und Müdigkeit in mir hervorruft, und dass ich nicht die Wahl habe zu entscheiden, ob ich bleiben will oder nicht. Die Fürsorglichkeit von Franz erlebe ich unbewusst ganz schnell analog dieser Valium-Erfahrung, die für mich heisst: Müdigkeit, Gleichgültigkeit, Willenlosigkeit und Lähmung. Später, wenn der Stress

größer wird, spüre ich eine unbändige Wut, die mir dann aber hilft, wieder lebendig zu werden.

Der dritte Aspekt ist meine Zeugungserfahrung, die von der Energie her dem Valium-Erleben ähnlich ist: als Spermium keine Wahl zu haben und verschluckt zu werden. Auch diese Ebene kann Franz mit seiner gut gemeinten Fürsorglichkeit ansprechen und im extremsten Fall bei mir fundamentale Existenzängste auslösen.

Franz: Meine Mutter erfuhr während ihrer Schwangerschaft mit mir, dass mein Vater eine Liebesaffäre mit einer anderen Frau begonnen hatte. Sie stürzte dadurch in eine unendliche Verzweiflung, dies auf dem familiären Hintergrund, dass schon ihr eigener Vater seine Frau ein Leben lang betrogen hatte. Meine Mutter unternahm während der Schwangerschaft einen medikamentösen Suizidversuch, der sie, und mit ihr auch mich, an den Rand des Todes brachte. Die Beziehung meiner Eltern zerbrach eigentlich während meiner Schwangerschaft, trotzdem blieben sie ein Leben lang symbiotisch und miteinander streitend verbunden.

Unter diesem dramatischen Schwangerschaftstrauma liegt ein schwieriges Zeugungserlebnis verborgen. In der Selbsterfahrung rund um die Zeugung konnte ich in Seminaren mit Karlton Terry eine in all meinen Zellen gespeicherte rasende Ambivalenz erleben: Als Samenzelle bin ich verzweifelt und von einer mörderischen Wut erfüllt, da ich keine Chance habe, in die völlig abweisende Eizelle einzudringen. Aus der Perspektive der Eizelle ziehe ich mich „autistisch“ in mich zurück und will nicht berührt, geschweige denn befruchtet werden.

Diese frühen Erfahrungen hatten für mein Leben entscheidende Auswirkungen, die ich erst heute im Rückblick verstehen kann: Jedes Mal, wenn ich mich verliebte, geriet ich in einen psychosenahen Zustand. Aus meinem heutigen Verständnis heisst meine damals geprägte Lebensformel: „Wenn ich mein Herz öffne – früher für die Mutter, heute für meine Partnerin – dann sterbe ich“. Daraus wird mir auch verständlich, warum ich fast dreissig Jahre lang alleine gelebt hatte: meine Angst vor Nähe und Bindung war mindestens so groß wie meine Sehnsucht danach.

Unsere jeweiligen Schwangerschaftsgeschichten zeichnen sich auf der einen Seite durch eine hohe Polarität aus: die eine Mutter nimmt Medikamente, um ihr Kind behalten zu können, die andere Mutter nimmt sie, um sich und ihrem Kind das Leben zu nehmen; und ebenso konträr sind unsere beiden Zeugungsgeschichten: die eine Eizelle ist gierig verschlingend, die andere im höchsten Maße abweisend.

Auf der anderen Seite jedoch weisen beide Geschichten ein ähnliches Maß an Ambivalenz auf: die eine Mutter will schwanger werden, hat trotzdem aber Mühe, ihr Baby zu halten; die andere Mutter will nicht schwanger werden, wird es aber gegen ihren Willen trotzdem.

Nochmal zurück in die Cinque Terre: Was also war geschehen?

Franz: Ich wollte, bedingt durch meine lange Einsamkeit, der Beziehung mit Carmen ganz besonders Sorge tragen und fiel damit in meine alte Rolle der Überfürsorglichkeit für meine depressive, suizidale Mutter. Dies mit katastrophalen Folgen für unseren Beziehungsalltag: Carmen fühlte sich in ihre Valium-Vergangenheit zurückversetzt mit allen dazugehörigen Gefühlen und Empfindungen: mangelnde Freiheit, Schläfrigkeit und Fremdbestimmung. Ihre darauf folgende Wut aktivierte bei mir wiederum mein altes Bedrohungsmuster: „Wenn ich mein Herz öffne, werde ich – für mich plötzlich und völlig überraschend – abgelehnt und zurück gestoßen“. So kam ich in dem Streit in Kontakt mit meiner darunter liegenden Todesangst, die auch ich nur durch Wut ausdrücken konnte.

Im Verlauf unserer Beziehung setzten wir uns in unseren heftigen Konflikten immer wieder mit unseren frühen Traumatisierungen auseinander. Wir stellten dabei folgendes fest: Immer wenn es uns gelang, unsere durch den Partner verletzten Gefühle auf die pränatale Ebene zurückzuführen, fanden wir auf einer tiefen Ebene zu mehr Verständnis füreinander und konnten so den Konflikt auflösen.

Aus diesen Erfahrungen heraus wagen wir die Annahme, dass in Partnerschaften die Ursachen für heftige Gefühle und den daraus resultierenden Spannungen immer auch in der pränatalen Zeit liegen. Das heisst: Der Partner oder die Partnerin sind nur der Auslöser von Konflikten. Die Ursache, warum wir so heftig reagieren, liegt in der eigenen Verletzlichkeit, die wiederum ihren Ursprung in einer Traumatisierung während der Schwangerschaft hat. Dies ist der Grundbaustein für unsere Arbeit mit Paaren.

Carmen: In der Anfangszeit unserer Beziehung begannen wir damit, uns gegenseitig auf therapeutische Art, und dies immer auf der Körperebene, durch unsere Konflikte zu begleiten. Diese Idee wurde von mir zunächst aus der Not geboren: irgendwie mussten wir einander in unseren heftigen Auseinandersetzungen gewissermaßen Erste Hilfe leisten. Dabei achteten wir immer sorgfältig darauf, die Rolle des „Patienten“ und des „Therapeuten“ regelmäßig zu tauschen. Bald stellten wir fest, dass diese wechselseitige Begleitung für uns zu einer wunderbaren und neuartigen Möglichkeit der Konfliktbewältigung wurde. Aus dieser „Technik“ entwickelten wir mit der Zeit einen zweiten Grund-

baustein für unsere Arbeit mit Paaren, da es uns ein Anliegen ist, diese Möglichkeit zur Selbsthilfe weiterzugeben.

So wertvoll diese gegenseitige Begleitung für uns persönlich war und noch immer ist, so wichtig ist für uns jedoch auch die Arbeit mit unserem gemeinsamen Therapeuten Wolfram Helke, der uns als außenstehende und neutrale Person schon seit Beginn unserer Beziehung wundervoll begleitet. Dadurch wurde uns schon von Anfang an große Ehrlichkeit und offene, wenn häufig auch sehr schwierige Konfrontation möglich. Wir gingen immer wieder bis an die Grenzen unserer Beziehung und fürchteten uns davor, dass sie auseinanderbrechen könnte. Doch jedes Mal, wenn wir den Mut dazu aufbrachten, unsere Spannungen mit größtmöglichem Respekt auszutragen, brachte uns dies nie eine Entfremdung, sondern immer nur eine Bereicherung und Vertiefung unserer Partnerschaft.

