

5. Abtreibungen und Trauma

Gabriele Hoppe

Schwangerschaftsabbruch (Abtreibung) bezeichnet die gezielte und willentliche vorzeitige Beendigung einer ungewollten oder Gesundheit oder Leben der Mutter gefährdenden Schwangerschaft. Ziel des Eingriffs ist, das werdende Kind zu töten.

Bis ins letzte Jahrhundert, teilweise sogar noch heute, wurde bei ungewollter Schwangerschaft auf Kräuter- und Hebammenbücher zurückgegriffen, die in der Zeit nach dem Mittelalter entstanden, da dort vermeintlich gute Hinweise auch auf Abtreibungspraktiken zu finden waren. »Kräuterwissen« (Blüten, Blätter, Rinde, Wurzeln, Kräuter) und Kenntnisse über die Wirkung von besonderen Substanzen wurden angewendet, um Krämpfe und Wehen auszulösen oder Gewebe zu zerstören. Abtreibungsinstrumente zur mechanischen Durchführung einer Abtreibung sollten die Fruchtblase zerstören, damit Wehen ausgelöst würden, oder das Kind sollte direkt getötet werden. Verwendet werden Stricknadeln, abgekochte Hühnerfedern, Fahrradspeichen, Kleiderbügelhaken, Harnkatheter oder andere lange spitze und scharfe Gegenstände (Jütte 1993). Mangel an Detailwissen über die wirksame Anwendung der Mittel, Fehlen genauer anatomisch-physiologischer Kenntnisse oder falsch gedeutete Wirkungszusammenhänge führten auch noch im 20. Jahrhundert z. B. zum Einsatz von stark giftigen Mitteln oder unsachgemäßen Instrumenten und so oft zu schweren Schädigungen bzw. zum Tod der schwangeren Frauen. Im anderen Extrem waren die eingesetzten Mittel wirkungslos. Letzteres brachte die Frauen in noch ärgere Not, sodass es dann zu Spätabtreibungen kam.

Frauen aus sozial einfacheren und armen Schichten mussten Hausmittel anwenden oder illegale Hilfe zur Abtreibung suchen: Exzessive Bewegung, Tragen schwerer Lasten, Hinunterspringen von Mauern, Massagen, Fastenkuren, oral oder vaginal verabreichte Gifte (wie z. B. Salzsäure, Blausäure, Zyankali), Spülungen mit hochprozentigen Kochsalzlösungen oder Seifenlaugen oder die Einführung von kontaminierten Gegenständen zur Auslösung von Infektionen wurden als Hausmit-

tel zur Abtreibung weiterempfohlen. Frauen aus bessergestellten Kreisen kannten die Wege, um – mit pekuniärer Unterstützung – vom Psychiater eine Indikation zur Abtreibung in einer Privatklinik zu erhalten.

Fehlt es bei Abtreibungsversuchen an einem hohen hygienischen Standard oder an der nötigen Fachkenntnis und der erforderlichen Sorgfalt, kommt es zwangsläufig zu schweren Komplikationen (Blutungen, Infektionen, Embolie, Unfruchtbarkeit), zu folgeschweren Verletzungen großer Blutgefäße, benachbarter Organe oder der Gebärmutter bis zum Tod der schwangeren Frau. Schlugen alle Versuche des Schwangerschaftsabbruches fehl, wurden die Kinder vielfach nach der Geburt umgebracht. Der Rechtsrahmen öffnete in der Vergangenheit manchmal den Zeitraum dafür von bis zu einem Jahr nach der Geburt. Das friesische Recht ließ z. B. bis ins beginnende Hochmittelalter die »postnatale Abtreibung« zu. Bis zum ersten Geburtstag hatte der Vater das Recht, das Kind abzulehnen und zu töten, da es erst ab dann als beseelter Mensch galt. In Indien ist es vielfach heute noch üblich, dass Väter ihre neugeborenen Töchter töten.

Das ungewollte Kind heimlich und möglichst fern vom üblichen Lebensumfeld zur Welt zu bringen, war für die Mutter oft sicherer als eine Abtreibung. Besonders in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war es in Mitteleuropa vielfach der Brauch, die ungewollten oder außerehelichen Kinder auf einem »Kostplatz« unterzubringen. Daraus entwickelte sich ein eigener Erwerbszweig. »Kostkinder« starben vielfach früh, weil sie von ihren Pflegepersonen gezielt »zu Engeln gemacht« wurden, während der Mutter gegenüber das Wohlergehen des Kindes – bei fortgesetztem Bezug des Kostgeldes – vorgetäuscht wurde.

5.1 Häufigkeit von Abtreibungen

Die WHO schätzt, dass derzeit weltweit etwa ein Drittel aller Schwangerschaften ungeplant ist und dass jede vierte Schwangerschaft abgebrochen wird⁷. Hochgerechnet sind dies pro Jahr etwa 46 Millionen Abtreibungen rund um den Globus. Geschätzt findet ca. die Hälfte davon illegal und unter hygienisch äußerst unsicheren Bedingungen au-

⁷ www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf

ßerhalb von Krankenhäusern oder medizinischen Instituten oder ohne qualifiziertes medizinisches Personal statt. Rund 40 % davon führen zu schweren medizinischen Komplikationen wie Unfruchtbarkeit oder Tod der Frau. Ca. 70 000 Frauen sterben jährlich im Zuge einer Abtreibung insbesondere als Folge von Infektionen oder Blutungen. Je restriktiver die Gesetzgebung in einem Land im Hinblick auf Abtreibungen ist, desto unsicherer sind meist die Bedingungen, unter denen die Abtreibungen durchgeführt werden⁸.

5.2 Rechtliche Regelungen

Nach einer vom Institute For Family Policies veröffentlichten Studie (Brüssel, 3.3.2010) werden in der EU pro Stunde 138 Abtreibungen durchgeführt. Es wird geschätzt, dass in Deutschland in den letzten 40 Jahren rund zehn Millionen Kinder abgetrieben wurden.

Der Rechtsrahmen für einen Schwangerschaftsabbruch variiert im internationalen Vergleich von Land zu Land. Er reicht von quasi völligem Abtreibungsverbot (Nordirland, Ungarn, viele Staaten in Südamerika und Afrika) über die gesetzliche Regelung bestimmter Indikationen, unter denen Abtreibung straffrei ist (die meisten Staaten in Europa), bis zur weitgehenden Legalisierung. In Russland kam 2012 auf zwei Geburten eine Abtreibung⁹. In den USA sind Abtreibungen bis zur Lebensfähigkeit des Kindes straffrei. In Kanada gibt es eine uneingeschränkte Entscheidungsfreiheit für die schwangere Frau und ihren Arzt. In China ist ein Abbruch nach dem ersten, gegebenenfalls zweiten Kind vom Staat erwünscht. »Selektive« Geburten von Jungen nach geschlechtsspezifischen Abtreibungen führen dort mehr und mehr zum »Verschwinden der Frauen«. Seit Einführung der Familienplanungspolitik wurden in China rund 330 Mio. Abtreibungen vorgenommen¹⁰.

Eng mit den unterschiedlichen Rechtsrahmen verbunden sind die angewandten Abtreibungsregelungen. Vorherrschend ist die sogenannte Fristenregelung oder die sogenannte Indikationsregelung. Bei der Fristenregelung ist ein Schwangerschaftsabbruch bis zu einem bestimmten

⁸ www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html, Jan. 2012

⁹ www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf

¹⁰ www.worldabortionlaws.com/map

Zeitpunkt der Schwangerschaft (in der Regel bis zur 12. Woche nach Empfängnis) ohne Begründung möglich. Die Indikationsregelung hingegen schränkt den möglichen Abbruchzeitpunkt zwar nicht ein, verlangt aber einen triftigen Grund für eine Abtreibung.

