



Angelika Pokropp-Hippen

## **Das Post-Abortion-Syndrom und sein Bezug zur posttraumatischen Belastungsstörung**

### **1 Das Post-Abortion-Syndrom als Erkrankung nach Abtreibung**

Im folgenden Text wird neben einem theoretischen Teil anhand von Fallbeispielen das Post-Abortion-Syndrom (PAS) als Erkrankung vorgestellt, welche mit ihrer psychischen und psychosomatischen Symptomatik in den Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) eingeordnet werden sollte. Die aufgeführten Daten stammen aus meiner Arbeit als niedergelassener Ärztin und Psychotherapeutin. Meine therapeutische Ausrichtung ist tiefenpsychologisch orientiert. Ich habe eine zusätzliche Qualifikation für das Katathyme Bilderleben und die Traumatherapie erworben.

Das Katathyme Bilderleben ist eine tiefenpsychologische Technik, mit deren Hilfe im Rahmen von induzierten Tagträumen auf primär imaginativem Wege Zugang zu unbewussten Ressourcen und Konflikten gewonnen wird. Gerade dieser visuelle Zugang spielt bei der Behandlung Traumatisierter eine große Rolle, wie ich im Verlauf meiner Ausführungen verdeutlichen werde. Ich möchte zunächst zur Einstimmung eine erste kurze Deutung eines Bildes vorstellen, welches eine vom Post-Abortion-Syndrom betroffene Frau gemalt hat.

Danach werde ich in einem theoretischen Teil die posttraumatische Belastungsstörung thematisieren. Ein Schwerpunkt meiner Ausführungen soll darin liegen, den inneren pathogenetischen Zusammenhang zwischen dem Post-Abortion-Syndrom als Erkrankung nach Abtreibung und dem Krankheitsbild der posttraumatischen Belastungsstörung aufzuzeigen. Im letzten Teil werde ich ein Fallbeispiel des Post-Abortion-Syndroms aus meiner psychotherapeutischen Arbeit mit im Rahmen der Therapie gemalten Bildern ausführlicher vorstellen. Das Malen und Deuten von Bildern ist Teil meiner tiefenpsychologisch orientierten psychotherapeutischen Arbeit. Bilder von Traumgehalten oder von Tagträumen (Katathymes Bilderleben), aber auch spontan ge-

malte Bilder sind hilfreich, um Konflikte sowie Ressourcen (Kraftquellen) in das Bewusstsein zu heben und zu bearbeiten bzw. zu nutzen.

## 2 Einstimmung zum Post-Abortion-Syndrom mit Bildanalyse

Zur Einstimmung in das Thema stelle ich das Bild einer Patientin vor, welche ihre innere Verfassung ca. 15 Jahre nach einer Abtreibung in der 12. Schwangerschaftswoche auf meine Anregung hin im Rahmen der Psychotherapie gemalt hat. Die Patientin kam aufgrund massiver Ängste und Panikattacken, an welchen sie seit ca. einem Jahr vor Therapiebeginn litt, sowie wegen einer depressiven Erkrankung in Behandlung. Sie konnte aufgrund der Schwere der Symptomatik ihrem Beruf als Grundschullehrerin nicht mehr nachgehen. Auch die Versorgung ihrer zwei geborenen Kinder überforderte sie zunehmend. Die Beziehung zu ihrem Ehemann, welcher auch Vater des abgetriebenen ersten Kindes ist und in den letzten Jahren alkoholkrank wurde, gestaltete sich zunehmend konflikthafter.

*Ich bitte Sie, das Bild 1 (siehe Seite 59) kurz auf sich wirken zu lassen.*

In einer tiefenpsychologisch ausgerichteten kurzen Deutung möchte ich einige Aspekte des Bildes beschreiben und in der Sprache der Symbolik verständlich machen.

Sie sehen einen winterlich kargen Wald, Ausdruck der depressiven Grundstimmung der Patientin. In einer Erdhöhle verborgen hat sich die Patientin gezeichnet. Sie hält ein Kind in den Armen. Die Erdhöhle steht symbolisch für das Verdrängte, um das es geht, hier die Beziehung zum ersten abgetriebenen Kind. Diese Beziehung wurde verdrängt, von der Erde gebracht. Das Symbol Höhle steht assoziativ auch für die Gebärmutter – also den Ort, an welchem das Kind getötet und die Beziehung zerstört wurde. Die Patientin schwebt sitzend über dem Boden als Ausdruck dafür, dass sie sich in der Auseinandersetzung mit ihrem ungeboren getöteten Kind noch nicht geerdet hat. Eine bewusste Auseinandersetzung mit der emotional belastenden Erfahrung der Abtreibung und dem Zusammenhang mit den Symptomen der psychischen Erkrankung hatte noch nicht stattgefunden.

Die Patientin hat sich selbst und das Kind gesichtslos gezeichnet. In der Deutung spielen hier die zerstörte Beziehung zum Kind und auch die Scham, das Kind seinem gewaltsamen Tod preisgegeben zu haben, eine Rolle. Das Gesicht des Kindes hat die Mutter nie geschaut und sie selber hat in der Beziehung zum Kind durch die Abtreibung im übertragenen Sinne ihr Gesicht verloren. Die Patientin ist umgeben von einem hellgelben Lichtschein, welcher auch das Kind in ihren Armen leuchten lässt. Trotz grosser Schwierigkeiten in Bezug auf einen Glaubenszugang wollte die Patientin mit diesem Licht ihre Hoffnung zum Ausdruck bringen. Sie hofft, dass ihr Kind bei Gott lebt und dass ihre Mutter-Kind-Beziehung in Seiner Liebe Heilung finden kann. Die Schatten rechts am Bildrand weisen auf vorhandene Ängste und Zweifel an dieser Hoffnung hin.

Das Bild erinnert in der Darstellung von Mutter und Kind in einer Höhle an weihnachtliche Krippenbilder. Tief in der Patientin leben diese christlichen Motive ihrer Kindheit, zu welchen sie zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Bildes kaum Zugang hatte. Die Sehnsucht nach der Wiedervereinigung von Mutter und Kind, nach Versöhnung mit dem abgetriebenen Kind und mit Gott als Quelle des Lebens wurden bildlich von der schwer kranken Patientin dargestellt.

Nach dieser kurzen Falldarstellung werde ich nun in einem theoretischen Teil versuchen, einen Einblick in die Thematik der posttraumatischen Belastungsstörung zu vermitteln, um den Zusammenhang mit der posttraumatischen Belastungsstörung deutlich werden zu lassen.

### **3 Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)**

#### **3.1 Historische Entwicklung**

In diesem Abschnitt beziehe ich mich auf Daten, welche in der Publikation von Dr. Klaus Krippner und Dipl.-Psych. Beate Steiner verwendet wurden.<sup>1</sup>

Die Übertragung des Traumabegriffes auf die psychische Ebene beginnt in der Zeit der Erforschung der Neurosen. 1888/1889 gebraucht der Neuropathologe Oppenheimer erstmals den Terminus „trauma-

---

<sup>1</sup> Klaus Krippner, Beate Steiner, Seminar in Katathym Imaginativer Psychotherapie (KiPt), 2004/2005.

tische Neurose“. Auch die Begründer der Psychoanalyse, Sigmund Freud (1856 – 1939) und Pierre Janet (1859 – 1947), entwickelten eigenständige Ansätze und Beiträge zur modernen Psychotraumatologie. Janet beschrieb als erster Gedächtnisstörungen, welche mit Traumatisierungen einhergehen. Er zeigte unter anderem durch den Einsatz von Hypnose, dass traumatische Erinnerungen abnormal, getrennt vom übrigen Bewusstsein, gespeichert werden und definierte erstmals die Dissoziation (1889).

