



INTERNATIONALE STUDIENGEMEINSCHAFT FÜR PRÄNATALE UND PERINATALE PSYCHOLOGIE UND MEDIZIN (ISPPM)

Präsident: Dr. med. Rupert Linder
Goethestraße 9, D-75217 Birkenfeld
Telefon: 07231 482223
Fax: 07231 472240
E-mail: post@dr-linder.de

Vizepräsidenten: Dr. phil. Jenő Raffai, Ungarn
E-mail: RaffaiJ@dunaweb.hu
Natascha Unfried, Dipl.-Med., Deutschland
E-mail: NatUn@web.de
Altpräsident: Dr. med. Ludwig Janus, Deutschland
E-mail: Lujanus@aol.com

19. Heidelberger Arbeitstagung

Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung

17.-19.11.2006

Vortrags-Abstracts (nach Kongress)

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

Rupert Linder (Dr. med.), Frauenarzt, FA für Psychosomatik und Psychotherapie, Birkenfeld

Schwangerschaften entstehen (hoffentlich meistens) aus Liebe. Bei der Betrachtung des weiteren Begriffes ‚Eros‘ wird dies noch deutlicher. In zwei Szenen aus der ARD-Serie „Türkisch für Anfänger“ demonstrieren Lena und Cem eindrucksvoll das innere Chaos, aber auch die Glücksgefühle in Liebesdingen.

Fast alle Fragestellungen, um die es in der frauenärztlichen Praxis geht, haben mit Beziehung zu tun: sei es mit der zu einem Partner, sei es mit der zur künftigen Generation. Ein besonderer Punkt ist dabei der, an dem den Frauen bewusst wird, dass sie wirklich schwanger sind. Dies ist für sie immer emotional sehr berührend. Die Reaktionen dabei sind sehr unterschiedlich: oft freudig, manchmal erschrocken und oft in einem Mischungsverhältnis von beidem: ambivalent.

Anhand mehrerer Beispiele wurde das Spektrum der verschiedenen Situationen dargestellt. Dabei ging es um Besonderheiten teilweise schon im Vorfeld des Kinderwunsches und die verschiedenen Situationen zum Zeitpunkt der Bewusstwerdung. Eine Frau wollte ihr Kind erst nicht, stand dann aber zu ihrer Schwangerschaft und konnte sich ganz allmählich immer ein bißchen mehr darauf einlassen. Eine andere ließ scheinbar emotional unberührt auch ihre 5. Schwangerschaft abbrechen. Wieder eine andere ging zum Abbruch und in der Zeit danach wurde ihre Hin- und Hergerissenheit, die auch die hochambivalente Beziehung zwischen den Partnern widerspiegelte, deutlich. Sie mußte schließlich therapeutisch bearbeitet werden. Eine Frau entschied sich trotz aller Pressionen durch den Partner (dessen eigene Traumatisierung aus seinem Verhalten deutlich wurde) und seine Familie für die Zwillinge. Hier wurde die emotionale Weiterentwicklung zwischen den verschiedenen Polen und trotz aller Schwierigkeiten, bis über die Geburt der Kinder hinaus besonders deutlich.

Fast immer sind die Persönliche Vorgeschichte, die aktuelle Paar-Situation, soziale Einbindung, eigene frühe Erfahrungen, das Selbstbild und transgenerationale Faktoren dabei bedeutsame Kräfte.

Dr. Linder verwies auf folgende Zahlen:

- von 1.000 Schwangerschaften überleben 400 die ersten 4 Wochen nicht,
- von den 600 gehen rund 10 % (d.h. 60) als Aborte ab,
- von den verbleibenden 540 sterben 18 % der Embryonen durch Abtreibung (97),
- 443 werden lebend geboren.

In Deutschland werden jährlich rund 130.000 Kinder abgetrieben, bei etwas über 700000 Geburten.

- / -

Zur Psychohistorie des Schwangerschaftskonfliktes

Ludwig Janus (Dr. med.), Psychotherapie in eigener Praxis, Heidelberg

Die Eigenart des Menschen, dass er biologisches und kulturelles Wesen zugleich ist, führt dazu, dass elementare Lebensvorgänge zum Konflikt werden. Das gilt insbesondere für einen so zentralen Lebensvorgang wie die Entstehung und Entwicklung eines neuen Menschen und die damit verbundene Transformation der biologischen Eltern zu sozialen Eltern. Historisch hat dieser Konflikt sehr unterschiedliche Formen angenommen bis hin zu Kindstötungen und Selbstmord.