Bis zur Mitte der 1970er-Jahre gab es keine Möglichkeit des legalen Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland. Abtreibung wird in Deutschland derzeit grundsätzlich unter Freiheitsstrafe gestellt. Die Gesetze erlauben folgende straffreie Ausnahmen, wenn der Abbruch von einem Arzt mit Einverständnis der Schwangeren durchgeführt wird:

Schwangerschaftsabbruch insbesondere durch Ärzte grundsätzlich innerhalb der ersten 12 Wochen nach Befruchtung nach Schwangerschaftskonfliktberatung und nach anschließender Bedenkzeit von drei Tagen (Fristenlösung mit Beratungspflicht),

Schwangerschaftsabbruch – ohne zeitliche Einschränkung –, wenn Gefahr für das Leben oder die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren nur durch einen Schwangerschaftsabbruch abgewendet werden kann (medizinische Indikation),

Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten zwölf Wochen, wenn angenommen wird, dass die Schwangerschaft Folge einer Vergewaltigung bzw. einer vergleichbaren Sexualstraftat ist (kriminologische Indikation).

5.3 Abtreibungsmethoden

Zur Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland grundsätzlich niemand, auch kein Arzt, verpflichtet. Überlebt ein Kind einen späten Abtreibungsversuch, sind Ärzte verpflichtet – nach der Geburt –, sofort lebenserhaltende Maßnahmen einzuleiten.

2012 wurden in der Bundesrepublik Deutschland beim Statistischen Bundesamt 106 815 Abtreibungen gemeldet; dies entspricht einem statistischen Verhältnis von Lebendgeburten zu Abtreibungen von 8:1¹¹. In Deutschland werden bis zum dritten Monat im legalen Bereich hauptsächlich bis etwa zur zwölften Woche die Absaugmethode (in 2012 ca. 74 000 Fälle), zwischen der siebten und der zwölften Woche

¹¹ Angaben laut Statistischem Bundesamt, www.destatis.de

die Ausschabung (in 2012 ca. 11 500 Fälle) und bis ca. zur siebten Woche die Abtreibungspille (in 2012 17 252 gemeldete Fälle) eingesetzt.

Diese allgemein verwendeten Termini sind eher verharmlosend. Der allgemeine Sprachgebrauch ist hilfreich für den Entschluss zur Abtreibung. Es werden distanzierte Worte gewählt, die sich nur mit technischen Vorgängen zu beschäftigen scheinen: »Zellhaufen, die entfernt werden«, »ein kleiner Eingriff«. Es scheint nicht so zu sein, dass lebendige Menschen – also Mutter und Kind und deren Beziehungen zueinander – davon betroffen sein könnten. Allenfalls sei der Körper der Mutter punktuell für den Zeitpunkt des Eingriffs betroffen. Es wird der Eindruck erweckt, als sei »die Sache« mit dem Abschluss der Durchführung der Abtreibung abgeschlossen. Oft sind Frauen unmittelbar nach der Abtreibung erleichtert und hoffen, ihr Leben wie vor der Abtreibung weiterführen zu können. Auch die medizinischen Begriffe »Embryo«, »Fötus« oder »Uterus« wirken distanzierend. Dahinter steckt jedoch das ärztliche Zerreißen oder Zerschneiden eines lebendigen menschlichen Körpers in Stücke, das Zertrümmern des kleinen Köpfchens und das anschließende Beseitigen der Leichenteile aus dem Bauch einer Frau bzw. der durch die Abtreibungspille unter ärztlicher Aufsicht herbeigeführte Tod des werdenden Kindes durch qualvolles Ersticken bzw. Verhungern.

Bei Spätabtreibungen (nach der 12. Woche bis zur Geburt) werden in der westlichen Welt folgende Methoden praktiziert¹²:

- abtreibende Einleitung von Wehen (»Prostaglandin-Hormon-Methode«) während der gesamten Schwangerschaft;
- in seltenen Fällen auch Kaiserschnitt ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel (in 2012 beim Statistischen Bundesamt 23 gemeldete Fälle);
- Abtreibung durch Salzlösung oder Rivanol (gegen Ende der Schwangerschaft);
- Fetozid (2012 insgesamt 464 gemeldete Fälle) durch Injektion einer Substanz als »Todesspritze« durch die Bauchdecke der Mutter in das Herz des Kindes, das getötet werden soll davon sind in 2012 95 Fälle bei »Mehrlingsreduktion« nach künstlicher Befruchtung »zur Verbesserung der Wachstumsbedingungen« für ein gewolltes Kind);

¹² Angaben laut Statistischem Bundesamt, www.destatis.de

Dilatation-Entleerung, d. h., das Kind wird gezielt vom Arzt so stark verletzt, dass es verblutet.

Teilgeburtsabtreibung (hauptsächlich USA)

Ab der 24. Schwangerschaftswoche könnten Ungeborene durch die Gabe des Wehen auslösenden Mittels Prostaglandin, das zur Abtreibung eingesetzt wird, überleben. Sie tragen jedoch meist Schädigungen durch den Geburtsprozess davon, da der kleine Körper, besonders der Kopf, noch nicht reif ist, die Anforderungen des Geburtsprozesses gesund durchzustehen. Kinder, die trotz Anwendung der Spätabtreibungs-Methoden, lebend geboren werden, werden zuweilen »nach der Geburt nicht versorgt«, was bedeutet, sie werden auch über Stunden liegen gelassen, obwohl sie sich bewegen, atmen, schreien, bis sie gestorben sind. Damit das »Risiko einer Lebendgeburt« auszuschließen ist, wird bei Spätabtreibungen in manchen Fällen auch der Fetozid praktiziert.

5.4 Folgen von Abtreibungen für die Frauen

Im vergangenen Jahrhundert verbluteten oder starben unzählige Frauen nach falsch dosierten oder nach Einnahme von tödlichen Substanzen wie z. B. Zyankalitropfen oder nach nicht regelrechten Abtreibungen. »Der Eingriff« ist auch heutzutage – bei fachgerecht durchgeführter Abtreibung – für die Frau auf der körperlichen Ebene nicht risikolos: Zunächst sind Abtreibungen mit den potenziellen Risiken einer Operation verbunden. Weiter können als Sofort- und Frühkomplikationen Zervixriss, Blutungen, Schock, Perforation, Infektionen und deren Folgen oder der Tod der Mutter eintreten. Oft haben die eingesetzten Pharmaka erhebliche Nebenwirkungen.

Aus überwiegender medizinischer Sicht sind Spätfolgen wie Sterilität, erhöhtes Abortrisiko bei späteren Schwangerschaften, erhöhte Gefahr einer Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutterhöhle (EUG) als direkte Folge eines Schwangerschaftsabbruchs bisher nicht erwiesen. Ein leicht erhöhtes Risiko für spätere Frühgeburten wird jedoch für wahrscheinlich gehalten. Berichten von Medizinerinnen in USA und Europa zufolge verarbeiten die meisten Frauen »den Eingriff« körperlich und auch psychisch in wenigen Tagen oder Wochen¹³. Es wird erklärt,

¹³ www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Medikamentoeser_Abbruch_2012.pdf

dass Frauen nach Abtreibungen nur selten an Selbstmord dächten. Eingräumt wird jedoch, dass es bei manchen Frauen, die abgetrieben haben, zu fortgesetzter Trauer, Depressionen, Schlafstörungen, Schuldgefühlen oder Ängsten kommen könne. Sie sehnten sich nach dem Kind, das nun tot sei, und grübelten, ob sie die richtige Entscheidung getroffen hätten. Frauen unterschätzten oft, dass die Welt nach einem Abbruch anders aussähe.