Freud hat bei der Beschäftigung mit dem psychischen Trauma verschiedene Phasen der Entwicklung eines theoretischen Konzeptes durchlaufen. Seine ursprüngliche Annahme (1896), dass jeder späteren hysterischen Störung eine traumatische Erfahrung, besonders durch sexuelle Verführung, zugrunde liege, ließ sich so nicht halten. Missbrauch in der Kindheit, so der heutige Wissensstand, kann ebenso zu anderen Störungen wie dem Borderline-Syndrom oder dissoziativen Störungen führen. Etwa ab 1905 arbeitete Freud den Zusammenhang zwischen kindlichen Triebwünschen und Phantasiebildungen bei der Entwicklung neurotischer Störungen heraus. In seinen „drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (1905) weist Freud auf die eigenständigen kindlichen Sexualphantasien hin.

Erstmals wird deutlich, dass Kinder gegenüber missbräuchlichem Verhalten besonders verletzlich sind. 1920 nahm Freud den Traumbegriff in „Jenseits des Lustprinzips“ wieder auf und untersuchte die Vorbedingungen und akuten Folgen der Traumatisierung sowie das Konzept vom Durchbruch des normalen Reizschutzes durch die Traumatisierung. 1926 griff Freud den Traumbegriff im Rahmen seiner zweiten Angsttheorie erneut auf. Neben unerträglichen situativen Faktoren werden inakzeptable und unerträgliche intensive Triebwünsche und -impulse als Traumfaktoren untersucht. Trauma wird in einen breiteren Zusammenhang gestellt mit ätiologischen Faktoren. Die Kindheitsentwicklung sowie interne und externe Faktoren werden in ihrer pathogenetischen (krank machenden) Bedeutung für eine Traumatisierung dargestellt. Es geht also um die zeitliche Einbindung der seelischen Phänomene in den Lebensentwurf und die Lebensgeschichte, was Freud im Begriff der Nachträglichkeit deutlich macht. Ein Beispiel sind quasi-erotische Kontakte zwischen Erwachsenen und Kin-

dern, welche in ihrer sexuellen Färbung manchmal erst in der Pubertät des Kindes ins Bewusstsein kommen und neu bewertet werden.

Das Konzept der „traumatischen Neurose“ wurde wie beschrieben im 19. Jahrhundert entwickelt und im 1. Weltkrieg ausgebaut, als die Psychiatrie mit den Opfern von Kriegsneurosen konfrontiert war. Fünfundzwanzig Jahre nach Janet beschrieb Abram Kardiner das wesentliche pathologische Element der Kriegsneurose. In der folgenden Beschreibung werden typische Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung deutlich:

*„Wenn ein Mensch von Hilflosigkeit und Angst überwältigt wird, zerbricht der gesamte Apparat, der harmonisches, koordiniertes und zielgerichtetes Handeln möglich macht. Die Wahrnehmungen werden unpräzise und von Angst überflutet, das koordinierte Funktionieren von Entscheidungen und Urteilsvermögen setzt aus ... sogar die Sinnesorgane können ausfallen ... Aggressive Impulse entladen sich chaotisch und nicht in der Situation angemessen ... In manchen Fällen funktioniert das vegetative Nervensystem ohne Verbindung zum übrigen Organismus.“<sup>2</sup>*

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit psychischer Traumatisierung wurde nach dem 2. Weltkrieg und dem Holocaust intensiviert.

Der Begriff PTSD (Post-Traumatic-Stress-Disorder) wurde zunächst im anglo-amerikanischen Bereich in der Zeit nach dem Vietnamkrieg entwickelt. Es wurden zunehmend Fälle beschrieben, in denen ehemalige Soldaten an unwillkürlich auftretenden Erinnerungsszenarien litten, welche mit verübten, erlittenen oder als Zeuge miterlittenen Traumatisierungen während der Kriegshandlungen zu tun hatten. Diese unwillkürlich anflutenden und mit starken Affekten einhergehenden Bilder führten zu einer erheblichen Beeinträchtigung der psychosozialen Leistungsfähigkeit der Betroffenen und teilweise zur Invalidisierung.

In zunehmendem Maße wurde in den nächsten Jahrzehnten der Zusammenhang mit Folter, sexuellem Missbrauch und den Folgen der Unterdrückung sozialer Minderheiten mit dem PTSD beschrieben.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> A.Kardiner und H.Spiegel in: Klaus Krippner, Beate Steiner, aaO. (Fußnote 1), S.186.

<sup>3</sup> Klaus Krippner, Beate Steiner, aaO. (Fußnote 1), Kapitel 1.

Der Zusammenhang zwischen der posttraumatischen Belastungsstörung und der Erkrankung nach Abtreibung (Post-Abortion-Syndrom) hat bislang noch wenig wissenschaftliche Beachtung und Aufarbeitung gefunden.

Ich möchte nun eine Definition der posttraumatischen Belastungsstörung versuchen und durch die einer wissenschaftlichen Arbeit entnommene folgende summarische Darstellung von Symptomengruppen<sup>4</sup> eine Hilfe zum besseren Verständnis geben.

### **3.2 Definition der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD)**

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) kann als eine durch Traumatisierung (physisch, psychisch) ausgelöste Angsterkrankung mit Störungen von körperlichen und seelischen Funktionen mit Krankheitswert definiert werden.

Zur Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) gehören vier Gruppen von Symptomen<sup>5</sup>, welche sich nach einem traumatisierenden Ereignis einstellen und über mindestens vier Wochen bestehen bleiben. Bei früherer Symptomfreiheit wäre eine akute Belastungsreaktion als Diagnose gegeben. In der folgenden Auflistung werden die vier zur Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) notwendigen Kategorien von Störungen dargestellt.

### **3.3 Diagnosekriterien**

#### **Intrusion** (Aufdrängung, Störung)

- Unwillkürlich wiederkehrende Erinnerungen an das Trauma
- Alpträume
- Psychische Stressreaktion bei Konfrontation mit Trigger-Reizen (= auslösende Reize)
- Physische Stressreaktion bei Konfrontation mit Trigger-Reizen

---

<sup>4</sup> Felix Harder, Werner Tschan, Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der hausärztlichen Praxis, Erkennen -Verstehen-Behandeln (Teil 1), SchweizMedForum 2004,4: 392 ff., 417 ff.

<sup>5</sup> Felix Harder, Werner Tschan, aaO. (Fußnote 4).