Das Baby bekommt alle Werte und Unwerte der Gesellschaft von Anfang an mit. Von der Zeugung bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres benötigt es einen besonderen Schutzraum. Seit Jahrtausenden sind unsere historischen Kindheiten exzessiv traumatisierend. Elternschaft bedeutete oft Grausamkeit und Härte durch die vollständige Hilflosigkeit aufgrund 'mitgebrachter Traumata'. In magischen und mythischen Kulturen herrschte existenzielle Unsicherheit vor. Und erst in diesem Jahrhundert gibt es eine medizinische wie auch in zunehmendem Maße eine die materielle Sicherheit. Dabei geht es um Reflektion der Traumatisierungen.

In dem Vortrag wurde den historischen und psychohistorischen Erscheinungsweisen, Gestaltungen und Lösungen des Schwangerschaftskonfliktes nachgegangen.

- / -

Ambivalenz beim Umgang mit Schwangerschaftsverhütung. Erfahrungsbericht aus einer gynäkologischen Praxis

Sven Hildebrandt (Dr. med.), Frauenarzt, Präsident der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung, Dresden

Der Vortrag war ein Erfahrungsbericht eines seit 17 Jahren in der Antikonzeptions- und Schwangerschaftskonfliktberatung tätigen Frauenarztes. Ein Frauenarzt wird immer wieder mit der Situation konfrontiert, dass Frauen trotz vorangegangener

Kontrazeptionsberatung schwanger werden und die Schwangerschaft nicht austragen wollen. Der Anteil der Schwangerschaftskonflikte, bei denen die betroffenen Frauen über ein hohes Maß an Kompetenz zur Schwangerschaftsverhütung verfügen, dürfte bei mindestens 50% liegen. Es gelingt bei diesen so offensichtlich ambivalenten Frauen keineswegs besser, den Konflikt zugunsten des Kindes zu lösen. In der Analyse solcher Fälle könnte ein wichtiger Schlüssel zum besseren Verständnis des Schwangerschaftskonfliktes liegen.

Schwangerschaftsabbruch bedeutet die Zerstücklung des Menschen im Mutterleib. Offensichtlich folgten Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen, einem tieferen unbewussten Lebensplan. Dabei stellt sich die Frage, warum Frauen immer noch in den Schwangerschaftskonflikt geraten, obwohl es heute die Pille und andere sichere Verhütungsmittel gibt. Es sind nicht die ungebildeten oder die armen Frauen oder solche, die Verhütungsmittel nicht vertragen, es sind eher diejenigen, die gebildet sind und durchaus über genügend Mittel verfügen, die Existenz eines Kindes zu sichern.

Heutzutage ist Schwangerschaft ein Instrument der Lebensinszenierung, eine aktive Form von Lebensentwurf. Schwangerschaftsverhütung stellt dabei das Werkzeug im Sinne von Weg-Zeug dar. Dabei hat jede Frau ihr eigenes Verhütungs-dilemma, wobei die Verhütungsambivalenz proportional abhängig ist von Lebensalter, Entfernung vom gelebten Lebensentwurf und von biologischen Grundprinzipien. Verhütungsphasen einer Frau beginnen zunächst im Teenager-Alter, erstrecken sich weiter über das 20. Lebensjahr bis zum ersten Kinderwunsch, finden zwischen den Geburten und nach abgeschlossener Familienplanung statt. In dieser Zeit können sich Lebensentwürfe sprunghaft ändern; auch die Partnerschaftskonflikte treten in diesen Phasen sprunghaft auf.

Der Ambivalenz zum Austragen einer Schwangerschaft geht häufig eine Ambivalenz zur Vermeidung einer Schwangerschaft voraus. Beide Konflikte scheinen einen gemeinsamen Ursprung zu haben: Einem archaischen und meist unbewusst erlebten Wunsch nach Mutterschaft stehen die real erlebten und von der Gesellschaft geprägten Lebensentwürfe entgegen.