Durch die intensive therapeutische Arbeit an unseren pränatalen Geschichten, jeweils einzeln und auch als Paar, beruhigte sich unsere Beziehung mit der Zeit, und wir fanden zu mehr Verständnis und Nähe.

Carmen: Durch zahlreiche pränatale Körperprozesse, durch meine Trauma-Ausbildung in Somatic Experiencing bei Peter Levine und mit Hilfe von intensiver homöopathischer Arbeit setzte ich mich mit meiner aus der Valium-Geschichte resultierenden Müdigkeit, Lähmung und Willenlosigkeit auseinander und konnte zunehmend diese Empfindungen auflösen.

In Workshops bei Karlton Terry konnte ich außerdem korrigierende heilsame und ideale Erfahrungen bezüglich meiner Zeugung erleben: eine Eizelle, die offen ist, um zu empfangen, ohne dabei zu verschlingen; eine Samenzelle, die sich in voller Verantwortung hingeben kann, ohne Existenzangst erleben zu müssen.

Franz: Meine lange Selbsterfahrung, mein Studium der Psychoanalyse und u. a. meine über 20jährige Körperpsychotherapie bei Elisabeth Schlumpf erweiterte ich durch die pränatale Psychotherapie. Erst dadurch wurde es mir möglich, mein Herz für eine Beziehung zu öffnen, ich konnte erfahren, dass die Ambivalenz mich nicht so sehr von außen her bedrohte, sondern – bedingt durch meine Zeugungsgeschichte – in jeder meiner Körperzellen gespeichert war. Mit der Zeit wurde meine „autistische“ Seite immer offener und meine drängende, unruhige Seite allmählich gelassener.

Unser theoretischer Hintergrund

In den 1970er Jahren konnte Stanislav Grof mit Hilfe von LSD zeigen, dass die frühe Entwicklung durch wesentlich mehr traumatische Erfahrungen belastet ist als man bis dahin dachte. Zwar sind die äußeren Geschichten unserer Verletzungen im Verlauf unserer Lebenszeit ganz verschieden, doch trotz ihrer Verschiedenheit zeigen diese traumatischen Erlebnisweisen immer ähnliche oder sogar identische Körpermuster auf.

Grof sieht die verschiedenen Traumatisierungen wie die Schalen einer Zwiebel, die ineinander verschachtelt sind. Im innersten Kern sind die Geburtstraumen enthalten (Coex-System). Wir möchten dazu ergänzen: Noch weiter innen liegen die Schwangerschaftstraumen verborgen. Diese durchziehen als Energie unser ganzes Leben – wir inszenieren unsere archaischen Verletzungen immer wieder neu, letztlich mit dem Ziel, sie heilen zu können.

Worte reichen nicht aus, um auf die frühe, archaische Ebene des pränatalen Traumas zu gelangen, welches nur über das Körpergedächtnis erreichbar ist und sich der Sprache entzieht. Das Wesen eines Traumas im Allgemeinen besteht in einem Nah-Tod-Erleben. Dies bedeutet, dass die Grenzen des betroffenen Individuums massiv verletzt worden sind, und sein ganzer Organismus entsprechend auf Angriff oder Flucht eingestellt ist. Noch bedrohlicher jedoch ist das Todeserleben in der Schwangerschaft, dies weil dem Baby nur sehr beschränkt Angriffs- noch Fluchtmöglichkeiten zur Verfügung stehen – es bleibt ihm eigentlich nur der Ausweg in den Todstellreflex: es dissoziiert, seine Seele verlässt den Körper. In dieser tödlichen Bedrohung fällt es, als Ausdruck einer extremen Traumatisierung, in einen Schockzustand.

Im Trauma und noch mehr im Schock sind wir unfähig, uns zu orientieren, wir verlieren die Kontrolle und sind durch die von außen auf uns einstürmenden Ereignisse überwältigt: es geschieht zuviel, zu schnell, zu intensiv. Der Pegel des Stresshormons Adrenalin ist so hoch, dass dieses nicht oder kaum mehr abgebaut werden kann. Unser ganzer Körper ist auf permanente Bedrohung, auf nicht abreissende Alarmbereitschaft eingestellt.

Menschen im Trauma- oder Schockzustand haben keine Kraft mehr, sie sind aus ihrer Mitte herausgeschleudert, sind unfähig Entscheidungen zu treffen, und sie sind abgeschnitten von ihren Ressourcen: den Quellen der Kraft und der Freude, von Liebe und Vertrauen, von der Sinnhaftigkeit des Lebens und den spirituellen Wurzeln.

Unsere Arbeit im Paarworkshop

Im Folgenden möchten wir darstellen, wie wir in unseren mehrtägigen Paarworkshops arbeiten und wie diese aufgebaut sind. Außerdem möchten wir anhand von einzelnen Fallgeschichten zeigen, wie paartherapeutische Arbeit im pränatalen Raum aussehen kann.

Dabei sind wir bestrebt, nicht selber in der Funktion der Therapeuten zu sein, sondern die Paare sich gegenseitig begleiten zu lassen, wobei eine Person die Rolle des „Therapeuten“, die andere diejenige des „Klienten“ übernimmt und umgekehrt. Unsere Workshops sind eine Anregung, in dieser Art einander auch zu Hause zu begleiten – eine Anleitung zur Selbsthilfe. Wir sind in vielen Arbeiten ausschließlich die „Live-Supervisoren“ und unterstützen nur dann, wenn jemand das Gefühl hat, dies zu brauchen.

In speziellen Übungen erarbeiten die Teilnehmer zu Beginn, wie sie spüren, wann sie und ihr Partner im Vollbesitz ihrer Kraft und ihrer Mitte sind; wie es sich anfühlt, wenn Grenzen intakt und sie als Menschen mit ihren Ressourcen verbunden sind. In einem weiteren Schritt lernen sie, wie es sich anfühlt, wenn sie in ihr Trauma- oder Schockmuster fallen. All dies zu erkennen ist eigentlich nur auf der Körperebene möglich. Im Rahmen der gegenseitigen Begleitung ist es von zentraler Bedeutung, den Partner nicht zu werten und seine Aussagen niemals in Frage zu stellen. An Stelle dessen soll unser Wissen und Begreifen treten: Jetzt befindet sich der Partner in seinem frühkindlichen, das heißt pränatalen Bedrohungsmuster. Nur wenn uns diese Einsicht gelingt, finden wir das richtige Einfühlungsvermögen, um ihn auf dieser frühen Verletzungsebene, durch dieses Nah-Tod-Erleben begleiten zu können.

Körperübungen und körperorientierte Sprache

Vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern fällt es zu Beginn schwer, sich auf die Körperebene einzulassen, den Körper wahrzunehmen oder gar eine Sprache für ihre Körpererfahrungen zu finden. Um besser auf diese Ebene zu gelangen, zeigen wir ihnen Übungen, die von den Partnern jeweils wechselseitig ausgeführt werden: beispielsweise das einfühlsame Massieren der Füße oder das ruhige Halten des Kopfes. Durch diese gegenseitige Zuwendung werden zusätzliche Ressourcen geschaffen. Vor allem aber bieten wir verschiedene Übungen an, in denen die Erfahrung von Grenzen erarbeitet wird. Denn kaum etwas wird in der Paarbeziehung als so labil erlebt wie die Wahrnehmung und Wahrung der eigenen Grenzen.