## **Vermeidung**

- Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Erinnerungen zum Traumakontext
- Vermeidung entsprechender Reize in Medien (z.B. Zeitungen, Fernsehen)
- Versuch, das Geschehene zu verdrängen
- Dissoziative Störungen
- Teilamnesie oder komplette Amnesie für den Vorfall / die Vorfälle
- Zusammenhang der Störungen mit dem Trauma oft nicht bewusst

## **numbing** (numb – taub, gefühllos)

- Emotionale Abstumpfung, Isolation
- Teilnahmslosigkeit, kein Mitgefühl für andere
- Sozialer Rückzug, Suchtgefahr
- Verlust sozialer Beziehungen, Partnerschaft, Ehe
- Depressions- und Suizidgefahr

## **hyperarousal** (übererregt)

- Hypervigilanz (überwach / angstbedingte Katecholaminausschüttung)
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Emotionale Labilität, erniedrigte Schwelle für aggressive Ausbrüche
- Gesteigerte Schreckhaftigkeit

Die Häufigkeit der PTSD beträgt in der Allgemeinbevölkerung ca. sechs bis acht Prozent.

Neue Studien aus den USA<sup>6</sup> geben Hinweise auf eine Prävalenzrate (Verbreitung) von zwölf bis vierzehn Prozent in der Bevölkerung. Bei der Unterscheidung der verschiedenen Untergruppen der PTSD ist der Zeitfaktor von wesentlicher Bedeutung.

---

<sup>6</sup> Rachel Yehuda, Risk factors for posttraumatic stress disorder, American Psychiatric Press, Washington DC 1999.

Die *akute PTSD* zeigt den Beginn der Symptome innerhalb von ein bis drei Monaten nach dem Trauma. Die *chronische PTSD* wird durch Symptome typischerweise mehr als drei Monate nach dem Trauma deutlich. Die *PTSD mit verzögertem Beginn* ist häufig besonders schwer in ihrem Zusammenhang mit dem Trauma zu diagnostizieren, da die Symptome erst sechs Monate bis Jahre nach der oder den traumatisierenden Erfahrungen beginnen.

Die Dauer der Erkrankung ist höchst unterschiedlich und kann Monate, Jahre oder Jahrzehnte betragen. Auch die Kombination und Ausprägung der Symptome kann abhängig von verschiedenen Faktoren wie individuellen Charaktereigenschaften, Beginn, Häufigkeit und Schwere der Traumatisierung sowie vorhandener oder fehlender Unterstützung im psychosozialen Umfeld höchst unterschiedlich sein.

### 3.4 Verteilung und Folgen der PTSD

Auffällig ist die unterschiedliche Geschlechterdisposition von zwei zu eins (Frauen : Männer)<sup>7</sup>. Hier spielt die höhere Gefährdung der Mädchen und Frauen in Hinblick auf eine sexuelle Traumatisierung sicher eine große Rolle. Auch Fehl- und Totgeburten sind in ihrer traumatisierenden Bedeutung meiner Meinung nach bislang noch zu wenig beachtet worden. Bei einer zunehmenden Häufigkeit der traumatischen Erfahrung durch Abtreibung ist nach meiner Einschätzung hier ein weiterer wesentlicher Faktor für den Überhang von Frauen, welche an einer PTSD in Form des Post-Abortion-Syndroms leiden, gegeben. Es ist dringend geboten, durch groß angelegte Forschungsprojekte Klarheit in diese Zusammenhänge zu bringen, um effektive Ansätze zur therapeutischen Aufarbeitung entwickeln zu können.

Insgesamt wurde festgestellt, dass der wesentlichste Auslöser einer PTSD, einer traumatischen Folgeerkrankung, durch die Verletzung des Menschen durch den Menschen hervorgerufen wird („man made trauma“). Keine Naturkatastrophe hinterlässt so verheerende Folgen in der menschlichen Seele, wie sie die Traumatisierungen durch Menschen bewirken können.

---

<sup>7</sup> Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Huges M, Nelson CB, Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey, ArchGenPsychiatry 1995, 52: 1048-1060.



In diesem Zusammenhang kommt auch dem Begriff der „sozialen Kälte“ eine wichtige Bedeutung zu.

Die Verletzungen an Leib und Seele hinterlassen tiefe Spuren. Bei vom PTSD betroffenen Menschen ist die Gefahr, sich das Leben zu nehmen, also die Suizidalität, fünfzehn- bis zwanzigfach gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht. Man spricht von einer entsprechend erhöhten Komorbidität. Entsprechend zeigt die Depressionswahrscheinlichkeit gegenüber der Allgemeinbevölkerung eine Wahrscheinlichkeit der Erhöhung um fünfzig Prozent.

Durch den Versuch, eine innere Pseudodistanz oder Flucht vor den quälenden inneren Bildern und Erfahrungen als Folge der Traumatisierung zu erreichen, ist auch die Wahrscheinlichkeit, an einer Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten zu erkranken, bis zu 80 Prozent gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht.<sup>8</sup>

Die Darstellung der Diagnosekriterien wurde wie bei den zitierten Autoren in tabellarischer Form vorgenommen, um die Nutzung als diagnostisches Hilfsmittel zu erleichtern.

Die vier Kategorien zeigen höchst unterschiedliche diagnostische Kriterien, welche zum Teil (z.B. numbing / hyperarousal) gegensätzlich erscheinen. Dies liegt in der Natur der Erkrankung, da die beschriebenen Symptome nach Traumatisierung erscheinen und sowohl in die eine als auch in die andere Richtung vom Bild der Symptomatik schwanken können. So kann bei dem einen Patienten das emotional abgestumpft Wirken mit mangelndem sozialem Interesse im Vordergrund stehen, bei einem anderen Patienten kann die Übererregbarkeit mit den entsprechenden Folgen, z. B. in Bezug auf Konzentration und Schlafverhalten, kennzeichnend sein. Es können sich Mischbilder ergeben oder die Symptomatik kann einen wechselnden Schwerpunkt entwickeln. Hier spielen individuelle Persönlichkeitsmerkmale und äußere Faktoren wie psychosoziale Bedingungen eine Rolle.

---

<sup>8</sup> Felix Harder, Werner Tschan, aaO. (Fußnote 4), S. 395.

### 3.5.1 PTSD: Neuroanatomische und neurophysiologische Grundlagen

Das limbische System<sup>9</sup> ist von zentraler Bedeutung in diesem Geschehen. Es ist ein wichtiges Integrationszentrum und spielt eine wesentliche Rolle bei der Regulation vegetativer Abläufe.<sup>10</sup> Die folgenden Strukturen sind bei Traumatisierungen von besonderer Bedeutung.