- / -

Der Stellenwert der Hypnotherapie bei der Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten

Justine Büchler (Dr. med.), Ärztin, Frauenklinik Diakonissenkrankenhaus, Dresden

In der frauenärztlichen Praxis werden die Ärztinnen und Ärzte regelmäßig mit zwei Konfliktsituationen konfrontiert, die auf eine Ambivalenz der betroffenen Frauen zwischen dem archaischen Grundprogramm der Mutterschaft und der soziokulturell geprägten Schwangerschaftsvermeidung zurück gehen: der Ambivalenzkonflikt zur Kontrazeption einerseits und der Schwangerschaftskonflikt andererseits. Beide Situationen sind gekennzeichnet von einem gemeinsamen Reaktionsmuster: der unbewusst erlebten Sehnsucht nach Mutterschaft stehen objektive Zwänge und Regularien entgegen, die eine Schwangerschaft nicht erlauben. Erfahrungsgemäß ist es nur begrenzt möglich, diese Ambivalenz mit gesprächstherapeutischen Methoden aufzudecken und zu lösen. Die Tatsache, dass ein Teil der Ambivalenz im Unterbewusstsein verankert ist, blockiert eine kompetente Entscheidungsfindung der betroffenen Frau.

Schwangerschaftskonflikt steht immer im Zusammenhang mit der ungewollten Schwangerschaft. Das Spektrum reicht dabei von der Entschiedenheit, den Abbruch durchzuführen bis hin zur Ambivalenz hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruches. Das ganze ist jedoch eher ein Schwangerschaftsdebakel, das in der Regel auftritt, wenn es wirtschaftliche oder psychosoziale Probleme gibt.

Die Grundmuster der Ausgangssituationen stellen sich dabei wie folgt dar:

Typ 1: Die Schwangerschaft passt nicht in den eigenen Lebensentwurf (berufliche Entwicklung, persönliche Freiheit etc.)

Typ 2: Die Schwangerschaft passt nicht in den Lebensentwurf eines anderen Partners: Mann/Kind-Dilemma

Typ 3: Die Schwangerschaft resultiert aus einer heimlichen Liebesbeziehung

Typ 4: Die Schwangerschaft entstand während eines Scheidungsprozesses (Scheidungsschwangerschaft)

Typ 5: Die Schwangerschaft tritt kurz vor der abgeschlossenen Familienplanung auf

Typ 6: Es gibt eine bewusst erlebte Ambivalenz

Typ 7: In der Schwangerschaft stellt sich heraus, dass ein behindertes Kind geboren wird (z.B. Kind mit Down-Syndrom)

Typ 8: Es liegt eine Erkrankung des Kindes mit infanter Prognose vor.

In den oben aufgeführten Beschreibungen verdeutlicht sich, dass es hier weniger um Schwangerschaftskonflikte geht:

Typ 1 zeigt eine trotzig-reagierende Haltung hinsichtlich pro und kontra einer Schwangerschaft. Die Phase ist abgeschlossen und entschieden, es gibt keinen therapeutischen Beratungsbedarf. Es handelt sich um den leisen Vorgang einer posttraumatischen Verbitterungsstörung, deren Kennzeichen Ablehnung therapeutischer Hilfe, mangelnde Problemeinsicht und Abwehr des Lösungsversuches sind.

Typ 2 hat das Kind zutiefst angenommen, es liegt jedoch ein Partnerschaftskonflikt vor.

Typ 3 steckt in einem Liebesdilemma.

Typ 4 hat einen Konflikt durch Trennungsentschluss.

Typ 5 hat einen Konflikt mit der Familienplanung.

Typ 6 hat alle unter Typ 1-5 genannten Konflikte.

Typ 7 und 8 benötigen Unterstützung und Beistand in einer schweren Lebenskrise.

Einige der genannten Frauentypen leiden eben auch an einer psychopathologischen Störung. In letzterem Fall sind Ergebnis-offene Therapien angesagt, zu denen als psychotherapeutisches Verfahren auch die Hypnose gehört.

Die Methode der Hypnotherapie zielt dabei auf eine Kommunikation der unbewussten mit der bewusst erlebten Erfahrungsebene ab. Auf indirekte Weise werden relevante Informationen übermittelt. Die Hypnotherapie wird in Verbindung mit der Weisheitspsychotherapie angewendet. Letztere führt zum Perspektivenwechsel, zur Selbstdistanz, Empathie, Emotionswahrung und Emotionsakzeptanz, zur emotionalen

Serenität und Humor, zu Fakten- und Problemlösungswissen, Kontextualismus und Wertrelativismus, Selbstrelativierung und Ungewissheitstoleranz sowie Nachhaltigkeit in der Problem- und Anspruchsrelativierung.