Nach einer Studie von Fergusson, Horwood und Ridder (2006) erkrankt fast jede zweite Frau nach einer Abtreibung psychisch. Der enge Zusammenhang zwischen Depressionen, Angstzuständen, Suizidgefährdung, Suchtverhalten und einer Abtreibung war selbst für die Autoren überraschend: Aus einer Gruppe von 1265 Mädchen der neuseeländischen Stadt Christchurch, die seit ihrer Geburt im Jahre 1977 beobachtet wurden, wurden 41 Prozent der Mädchen bis zum Alter von 25 Jahren schwanger. 14,6 Prozent ließen ihr Kind abtreiben. Von jenen 90 Frauen, die eine Abtreibung vornehmen ließen, entwickelten 42 Prozent innerhalb der nächsten vier Jahre eine schwere Depression. Auch der Drogen- und Alkoholmissbrauch stieg bei dieser Gruppe von Frauen signifikant an. Diese Verhaltensweisen und Erkrankungen könnten auf keine früheren Erlebnisse zurückgeführt werden¹⁴.

Der Entschluss zum Schwangerschaftsabbruch ist eine schwerwiegende Entscheidung. Eine Abtreibung verändert das Leben aller Beteiligten und hinterlässt in deren späteren Leben Spuren an Körper, Psyche und in Beziehungen. Sie können bleibend sein und im Laufe der Zeit immer drängender werden. Es können Symptome auftreten, die »alltäglich« erscheinen und diesem Ereignis nicht mehr direkt zugeordnet werden. Von amerikanischen Wissenschaftlern wird auch belegt, dass die Symptome, die Frauen nach Abtreibungen haben können, denen von Kriegsveteranen ähneln. Die betroffenen Frauen erleben Depression, Schuldgefühle, Trauer, Scham und Ärger. Außerdem komme es zu Flashbacks, Leugnen und Drogenmissbrauch (Speckhard und Rue 1992).

Auch versuchte Abtreibungen sind nicht mehr ungeschehen zu machen. Sie betreffen unmittelbar die Mutter und dieses Kind als auch mittelbar den Vater und die nachgeborenen Geschwister wie die weitere Familie. Sie betreffen auch diejenigen Personen, die an der Abtrei-

¹⁴ www.schattenblick.org/infopool/medizin/fakten/mz2et683.html

bung/dem Abtreibungsversuch direkt oder indirekt beteiligt waren: sie betreffen Täter und Opfer. In Millionen von Familien weltweit wirken sie multiplizierend in die Beziehungen all dieser Menschen hinein.

5.5 Die Rolle der Väter

Auf den ersten Blick sieht es so aus, als seien Väter außen vor, wenn es um Abtreibung geht. Sie wissen oft nicht, dass aus dem Zusammensein mit dieser Frau ein Kind entstanden ist. Viele Frauen treffen die Entscheidung allein und treiben ab – auch gegen den Willen des Vaters. Es kommt nicht selten vor, dass Väter allenfalls informiert werden, »wenn alles vorbei ist«. Ein werdender Vater kommt – bewusst oder unbewusst – in Berührung mit den Erfahrungen, die er selbst in seiner frühen Zeit gemacht hatte. Waren diese unsicher oder traumatisierend, kann ihn das Vaterwerden in Unruhe oder Spannung und Stress versetzen. Es kann sein, dass sich darin die innere Verlassenheit seiner eigenen pränatalen Zeit widerspiegelt. Es kann vorkommen, dass der werdende Vater die schwangere Frau bedrohlich misshandelt oder moralisch unter Druck setzt oder auch zwingt, das Kind abzutreiben oder abtreiben zu lassen. Weiß der Vater von der Abtreibung oder ist er in die Abtreibungsentscheidung mit einbezogen, können bei ihm hinterher Scham- und Schuldgefühle, Depression und Schmerz über den Verlust des Kindes entstehen und darüber, dass er sein Kind nicht schützen konnte. Nach der Abtreibung verändert sich die Qualität der Beziehung zwischen Vater und Mutter des abgetriebenen Kindes. Viele solcher Beziehungen werden dann instabil(er) oder scheitern (Dytrych, Schüller und Matejcek 1988, Kubicka, Roth, Dytrich, Matejcek und David 2002). Es wird angenommen, dass sich 70 % der Paare innerhalb eines Jahres nach der Abtreibung trennen.

5.6 Die gesellschaftliche Situation der schwangeren Mütter

Das Leben der Frauen ist vom gesellschaftlichen Kontext, in den sie hineingestellt sind, nicht zu trennen. Im Laufe des vergangenen Jahrhunderts liberalisierten sich in Deutschland die gesellschaftlichen

Werte. Vor dem jeweiligen Hintergrund der demographischen Entwicklung (hoher Bedarf an weiblichen Arbeitskräften) wurde die Frau von Politik und Wirtschaft – je nach deren Bedarf – für ihre Zwecke umworben und gesteuert. Parallel dazu haben Frauen seit ca. Mitte des vergangenen Jahrhunderts immer mehr eigenständige und individuelle Lebensentwürfe entwickelt, um ihrem Leben einen Sinn zu geben. Sie haben damit ihre gesellschaftliche Funktion verändert und Fähigkeiten entwickelt, gesellschaftlich, wirtschaftlich oder kulturell mitzugestalten, ihre Bedürfnisse zu befriedigen und die eigene Existenz zu sichern. Es wird oft gesagt, dies sei Ausdruck bewusst wahrgenommener Freiheitsrechte. Andererseits könnte auch die Frage aufgeworfen werden, ob Frauen versucht haben, aus der Not eine Tugend zu machen.

Die Kriegsgeneration des Zweiten Weltkrieges kompensierte das erlebte traumatisierende Leid nach außen mit Aufbau und Wirtschaftswunder. Die Kinder der Kriegsgeneration erlebten oft eine Waisensituation oder Mütter und Väter, die emotional nicht erreichbar waren. Die Kinder wurden versorgt, waren aber emotional auf sich gestellt, nahmen sowohl die Traumata der Eltern in sich auf und übernahmen früh Verantwortung – oft auch für die eigenen Eltern – ebenfalls ohne selbst emotional zur Verfügung zu stehen. So standen sie funktionierend »ihre Frau«. Traditionelle Rollenbilder blieben weitgehend bestehen, konnten jedoch vielfach nicht mehr gefüllt werden.

Von den Nachfahren dieser Frauen werden Kinder heutzutage in die modernen Lebensentwürfe vielfach exakt hineingeplant. Vor diesem kollektiven Hintergrund distanzieren sich auch immer mehr Männer und zunehmend auch Frauen von der dauerhaften Übernahme der Eltern-Verantwortung. Die Folgen sind Patchwork-Familien oder Alleinerziehenden-Schicksale. Weitere Kinder sind in diesen Kontexten dann eher nicht mehr gewünscht.