Der *Thalamus* ist eine Art Relaisstation im Diencephalon (Zwischenhirn) und setzt sich aus vielen Kerngebieten zusammen. Es hat besonders starke Verbindungen zum gesamten Gehirncortex (Hirnrinde). Um sich sensibel-sensorischer Informationen bewusst zu werden, müssen die aufsteigenden Bahnen auf dem Weg zum Cortex im Thalamus verschaltet werden. Er wird deshalb als „Tor zum Bewusstsein“ bezeichnet. Im Thalamus befinden sich Opiatrezeptoren. Der Thalamus kann auf schnellstem Wege Informationen an die *Amygdala* (Mandelkern) im medialen Teil des Temporallappens (Schläfenlappen) weiterleiten. Die *Amygdala* ist in mehrere Kerngruppen gegliedert und erhält über Faserverbindungen zahlreiche Informationen aus anderen Hirnzentren. Hier werden sensorische Informationen wie Bilder, Töne und Gerüche, Temperatursignale, Tasteindrücke etc. mit Gefühlen wie Angst, Wut, Freude oder Glück verbunden. Beispielsweise wird der eine Mensch bei Anblick und Geruch (sensorische Information) einer Frühlingsblume Freude (emotionale Färbung der Information) empfinden, ein anderer Mensch wird als Allergiker mit ängstlicher Abwehr reagieren.

Die *Amygdala*-Region ist wesentlich an der Entstehung von Angst und der Veranlassung der Ausschüttung von Stresshormonen und stressassoziierten Neurotransmittern (Botenstoffe im Gehirn) beteiligt. Tiere mit zerstörter *Amygdala* verlieren die Fähigkeit zur Konditionierung (festgelegte Reaktion) auf Angstreize. In einer Gefahrensituation entscheidet das Gehirn spontan und ohne die langsamer entstehende bewusste Einschätzung der entwicklungsgeschichtlich jüngeren Teile der Großhirnrinde abzuwarten, ob Angriff oder Flucht zu erfolgen haben. Diese „fight or flight“-Impulse aktivieren eine Kaskade von Stressre-

---

<sup>9</sup> Siehe Bild 2 auf Seite 60.

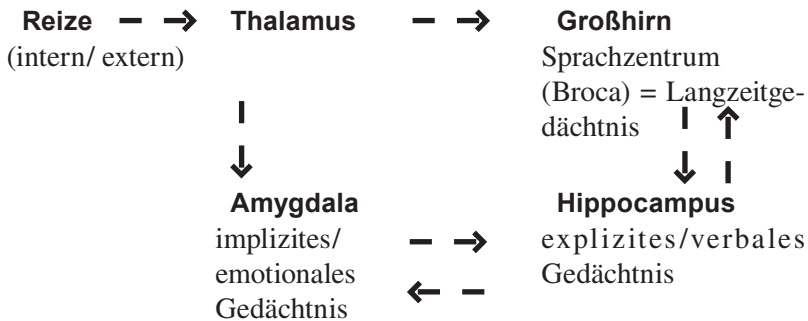
<sup>10</sup> A. Waldeyer, Anatomie des Menschen, Zweiter Teil, 13. Aufl. 1975, S.360.

aktionen und die Mobilmachung des ganzen Körpers. Hier spielen der Hypothalamus, die Schaltstelle zwischen Nervensystem und Hormonproduktion, Blutdruck und Ausschüttung von Stresshormonen eine Rolle. Der *Hypothalamus* steht als Reglerzentrale für alle vegetativen nervösen Vorgänge mit der *Hypophyse*, der Zentrale für die hormonale Steuerung, in enger Wechselbeziehung.<sup>11</sup>

Hat die Amygdalaregion die emotionale Markierung wichtiger Informationen im Sinne des impliziten / emotionalen Gedächtnisses vorgenommen, werden sie an den *Hippocampus* weitergeleitet, wo sie im expliziten / verbalen Gedächtnis im Sinne einer „cognitive map“ (Erkennungskarte) bis zu 2 Jahren gespeichert werden. Man könnte den Hippocampus als eine Art Festplatte für das Kurzzeitgedächtnis bezeichnen. Je nach Input vom Frontalhirn, das für Integration und Planung zuständig ist, werden die Erinnerungen weiter verfestigt.

Eine graphische Darstellung soll diese Zusammenhänge nochmals verdeutlichen.

### 3.5.2 Funktionschema (vereinfacht)<sup>12</sup>



<sup>11</sup> A. Waldeyer, aaO. (Fußnote 10), S.336.

<sup>12</sup> Modifiziert nach Klaus Krippner; Beate Steiner, aaO. (Fußnote 1), S.14.

### 3.5.3 Neuropathologie: Das traumatische Ereignis

Bei einem das Leitungssystem überfordernden traumatischen Ereignis ist die Nachrichtenübertragung zwischen Amygdala und Hippocampus gestört. Es kommt zu flash backs (Rückversetzungen), Ängsten und Schlafstörungen. Kernspintomographische Untersuchungen bei Vietnam-Veteranen mit posttraumatischer Belastungsstörung zeigten eine Verkleinerung des Hippocampus von 5 bis 25 Prozent gegenüber gesunden Personen sowie die Erniedrigung eines chemischen Markers (N-Acetylaspartat) um 23 Prozent in der Kernspin-Protonenspektroskopie (bildgebendes Verfahren) als Hinweis für Schäden an Nervenzellen. Diese Befunde fand man auch bei missbrauchten Kindern im Hippocampus.<sup>13</sup>

Eine bedrohliche Situation wird also zunächst von der Amygdala festgestellt. Dies geschieht automatisch und ohne Zutun des Großhirns. Die Entscheidungsfindung zwischen Amygdala und Hippocampus wird schlichtweg gekappt. Große Teile der Nachrichten werden gar nicht an das explizite / verbale Gedächtnis weitergeleitet, sondern vom impliziten / emotionalen Gedächtnis gesteuert. Durch diese Trennung wird die Reaktionszeit stark beschleunigt. Wo das Großhirn einige Sekunden zur Informationsverarbeitung benötigen würde, kann durch die beschriebene Umvernetzung die Entscheidung über Flucht oder Verteidigung sehr viel schneller gefällt werden. Der Vorteil kann in der Lebensrettung liegen. Der Nachteil dieser Unterbrechung liegt in der Dissoziation. Dies bedeutet: Verschiedene Gehirnteile stehen nicht mehr miteinander in vollem Kontakt, wie oben in der traumatischen Situation beschrieben. Kommt es posttraumatisch zur Entwicklung einer PTSD, kann das unwillkürliche Überschwemmtwerden des Bewusstseins mit Bildern, Körpergefühlen und fragmentierten Erinnerungssequenzen (flash backs) sowie das Gefühl, außerhalb des Körpers „neben sich zu stehen“ (Dissoziation), die Folge sein. Was im Trauma der Lebensrettung dienen sollte, wird nun zu einem Symptom mit Krankheitswert.

---

<sup>13</sup> Gerhard Roth, Direktor des Instituts für Hirnforschung der Universität Bremen, Interview mit Wilhelm Irsch, Die Welt v. 10.09.2005.

Die traumatische Situation wird wie beschrieben abnormal im Gedächtnis gespeichert.