Die Hypnotherapie könnte ein geeignetes Instrument zur Bewältigung der genannten Konfliktsituationen sein. Der in Österreich lehrende Hypnotherapeut und Gynäkologe Prof. Dr. Walter Tschugguel arbeitet an einer praktischen Anwendung der Hypnotherapie in den genannten Ambivalenzsituationen. Der Vortrag stellte den Denkansatz und erste Erfahrungen vor.

- / -

Ethik und Pränataldiagnostik - Widerspruch oder Wirklichkeit

Matthias Meyer-Wittkopf (PD Dr. med.), Leitender Arzt, Ultraschall und Pränatalmedizin, UFK Bern

Die Pränataldiagnostik ist in den Mutterschaftsrichtlinien verankert und bildet einen wichtigen Teil der Schwangerenvorsorge. Durch ihren Einsatz besteht z.B. bei Blutgruppenunverträglichkeit zwischen Mutter und Kind die Möglichkeit einer vorgeburtlichen Bluttransfusionstherapie oder im Falle einer offenen Bauchwand oder eines offenen Rückens die Möglichkeit einer optimierten Geburtsplanung mit sofortiger kinderärztlicher/kinderchirurgischer Versorgung. Jedoch können durch die Pränataldiagnostik auch Fehlbildungen und schwere Erkrankungen des Ungeborenen erkannt werden, die gar nicht oder nur begrenzt behandelbar sind und/oder mit schwersten körperlichen und geistigen Behinderungen einhergehen.

Der Gesetzgeber sieht mit der Neufassung des §218 STGB von 1995 die Möglichkeit vor, die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren auf deren Wunsch durch den Schwangerschaftsabbruch abzuwenden. Mit dieser Indikation ist ein Schwangerschaftsabbruch zu jedem Zeitpunkt, d.h. auch noch nach der 22.Schwangerschaftswoche, selbst bei extrauterin bereits lebensfähigem Kind zulässig.

Dies konfrontiert betroffene Paare und das sie betreuende Fachpersonal mit klinisch-ethischen Entscheidungsfindungen im Hinblick auf Schwangerschaftsabbrüche, die für alle außergewöhnlich belastend und lebensgeschichtlich prägend sein können.

Um in derartigen Situationen die Entscheidungsfindung zu unterstützen und für alle Beteiligten Transparenz zu ermöglichen wird in einigen pränatalmedizinischen Schwerpunktkliniken zunehmend ein sog. interdisziplinäres Ethik-Votum implementiert. Dieses Gremium setzt sich zumeist aus ärztlichen und pflegerischen Vertretern der betroffenen Bereiche (Kreissaal, Neonatologie, Kinderkardiologie, Neuropädiatrie, Humangenetik) zusammen. Die Moderation des Gesprächs obliegt häufig dem Ethik-Beauftragten bzw. dem Lehrstuhlinhaber für Ethik in der Medizin, sofern an der betreffenden Institution vorhanden.

Diese interdisziplinäre und damit breiter abgestützte Entscheidungsfindung hat gemäß der persönlichen Einschätzung des Vortragenden nicht nur zu einer zunehmenden Sensibilisierung für die ethischen Aspekte der Pränataldiagnostik, sondern auch zur moralischen Entlastung aller Beteiligten geführt.

- / -

Psychosoziale Beratung bei pränataler Diagnostik - Ein Modellprojekt in Mittelfranken

Birgit Mayer-Lewis, Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg

Zielsetzung und Aufgabe von psychosozialer Beratung bei pränataler Diagnostik ist es, schwangeren Frauen und ihren Partnern, neben der von Ärzten und Humangenetikern geleisteten medizinischen Aufklärungsarbeit, ein unabhängiges Beratungsangebot zu bieten. Zur qualitativen Weiterentwicklung von psychosozialer Beratung bei pränataler Diagnostik arbeiten seit Juli 2004 vier verschiedene Beratungsstellen unter der Projektleitung durch die Regierung von Mittelfranken und unter wissenschaftlicher Begleitung durch das Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg zusammen. Neben der Entwicklung eines qualitativen Beratungskonzeptes stehen dabei insbesondere Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeiten sowie die Entwicklung von Kooperationsstrukturen im Vordergrund.