In einem weiteren, ganz wichtigen und zentralen Schritt zeigen wir den Teilnehmern, mit Hilfe welcher Sprache sie ihre Partner in das Erleben der

Körperebene führen und sie dort begleiten können. Auch hierzu bieten wir bestimmte, kürzere Übungen an. Wir zeigen, wie der Partner nach seinen Körperempfindungen gefragt werden kann, wie man über Sprache Ressourcen aufbaut und wie anschließend mit deren Hilfe durch traumatisches Erleben begleitet wird. Da diese Art von Begleitung sehr anspruchsvoll ist, waren wir zu Beginn unserer Arbeit mit Paaren skeptisch, ob wir den Teilnehmern diesen Schritt zumuten sollten. Wir sind nach wie vor überrascht, wie gut die meisten sich auf diese neue therapeutische Sprache einlassen können. Wir erleben häufig, wie sich Menschen, die beruflich keinen therapeutischen Hintergrund haben, zu wahren Naturtalenten in diesem Bereich entwickeln.

Nach Beendigung der einzelnen Übungen fordern wir die Paare auf, sich darüber auszutauschen, wie es ihnen beim „Behandeln“ respektive beim „Behandelt werden“ ergangen ist. Diese Körperübungen werden von den Paaren meist als große Hilfe angesehen und sie eignen sich auch gut, um zu Hause weiter angewendet zu werden.

Freie Musikimprovisation im Paarworkshop

Musik und Musikimprovisation ist ein wichtiges, täglich praktiziertes Element in unseren Workshops. Wenn wir lernen zu hören, wenn wir einander zuhören können, ist der große Teil eines Konfliktes schon bewältigt.

Neben dem Hören üben wir in der freien Musikimprovisation gleichzeitig den kreativen, spielerischen Selbstausdruck. Diese Art der Improvisation ist durch die Arbeit des Zürcher Musiktherapeuten Volker Deutsch, dem Begründer der Initiatischen Musiktherapie, inspiriert. Beim gemeinsamen Musizieren steht uns ein „Spielplatz“ voll verschiedenster Musikinstrumente zur Verfügung: ein mächtiger Gong, diverse Trommeln und andere Perkussionsinstrumente, Gitarre, Harfe, Monochord, verschiedene Blasinstrumente und andere mehr begleiten uns auf unserer Reise in unbekannte musikalische Landschaften.

Das Improvisieren, die gemeinsame schöpferische Tätigkeit kann den einzelnen Teilnehmer eine Hilfe sein, sich leichter in die Gruppe zu integrieren. Immer wieder beobachten wir, wie durch das Spielen der Bezug der Einzelnen zueinander gestärkt wird: Im Verlauf des Workshops werden die Improvisationen zunehmend zu einem Miteinander, zu musikalischen „Gesprächen“, in denen Emotionen mitgeteilt werden können ohne Worte brauchen zu müssen. Der Selbstausdruck auf der einen, die Wahrnehmung des Außen auf der anderen Seite kommen immer mehr in die Balance.

Das Musizieren bringt uns nahe an unsere Emotionen, das ganze Spektrum menschlicher Gefühle und deren Ausdruck wird dabei immer wieder

hör- und erfahrbar: von der unbändig getrommelten Wut bis hin zur zärtlich gesungenen Liebe, von animalischer Lebensfreude bis hin zu spirituellen Sphärenklängen.

Eine der frühesten Sinneserfahrungen im Leben überhaupt ist das Hören. Da ist der Herzschlag und die Stimme der Mutter, das Rauschen ihres Blutes, das Geräusch des Darms und zunehmend auch die klangliche Wahrnehmung der Außenwelt. Die Musik ist aus dieser Sicht auch ein Tor auf dem Weg in die pränatale Erfahrung: Musizieren als nonverbale, emotionale Art der Kommunikation steht unserem vorgeburtlichen, ebenso nonverbalen bzw. präverbalen Dasein nahe. Um an dieses Erleben zu gelangen, ist es notwendig, die Sprache hinter sich zu lassen. Im Folgenden möchten wir einzelne Beispiele aus der musikalischen Arbeit in unseren Workshops darstellen.¹

Musik auf dem Weg zur Ressource

Eric hält sich für unmusikalisch und mag seine Stimme nicht. Zu Beginn des Workshops beteiligt er sich wenig an den Improvisationen. Eine andere Teilnehmerin, die in ihrer Regressionsarbeit zu einer tiefen Lebendigkeit gefunden hat, bittet Eric, für sie zum Abschluss ihrer Arbeit ein Liedchen zu pfeifen – sie sagt, er pfeife in den Pausen immer so schön. Sie tanzt dazu, und im Raum entsteht eine wundervoll heitere Atmosphäre. Mit der Zeit entdeckt Eric auch verschiedene Instrumente, besonders die Gitarre, die in ihm beim Spielen eine gemütliche Lagerfeuerstimmung erweckt.

Musik als Spiegel der Paarbeziehung

Martin spielt einen kräftigen Rhythmus auf einer großen Trommel. Neben ihm sitzend spielt seine Frau Helen auf einem kleinen Tamburin, mit dem sie die Pausen von Martins Rhythmus füllt. Dazu bemerkt er, dass sich dies für ihn anfühlt wie im Alltag, wo Helen oft auch um seine Struktur „herum malt“.

Musik als Spiegel und Auslöser von Trauma

In unserem Instrumentarium befindet sich eine sogenannte Shruti-Box, ein indisches Instrument mit einem dem Harmonium ähnlichen Dauerton. Nach einer ersten Improvisation möchte Astrid dieses fürchterliche Kästchen am liebsten zum Fenster hinauswerfen. Unsere Assoziation dazu ist, dass Astrid durch dieses „penetrante“ Instrument an die Geräusche der Schreinerei erinnert wird, in der ihre Mutter während der Schwangerschaft hart gearbeitet hatte.

¹ Die Namen der Teilnehmer wurden in allen Beispielen geändert.

Lange Zeit beteiligt sich Astrid wenig an den Improvisationen. Mit der Zeit entdeckt sie jedoch verschiedene Instrumente und geht auch lustige Dialoge mit Froschgequacke und Vogelgezwitscher im Zusammenspiel mit Carmen ein. Während Astrid so selbstvergessen wie ein Kind spielt, schlägt hinter ihrem Rücken jemand mit voller Wucht auf den Gong. Astrid reagiert darauf mit soviel Angst, dass dadurch ihr altes Schleudertrauma so massiv geweckt wird, dass sie eine lange und sehr sorgfältige Begleitung braucht, um wieder aus ihren Schmerzen heraus zu kommen.

Rhythmus als (Über)lebenshilfe

Anette spielt in fast jeder Improvisation auf der von ihr mitgebrachten Schamanentrommel und tendiert dazu, damit die Gruppe zu dominieren. Anette erlebte sich in ihrer Schwangerschaft als ungewolltes, vehement abgelehntes Kind, wodurch sie ihre Existenz in Frage gestellt sieht. Aus diesem Erleben heraus bedeutet das Trommeln für sie: da ist das Herz hörbar, ich bin am Leben.