So kann es im Tagesbewusstsein zu flash backs in die Traumasituation kommen. Diese treten am häufigsten visuell auf. Absteigend häufig folgen Körpersensationen, Geräusche und Gerüche. Nachts stellen sich oft angstgefärbte Alpträume ein. Traumatische Erinnerungen sind in der Regel bruchstückhaft und in Form von emotional gefärbten Bildern gespeichert. Das Bruchstückhafte solcher traumatischen Erinnerungen wird von den Betroffenen häufig als Mangel z. B. in der Beweisführung bei der Rekonstruktion einer Traumatisierung angesehen. Tatsächlich spricht die fragmentierte Erinnerung aber eher für die Authentizität des Erinnernden. Bei flash backs, dem Überschwemmtwerden von traumatischen Erinnerungsbildern, wie es sich spontan oder in einer falsch ausgerichteten Psychotherapie ereignen kann, ist die Gefahr der Retraumatisierung gegeben. Bei Personen, welche experimentell mit ihrem Traumabericht konfrontiert wurden, zeigte sich, dass häufig das in der linken Gehirnhälfte (Gehirnhälfte) gelegene motorische Sprachzentrum vorübergehend inaktiv blieb. Es entstand der Zustand von „speechless terror“, vom sprachlosen Terror, von welchem Traumaopfer immer wieder berichten.<sup>14</sup>

Ziel der Traumatherapie ist es, die bildlich-emotionale (implizites Gedächtnis) und verbale Erfahrungsebene (explizites Gedächtnis) der traumatischen Erfahrung wieder miteinander zu verbinden und sie aus dem „speechless terror“ zu befreien.<sup>15</sup> Dies kann im Laufe der Therapie zu einer Neuausbildung von Neuronen führen, welche die geordnete Abfolge von integrierter Erinnerung wieder ermöglichen.

### **3.5.4 Die *katathym-imaginative Psychotherapie (KiP)* und die *katathym-imaginative Psychotraumatherapie (KiPt)***

Das Katathyme Bilderleben (KB), wie die Methode zunächst hieß, wurde erstmals 1954 von dem Göttinger Arzt und Psychoanalytiker

---

<sup>14</sup> Klaus Krippner, Beate Steiner, aaO. (Fußnote 1), Kapitel 4.2. (4.:Die basalen Dimensionen von Traumaverarbeitung und Symptomproduktion. 4.2: Intrusion).

<sup>15</sup> Klaus Krippner, Beate Steiner, aaO. (Fußnote 1), Kapitel 4.2., s.Fußnote 14.

H. K. Leuner publiziert. Katathym bedeutet aus dem Griechischen übersetzt: „gemäß der Seele, der Emotionalität“. Leuner selbst schreibt in seinem Vorwort zum Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens: „Die Imaginationen im Tagtraum bieten ... Therapeuten und Patienten eine außerordentliche Möglichkeit, die latenten Selbstheilungstendenzen der Psyche zu erschließen und zu entfalten“. Im weiteren Verlauf des gleichen Textes schreibt Leuner: „Das theoretische Konzept des KB beruht auf der Tiefenpsychologie, vor allem ihrer jüngeren Entwicklung. Aber auch die analytischen Richtungen der Individualpsychologie, der Jung'schen Schule und der Daseinsanalyse könnten eine theoretische Grundlage für das KB bilden“<sup>16</sup>.

In der Tat nutzen verschiedene Schulen und Verfahren die Fähigkeit des Menschen, in Bildern emotionale Zusammenhänge abzuspeichern und abzurufen. Sowohl Freud als auch C.G. Jung wussten um diese Möglichkeit des Imaginierens. Die katathym-imaginative Psychotherapie (KiP) hat eine Systematik der Bildmotive entwickelt, welche in Motiven der Grund-, Mittel- und Oberstufe Schritt für Schritt mit dem Patienten in seinem imaginativen Erleben voranschreiten. So können sich psychodynamische Prozesse und unbewusste Konflikte auf der Symbolebene manifestieren. Heute ist das Verfahren der KiP in das Setting tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie eingebettet und arbeitet mit Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsphänomenen sowohl auf der Symbolebene als auch in der direkten Interaktion zwischen Patient und Therapeut.

Mit der Annäherung an verdrängte und unter Umständen im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen verloren gegangenen Erinnerungssequenzen kann sich der Weg in dem Tagesbewusstsein verloren gegangene Konflikte und Traumata eröffnen.

Hier ist der Bereich der KiPt, der katathym-imaginativen Psychotherapie.

Im Rahmen der psychotherapeutischen Annäherung an Traumatisierungen gilt es, wie beschrieben, die Retraumatisierung zu vermeiden. Es ist von größter Bedeutung, dass eine vertrauensvolle und stabile Übertragungsbeziehung zwischen Therapeut und Patient besteht und

---

<sup>16</sup> Hanscarl Leuner, Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens, 2.Aufl. 1987, Hans Huber, Bern, S. 7.

auf der imaginativen Ebene ein sicherer und geschützter Raum etabliert wird.

Die Basis in der Behandlung von Traumatisierungen ist in Ich-stützensden und Ich-stabilisierenden Motiven und Vorgehensweisen zu sehen. Die KiPt bereitet in einem gestuften Vorgehen mit Hilfe von im Tagtraum imaginierten Szenen die PatientInnen darauf vor, sich Schritt für Schritt und abgestützt durch Ressourcen wie dem „sicheren und geschützten Ort“ sowie „inneren Helfern“ mit traumatischen Erfahrungen auseinanderzusetzen und sie in die eigene Lebensgeschichte und das eigene Selbst zu integrieren. Leuner, Fischer und Ridesser (1998), Reddedemann und Sachse (1996) sowie Krippner und Steiner (2004/2005) sind hier federführend für die Entwicklung dieser Methode zu nennen.<sup>17</sup>

Traumata werden, wie wir sahen, bevorzugt in Bildern zentral gespeichert. Die Reorganisation der unterbrochenen Verbindungen zwischen Amygdala und Hippocampus ist in einer mit Bildern arbeitenden tiefenpsychologisch ausgerichteten Methode wie dem Katathymen Bilderleben möglich. So können schrittweise das Trauma in den gesamten Lebenskontext integriert und Folgen der traumatischen Erfahrung wie die unwillkürlichen Wiederholungen (flash backs) sowie weitere Folgen (z. B. Dissoziation) gemildert oder aufgehoben werden.

Es wird traumatherapeutisch auch mit anderen Verfahren, z. B. der Verhaltenstherapie, gearbeitet.

## **4 Post-Abortion-Syndrom (PAS)**

### **4.1 Definition**

Das Post-Abortion-Syndrom ist eine seelische Erkrankung nach Abtreibung mit psychosomatischer Symptomatik, die in einem zeitlich variablen Intervall auftritt.

Das PAS ist eine Sonderform von PTSD (Post-Traumatic-Stress-Disorder). Der Zusammenhang mit dem Trauma (Abtreibung) wird oft verdrängt. Der Zusammenhang mit körperlichen / seelischen Störungen ist für Betroffene und Helfer (s. PTSD) oft nicht direkt erkennbar.

---

<sup>17</sup> Klaus Krippner, Beate Steiner, aaO. (Fußnote 1).

Ich fasse die typischen seelischen und körperlichen Störungen des Post-Abortion-Syndroms erneut der Übersichtlichkeit halber in Tabellen zusammen, um einen schnelleren Zugriff auf diese Daten zu ermöglichen.