Neben einer kurzen Beschreibung des Modellprojektes und der Vorstellung erster Dokumentationsergebnisse werden unterschiedliche Dimensionen von Beratung und Beratungsdilemma dargestellt. Die Möglichkeiten und Grenzen von Pränataldiagnostik bringen eine besondere Situation für schwangere Frauen und Paare, aber auch für die betreuenden Fachkräfte hervor. Eine große Herausforderung für alle Beteiligten stellt sich dabei insbesondere im Zusammenhang mit der Möglichkeit, bei auffälligem Befund einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Dadurch können tiefgehende Konflikte und große Belastungen bei allen Beteiligten entstehen.

Um schwangere Frauen und Paare bei ihrer individuellen Entscheidungsfindung bestmöglich unterstützen zu können, arbeitet das Modellprojekt intensiv an der Entwicklung von Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen, welche helfen, die Problematik aus den unterschiedlichsten Perspektiven verstehen zu lernen. Dadurch kann Beratungsarbeit besser gelingen und somit die Unterstützung für betroffene Frauen und Paare verbessert werden. Am Beispiel des Konzeptes eines niedrigschwelligen Beratungsangebotes, welches in Kooperation zwischen Ärzten, Ärztinnen und Beratungsstellen entwickelt wurde, kann dies ausführlich dargestellt werden.

- / -

Die Tiefdimensionen von Schwangerschaftskonflikten im Spiegel der Bindungsanalyse

**Jenő Raffai (Dr. phil.), Psychotherapie und Bindungsanalyse in eigener Praxis,
Szentendre, Ungarn**

Der Schwangerschaftskonflikt ist immer ein Symptom des ungenügenden Reifungsprozess des Elternwerdens. Das Elternwerden ist eine der heikelsten Phasen der menschlichen Entwicklung. Ein forciertes Weg von der Abhängigkeit zur Autonomie. Die schwangere Frau soll sich in wenigen Monaten von der Tochter ihrer Mutter zur Mutter ihres Babys entwickeln. Dabei spielt die psychogenetische Vorgeschichte der Mutter eine entscheidende Rolle, weil die Vorbereitung des Elternwerdens schon von der Einnistung

an beginnt. Dieser Entwicklungs-/Reifungsprozess läuft im Dreieck der schwangeren Frau, ihrem Baby und ihrer

Eltern/ihrer Repräsentanten ab.

Mit Hilfe von kleinen Falldetails wurde dargestellt, wie Stockungen und Störungen dieser Entwicklungen der Bindung und dem Baby schaden und sogar zu verschiedenen psychosomatischen Störungen wie Blutungen oder Spontan-Abortus während der Schwangerschaft führen können.

- / -

'Ich habe nie gewusst, was mit dir geschieht, denn ich habe nur fünf Finger der Phantasie.' (Subagio Sastrowardoyo)
- Über Schwangerschaften im Bereich der prekären Liebe

Helga Blazy (Dr. phil.), Psychotherapie, Bindungsanalyse (in eigener Praxis), Köln

Die Gedanken und Wünsche der Paare zu einer Schwangerschaft sind vielfältiger und differenzierter, als man es oberflächlich sehen kann. Oft reichen sie mehr als fünfzig in die beiderseitigen Familien hinein. Neben all den neuen medizinischen Techniken zu Kindeswunsch und Kindeswohl, wie es von den Eltern erwartet und von der Medizin präsentiert wird, geht oft die Liebe zwischen den Partnern und zum Kind verloren, da weitere Ebenen gar nicht zur Diskussion stehen. Sie zu erhalten, gibt es keine medizinische Technik. Aber es gibt die von Hidas und Raffai, zwei ungarischen Psychoanalytikern, bedachte Bindungsanalyse, die helfen kann, wenn eine Schwangere oder ein Paar zeitig die Wege der Liebe bedenken mag. Auch vor einer In-vitro-Zeugung ist es hilfreich, zu kommen, um einen guten Kontakt zwischen der Frau und ihrer Gebärmutter und darüber hinaus einen in anderer Weise liebenden Kontakt zu ihrem Partner herzustellen.