Singen zur Transformation von Trauma

Karin hat als Kleinkind extrem viel geweint und wurde aus diesem Grund häufig mit Isolation bestraft. Während eines Improvisationsprozesses singt sie mit mächtiger Stimme eine wunderschöne und herzergreifende Melodie, die uns alle sehr berührt. Die Gruppe unterstützt musikalisch den Gesang von Karin und sie kann in dieser Situation ihre kräftige Stimme erleben ohne ausgegrenzt zu werden.

Musik zur Vertiefung und Integration der Regressionsarbeit

Ab und zu wird Carmen von Teilnehmern gebeten, am Ende ihres Regressionsprozesses für sie auf der Harfe zu spielen. Brian, ein Teilnehmer mit irischen Wurzeln, beschreibt seine Ei-Reise in wundervollen Bildern: ein Golfball fliegt weit und unendlich langsam durch die schöne Landschaft Irlands, bis er schließlich weich und sanft im Gras landet. Danach taucht in ihm das Bild der irischen Pubs auf, mit hübschen und freundlichen Frauen, die dort bedienen: eine schöne Symbolik für eine heilsame Einnistung. Brian bittet Carmen am Ende seiner Arbeit, für ihn auf der Harfe zu spielen. Sie spielt irische Melodien und singt ein altes Lied in gälischer Sprache, das die Schönheit dieser einzigartigen Landschaft beschreibt. So gelingt es, sein Erleben noch stärker zu verankern.

Beispiele der Prozessarbeit

Nachdem wir den Rahmen unserer Workshops dargestellt haben, möchten wir nun die Prozessarbeit von einzelnen Paaren detaillierter beschreiben. Bei diesen Körperprozessen, die zeitlich nicht beschränkt sind und meist zwischen einer bis zwei Stunden dauern, arbeitet jeweils ein Paar als „Therapeutin“ und „Klient“. Die anderen Paare schauen zu und können bei Bedarf als unterstützende Personen in den Prozess mit einbezogen werden.

Eric und Astrid

Eric und Astrid kamen zunächst zu Franz in die Therapie und entschieden sich, an einem Workshop teilzunehmen, um mehr Nähe zu einander zu finden. An ihren Beispiel möchten wir u.a. zeigen, wie es einem Paar gelingt, sich auf die Körperebene einzulassen.

Eric und Astrid kennen sich schon seit 25 Jahren. Sie sind heftig miteinander verstrickt. Eric leidet darunter, immer wieder in ein quälendes Schweigen zu fallen, das in ihn die Nähe von Suizidphantasien führen kann. Astrid hingegen kann sich in einem Redestrom verlieren, der es ihr verunmöglicht, mit Eric in Kontakt zu kommen.

Astrids Geschichte. Ihre Mutter wird schon während ihrer Schwangerschaft vom nach außen hin charmanten, zu Hause aber gewalttätigen Vater mit anderen Frauen betrogen. Sie ordnet sich unter und verliert ihr Selbstvertrauen. Während der Schwangerschaft arbeitet Astrids Mutter hart „wie ein Mann“ in der Schreinerei ihres Mannes. In der Mitte der Schwangerschaft bricht sie zusammen und liegt drei Tage lang wegen einer Lähmung im Krankenhaus.

Im Verlauf der vergangenen 15 Jahre erlebte Astrid fünf Autounfälle, die bei ihr ein schweres Schleudertrauma mit permanenten Kopf- und Rückenschmerzen hervorriefen. Im Paarworkshop ist es Astrid möglich, sich auf diese Schmerzen einzulassen, es gelingt ihr zum ersten Mal, sich von der sprachlichen Ebene zu lösen und in einen tiefen Körperprozess gehen. Dies, weil sie sich ganz liebevoll begleitet fühlen kann: Eric massiert mit viel Zuwendung ihre Füße, Franz und Carmen halten jeweils eine Schulter. In dieser Geborgenheit kann Astrid, ohne überwältigt zu werden, einen rasenden Schmerz auf der Brust spüren, eine Verletzung, die wie ein Trichter durch den Körper bis zur Wirbelsäule reicht. Astrid wünscht sich, dass eine weitere Frau aus dem Workshop ihre Hand auf diese stark schmerzende Stelle auf ihrem Brustbein legt. Im Schutz der berührenden Hände wird der Schmerz stärker, der Trichter wird zu einem Pfahl, mit dem Vampire getötet werden. Dies betrifft die Stelle zwischen Astrids Schulterblättern, wo ein altes Schockmuster sitzt und niemand sie berühren darf. Durch

Eric und unsere gemeinsame empathische Begleitung lässt ihr Schmerz mit der Zeit nach. Der Trichter und der Pflock durch ihre Brust verwandeln sich in eine Blumenwiese mit Schmetterlingen, Käfern und einem Maulwurf, schöne innere Bilder für eine gute Einnistung. Astrid wird lebendig und ihre Augen beginnen zu strahlen.

Eric's Geschichte. Diese ist nicht weniger dramatisch: Seine Mutter erbricht die ganze Schwangerschaft hindurch. Er muss bei der Geburt mit der Zunge geholt werden, wobei ein Auge so stark verletzt wird, dass dies zu einer lebenslangen Behinderung führt. Im Alter von zwei Jahren stirbt Eric fast an einer Krankheit. Als er mit 26 Jahren von zu Hause auszieht – er ist ein Einzelkind – wird seine Mutter so depressiv, dass sie drei Jahre lang bettlägrig wird und auf 30 kg abmagert. Erst als Eric's Vater droht, sie zu verlassen, kommt sie wieder aus ihrem Bett ins Leben zurück.

Eric wird in seiner Prozessarbeit von Astrid begleitet. Er kann seine Liebe und Zuneigung für sie zeigen und sie offen um ihre Nähe bitten, die ihm im Alltag so oft fehlt. In ihm kommt ein unendlich weicher und liebevoller Kern zum Vorschein.

Eindrücklich sind die unterschiedlichen Überlebensstrategien der beiden Mütter von Eric und Astrid. Seine Mutter fällt in Depressionen, denen sie hilflos ausgeliefert ist, ihre Mutter arbeitet bis zum Umfallen bzw. bis zur Lähmung. Dementsprechend verhalten sich Eric und Astrid kontrovers in ihren Konflikten: Eric zieht sich in sein Schweigen zurück und hat gleichzeitig Angst, so depressiv wie seine Mutter zu werden, Astrid fällt in einen ununterbrochenen Redefluss, unter dem ein Bedürfnis nach Nähe verborgen ist.

Nach dem Workshop sind beide verbundener mit sich selbst, sie sind sensibilisiert für die Verletzlichkeit des Partners und haben gelernt, einander ihre Bedürfnisse und ihre gegenseitige Liebe freier mitzuteilen. Sie wirken offener und weicher, mit einem neuen Zugang zueinander.

Karin und Stefan

Karin und Stefan leben schon lange zusammen und haben zwei erwachsene Kinder. Sie kommen in den Workshop, um alte Muster, alte Bilder des Partners loslassen zu lernen und um die Liebe wieder mehr fließen zu lassen. Der Konflikt in ihrer Partnerschaft ist geprägt von Karins Wunsch nach mehr Nähe und von Stefans Bedürfnis nach mehr Raum.