#### 4.2 Typische seelische Störungen:

- Depressionen (reaktiv, neurotisch; z. T. larviert), mit Antriebs- und Schlafstörungen, Alpträume, z. T. mit Wiederholungsneigung
- Angsterkrankung, Panikattacken
- Autoaggressive Impulse, Selbstbestrafungstendenzen, Suizidalität
- Schuldkomplexe, Beziehungsstörungen (Trennung, Scheidung), Überbehüten geborener Kinder (Post-Abortion-Surviver-Syndrom; Prof. Philip Ney, Kanada)
- Auslösen oder Verstärken von Essstörungen
- Suchtentwicklung
- Psychosemanifestation

#### 4.3 Typische körperliche Störungen:

Psychosomatische Erkrankungen mit Organmanifestation je nach Disposition: Z. B. Migräne, Rückenbeschwerden, asthmatische Beschwerden, Herzbeschwerden, Reizmagen, Reizdarm, Menstruationsbeschwerden, Hauterkrankungen.

Bislang ist eine weitgehende *kollektive Verdrängung des PAS* als Erkrankung in Wissenschaft und Politik festzustellen, weil nicht sein kann, was nicht sein darf.

*Statistische Untersuchungen* zu „Risiken und Nebenwirkungen“ der Abtreibung, wie bei jedem anderen Eingriff / Medikament vorgeschrieben, sind mangelhaft. Longitudinalstudien (Studien über einen Zeitraum) und Transversalstudien (Studien in einer größeren Gruppe) sind nicht bekannt.



#### 4.4 Typische Zeiten der Manifestation des PAS:

- unmittelbar nach der Abtreibung
- nach einer Phase der vermeintlichen Entlastung Wochen oder Monate nach der Abtreibung
- um den Geburtstermin des abgetriebenen Kindes
- zum Tötungstermin = Sterbetag des Ungeborenen
- bei erneuter Schwangerschaft und Geburt selbst oder im sozialen Umfeld
- bei schwerer Erkrankung oder Unfall geborener Kinder
- nach einem Todesfall; das abgetriebene Kind hat kein Grab, sondern wurde als Organmüll entsorgt, fehlender Ort der Trauer
- nach Trennung oder Scheidung
- nach dem Auszug der Kinder
- Klimakterium (Wechseljahre)
- Konfrontation mit dem eigenen Tod

Zur *Häufigkeit des PAS* gilt: Jede Abtreibung ist ein Trauma. Aufgrund einer noch geringen Zahl von wissenschaftlichen Untersuchungen bleibt es der zukünftigen empirischen Forschung vorbehalten, hier statistisch abgesicherte Größenordnungen zu benennen.

Aufgrund von Schätzungen muss davon ausgegangen werden, dass ca. 80 Prozent der Frauen nach einer Abtreibung seelisch und/oder körperlich bzw. psychosomatisch traumatisiert wurden bzw. Symptome zeigen. Ein Anliegen dieses Artikels ist es, auf die Dringlichkeit einer vertieften Exploration der realen Situation hinzuweisen. Mir ist es ebenso ein Anliegen, die Zusammenhänge zwischen der posttraumatischen Belastungsstörung und dem Post-Abortion-Syndrom zu verdeutlichen.

## 4.5 Zusammenhang zwischen PTSD und Post-Abortion-Syndrom

Zahlreiche Symptome von Frauen, welche am Post-Abortion-Syndrom leiden, finden sich beim Vergleich in den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung. Ich zeige Ihnen nun eine typische Auflistung von Traumen und Entwicklung einer PTSD (posttraumatischen Belastungsstörung).<sup>18</sup>

**Tabelle: Häufigkeit von Traumen und Entwicklung einer PTSD**

	Häufigkeit	Inzidenz von PTSD
Vergewaltigung	5,5	55,5
Sexuelle Belästigung	7,5	19,3
Krieg	3,2	38,8
Drohungen mit Waffen	12,9	17,2
Körperliche Gewalt	9,0	11,5
Unfälle	19,4	7,6
Zeuge (von Unfällen, Gewalt)	25,0	7,0
Feuer-/Naturkatastrophen	17,1	4,5
Misshandlungen in der Kindheit	4,0	35,4
Vernachlässigungen in der Kindheit	2,7	21,8
Andere lebensbedrohliche Situationen	11,9	7,4
Andere Traumen	2,5	23,5
Irgendein Trauma	60,0	14,2

In der dargestellten Tabelle kommt der Begriff des Post-Abortion-Syndroms nicht vor. Wir dürfen das PAS unter den Rubriken „Andere Traumen“ (2,5% Häufigkeit) oder „Irgendein Trauma“ (60% Häufigkeit) vermuten.

---

<sup>18</sup> Felix Harder, Werner Tschan, aaO. (Fußnote 4), S. 396.

Hier bildet sich ab, was der Schweizer Tiefenpsychologe C. G. Jung (1875–1961) mit dem Begriff der „kollektiven Verdrängung“ beschrieben hat.

Bei geschätzten 800 bis 1000 Abtreibungen pro Werktag in Deutschland sind täglich ca. 1600 bis 2000 Männer und Frauen in die Abtreibung ihrer ungeborenen Kinder involviert.

Hinzu kommt die Zahl der durch die Abtreibung eines Geschwisterkindes involvierten Kinder sowie den Beratungsschein ausstellende Institutionen, die abtreibende Ärzteschaft und das Pflegepersonal.

Kollektive Verdrängung findet immer dann statt, wenn ein schuld- und schambesetztes Thema auf diese Weise scheinbar besser ertragen werden kann. Der Preis im Falle des Post-Abortion-Syndroms liegt in den fehlenden wissenschaftlichen Untersuchungen zur Benennung der Folgen der vorgeburtlichen Kindstötung für die Beteiligten. Ohne breite Erforschung der Erkrankungshäufigkeit und Erkrankungsweise der Frauen (und Männer) psychisch und physisch bzw. psychosomatisch nach Abtreibung wird es jedoch dabei bleiben, dass viele Betroffene die Praxen von Allgemeinmedizinerinnen, Frauenärzten, Orthopäden u. a. aufsuchen und an unspezifischen Symptomen leiden, deren gemeinsamer Nenner weder von den Erkrankten noch von den Ärzten oder Therapeuten zu finden ist. Bei den Psychiatern und Psychotherapeuten stehen wir in weiten Kreisen ebenfalls vor dem beschriebenen Phänomen der dem Tenor des Zeitgeistes entsprechenden kollektiven Verleugnung und Verdrängung dieses Krankheitsbildes sowie der Subsumierung unter andere Krankheitsbilder den gängigen Termini entsprechend. Persönliches Involviertsein in das Post-Abortion-Syndrom auf therapeutischer Seite kann dann zu einem Bündnis des Schweigens über die Traumatisierung durch Abtreibung mit den entsprechenden Folgen für den zu erwartenden Erfolg der psychotherapeutischen Arbeit führen. Wir kennen das Phänomen der Symptomverschiebung (z. B. erst Angstsymptome, nach deren Sistieren depressive Symptome) oder der Psychosomatisierung als Folge einer therapeutischen Behandlung, welche an Symptomen laboriert, statt bis zum Focus (z. B. PAS) vorzudringen.