In Fallvignetten wurden drei Schwangerschaften vorgestellt, in denen Liebe oder Ferne davon wesentlich geworden sind: Ein Paar, das sich nicht mehr für ein Liebespaar hielt, sondern sich trennen wollte, bis in der Bindungsanalyse das Kind immer zu beiden sprach und sie in sicherer Weise als Elternpaar einte. Ein anderes Paar, das sich für sicher als Liebespaar hielt, bis im 6. Monat der Schwangerschaft der Mann ausbrach zu einer neuen Liebe, da seine Frau ihn in der Liebe zum Kind verlassen hatte. Ein weiteres Paar hielt sich für sicher als Liebespaar, bis der Kindeswunsch seiner jungen Frau den Partner bis zur Fremdinsemination bewegte. Über den Prozeduren ging die Liebe verloren. Als schließlich ein Kind entstand, nachdem die Frau sich in den inseminierenden Arzt verliebte, konnte keiner von beiden es sozial adoptieren. Sie konnten weder Liebespaar noch Elternpaar sein. Jeder war vereinzelt. So nehmen die Wege der Liebe in der Schwangerschaft zuweilen weite Wege 'im Garten der Wege, die sich verzweigen' (Borges).

- / -

Ungewollte Schwangerschaft als Ambivalenzkonflikt - Erfahrungen aus der Schwangerschaftskonfliktberatung

Reinhilde Schäfer-Menches (Dipl.-Soz. Päd.), Ehe-, Familien-, Lebensberaterin (Djeb), Mediatorin (BafM), profamilia Waiblingen u n d Oranna Keller-Mannschreck (Dr. med.), Familientherapeutin (DAF), Traumatherapeutin, profamilia Waiblingen

Für Frauen bedeutet eine ungewollte Schwangerschaft immer einen Ausnahmezustand. Der körperliche und psychische Zustand ist labil. Dieser Zustand ist gekennzeichnet durch eine hohe Ambivalenz, in der es keine 'richtige' Entscheidung gibt.

Die Referentinnen haben jahrelange Erfahrung in der Beratung ungewollt schwangerer Frauen. In ihrem Vortrag erläuterten sie verschiedene Aspekte der Konfliktsituation: Sie stellten die innerpsychische Dramatik dar und beschrieben Faktoren, die Einfluss auf die Entscheidung der Frau haben. Sie befassten sich mit der Rolle der Partner, der Familie und anderer wichtiger Bezugspersonen. Die Referentinnen stellten zudem anhand von Fallbeispielen Beratungsansätze aus sozialpädagogischer und psychologisch-medizinischer Sicht vor und schilderten Wege und Hilfestellungen zur Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs.

- / -

'Vergißmeinicht' - Gefühle, Gedanken und Erinnerungen an einen Schwangerschaftsabbruch. Interviews mit Frauen und Männern.

**Kirsten Prussky, Tiefenpsychologische Körpertherapeutin - Institut für
Tiefenpsychologische Körpertherapie, Lübeck**

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 wurden anhand von Verdichtungsprotokollen der geführten Interviews aufgezeigt. In diesen Protokollen wird sichtbar, wie die Wirkkräfte und Ambivalenzen, die zu einer Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft führen nicht nur im Zusammenhang mit der aktuellen sozialen und familiären Situation, sondern ebenso mit der eigenen Lebensgeschichte stehen. Dies wird durch prägnante Sätze der Gesprächspartner verdeutlicht. Nachfühlbare Einblicke in Nöte, Ängste aber auch Hoffnungen und bestärkende und erleichternde Gefühle dieser Frauen und Männer werden hier aufgezeigt. Sätze wie:

- Für mich war es eine Re-Traumatisierung
- Ein Teil meiner Lebendigkeit wurde aus mir herausgeschnitten
- Ich schäme mich so fruchtbar zu sein

untermauern die Ahnung, welche tiefe Verletzung eine Frau erfährt, wenn sie einen Schwangerschaftsabbruch erlebt.