Karins Geschichte. Karin kommt sieben Jahre nach ihrem Bruder zur Welt, vor ihrer Schwangerschaft erlebt ihre Mutter zunächst noch eine Fehlgeburt. Karin weint als Kind schrecklich viel. Sie wird von den Eltern darum zweimal in ein Kinderheim gegeben, wo sie lernen soll, ruhig zu sein. Dies ist für sie eine traumatisierende Erfahrung, zumal sie dort we-

gen des Weinens in einem dunklen Gang allein gelassen wird. Während ihrer Kindheit hat Karin Mühe, Wurzeln zu schlagen. Als Erwachsene, besonders in der Beziehung mit ihrem Mann Stefan, übernimmt Karin zu viel Verantwortung und trifft die wichtigen Entscheidungen. Sie fühlt sich von ihm in die „Täterrolle“ gedrängt.

Im Folgenden möchten wir eine wichtige Prozessarbeit von Karin darstellen. Diese fand notfallmäßig am Ende eines Workshops statt und wurde aus diesem Grund von Carmen und nicht von ihrem Mann begleitet. Darin kommt deutlich zum Ausdruck, woher die große, mit endlosem Weinen verbundene Trauer Karins stammt: sie übernimmt für ihre Eltern die Trauer um das vor ihrer Entstehung durch eine Fehlgeburt verlorene Kind, eine Trauer, die ihre Eltern vermutlich bei sich selber stark abgewehrt hatten. Karin hat damit verbunden Schuldgefühle, sie hat das Gefühl, eigentlich nicht da sein zu dürfen. Möglicherweise stammt ihre Tendenz, zu viel Verantwortung zu übernehmen, aus dieser frühen Geschichte. Wir erleben in Karins Körperprozess die Transformation ihrer Trauer und Schuld in Lebens- und Daseinsfreude, in der auch das Alleinsein Platz haben kann: Am Ende des Workshops hatten wir die Teilnehmer gebeten, einen Stein für ihre Partner zu beschriften und ihnen diesen zu überreichen. Karin bekommt von Stefan einen Stein mit der Aufschrift: „Zeit und Raum für dich“. Dieser Satz aktiviert Karin, denn sie wünscht sich mehr Zeit mit Stefan und nicht für sich allein. Zeit für sich zu haben bedeutet für sie, einsam zu sein und weckt die Erinnerung an die traumatische Isolation im Kinderheim. Karin spürt einen Stein in der Brust, der sich in einen Grabstein verwandelt und auseinander bricht. Darin sieht sie das Skelett eines Babys und beginnt zu weinen. Das Skelett zerfällt, es wird heller und ein klarer Gebirgsbach schwemmt alles fort. Doch aus diesem entsteht anschließend ein Erdbeben, das alles zudeckt. Unter der Erde liegen viele Skelette. Karin spürt große Trauer. Sie möchte ein Kreuz für diese Skelette aufstellen und empfindet gleichzeitig Schuldgefühle. Auf Carmens Frage, was das für eine Schuld ist, antwortet Karin, dass sie nicht da sein dürfte, dass sie nicht am richtigen Ort sei. Sie empfindet die Schuldgefühle in der Stirn (= Einnistung, vgl. Emerson), die gleichzeitig heiss wie Feuer wird. Nachdem in ihrem inneren Erleben kühlendes Wasser darüber geflossen ist, bleibt Asche zurück. Die anderen Gruppenteilnehmer setzen sich im Kreis um Karin herum und bilden einen Uterus, Carmen setzt sich hinter sie und hält ihre Stirn. Karin sieht sich in einer feinen Seifenblase sitzen und spürt, dass ihre Umgebung lustig und lebendig wird, sie sieht spielende Putten. Ein Dämon taucht auf und sagt: „Du nimmst dir zu viel Zeit.“ Auf die Frage, ob der Dämon eine Chance gegen die spielenden Putten habe, packen ihn diese und führen ihn weg. Karin spürt, dass es jetzt gut ist, da zu sein und erlebt auch das Alleinsein positiv. Am Ende der Prozessarbeit spielt Stefan

für sie eine Melodie auf der Harfe, und die Kursteilnehmer sitzen wie die Putten aus Karins innerem Erleben um sie herum und benehmen sich ganz übermütig.

Stefans Geschichte. Stefans Mutter erlebt eine Fehlgeburt, laut ihren Ärzten soll sie keine Kinder bekommen können, was sich aber als falsche Diagnose herausstellt. Stefan kommt als zweites Kind nach seinem Bruder zur Welt. Er ist ängstlich, lieb und verträumt, häufig krank, hat viel Heimweh und versteht die Welt nicht. Für den Vater ist er ein Weichling, er selbst erlebt sich in langer finanzieller und emotionaler Abhängigkeit von den Eltern. Als Erwachsener wird Stefan ähnlich abhängig von Karin. Er hat zu wenig Raum und Zeit, er will nicht mehr klein sein und wünscht sich, seine Kraft spüren zu dürfen.

Stefans Prozessarbeit wird von Karin ganz subtil begleitet. Hier zeigt sich, wie Stefan sich aus dem Gefühl des abhängigen Kleinseins in Verbundenheit mit Hilf- und Kraftlosigkeit befreien kann. Dadurch, dass sein Kleinsein an den richtigen (pränatalen) Platz kommt, kann Stefan gleichzeitig seine Kraft integrieren.

Mit dem Thema: „Die Welt versteht mich nicht, ich verstehe die Welt nicht“ spürt Stefan einen Druck hinter dem Brustbein, er erstarrt in den Armen und wird hilf- und kraftlos. Er macht Fäuste, befreit seine Kraft gegen Widerstand von außen und schreit: „Ich will da heraus, ich bin nicht so klein wie ihr meint, ich will Raum.“ Darauf folgt ein Anfall von Schluchzen und Stefan hält sich die Hand an die Stirn (=Einnistung). Auf Karins Frage, was er brauchen könnte, antwortet er, dass er seinen Wunsch nicht aussprechen möchte, um nicht lieb „danke“ sagen zu müssen. Doch schon allein die Vorstellung seines Wunsches lässt ihn Kraft spüren, was dazu führt, diesen doch zu formulieren: die ganze Gruppe soll für ihn Musik machen, damit er dazu tanzen kann. Die Workshopteilnehmer spielen eine kraftvolle Musik, Karin und Franz tanzen in wilden Bewegungen mit Stefan. In Begleitung von Franz bewegt er sich zum Boden hin und macht sich ganz klein, die Gruppe setzt sich wie ein Uterus um ihn herum. Carmen sagt: „Es ist schön, dass du da bist, wir danken dir für deine Kraft.“ Stefan gelingt es, sein pränatales Kleinsein und gleichzeitig seine ganze Kraft zu spüren.

Karin und Stefan lernen im Workshop ihre jeweiligen eigenen Traumamuster kennen und können zudem die verletzliche Stelle des Partners miterleben. Karins Bedürfnis nach Nähe löst bei Stefan das Gefühl aus, abhängig und klein zu sein. Stefans Bedürfnis nach Raum ruft wiederum in Karin das Gefühl von Einsamkeit wach. In dem Maße, wie Karin ihre Autonomie, Stefan seine Kraft spüren lernt, können sie sich freier begegnen. Die Liebe kann freier fließen, so wie es beider Wunsch für den Workshop war.

