

# Der Schwangerschaftskonflikt in der gynäkologisch-psychotherapeutischen Praxis

*Rupert Linder*

---

**Zusammenfassung:** In der frauenärztlichen Sprechstunde verdichten sich ganz verschiedene Dimensionen im Leben von Frauen und Familien, z. B. Verhütung, Kinderwunsch, erwünschte und nicht erwünschte Schwangerschaft. An Hand von fünf Fallbeispielen wird ein breites Spektrum von Konflikten in der Schwangerschaft und Beispiele möglicher Unterstützung dargestellt; in Reflexionen der Beispiele unter tiefenpsychologischen Aspekten werden sie weiter erläutert. Für den Umgang mit Schwangeren, besonders denen in einer Konfliktsituation, ist die emotionale Offenheit und Zugewandtheit der Betreuenden sehr wichtig. Diese Betreuung 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 unterstützt werden

**Stichwörter:** Schwangerschaftskonflikt, tiefenpsychologische Aspekte, Komplexität, Anforderung an die Betreuung, lösungsorientierter Ansatz.

## **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 Liebeshängen: 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 sei-

nem 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 Möglichkeiten 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 Paarkonflikt handeln, wie in Beispiel B oder E, es kann wirtschaftliche Not bestehen, die Frau kann mit den Kindern überfordert erscheinen oder sich so fühlen wie in Beispiel D, es kann eine Individuations- oder Traumaproblematik 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 Beispielen 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 12 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 Schwangerschafts-

konfliktes 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 Schwellensituationen. 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 100 km 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 Be-

findens, 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 (Stadelmann) 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 Intrauterinpressar 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 Abbruch 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 (vor-

handenen) 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 und kann 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 schmerzhaften 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 Zwillingschwangerschaft. 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 Betreuender (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 einem 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.

### **Abschließende Überlegungen**

Hier zeigt sich, wie wichtig für den Umgang mit Schwangeren, besonders denen in einer Konfliktsituation, die emotionale Offenheit und Zugewandtheit der Betreuenden ist. Diese Betreuung 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. Auf der Tagung „Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung – zur Psychodynamik des Schwangerschaftskonfliktes“ der ISPPM im Jahr 2006 wurde deutlich, wie sehr auch Paare nach dem Verlust eines durch Abbruch verlorenen Kindes trauern. Zudem ist eindrucksvoll und bedeutsam, wie sehr die Unerwünschtheit in der eigenen Embryonalzeit, das Überleben von Abtreibungsgedanken oder sogar -versuchen das weitere Leben beeinflussen kann. Diese Ereignisse können eine wichtige Ursache für ambivalenten Umgang mit der Empfängnisverhütung sein und die Menschen dann selbst wieder in die Situation einer unerwünschten Schwangerschaft (in dem Fall eines neuen Kindes) bringen. Dieses ist ein sehr wesentlicher, neuer Gedanke zum Umgang mit diesem Thema.

Die Schwangerschaft führt zu einer zwar unbewußten, aber bewußtseinsnäheren Wiederbelebung sehr früher (pränataler) Gefühlswelten. Bei beziehungsorientierter Begleitung bietet sie aber neben dem Zugewinn realer Beziehungen erstaunliche Entwicklungsmöglichkeiten der werdenden Eltern auf allen Ebenen. Zudem wird aus den Beispielen deutlich, 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  
Postanschrift: Goethestraße 9, 75217 Birkenfeld, Deutschland  
Telefon (07231) 482223, Telefax (07231) 472240  
E-Mail [post@dr-linder.de](mailto:post@dr-linder.de) Internet [www.isppm.de](http://www.isppm.de)