Zugrunde gehen oder (den Nöten) auf den Grund gehen

Gisela Wallbruch – Körperpsychotherapie (Biosynthese; Funktionale Analyse) und Trauma-Arbeit (Somatic Experiencing, Pränatale Psychotraumatologie) in eigener Praxis, Essen

Die Referentin (Jahrgang 1946) schilderte an Beispielen aus ihrem Leben die Beinahe-Abstürze bzw. die scheinbaren Brüche vor allen Dingen in Zeiten der Übergänge wie Pubertät, Ehe, Schwangerschaft und Wechseljahre und stellte dabei den Zusammenhang her zu den eigenen frühen Traumata und denen einiger Vorfahren. Nach mehreren unerklärlichen, 'urplötzlichen' Abstürzen in den Nahtodbereich in der Mitte des Lebens wurde ihr klar, dass sie dringend etwas für sich tun musste.

Sie konnte im Alter von rund 50 Jahren den Generationenwechsel in ihrem Unternehmen einleiten, absolvierte z.T. parallel dazu in den letzten 10 Jahren mehrere Therapie-Ausbildungen (Körperpsychotherapie, Traumatherapie mit Schwerpunkt prä-, peri- und postnatale Traumata) und befand sich dabei aber jahrelang immer noch auf der 'suchtartigen Suche' nach dem, was ihr Heilung bringen könnte. Sie hatte Glück und fand endlich die Therapieformen und vor allem Menschen - einige wenige Therapeutinnen und Therapeuten - die es wagten, sie auf ihrem schwierigen Weg zu begleiten.

Auf diesem Gang in das Bodenlose (teilweise war es eher ein Fall) galt es, immense Ur-Ängste, Totenstarre und größte Gefühle der Leere auszuhalten – um genau dort den tragenden Ur-Grund, aber auch die fehlenden Vorgaben zu finden.

Heute begleitet sie ihre Klientinnen und Klienten, die ohne es zu wissen, früh gestörte Strukturen aufweisen, auf ihrem Weg aus der All- und Ohnmacht heraus möglichst in eine wieder oder neu gewonnene Vollmacht.

Schwangerschaftsabbruch als Wiederaufnahme einer implantierten nicht eigenen Handlung ?

Darstellung der psychotraumatologischen Zusammenhänge der im Schwangerschaftsabbruch enthaltenen Reinszenierung

Natascha Unfried (Dipl. med.), FÄ für Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapeutin, Traumatherapeutin DIPT e.V.

Im Vortrag wurde die Möglichkeit der Reinszenierung eines selbst überlebten Abtreibungsversuches im Schwangerschaftsabbruch der nächsten Generation anhand der Forschungsergebnisse der Psychotraumatologie als Wiederaufnahme der unterbrochenen Handlungskette (Trauma-Schema) – zur falschen Zeit, am falschen Ort, mit den falschen Personen – dargestellt. Oft sind eigene Kinder, aber auch sich entwickelnde Kinder Projektionen eigener überlebter amnestischer Traumatisierungen, welche nach Zusammenbruch der eigenen traumakompensatorischen Schemata (z.B. kein Kinderwunsch) aktiviert werden und die Handlung bestimmen.

Den Schluss der Darlegungen bildete die Darstellung der Bedeutung dieser

Mechanismen im Hinblick auf die Beurteilung von Männern und Frauen, welche Kinder abtreiben wollen bzw. abtreiben. Der Vortrag sollte anregen, die oft zu oberflächlich und zu schnellen Verurteilungen zu überdenken. Zudem sollte er zu einer veränderten Präventionsdiskussion führen: d.h. zu Verständnis, zu Hilfe bei der Erweiterung der Kompensationsmöglichkeiten und der Aufarbeitung der eigenen Verletzungen anregen. Dies ist aus Sicht der Referentin die einzige Chance, die Gewalt gegen das vorgeburtliche und das geborene Kind zu stoppen.

- / -

Psychodynamische Aspekte von Schwangerschaftskonflikten in Bildern – Kunstpsychotherapeutische Erfahrungen

Klaus Evertz, Kunsttherapie und Psychotherapie in eigener Praxis, Köln

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 die Mutter 'ent-scheidet', die Schwangerschaft nicht auszutragen. Ob nun äußere Gründe oder innere Motive ausschlaggebend sind, in der Regel können in einer Therapie unbewusste, z.T. transgenerationale Dynamiken klarer erkannt und mit in die Überlegungen einbezogen werden. Austragung, Fehlgeburt, Frühgeburt, Totgeburt, Abtreibung liegen oft nicht so weit auseinander. Um von den unsäglichen Schuld Diskussionen im Kontext der Schwangerschaftskonflikte wegzukommen, 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.