Helen und Martin

Helen und Martin sind ein Paar Anfang Vierzig, sie kennen sich schon seit der Schulzeit und haben zusammen drei Kinder. Martin arbeitet sehr viel, oft auch weit weg von zu Hause, und Helen ist über seine häufige Abwesenheit verzweifelt. Obwohl Martin ihr immer wieder versichert, sich mehr Zeit für sie und die Familie nehmen zu wollen, arbeitet er eher noch zunehmend mehr. Helen formuliert klar ihren Wunsch nach mehr Nähe. Diese wünscht sich Martin zwar auch, geht aber so in seiner beruflichen Tätigkeit auf, dass er nicht bereit ist, dort Abstriche zu machen.

Helens Geschichte. Ihr großes Thema ist das Alleinsein, ihre Einsamkeit. Sie kommt nur ein Jahr nach der Geburt ihrer älteren Schwester zur Welt, was eigentlich viel zu früh ist. Ihre Mutter fühlt sich vom Vater im Stich gelassen: dieser gibt sie zur Geburt im Spital ab und geht wieder nach Hause. Helen ist ein sogenannt schwieriges Baby, das viel erbricht. Sie wird im Alter von zwei Jahren von den Eltern bei einer Tante zurückgelassen, da diese mit ihrer älteren Schwester in die Ferien fahren. Helen beschreibt ihr Grundgefühl als ein Nicht-ganz-da-Sein mit einem Nebel zwischen sich und der Welt. Vermutlich muss Helen schon ganz früh die eigene Mutter in deren eigener Einsamkeit stützen. Im Zusammenhang mit ihrer Zeugung vermutet Helen eine verschlossene Mutter, die ihr später vermittelt: „Die Männer wollen sowieso immer nur das Eine“.

In der Körperarbeit erlebt Helen ein Gefühl der Lähmung. Wenn ihr jemand zu nahe kommt, dissoziiert sie und kann dies erst wahrnehmen, als sie von anderen Kursteilnehmer darauf aufmerksam gemacht wird. Mit der Aufforderung, sich Raum zu verschaffen, taucht in ihr eine chaotische Wut auf – es fällt ihr unglaublich schwer, Grenzen zu setzen. Unter ihren Verlassenheitsgefühlen spürt Helen die Wut, die Martin mit seinem Weggehen bei ihr auslöst. Durch diese Wut verschließt sie sich vor ihm und kann sich bei seiner Rückkehr ihm gegenüber nicht mehr öffnen. Diese Verschlossenheit löst bei ihr große Scham aus, da sie sich eigentlich wünscht, offen zu sein. Sie kann in ihrer Prozessarbeit diese Scham zum ersten Mal formulieren und fühlt sich dadurch entlastet.

Martins Geschichte. Martin ist das einzige Kind seiner Eltern, die beide kriegstraumatisiert sind. Der Vater, den Martin als stark cholertisch bis gewalttätig beschreibt, wird als Kind im Krieg evakuiert und ist drei Jahre lang von seinen Eltern getrennt, ohne sie zu sehen. Die Mutter verliert als kleines Mädchen im Krieg ihren über alles geliebten älteren Bruder, an dem sie bis heute hängt und auf den ihr Mann eifersüchtig ist. Martin ist als Kind viel krank, wegen einer Tuberkulose wird er im Alter von 10 Jahren ohne Kontaktmöglichkeit zu den Eltern für einige Wochen in ein Kinder-

heim geschickt. Martins größte Ressource im Leben ist Helen. Wenn sie ihn verliesse, würde er aus Verzweiflung zum „Berufskiller“ werden.

Martins Thema in der Körperarbeit, die von Helen einfühlsam und kompetent begleitet wird, ist seine existenzbedrohende Eifersucht, sein Zumachen und sein Rückzug. Im Verlauf der Arbeit entsteht ein dissoziativer Sog und Martins Beine und Füße verschwinden aus seiner Wahrnehmung. Er zieht sich in „seine Burg“ zurück, zu der niemand, nicht einmal Helen, bis ins Innerste Zugang hat.

Spannend in dieser Arbeit ist, wie sich aus unserem Setting der gegenseitigen Begleitung spontan eine Familienaufstellung entwickelt: Carmen unterstützt Helen in ihrer therapeutischen Rolle, erlebt sich jedoch plötzlich in der Position von Martins Mutter. Franz, der zu seinem Vater wird, will sich neben Carmen setzen und legt seine Hand auf ihr Bein, was für sie als Mutter unerträglich ist: Sie sehnt sich nach ihrem im Krieg gefallenen Bruder, dessen Platz in der Arbeit von einem anderen Teilnehmer eingenommen wird. Carmen spürt die Trauer um diesen Bruder und möchte sich von ihm verabschieden, um endlich Zugang zu ihrem Mann zu finden.

Franz als Vater spürt, dass es ihm unmöglich ist, seine Frau anzuschauen, und starrt immer nur auf den Sohn, der ihn hingegen mit keinem Blick würdigt und ausschließlich seine Mutter ansieht. Franz findet diese Situation so unerträglich, dass sich seine Augen unwillkürlich schließen: er will die Welt nicht mehr sehen. Als Carmen ihn in der Rolle von Martins Mutter berührt und ihn bittet, sich ihr zuzuwenden, kann er die Augen kaum öffnen, beginnt zu hyperventilieren und fällt in einen todesähnlichen Zustand. Als es ihm schließlich gelingt, seine Frau anzuschauen, überfällt ihn eine große Trauer. Martin, der noch immer den Hass auf seinen strengen Vater spürt, ist durch diesen Prozess tief berührt.

Helens und Martins Beziehung ist von beider Einsamkeit und Rückzugstendenz geprägt, die sie auf Grund ihrer jeweiligen frühen Geschichte jedoch ganz verschieden ausleben. Helen übernahm als Kind die emotionale Fürsorge für ihre Mutter, sie musste diese von allem Anfang an beschützen und sich um deren Einsamkeit kümmern. Diese Rolle übernimmt sie auch in ihrer Partnerschaft, da sie wahrscheinlich Martins tief sitzende Unsicherheit und Abhängigkeit spürt. Indem er von ihr so sehr gestützt wird, kann er sich vollumfänglich in seinem Beruf entfalten und benutzt diesen gleichzeitig auch als Rückzugsmöglichkeit, als seine „Burg“. Möglicherweise fühlt er sich durch Helens Verlassenheitsängste weggetrieben, da diese in ihm das Bild seiner depressiven Mutter wecken, das nicht durch einen emotional anwesenden Vater ausgeglichen ist. Durch ihre Arbeit haben beide diese Dynamik bei sich spüren und zum Teil verändern können. In der Zeit nach dem Workshop beginnen sich Martins Beziehung

zu seinem Vater und auch das Verhältnis seiner Eltern untereinander zu verändern.