Mona

»Mein Freund und ich wollten keine Kinder. Mein Freund – ein sogenannter »Unfall« – war von seiner Mutter an die Großeltern abgeschoben worden. Sein Vater war ins Ausland umgezogen. Wir wollten das alles hinter uns lassen und einfach das Leben genießen. Als ich mit 19 Jahren abgetrieben habe, habe ich keinen Moment daran gedacht, dass da schon ein Mensch entsteht. Alles schien bald vergessen. Erst in meiner zweiten Ehe holte mich die Vergangenheit während einer Schwanger-

schaft ein. Ausgelöst durch das Anschauen eines Filmes über die Abtreibungsspiele konnte ich nur noch weinen, weil ich meinem ersten Kind keine Chance gegeben hatte.«

Kinder, die ungeplant kommen wollen, »passen dann oft nicht in die Zeit« und werden erst mal – besonders von der Mutter – als Schock erlebt. Es gibt zahlreiche Gründe dafür, warum eine Schwangerschaft gerade nicht ins Lebenskonzept passt: die mittlere Reife oder das Abitur; das gerade begonnene Studium; die angestrebte Unabhängigkeit von den Eltern; die wackelige Beziehung; die Erfolg versprechende Karriere; die wirtschaftliche unsichere Situation des Partners; eigene Arbeitslosigkeit bzw. eine schwierige wirtschaftliche Situation; Unbehagen oder Angst vor Schwangerschaft, Geburt und Kind; das Vorhandensein von bereits schlecht versorgten Kindern; Lebensalter der Frau über 35 Jahre. In all solchen Konfliktsituationen herrscht oft Zeitdruck – manchmal Panik – und es fehlen verständnisvolle begleitende Menschen, denen sich die Frau anvertrauen könnte. Es ist nachvollziehbar, dass schnell in Erwägung gezogen wird, solche – teils allein unaushaltbaren – Konflikte mit einer Abtreibung zu beenden.

Nora

»Vor 15 Jahren, ich war gerade 18 Jahre alt geworden, habe ich gedacht, ich halte es nicht aus, dieses Kind zu bekommen. Ich konnte mir einfach nicht vorstellen, für dieses Kind während oder nach der Schwangerschaft mütterliche oder liebevolle Gefühle zu entwickeln. Ich wollte es nicht. Selten habe ich an das abgetriebene Kind gedacht. Letzte Woche plötzlich wurde ich von intensiven Gefühlen des Verlustes überflutet. Zum ersten Mal habe ich mir Bilder im Internet angeschaut. Ich frage mich jetzt ununterbrochen, was hat dieses Kind bei der Abtreibung gefühlt? Zum ersten Mal zweifle ich, ob meine Entscheidung richtig war.«

5.7 Psychische Folgen und Möglichkeiten ihrer Bearbeitung

Das Thema Schwangerschaftsabbruch ist nach wie vor ein Tabuthema. Die betroffenen Frauen können über die Erfahrungen mit Abtreibungen und über die Folgen von Abtreibungen lange nicht sprechen. Ver-

mutlich war im Lauf ihres Lebens bereits eine Gefühllosigkeit sich selbst gegenüber entstanden. Hinzu kommen Verleugnung und/oder Selbstvorwürfe. Solange die Abtreibungserfahrung abgespalten wird, kann sie psychisch nicht verarbeitet werden. Dadurch wird sie quasi erst einmal »konserviert« oder als Symptom vom Körper ausgedrückt und ggf. als Erfahrung auch an die nachgeborenen Kinder oder die nächste Generation weitergegeben.

Später geborene Kinder fühlen den Schmerz in der Psyche der Mutter über den Verlust des abgetriebenen Kindes und erleben, wie die Mutter nicht für sie zur Verfügung steht. Es ist nicht möglich, zwischen ihnen und ihrer Mutter eine sichere Bindung aufzubauen. Wie intensiv ein Kind, das nach einer Abtreibung geboren wird, damit verbunden sein kann, zeigt folgendes Beispiel.

Louis

Eine Mutter hatte nach einer Abtreibung ein weiteres Kind bekommen, das mit acht Jahren immer noch einnässte und einkotete. Für diesen Jungen entstanden dadurch in der Schule beschämende Situationen. Von den Mitschülern wurde er ausgelacht und gehänselt, wenn »es« wieder passiert war. Viele medizinische und psychotherapeutische Versuche, dem Kind zu helfen, waren schon ins Leere gelaufen. Auch die Mutter litt darunter sehr. »Unabhängig« davon war die Mutter etwa zu dieser Zeit so weit, dass sie im Rahmen einer therapeutischen Sitzung in sehr berührender Weise Verantwortung für die früher durchgeführte Abtreibung übernahm. Nach dieser Sitzung hat das Einnässen und Einkoten des Jungen schlagartig aufgehört.

Als Symptome nach einer Abtreibung können sich z. B. Menstruationsbeschwerden, Kopfschmerzen, Herzrhythmusstörungen, psychosomatische Sexualstörungen, autoaggressives Verhalten oder verschiedene Suchtformen zeigen. Formen (meist erfolgloser) Bewältigungsstrategien können z. B. sein:

Vermeiden von Situationen, die mit dem Abtreibungsgeschehen in Verbindung gebracht werden,
Nicht erinnern können,
Abbrechen von Beziehungen zu den Menschen, die in die Abtreibung involviert waren,

Als flammende Abtreibungsaktivistin oder Gegnerin von Abtreibungen unterwegs sein (Johnson 2012, Lindner 2009),
Vermeiden von Begegnungen mit Kindern oder auch
Sich besonders für das Leid der Kinder in der Welt zu engagieren.

Viele Frauen werden noch lange Zeit nach einem Schwangerschaftsabbruch durch die Begegnung mit einer anderen Schwangeren oder durch Begegnung mit Kindern oder auch durch Gespräche anderer Mütter über ihre Kinder getriggert. Manche Frauen sind nach Abtreibungen sehr berührt bis verwirrt, wenn Jahrestage der Abtreibung oder ursprünglich errechnete Geburtstermine des abgetriebenen Kindes anstehen. Dies kann besonders intensiv werden, wenn es für diese Frau anschließend nicht mehr möglich war, Kinder zu bekommen. Es zeigt sich manchmal, dass sich bei Frauen nach Abtreibungen Schwangerschaften nicht mehr einstellen wollen, dass sie immer wieder im frühen Stadium der Schwangerschaft Fehlgeburten erleben oder dass Kinder zu früh geboren werden oder dass Mütter dramatische bis lebensbedrohliche Geburten haben. Schwanger sein und verursachter Tod eines Kindes und verdrängte Schuld- und Schamgefühle und Angst können in der Psyche der Mutter miteinander verknüpft und abgespalten vorhanden sein. Eine neue Schwangerschaft kann wie ein Trigger zur Abtreibungserfahrung wirken.