- / -

Die Spannung bleibt

Hans von Lüpke (Dr. med.), Kinderarzt und Psychotherapeut, Frankfurt

Geht es um existentielle Themen wie Schwangerschaftsabbruch, führt die Vorstellung, es gebe eine richtige und eine falsche Lösung, zu aggressiven, letztlich unüberbrückbaren Konfrontationen. Im folgenden soll diskutiert werden, inwieweit es gerade diese Position ist, die überwunden werden könnte - und sollte, ohne die Handlungskriterien zur Beliebigkeit aufzuweichen.

Beim Schwangerschaftsabbruch geht es um eine Bewältigungsstrategie im Umgang mit Ängsten vor dem passiv Ausgeliefert-Sein an den Tod. Eine grundlegende Bewältigungsstrategie gegen ein solches passiv Ausgeliefert-Sein ist die Umwandlung in aktives Handeln. So wird das Töten eines Anderen - jenseits von emotionalen Motivationen wie Angst oder Hass - zum Beweis für die Beherrschbarkeit der Problematik von Leben und Tod. Ich töte den Anderen und überlebe. Dies wäre ein Hintergrund für Kämpfe in Schöpfungsmythen und realen Kriegen.

Eine Zuspitzung erfährt diese Thematik im Generationenkonflikt. Eigene Kinder konfrontieren die Eltern mit dem Älterwerden, dem Herannahen des Todes. Sie werden zur Metapher für das eigene Sterben. Gleichzeitig sind sie noch schwach, ohne die Fähigkeit, selbst zu töten, während sie später als Erwachsene über diese Macht verfügen. Dies wäre ein Hintergrund für das verbreitete Thema Kindermord auf der einen Seite (Ödipus, Kindermord von Bethlehem) und Elternmord auf der anderen (Uranos). Kindermord in diesem Kontext ist damit eine Bewältigungsstrategie gegen die Angst vor dem Tod - der Versuch, das eigene Sterben zu verhindern.

Auch Schwangerschaft und Geburt haben Aspekte dieser Dynamik. Darüber hinaus konfrontieren sie die Mütter (Eltern) mit Grenzen eigener Belastbarkeit (organisch wie emotional) und dem Verlust von Kontrolle, dem passiven Ausgeliefert-Sein an einen Wachstumsprozess. Nicht zufällig taucht die Metapher vom 'Parasiten' auf. Man könnte Abtreibung als eine vorverlegte Kindstötung verstehen - bedingt durch den Fortschritt der medizinischen Technik. Gleichzeitig erspart sie den Müttern (Eltern) den Anblick des Kindes.

Dies berührt den Aspekt der emotionalen Bindung an das Kind und damit den einer entgegengesetzten Position. Hier geht es um die Hoffnung, das Kind gerade in der Konfrontation mit dem Tod als Retter zu sehen: als einen Teil des Selbst, der auch nach dem eigenen Tod weiter lebt.

Wenn man unterstellt, dass auch bei abgelehnten Schwangerschaften - tief verborgen - dieser zweite Aspekt niemals völlig fehlt und auch bei erwünschten der vorher beschriebene - ebenfalls verborgen - anzutreffen ist, so ergibt sich für jede Schwangerschaft ein Spannungsbogen, der tiefe existentielle Schichten des Menschen berührt und daher nicht aufzuheben ist - so wenig, wie das Rätsel von Tod und Leben jemals gelöst werden kann.

Bei der Diskussion zum Thema Abtreibung könnte es hilfreich sein, diesen Spannungsbogen als nicht auflösbar im Bewusstsein zu behalten. Zu ergänzen wäre dann ein zweiter: der zwischen dieser Spannung und dem gleichermaßen menschlich existentiellen Bedürfnis nach Entspannung, nach einer klaren Lösung. Bleibt in beiden Fällen die Spannung, so bleibt auch der Respekt vor unterschiedlichen Entscheidungen, ohne dass eine beliebige 'Natürlichkeit' alles nivelliert. Keine Entscheidung ist klar, einfach, 'glatt', bequem.

- / -

Essen, 13.12.2006