Ingrid und Christian

Ingrid und Christian, die zusammen zwei kleine Kinder haben, kommen zu uns in die Paartherapie weil sie sich in einer schweren Lebenskrise befinden: Christian hat sich in eine andere Frau verliebt und verschweigt Ingrid während eines halben Jahres, dass er eine Außenbeziehung eingegangen ist. Ingrid ist tief gekränkt, fühlt sich verraten und schwankt zwischen Wut und Trauer. Christian, der in der Zwischenzeit seine Außenbeziehung abgebrochen hat – er will die Beziehung mit Ingrid leben – wird von seiner Trauer über den Verlust der anderen Frau geradezu überschwemmt. Im Zusammensein mit ihr war es ihm zum ersten Mal in seinem Leben möglich, gleichzeitig offen zu sein und sich selber dabei nicht wie bisher zu verlieren.

Christians Grundgefühl in der Beziehung mit Ingrid ist, von ihr nicht genügend Nähe zu bekommen. Ingrid hingegen hat das Gefühl, sie könne Christian nie genügen und mache immer alles falsch.

Christians Geschichte. Diese ist von Todesangst überschattet: Seine Eltern befinden sich noch im Medizinstudium, als er gezeugt wird. Sie haben vor ihm schon ein Kind verloren, das kurz nach der Geburt starb. Christians Vater will ihn abtreiben, seine Mutter hat schon die erste Abtreibungsspielle geschluckt, als sie spürt, dass sie das Kind doch behalten will. In der Kleinkinderzeit sind Christian und seine ebenfalls noch während des Studiums gezeugte jüngere Schwester monatelang von den Eltern getrennt, die noch ihren Studienabschluss machen.

In der Körperarbeit von Christian ist eindrücklich, wie sehr er sich eigentlich Nähe wünscht und wie bedrohlich diese gleichzeitig für ihn ist. In einer Übung zur Wahrnehmung der Grenzen hat Ingrid die Aufgabe, langsam auf ihn zuzugehen. Einerseits klagt Christian, dass er von Ingrid noch nie wirkliche Nähe bekommen habe, andererseits – kaum bewegt sie sich in der Übung auch nur einen kleinen Schritt auf ihn zu – bricht er in Panik aus. Es braucht eine ganze Stunde um Christian so weit zu unterstützen, dass er diesen einen Schritt ertragen kann. Christian spürt, wie offen sich sein Bauch anfühlt, da ist für ihn keinerlei Schutz, nicht einmal die Haut ist in seiner Wahrnehmung vorhanden. Franz darf vorsichtig seine Hand auf Christians Bauch legen im Sinne einer guten Nabelschnur, die nun nicht mehr bedrohlich ist. Mit der Zeit wird es Christian möglich, gleichzeitig Offenheit und schützende Verbundenheit zu spüren.

Ingrids Geschichte. Ihre pränatale Geschichte ist von der Todesangst ihrer Mutter geprägt: Nicht lange vor der Schwangerschaft mit Ingrid erlebt

sie mit, wie eine andere Frau kurz nach der Geburt ihres Kindes stirbt. Aus diesem Grund wird sie selbst während der ganzen Schwangerschaft mit Ingrid von der Angst beherrscht, nach der Geburt ihrer Tochter sterben zu müssen.

Ingrid muss zunächst ihre angestaute Wut auf Christian ausleben. Sie schlägt wild schreiend mit Händen und Füßen auf einen schweren Sitzsack ein. Es ist eindrücklich, wie sich dabei ihre Gesichtszüge aufhellen und sie lebendig wird. Wir bezeichnen diese reinigende Wut anschließend als „Heiligen Zorn“. Ingrid fragt sich, warum sie von allen drei Männern, die in ihrem Leben für sie wichtig waren, verlassen wurde. Ein Mann, ihre erste große Liebe, war plötzlich spurlos verschwunden; ihren ersten Ehemann verlor sie durch Krankheit und einen damit verbundenen tödlichen Unfall; und jetzt Christian, der eine Außenbeziehung eingegangen war.

Schließlich kommt Ingrid in Kontakt mit ihrer eigenen Verlassenheit und Trauer während der Schwangerschaft. Ausgehend vom Bild einer wunderschönen Blume, die sich in ihrer Körpermitte befindet und die ihre Blüte je nach Befindlichkeit mehr öffnet oder schließt, kann sie einen Klumpen im Bauch spüren, der von einem heftigen Zittern begleitet ist. Sie spürt die große Verlassenheit durch ihre Mutter, die von den eigenen Todesängsten während der ganzen Schwangerschaft überschwemmt gewesen war. Gleichzeitig realisiert Ingrid, wie diese Verlassenheitsängste durch Christian schon früher, vor der jetzigen Krise, aktiviert worden waren.

Ob Ingrid und Christian wieder einen Weg zueinander finden, oder ob sie sich trennen werden, ist zur Zeit noch offen. Ganz eindrücklich ist, wie sie immer wieder in ihre alten Verletzungen fallen. Ingrid fühlte sich während der ganzen Schwangerschaft von ihrer Mutter verlassen, sie „weiß“, dass es keine Nähe, Wärme und Sicherheit im Leben gibt, dass sie letztlich immer einsam sein wird. Christian ist verzweifelt, sie innerlich nicht erreichen zu können. Seine gleichzeitige Angst vor Nähe ist enorm: Wenn er sich auf eine Frau einlässt, aktiviert dies in ihm die tödliche Bedrohung, die er zu Beginn seiner Schwangerschaft erlebte. Dies führt dazu, dass er immer wieder in Gefahr ist, sich selber zu verlieren. Dass Ingrid darüber wiederum verzweifelt, leuchtet unmittelbar ein, denn sie ahnt, wie Christian in seinem Inneren von Panik erfüllt ist, sobald er wirkliche Nähe spürt.

Eindrücklich für uns ist die Tiefe und die Ernsthaftigkeit, mit der sich Ingrid und Christian mit sich selbst auseinandersetzen, mit einem großen Respekt füreinander. Wir erleben zwei Menschen auf einem guten Weg zu ihrer eigenen Mitte, schmerzvoll für beide, aber fruchtbar.

Resumée

Durch unsere eigene Beziehung und durch unsere Arbeit mit Paaren sind wir zur Überzeugung gelangt, dass eine Liebesbeziehung zu unserer Heilung beitragen kann, wenn in dieses „Beziehungsgefäß“ die alten Ängste und Verletzungen einfließen und dort Platz finden können. Es ist – paradoxerweise – unter Umständen sogar möglich, dass eine Beziehung, je stabiler sie ist, um so mehr zum Ort des Austragens von Konflikten wird. Dann müssen all die unangenehmen Gefühle mit großer Ehrlichkeit ausgehalten, und die Spannungen mit großer Sorgfalt ausgetragen werden.

Da in einer Paarbeziehung die ganz frühen, archaischen und beängstigenden Traumatisierungen wieder auftauchen, sind wir der Meinung, dass eine Liebesbeziehung ausschließlich sein sollte, dass nur dann das Gefäß der Partnerschaft tragfähig genug ist, um auf diese tiefe, leicht verletzliche, letztendlich aber heilende Ebene des pränatalen Erlebens gelangen zu können.

Finden wir zu klaren Grenzen und wagen wir den Schritt zur Ehrlichkeit uns selber und unserem Partner gegenüber, kann die sexuelle Energie wieder besser fließen. Dann wird die Liebe zu einer wunderbaren Möglichkeit der Heilung in unserem Leben.