## 4.6 Falldarstellung aus ärztlich-therapeutischer Arbeit

Abschließend soll der Fall einer Frau vorgestellt werden, die am PAS leidet. Mit ihr leiden der Mann, welcher ebenfalls Symptome des PAS zeigt, und das wenige Monate alte Kind, welches in der depressiv belasteten Atmosphäre heranwachsen muss.

Im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit bat ich die Patientin zu malen, wie sie sich fühlt. Wie schon beschrieben, sind Emotionen vorwiegend bildlich gespeichert. Das Sichtbarmachen dieser inneren Bilder ist ein therapeutischer Schritt, welcher eine erste Distanzierung von der emotionalen Erstarrung im Trauma bedeutet. Im Gespräch über das gemalte Bild werden oft lang zurückgehaltene Gefühle und Assoziationen freigesetzt.

### 4.6.1 Deutung der Bilder

#### 4.6.1.1 Bilder der Patientin (siehe ab Seite 61)

Die Patientin hat sich links von der Bildmitte in einem Käfig dargestellt. Bei einer Ausschnittsvergrößerung (siehe Bild 4, Seite 62) wird deutlich, dass die Frau in dem Käfig weder Hände noch Füße hat. Dies korrespondiert mit dem Erleben der Patientin, nicht mehr auf dem Boden des täglichen Geschehens zu stehen, sondern abgehoben zu sein. Sie hat den Kontakt zum Leben verloren.

Sie kreist, wie sie sagt, 90 Prozent der wachen Zeit um die Abtreibungsthematik und die Schuldzuweisung an sich und an ihren Ehemann. Sie ist depressiv gestimmt, sie hat ihren Antrieb verloren. Dies drückt die Patientin bildlich in den fehlenden Händen aus. Sie kann nicht mehr zufassen, nicht mehr ihr Leben gestalten. Der Mund ist traurig herabgezogen, die Augen schauen wie erschrocken. Die Frau steht in einem roten Hintergrund. „Dies ist das Blut meines ungeborenen Kindes, welches ich vergossen habe.“ So beschreibt sie selbst, was die rote Farbe bedeutet. Das „Warum, warum haben wir das getan?“ kommt in dem Fragezeichen zum Ausdruck, so sagt sie. Sicher ist auch die Frage des Ausgangs aus dem Gefängnis von Schuld und Depression in dem Fragezeichen symbolisch dargestellt. Unter dem Käfig mit der Frau hat sie ihren Mann gezeichnet (siehe Bild 3, Seite 61). In ei-

ner Sprechblase ruft er seiner Frau „Ich liebe Dich“ zu, aber seine Worte und ihre Bedeutung kann die Frau nicht annehmen. Im linken Bildteil soll der blaue Weg die gemeinsame Zeit darstellen. Die Sonne links oben, das Paar, darunter die Weltkugel und ein Flugzeug: Erinnerungen an die im Rückblick unbeschwerten Jahre, in denen sie ihren Wunscherfüllungen lebten, durch die Welt reisten. Unten links sprechen die lilafarbenen Striche von den Ehejahren. Die dunklen Haken sollen, so die Patientin, verdeutlichen, wie etwas Dunkles immer mehr in ihre Beziehung hineindringen konnte. „Wir haben zwar kirchlich geheiratet“, so sagt sie, „aber das war nur der Form halber. Wir haben nicht gebetet miteinander. Mein Mann stammt aus einem protestantischen Elternhaus und war fast ein Atheist geworden. Ich stamme aus einem katholischen Elternhaus, aber der Glaube war in mir wie tot. So konnte „der Gehörnte“, wie die Patientin sagt, „zuschlagen.“ „Der dunkle, quer verlaufende Pfeil stellt die Abtreibung dar, wo er zugeschlagen hat. Eigentlich träumten wir von einem gemeinsamen Haus mit Garten“, so hat es die Patientin im oberen Bildteil gemalt. „Warum haben wir das getan?“ Diese Frage quält die Patientin zu jeder wachen Stunde. Sowohl die Patientin als auch ihr Ehemann haben sich auf den Weg in den Glauben gemacht, wobei der Ehemann daran denkt, zu konvertieren. Beide haben mehrfach gebeichtet, aber die Versöhnung können sie weder im Glauben von Gott für sich in der Tiefe annehmen noch sich gegenseitig schenken. Als vor wenigen Monaten ein Kind geboren wurde, hofften beide, sich in dem Kind versöhnen zu können.

Das Kind kam nach über 25 Stunden Wehen und Geburtsstillstand durch Sectio (Kaiserschnitt) zur Welt. Unter der Geburt in den Wehen quälten die Patientin die Gedanken an ihr durch Abtreibung gestorbene Kind. Sie konnte sich körperlich nicht für das zweite Kind unter der Geburt öffnen, wie sie es unter dem Eindruck der ständig sich wiederholenden Schuldphantasien auch seelisch bis heute nicht kann. Hebammen berichten, dass gerade in der Geburtssituation frühere Abtreibungen Thema werden und sie gerne zuvor darüber Bescheid wissen, da mit Komplikationen wie in diesem Fall in einem höheren Prozentsatz zu rechnen ist. Im Bild sehen wir das Kind im Lichte strahlend, von Gott (die Hand aus der blauen Wolke) geschenkt, vom Storch getragen. Das Kind erreicht die Mutter im Käfig aber nicht, die Eltern

können es nicht wirklich empfangen, da sie blockiert sind in Schuldzuweisungen und Streit. Die Mutter liebt das Kind und kann sich nicht an ihm freuen, der Vater liebt das Kind und kann seine Freude nicht teilen. Auch das Kind ist außerhalb des Käfigs, auch die Beziehung zum Kind ist von Anfang an überschattet und gestört durch das Fixiertsein der Mutter auf die Abtreibungsthematik.

So beginnt dann das Post-Abortion-Surviver-Syndrom, die Erkrankung der überlebenden Kinder einer Familie. Oft wissen sie gar nichts von ihrem abgetriebenen Geschwisterkind, ihren abgetriebenen Geschwistern, aber ein Schatten liegt von Anfang an über der Beziehung zwischen Mutter und Kind, zwischen Vater und Kind mit all seinen Folgen für die psychische Gesundheit des geborenen Kindes. Auch das Überbehüten als Folge der Bestrafungsphantasien ist eine typische Post-Abortion-Reaktion.

Der Anfang dieser Entwicklung wird in der Deutung der Mutter sichtbar, ihr Kind sei als Strafe Gottes erkrankt und ihr stünde so ein gesundes Kind gar nicht zu, als es kurz nach der Geburt für einige Tage in eine Kinderstation verlegt werden musste. Durch Überbehüten wird die natürliche Entwicklung und Expansionskraft des Kindes erneut wie durch einen Käfig blockiert. Im rechten Bildteil sind Paare mit Kindern dargestellt, „ha ha“ steht daneben. „Die lachen miteinander, die können sich freuen, die lachen mich aus“, so die Patientin. Auch die sozialen Kontakte zu anderen Müttern und Familien sind blockiert durch das Gefangensein in den kreisenden Gedanken. Die Patientin isoliert sich auch, weil die anderen von der Abtreibung nichts wissen sollen. Dies ist eine typische Vermeidungsreaktion bei scham- und schuldbesetzter Thematik. Die ganze Familie ist isoliert mit den entsprechenden psychosozialen Folgen. Die Blume rechts unten im Bild hat keine Wurzeln. Die Tulpe soll als Frühlingsblume die Lebensfreude symbolisieren, zu welcher die Patientin keinen Zugang mehr hat. Sie kann den Frühling des Lebens ihres geborenen Kindes nicht mit Freude erleben.