Vor diesem Hintergrund erscheint es wenig hilfreich, »die Vergangenheit ruhen zu lassen« oder auf der Symptomebene beseitigen zu wollen. Weiterführend ist es, Möglichkeiten zu finden, um zum ursächlichen Kern des Themas zu gelangen. Die empfundene Erleichterung ist sehr groß, wenn Frauen im Rahmen eines therapeutischen Settings zum ersten Mal über die Abtreibung sprechen können. Die Verarbeitung des Themas Abtreibung für die Mutter findet im therapeutischen Prozess erfahrungsgemäß in mehreren Etappen statt. Als Basis braucht es dazu die Fähigkeit, das eigene Verhalten reflexiv erfassen zu können (Allen, Fonagy und Batemann 2011). So ist meist zu diesem Zeitpunkt schon Arbeit an verschiedenen Aspekten des Themas Täter-Opfer-Spaltung vorausgegangen. Jetzt geht es darum, die eigene Not in der Situation zu würdigen, aus der heraus es zur Abtreibung kam. Je mehr Zwang und Druck dazu führten, desto intensiver sind die damit verbundenen abgespaltenen Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit. Es braucht Mut und Sicherheit, um zur Abtreibung zu stehen und um

Schritt für Schritt ein weggeschobenes schlechtes Gewissen, Gefühle von Schuld, Schmerz, Angst vor sozialer Abwertung, Wut, Trauer, Reue über den unwiederbringlichen Verlust anzunehmen und Verantwortung für das Geschehene zu übernehmen.

Mit der Methode »Aufstellung des Anliegens«, als Methode des Repräsentierens von psychischen Realitäten durch Stellvertreter kann der Verarbeitungsprozess begleitet und stabilisierend unterstützt werden. Z. B. kann die Frau, die abgetrieben hat, an dieser Stelle des Prozesses eine Repräsentantin für »sich als Mutter in der Situation der Abtreibung« und einen Repräsentanten für »dieses abgetriebene Kind in der Situation der Abtreibung« aufstellen. Dies öffnet den Weg zum Kontakt mit den Schuld- und Schamgefühlen und schafft auch Verbindung zu den verkörperten Gefühlen. Schließlich können die abgespaltene Trauer aufbrechen und Mitgefühl für sich selbst entstehen. Dieser Prozess des emotionalen Zugangs zur damaligen Situation braucht Zeit und Behutsamkeit. Kognitive Erkenntnis allein und schnelles Fortschreiten zum nächsten Thema reicht für Veränderungen auf der psychischen Ebene nicht aus.

Für Mutter und Kind entsteht eine besonders herausfordernde Situation, wenn die Abtreibung »misslungen« ist und das Kind nach dem Tötungsversuch geboren wird. Beide haben überlebt. Die Mutter hat zu diesem Zeitpunkt die »Täterschaft« in der Regel verdrängt. Einerseits ist die Frau mit der Geburt aufgefordert, dem Rollenbild »Mutter« entsprechend zu handeln und für ihr Kind zu sorgen; andererseits erinnert das Kind durch seine bloße Existenz die Mutter fortwährend an den Anfang, der nicht gewollt war, und an ihr damit verbundenes Handeln. Es kann auch sein, dass das Kind schlimme Erfahrungen der Mutter aus ihrer Zeit vor der Zeugung dieses Kindes triggert. Dies alles kann Verzweiflung und Wut und Hass auf das Kind und sich selbst auslösen, die unter der Oberfläche brodeln oder Symptome produzieren. In dieser Ausgangssituation gelingt es der Mutter selten, für dieses Kind oder für folgende Geschwister emotional erreichbar und eine liebevolle, berechenbare, Halt und Sicherheit gebende Mutter zu sein. Oft laufen diese Prozesse unbewusst ab. Allenfalls schafft sie es, dem »Versorger-Modus« gerecht zu werden. Dabei geht die Mutter meist davon aus, dass sie das Beste für ihr Kind getan hat, weil sie – im Gegensatz zum Kind – die unbewusst ablaufenden Prozesse nicht wahrnimmt. Sie geht davon aus, Versorgung sei die Art der liebevollen Zuwendung, die ein Kind braucht.

Es gibt Mütter, die sich dauerhaft mit solchen Situationen unreflektiert arrangieren. Ein Hoffnungsschimmer auf Veränderung besteht, wenn sie beginnen, sich zu wundern, dass es nicht zu einer innigen Beziehung zwischen sich und ihrem Kind gekommen ist, obwohl sie doch alles für das Kind getan haben. Manchmal liegt dann der Schlüssel zu einer weiterführenden Antwort in der Betrachtung der Beziehung, die sie zu ihrer Mutter hatten. Groß ist der Schmerz, wenn die Erkenntnis einsetzt, wie sehr die Dynamik, die sich zunächst aus der Abtreibungssituation entwickelte, traumatisierend auf das Kind wirkte und sein weiteres Leben belastend bestimmte. Schwer ist es für die Mutter zu realisieren, dass das Kind durch sie getriggert werden kann. Für das Kind und die Familie wirkt es meist entlastend, wenn die Mutter, ihre »Themen« mit therapeutischer Begleitung bearbeitet. Auch wenn es für die Mutter schwer aushaltbar ist: In einer solchen Situation wäre es für das Kind hilfreich, wenn eine Mutter respektiert, dass es Zeiten geben kann, in denen das – dann meist schon erwachsene – Kind einen gewissen Abstand zu ihr halten möchte, bis die beiden unabhängig voneinander ihre Prozesse des Täter- und Opferseins durchgearbeitet haben, um frei zu werden für eine liebevolle autonome Beziehung.

5.8 Kinder, die Abtreibungen überlebt haben

Vom Ideal einer Schwangerschaft als Zeit der unbeschwerten Entwicklung und freudigen Erwartung oder des Herzlich-willkommen-Seins kann nach einem Abtreibungsversuch nicht mehr die Rede sein. Die elementar bedeutsame Erfahrung des geschützten Gewolltseins, des geborgenen Da-sein-Dürfens und des liebevoll entgegenkommenden Eingehens auf seine Bedürfnisse fehlt dem Kind nach existenzieller vorgeburtlicher Bedrohung von Anfang an. Auch Mütter, die sich während der Schwangerschaft das Leben nehmen wollten, führten das Kind in ihrem Bauch in ein traumatisierendes Nahtoderlebnis und den damit verbundenen Folgen.

Heute ist unumstritten, dass traumatische Erfahrungen während der pränatalen Zeit nachhaltige Spuren hinterlassen (Alberti 2012, Bauer 2002, Birnbaumer 1996, Deneke 1999, Huber 2013, Hochauf 2007, Hüther und Krenz 2013, Janov 2011, Janus 2013, Krüll 1997, Noble 1996, Singer 2002, Sonne 1997). Das Kind fühlt sich von Anfang

an fundamental verraten mit Wirkungen insbesondere auf sein »Gedeihen«, sein künftiges Sicherheitsbedürfnis und seine Liebes-/Beziehungsfähigkeit und seine Achtung vor sich selbst. Es verinnerlicht ein bedrohliches Abbild der Mutter in sich. Bereits in dieser ganz frühen Zeit hat das Kind den Schock der Mutter über die Schwangerschaft und die eigene Todesangst beim Abtreibungsversuch erfahren haben. Es erlebte außerdem, wie es unabdingbar hineingestellt war in ein zwangsläufiges und dringend gebrauchtes enges Verbundensein mit der es ablehnenden Mutter, die gleichzeitig sein Überleben sicherte (Brisch 2013).