Fragen und Antworten

Wo sie wohnt?

Im Haus neben der Verzweiflung

Mit wem sie verwandt ist?

Mit dem Tod und der Angst

Wohin sie gehen wird

wenn sie geht?

Niemand weiss das

Von wo sie gekommen ist?

Von ganz nahe oder ganz weit

Wie lange sie bleiben wird?

Wenn du Glück hast

solange du lebst

Was sie von dir verlangt?

Nichts oder alles

Was soll das heissen?

Dass es ein und dasselbe ist

Was gibt sie dir

– oder auch mir – dafür?

Genau soviel wie sie nimmt

Sie behält nichts zurück

Hält sie dich
 – oder mich – gefangen
 oder gibt sie uns frei?
 Es kann uns geschehen
 dass sie uns die Freiheit schenkt
 Frei sein von ihr
 ist das gut oder schlecht?
 Es ist das Ärgste
 was uns zustoßen kann
 Was ist sie eigentlich
 und wie kann man sie definieren?
 Es heisst dass Gott gesagt hat
 dass er sie ist

Erich Fried

Literatur

- Castellino R → www.castellinotraining.com
 Emerson W → www.emersonbirthrx.com
 Grof S (1985) Geburt, Tod und Transzendenz. Kösel, München
 Helke W (2001) Körper, Seele, Geist wahrnehmen. Oratio, Schaffhausen
 Möller M (1988) Die Wahrheit beginnt zu zweit. Das Paar im Gespräch. Rowohlt, Reinbek
 Levine P (2000) Traumatherapie. München
 O'Leary J (2006) Born after Loss: The Invisible Child in the Adulthood. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health 21: 3–23
 Renggli F → www.franz-renggli.ch
 Terry K → www.karltonterry.com

Anhang

Verhaltensregeln für Paare

Um unnötige Verletzungen und Streitigkeiten vermeiden zu können, ist es für Paare wichtig, ein paar Regeln einzuhalten. Diese sind in der Paartherapie allgemein bekannt, doch möchten wir sie hier dennoch kurz formulieren, da wir in unserer Arbeit und in unseren eigenen Konflikten immer wieder feststellen, wie schnell sie in Gefahr sind, übertreten zu werden, wenn überwältigende Emotionen auftreten.

- „Weil du ... bist, geht es mir schlecht“: Dieses projektive Erleben ist eine Anklage des Partners und eine grobe Grenzverletzung, die die Anmassung beinhaltet, zu wissen, was im Gegenüber vor sich geht. Dieses Eindringen ins Innere des Partners gleicht gewissermaßen dem präna-

talen Sein des Babys in der Mutter. So gesehen ist es zwar mehr als verständlich, dass dies in archaischen Konfliktsituationen in der Partnerschaft immer wieder geschehen kann, muss aber strikt vermieden werden. Wir dürfen nur von „draußen“ fragen, wie es dem Partner geht, ihm allenfalls vorsichtig, in nicht verletzenden Worten mitteilen, was wir zu sehen glauben.

Es sollen ausschliesslich Ich-Botschaften mitgeteilt werden. Zum Beispiel: „Ich habe diese Situation ... erlebt, was bei mir folgende Gefühle und Körperempfindungen ausgelöst hat: ...“.

- Es sollte nie über die Familie des Partners kritisierend gesprochen werden, über die eigene Familie hingegen darf man alles sagen, was man will.
- Die Partner sollten einander aussprechen lassen und sich nicht unterbrechen, wenn Konflikte geklärt werden. Danach kann man seine eigene Erlebnisweise darstellen². Es gibt keine Wahrheit, sondern immer nur ein unterschiedliches Erleben der beiden Partner, je nach ihrer Vorgeschichte.

Ein Konfliktlösungsmodell

Wenn wir als Regel davon ausgehen, dass wir niemals den Partner anklagen oder entwerten sollen, und stattdessen unseren Blick nach innen wenden, um herauszufinden, was an Gefühlen und Empfindungen in uns selber vorgeht, ist damit eigentlich eine Lebensaufgabe angesprochen. Wir wissen alle, wieviel einfacher es ist, nach außen zu projizieren statt sich mit den eigenen Ängsten und Verletzungen auseinander zu setzen. Um diesen Schritt der Sicht nach innen lernbar zu machen, bieten wir das folgende Konfliktlösungsmodell an, das Franz in Anlehnung an William Emerson entworfen hat.

- Die verletzte Person fragt den Partner, ob er einverstanden ist, etwas mit ihm zu klären.
- Wenn ja, beschreibt die verletzte Person ihre Gefühle und Körperempfindungen.
- Sie versucht zu klären, wodurch diese Gefühle ausgelöst worden sind.
- Sie versucht zu klären, welche alten Gefühle, Glaubenssätze oder frühe kindliche Verletzungen dadurch angesprochen worden sind.
- Sie versucht zu klären, welche Verletzungen aus der Schwangerschaft oder der Geburt angesprochen worden sind.

² In Anlehnung an Michael Möller: Die Wahrheit beginnt zu zweit – eine Anleitung wie Paare zusammen eine Sprachkultur aufbauen können.

- Sie versucht zu klären, welche Ressourcen ihr in Zukunft in ähnlichen Situationen zur Verfügung stehen und sie sich dadurch besser schützen kann.
- Bis zu diesem Schritt hört der Partner ausschließlich zu, seine Aufgabe besteht „nur“ darin, präsent zu bleiben ohne sich zu verteidigen. Als allerletzten Schritt kann er vorschlagen, was er das nächste Mal dazu beitragen könnte, den Konflikt zu entschärfen. Dieser Schritt ist fakultativ.

Daraus wird ersichtlich, dass es im Konfliktfall die Aufgabe der verletzten Person ist, sich über die Situation, über das Ausmaß und die Art der Verletzung klar zu werden. Dies verstehen wir unter der radikalen Sicht nach innen.



Franz Renggli, studierte Zoologie mit Doktorat. Seit 1970 Psychoanalytiker in eigener Praxis. Schwerpunkte: Gruppen, Paare und Familien; Geburtsseminare zum Kennenlernen der Verletzlichkeit der eigenen frühesten Lebenszeit, um sie ausheilen zu lassen; Therapie mit Babys / Kleinkindern und deren Familien; entsprechende Weiterbildungen zu allen Arbeitsweisen. Buchveröffentlichungen: „Angst und Geborgenheit“, „Selbstzerstörung aus Verlassenheit“, „Der Ursprung der Angst“.

Anschrift: Nonnenweg 11, 4055 Basel, Schweiz
Telefon: 0041 (61) 2716232
Internet: www.franz-renggli.ch

Carmen Ehinger, studierte Kirchenmusik an der staatlichen Musikhochschule Stuttgart. Sie unterrichtet an der Schola Cantorum Basiliensis in Basel und ist als Chorleiterin tätig. Seit einigen Jahren arbeitet sie als Traumatherapeutin (Ausbildung bei Peter Levine) und bildet sich im Bereich der pränatalen Psychotherapie weiter.

Anschrift: Dürrmattweg 16, 4144 Arlesheim, Schweiz
Telefon: 0041 (61) 2716232