Die Zahl der Kinder, die es geschafft haben, trotz erlebtem Abtreibungsversuch ins Leben zu kommen, ist statistisch nur in Einzelfällen erfasst. Für die Öffentlichkeit unbekannt bleiben die Lebensgeschichten der meisten der Kinder, die mit allen ihren Kräften dem Angriff auf ihr Leben getrotzt haben. Alle diese Leben begannen mit tief prägenden und künftig stets präsenten aus dem Verborgenen wirkenden Erfahrungen des Opferseins. Das Kind kam damit zur Welt und hatte bereits ab da Schwierigkeiten, Bindungsangebote wirklich anzunehmen, obwohl es darauf angewiesen war. Gleichzeitig sehnte es sich sehr nach einer sicheren Bindung. Die nachgeburtlichen Erfahrungen mit der Mutter konnten für das Kind sehr unterschiedlich sein: Manchmal kam es vor, dass es fortwährend einer, aufgrund deren eigener Traumatisierung, bindungsunfähigen und achtlosen Mutter(-hülle) hilflos ausgeliefert war; vielleicht auch einer Mutter, die es am liebsten immer noch loswerden wollte und dafür manchmal unbewusst entsprechende Möglichkeiten kreierte und deren abgrundtiefer Hass schneidend spürbar war. Das Kind wusste, dass ihr nicht zu trauen ist.

Bei »Overprotective-Mothers« könnte überlegt werden, ob dieses Verhalten versucht, einen Abtreibungsversuch nachträglich zu kompensieren. Andererseits erleben Kinder, die einen Abtreibungsversuch überlebt haben, möglicherweise auch eine zugewandte Mutter, von der sie auch gut versorgt wurden, ohne dass sie wirklich wahrgenommen oder gemeint waren. Solche Kinder wuchsen manchmal in einer nach außen hin heilen Welt mit irritierenden Doppelbotschaften auf. Die Gegenwart der Mutter, in deren Bewusstsein das Kind meist nicht wirklich angekommen war, aktivierte dann beim Kind gleichzeitig das Bindungs- und das Fluchtsystem. Das Kind fühlte sich dadurch verwirrt und entwickelte die Überzeugung, es nie richtig machen zu kön-

nen. Das Kind versteht auch die Wut und Ablehnung der Mutter nicht und hat das Gefühl, sich entschuldigen zu müssen zur Rechtfertigung des Tuns der Mutter. Stets muss es den Anteil in sich unterdrücken, der das Böse in der Mutter hätte entdecken können. Das Kind lernte früh, sich bis nahezu zum Verschwinden anzupassen, und weiß, was es tun musste, um doch irgendwie dazuzugehören. Manche Kinder lernen, wie sie die bedrohliche Umgebung beschwichtigen können, z. B. in Zeiten von allgemeinem Nahrungsmangel während der Schwangerschaft reduzierten sie ihren Energieverbrauch zugunsten der Mutter und kamen dann entsprechend schwächlich zur Welt. Später übernehmen sie oft früh Erwachsenenaufgaben jedweder Art oder glauben, im Beruf die Verantwortung auch für die nächsthöheren Hierarchieebenen tragen zu müssen. Wenn sie die Erwachsenen beruhigen können, ist es für sie besser und auf einer Ebene überlebenssichernd. Das Kind versucht durchzuhalten und blendet aus, weil es sonst nicht auszuhalten ist.

Janus schreibt dazu: »Die existenziellen frühen Erfahrungen können zu lebenslangen Wiederholungen der Grundsituation [als »Selbstheilungsversuch«] führen ... Das frühe Gefühl der Gefährdung und des Nicht-willkommen-Seins hat eine merkwürdige Penetranz und Evidenz, die sich dann ihre Argumente bis hin zum paranoiden Gefühl sucht. Wahnhafte Überzeugungen können durchaus Widerspiegelungen realer Gefahren in früheren Zeiten sein: »Dahinter steckt der Teufel.« ... Vorgeburtlich erlebte Ablehnung manifestiert sich als existenzielle Überzeugung, die Leute seien gegen die eigene Person negativ eingestellt, und drängt sich in die Wirklichkeit sozialer Wahrnehmung hinein.« (Janus 2011, S.84ff.) Dies kann so stark verinnerlicht sein, dass es diesen Menschen nicht leicht fällt, im Leben einen sicheren Platz zu finden oder sich dauerhaft zugehörig zu fühlen; sie suchen sich in ihrem Leben – oft immer wieder – Umfeld, in denen sie schmerzhaften Mobbing-Erfahrungen ausgesetzt sind; oder sie treiben sich sozusagen immer wieder selbst ab, indem sie (unbewusst) Situationen kreieren, in denen eigene – oft steile – Karrieren plötzlich abbrechen oder sich abzeichnende sehr gute Erfolge plötzlich verhindert oder zerstört werden.

Um für die eigene psychische Integrität im späteren Leben Verantwortung übernehmen zu können, ist es unabdingbar, dass das Kind schon von Anfang an kontinuierlich sichere Bindung und zugewandte Beziehungen erlebt (Brisch 2013, Janus 2011, Ruppert 2012). Nach dem

Abtreibungsversuch, als Verrat am bindungsbedürftigen Kind, ist davon auszugehen, dass diesem Kind der Boden für eine sichere Bindung zu seiner Mutter entzogen wurde. Sie war danach emotional für seine Bedürfnisse nicht mehr erreichbar. Für eine gute Entwicklung fehlt dem Kind dann eine »Spiegelungsmöglichkeit« (Bauer 2006). Obwohl es die heftige Ablehnung der Mutter fühlte, versuchte es dennoch verzweifelt, eine unverzichtbare Bindungsbeziehung mit ihr einzugehen (Brisch 2013). Um diese traumatisierenden Situationen aushalten zu können, entwickelt das Kind individuelle »Überlebensmechanismen« (Ruppert 2007, 2012).

Hochauf (2007) und Huber (2013) beschreiben die Introjektbildung als einen quasi Synchron-Prozess zum Traumatisierungsprozess. Aufgrund der auf diese Weise sehr engen »Verzahnung« von Mutter und Kind (Täter und Opfer) ist es dem Introjekt möglich, sozusagen als »Flüsterer«, täterimitierend, täterloyal oder täteridentifiziert, steuernd auf das Verhalten des Kindes »einzuwirken«. Nach diesen Beschreibungen wird das Introjekt u. a. aktiv, wenn es dem Kind besser geht oder es sich von dem entfernt, was der »Original-Täter« (Mutter) noch tolerabel fände, oder mit direktem »Durchgriff« des täteridentifizierten Introjektes auf das Verhalten des Kindes, das sich dann »ganz wie die Mutter« verhält, worauf manchmal ganz stolz hingewiesen wird.

Solange das verstrickte Kind die Bindung zur Mutter sucht und zu ihr gehören will, ist es nicht eigenständig handlungsfähig. Aufgrund dessen wird es sich vorwiegend täterloyal verhalten. Dies hemmt die Entwicklung seiner eigenen Identität.

5.9 »Aufstellen des Anliegens« bei überlebten Abtreibungen

Überlebte Abtreibungen hinterlassen beim Kind traumabedingte Spuren. Das Opfer-Sein wird »normalerweise« verdrängt. Dies kann unterstützt werden durch Berichte der Mutter über eine »normal verlaufene Schwangerschaft«. So entsteht auf der kognitiven Ebene gar nicht die Idee, dass die Mutter Täterin sein könnte. Vielmehr glaubt sich das Kind oft mit der Mutter in Harmonie verbunden, identifiziert sich mit ihren Bedürfnissen und ist überzeugt von seiner heilen Mutterbauch-Welt. Dennoch bleibt das Opfer-Sein in der Psyche präsent (Ruppert

2012). Deshalb kann das Abtreibungsthema auch in einer Psychotherapie inszeniert werden. Sonne (1996) schreibt, dass »Menschen, die eine Abtreibungserfahrung gemacht haben, gewisse gemeinsame Wesenszüge ausbilden: Sie können das Gefühl haben, nicht richtig da, nicht wirklich zu sein, und die Meinung haben, das Leben bedeute ihnen nicht viel. Typisch ist auch ein Gefühl, dass nichts wirklich passierte, damit begleitend ein Gefühl von Zeitlosigkeit und Unbewegtheit. Ihre Abtreibungswünsche und -ängste können in Beziehungen ausagiert werden und ebenso in der Therapie in der Übertragung in Erscheinung treten.«

Das Nichtspüren der mit der Abtreibungserfahrung verbundenen Gefühle von Verrat, Angst, Schmerz und wachsender Wut ist nur um den Preis einer generellen Gefühllosigkeit sich selbst gegenüber möglich. Wer sich selbst nicht fühlen kann, ist auch empfindungslos anderen gegenüber und gegenüber den eigenen Grenzen und den Grenzen der anderen. So können aus Opfern Täter werden, die sich dann nicht als solche wahrnehmen. Menschen mit Opfererfahrungen ziehen Menschen mit Täterenergie an und umgekehrt (Bauer 2011). Der Beziehungsalltag wird dann geprägt durch die so entstehende Täter-Opfer-Spirale. Oft entstehen so über Generationen hinweg Erfahrungen von fortgesetzter gegenseitiger Aggression bei gleichzeitiger Illusion über eine gelebte liebevolle Zusammengehörigkeit (Ruppert 2012).

Zunächst ist für die Betroffenen nicht vorstellbar, dass die auftretenden körperlichen oder psychischen Symptome mit lebensbedrohlichen Erfahrungen in der vorgeburtlichen Zeit und den Spaltungsfolgen zusammenhängen könnten. Das reine Wissen (Kognition) über das Ereignis kann zwar die relevanten Fakten herausfinden und ordnen helfen, doch wirkliche »Schritte aus dem Trauma« heraus finden dadurch noch nicht statt. Erforderlich ist eine emotionale Verbindung mit der erlebten Situation von damals. Wenn es für die Betroffenen möglich ist, mithilfe von anderen Menschen, ihre psychischen Realitäten im Zusammenhang mit der versuchten Abtreibung repräsentieren zu lassen, findet ein gefühlsmäßiger Zugang zum Erlebnis statt. Ausgangspunkt für eine »Aufstellung des Anliegens« können Symptome oder sich wiederholende belastende Situationen im Leben oder auch eine konkrete Frage zum Thema sein. Die aufgestellten Repräsentanten für »das vorgeburtliche Kind« und »die Mutter während der Schwangerschaft« können die damalige Situation des Opfer-Seins wahrnehmbar

und emotional nach-erlebbar machen. Meist treten spätestens in dieser Phase Überlebensanteile auf den Plan, die die Spaltung mit Kraft aufrechterhalten wollen. Mit klarem Ziel, Mut, Zuversicht und umsichtiger Unterstützung von außen wird es dennoch möglich, mit den konservierten Traumagefühlen in Verbindung zu kommen. Die Überlebensstrukturen verlieren damit ihren »Job«; sie sind nicht mehr erforderlich. Die Täterintroyekte können sich erst verändern, wenn beim Klienten die Todesangst fühlbar geworden ist und sich die Verstrickung mit der Mutter (Täterin) zu lösen beginnt.

Im Rahmen von »Aufstellungen des Anliegens« nach Ruppert (2012) zeigen sich bei Anliegen im Kontext von Abtreibungserfahrungen innere Anteile, die

alles allein schaffen wollen,
überproportional lange brauchen, bis sie jemandem vertrauen können,
beim kleinsten Zweifel an der Vertrauenswürdigkeit des Gegenübers sofort in Rückzug gehen und am liebsten verschwinden oder wenigstens unsichtbar sein wollen,
Angst haben, gesehen zu werden, und sich gleichzeitig fürchten, nicht beachtet zu werden,
auf jeden Fall durchhalten wollen aus Angst, sonst verloren zu sein, jederzeit angstvoll damit rechnen, dass wieder etwas Schlimmes passiert,
sich verzweifelt irgendwo festhalten wollen, weil Wasserschwallen über sie hereinstürzen,
endlich Sicherheit haben wollen,
in einen anstrengenden Überlebenskampf verstrickt sind,
von Anteilen der Mutter »belagert« werden, die sich an ihnen aufstützen, um »selbst über Wasser« zu bleiben,
vor Todesangst zittern und tonlos schreien wollen.

Je mehr es gelingt, das existenzbedrohende Ereignis und das damit verbundene Opfer-Sein klar zu benennen, zu fühlen und anzuerkennen, desto mehr kann sich die daraus entstandene Verstrickung mit der Mutter lösen.

Pränatale existenzielle Erfahrungen brauchen besondere Behutsamkeit im therapeutischen Prozess. Es geht darum, mit den abgespaltenen frühen Erinnerungen ohne Worte auf heilsame Weise in Kontakt zu

kommen. Es geht für die Klienten darum, Verantwortung für sich zu übernehmen und für diese schlimmen Erfahrungen einen eigenen Raum zu schaffen, in dem die frühe Not ausgedrückt, konkret benannt, gezeigt, gefühlt und ernst genommen werden kann. Einen Raum, in dem sich etwas Neues entwickeln kann. Es geht darum, Täterintjekte in sich zu identifizieren und nicht mehr aus ungestilltem Hunger nach der Liebe der Mutter täterloyal zu sein, sodass auch das Täter-an-sich-selbst-Sein aufhören kann. »Darf ich sein, auch wenn ich nicht gewollt bin?« oder »Darf ich mich wirklich wollen?« sind dann keine Tabufragen mehr. Sich lieben können macht es möglich, sich selbst geliebt zu fühlen; sich selbst kennen ist Voraussetzung, auch den anderen zu erkennen.

Vor dem Hintergrund des »Massenphänomens Abtreibung« wird die Dimension des dort innewohnenden Potenzials für mögliche Veränderungen in ihrem Umfang noch kaum verstanden. Es ist für die Betroffenen erstaunlich, wie sich die Qualität des Lebens und die Qualität der Beziehungen ändern können, wenn sich diese zentralen traumatischen Verstrickungen im Zusammenhang mit überlebten Abtreibungen lösen konnten. Symptome verändern sich zum Besseren oder verschwinden ganz. Eigene Bedürfnisse können konstruktiv formuliert werden. Selbst-Bewusstsein wird spürbar. Lebensfreude, Halt in sich selbst und Selbstwirksamkeit werden erlebbar. Es kommen zunehmend Entspannung, Leichtigkeit und »fördernde Energie« ins Leben. Neue Möglichkeiten für Zugehörigkeit und Handeln entstehen auf der Basis des Mehr-zu-sich-selbst-gekommen-Seins. Die Wahrnehmung der Welt verändert sich. Daraus entstehen kreative Gestaltungsziele jenseits der Täter-Opfer-Dynamik.

Hildegard

Hildegard ist 1959 geboren, sie ist ledig und hat keine Kinder. Sie beschreibt im Folgenden ihre Therapieerfahrungen, die sie bei Franz Ruppert in den vergangenen Jahren gemacht hat: »Warum ich überhaupt eine Therapie machen wollte, waren die unheilbaren Krankheiten meiner »ganz normalen« Eltern. Der Vater starb an Krebs, die Mutter an den Folgen eines Schlaganfalls. Mein Ziel ist, einfach irgendwann an Altersschwäche zu sterben.

Die Ergebnisse meiner Aufstellungen, die ich seit drei Jahren mache, zweifle ich nicht mehr an, es hat sich so vieles bewahrheitet, und die

Aufstellungsergebnisse passten gut zu den Fakten, die ich kannte. Und ich habe von Anfang an nach jeder Aufstellung gesundheitliche Verbesserungen erlebt: der Blutdruck normalisierte sich, Allergien verschwanden, meine lebenslangen Rückenprobleme waren nicht mehr da. Meine bisherige ›gesunde Lebensweise‹ war nur eine Überlebensstrategie!

Die Veränderungen sind zum Teil auch subtil:

Ich verletzte mich nicht mehr, seit ich gesehen habe, dass meine Mutter mich abtreiben wollte. Früher hatte ich fast immer irgendwo ein Pflaster am Finger, eine Verstauchung am Fuß ...

Meine eingewachsenen Nägel sind besser geworden, seit in einer Aufstellung mein Embryo spürte, dass sich die Zehennägel vor Angst eindrehen! Ich fühle mich insgesamt besser, habe mehr Kraft und Energie und war seit drei Jahren nicht mehr krank.

Meine Stimme hat sich sehr verbessert, sie ist kräftiger und klarer geworden. Ich kann wieder laut und hoch singen, was ich lange nicht mehr konnte. Ich bin viel gelassener, als ich vorher war. Außerdem habe ich spürbare Grenzen bekommen, ich ziehe keinen Streit mehr an, ich habe das Gefühl, dass ich andere, die aufgeregt sind, eher beruhige, als dass ich Öl ins Feuer gieße wie früher, weil mich ihre Aufregung ansteckte.

Ich bin sehr froh, dass ich jetzt mein Leben rückwirkend verstanden habe. Ich fühlte mich den Lebensumständen immer ausgeliefert, es war immer so, dass ich keine Wahl hatte. Ich musste immer Feuerwehr spielen. Erst jetzt dämmert mir langsam, dass ich mein Leben selbst gestalten kann, dass die latente Gefahr vorbei ist. Mir geht es so gut wie noch nie zuvor.

Die Arbeit am Thema überlebte Abtreibung zog sich durch mehrere Aufstellungen und stellte sich erst im Nachhinein als roter Faden durch alle bisherigen Aufstellungen heraus. Es fing damit an, dass ich die Angst spüren wollte, die in einer vorangegangenen Aufstellung nur mein Anliegen spüren konnte. Zwei Stellvertreter hatten ausgedrückt, dass sie nicht denken können, nicht spüren, wer sie sind und in welcher Aufstellung sie seien. In dieser Aufstellung wurde zum ersten Mal klar, dass der Abtreibungsversuch meiner Mutter, als sie im dritten Monat mit mir schwanger war, der Grund für diese Angst war. Meine Mutter erzählte mir einmal, als ich sie nach meiner Geburt und Schwanger-

schaft fragte, dass der Arzt ihr damals sagte, dass es gefährlich sei für sie, schon wieder schwanger zu sein, nach einer Operation wegen einer Eileiterschwangerschaft, die sie vorher hatte. Das ist wahrscheinlich der Grund, warum eine Abtreibung erwogen und versucht wurde.

Bei einer weiteren Aufstellung habe ich meinen Hörsturz als Anliegen genommen, den ich vor zehn Jahren hatte, und kam erneut in eine pränatale Situation. Die Stellvertreterin sagte, dass sie drei Monate alt sei. Dieser Embryo lag etwa eine Viertelstunde lang zuckend und zitternd vor Todesangst in meinen Armen, es war wie ein Todeskampf, den wir erlebten. Ich hatte lange geschrien und geweint, während ich den Embryo hielt; dann langsam entspannte sich die Aufstellung; der Embryoanteil hatte große Angst, die Augen aufzumachen, und wollte nicht leben, weil er das nicht nochmals durchmachen wollte.

Nach Angaben meiner Mutter verliefen die Schwangerschaft mit mir und die Geburt normal. Ich hatte in einer weiteren Aufstellung die Angst gespürt, die ich vor meiner Mutter bei der Geburt hatte. Es war eine Hausgeburt, wenn die Hebamme später gekommen wäre, hätte ich die Geburt nicht überlebt. Ich wartete, bis die Hebamme da war, so zeigte es sich in der Aufstellung. Ich war das dritte Kind und hatte später noch mehrere Geschwister. In einer weiteren Aufstellung zeigte sich ganz klar, dass ein Verwandter meiner Mutter – ein katholischer Priester – eine Teufelsaustreibung mit gleichzeitigem Missbrauch an mir als Neugeborenem durchführte. Dennoch, in gewisser Weise war mein Leben auch ziemlich normal verlaufen. Ich habe nie geheiratet, weil mir meine Eltern ein schlechtes Beispiel vorlebten. Mit dreiunddreißig Jahren habe ich selbst abgetrieben, weil ich mir damals gar nicht vorstellen konnte, eine Schwangerschaft selbst zu überleben. Meine damalige Beziehung war eben beendet worden. Überhaupt waren meine Beziehungen in meinem Leben in etwa so chaotisch verlaufen wie die Beziehung zu meiner Mutter bei der Zeugung und in der Schwangerschaft: Ich hatte kein Vertrauen zu anderen Menschen aufbauen können. Ich wollte immer frei sein und die Kontrolle behalten. In einer Aufstellung, in der es um ein Anliegen im Zusammenhang mit meinem Übergewicht ging, wurde ausgedrückt, dass ich deswegen keine Kinder haben wollte, damit diese die Angst nicht noch einmal erleben müssen, die ich erlebt und überlebt hatte.

Jetzt im Nachhinein gesehen war mein ganzes Leben geprägt davon, dass ich immer »provisorisch« lebte, als ob mein Leben nicht mehr lange

dauern würde. Ich habe immer gedacht, dass mein Leben mit 20, dann mit 30 Jahren vorbei sein würde, dann mit 40 ...

Ich wurde auch immer wieder bedroht, ich habe es nicht ernst genommen. Jetzt ist mir klar, die Ablehnung meiner Mutter, die ich von Anfang an erlebte, inszenierte ich selbst bis heute immer wieder, vergeblich, um dieses Trauma loszuwerden. Ich kann es jetzt ohne die Herkunftsfamilie gut aushalten. Vorher hatte ich immer wieder Kontakt mit ihnen gesucht, weil ich dachte, dass ich sonst einsam und allein sein würde. Der Satz ›Wenn du deine Identität aufgibst, um dich an die Familie anzupassen, dann bist du ganz allein‹, der hat mich aufgerüttelt.

Ich war einmal in einer anderen Aufstellung Stellvertreterin für die Krankheit Krebs und spürte, dass ich als Krebs nur die komprimierte Angst vor der Abtreibung war. Da war ein Zwilling abgetrieben worden, und die Mutter merkte erst später, dass sie trotzdem noch schwanger war, und erzählte dieser Tochter auch, dass sie versucht hatte, sie abzutreiben. Es ist unglaublich, welche Klarheit und Bewusstheit durch die Aufstellungen in mein Leben kamen. Ich bin noch mitten drin auf der Reise zu mir. Es geht weiter Schritt für Schritt, und ich freue mich darauf, dass es weitergeht. Ich fühle mich privilegiert, das erleben zu dürfen, obwohl es schwer auszuhalten ist. Die Erleichterung danach ist wie eine Befreiung von einer schweren Last, die mir nicht bewusst war.«