Auch der Ehemann hat eine kleine Skizze gezeichnet, um seine Gefühlslage auszudrücken.

#### 4.6.1.2 Bilder des Ehemannes (siehe Seite 62)

Er leidet ebenfalls an einem PAS mit einem Schwerpunkt bei der Symptomatik von Schuldzuweisungen an sich und depressiv gefärbten Bestrafungsphantasien. Die Untersuchung des Post-Abortion-Syndroms bei an Abtreibung beteiligten oder durch die Abtreibung ihres Kindes gegen ihren Willen traumatisierten Männern ist noch weiter verdrängt als die Erkrankung der Frauen. Dem Mann gehen Sätze durch den Kopf, wie: „Du bist ein Versager, Du hast Deine Frau und Dein Kind nicht geschützt. Ich verlange, dass ich leide. Du bist ein Feigling, dass Du Dich nicht aufhängst.“ In seiner Skizze hat der Mann links oben seine Frau gezeichnet, wie sie sich ständig selbst verletzt. Er hat dies durch eine Wunde an ihrem Kopf dargestellt. Unbewusst haben beide eine verhängnisvolle Übereinkunft, sich selbst zu quälen und das Gequältwerden durch den anderen als Bestrafung zu tolerieren. So sind sie im Teufelskreis ihrer Schuldphantasien gefangen. Im zweiten Bild hängt der Mann wie eine Marionette hilflos an der Hand seiner Frau. „Ich komme nicht an sie ran und ich kann mich nicht entfernen.“ Er ist ohnmächtig ihren aggressiven Projektionen ausgeliefert. Da er sich innerlich den Auftrag gab zu leiden, nimmt er die aggressiven Ausbrüche seiner Frau gegen ihn oft stumm und versteinert hin.

Die rechte Hand der Frau ist zur Faust geballt und verdeutlicht ihre Wut auf den Ehemann, welche sich in täglichen Kleinkriegen entlädt. Das linke untere Bild zeigt den Ehemann, wie er versucht, über den steinigen Weg der gemeinsamen Vergangenheit (Abtreibung) mit der gemeinsamen Schuld zum Licht zu gehen, neu zu beginnen. Er versucht, seine Frau an die Hand zu nehmen, aber sie schaut zurück in die Vergangenheit und kann sich nicht ein Leben (Symbol Sonne) mit Mann und Kind zugestehen. Unbewusst lebt sie in der Vorstellung, durch ihre Rückkehr in das gelebte Leben ihr abgetriebenes Kind erneut zu verraten.

#### 4.6.2 Biographische Aspekte, Entwicklung zur Abtreibung

Ein kurzer Blick in die Biographie kann die Hintergründe der Abtreibung und typische Rahmenbedingungen verdeutlichen.

Die Patientin entstammt einer Familie mit rigidem Erziehungsstil. Widerworte oder Auflehnung gegen den väterlichen Willen gab es für sie nicht. Die Mutter lebte ebenfalls in Unterwerfung unter den väterlichen Willen. Die Patientin heiratete mit 20 Jahren einen Mann, welcher sich von seiner Mutter und deren Überbehütung als einzigem Sohn nur unzureichend gelöst hatte. Der Vater war selten da, arbeitete viel. Später ließen sich die Eltern scheiden. Die Beziehung zwischen den beiden hatte symbiotische Seiten eines übergroßen Nähebedürfnisses zur je eigenen psychischen Stabilisierung. Dies wurde nicht erkannt und entsprechend nicht therapeutisch bearbeitet. Das Verklammertsein aneinander stand dem Wunsch nach einem Kind entgegen.

Die Patientin verhütete über viele Jahre durch Einnahme eines Ovulationshemmers. Als sie das 30. Lebensjahr überschritten hatte, spürte sie öfter den Wunsch nach einem Kind. Aber sie konnte dies über längere Zeit ihrem Mann nicht vermitteln. Nach langen Diskussionen entschied das Paar sich, die „Pille“ abzusetzen und zu anderen Verhütungsmitteln zu greifen. Als sie einige Jahre später für einige Monate nicht verhütet hatten, wurde die Frau nach 15 Jahren Ehe mit 35 Jahren schwanger. Es war an einem Wochenende, als die Menstruation ausblieb. Die Patientin war überrascht, dass sie nicht voller Freude war. Sie bemühte sich um eine Beratung, ob diese Reaktion denn „normal“ sei. Bei „pro familia“ bot in ihrem Wohnort eine Ärztin am folgenden Montag einen Beratungstermin an. Die Patientin dachte sich: „Die ist Ärztin, macht Beratungen, ist Gesprächstherapeutin. Die wird mir bestimmt erklären können, warum ich mich nicht richtig freue.“ Sie beschloss, mit ihrem Mann gemeinsam den Beratungstermin wahrzunehmen und dort auch den Schwangerschaftstest machen zu lassen. Sie berichtete mir, sie habe nicht gewusst, dass Konfliktberatung gleichbedeutend sei mit dem Nachdenken über Schwangerschaftsabbruch. An Abtreibung habe sie gar nicht gedacht und habe eine „eher ablehnende Einstellung“ zur Abtreibung gehabt. „Wir haben sogar Tiere geschützt. Ich nahm eine tote Maus vom Weg und deckte sie mit einem Blatt zu.“

Am kommenden Abend ging das Ehepaar zum Beratungstermin. Der Schwangerschaftstest war positiv. Die Patientin berichtet: „Ich sah, dass ich schwanger war, aber ich hatte nicht begriffen, dass ich mit



meinem Kind schwanger war.“ Die Ärztin ließ dem Ehepaar keinen Raum, die eigene Reaktion auf die nun festgestellte Schwangerschaft zu erfassen. Sie blieb im Raum und sprach gleich davon, „dass es auch noch eine andere Lösung gäbe“.

„Dieser Satz bahnte unsere Gedanken an Abtreibung.“ Auch ein anderer Satz blieb bei der Schwangeren haften: „Manche Frauen müssen erst schwanger werden, um zu erkennen, dass sie keine Mutter sein wollen“. Diese Aussagen vertieften die Ambivalenz der Schwangeren. Ihr Ehemann berichtet, von den endlosen Gesprächen und der psychischen Veränderung seiner Frau „genervt“ gewesen zu sein. Er wünschte sich die Frau zurück, mit welcher er viele Jahre unbelastet verbracht hatte, und tendierte mehr und mehr dazu, den „Störfaktor“ zu beseitigen. Nach vier Wochen wurde ein Abtreibungstermin vereinbart, welchen die Patientin aber nicht wahrnahm. Sie suchte mit ihrem Mann „donum vitae“ auf und erhoffte sich insgeheim Unterstützung zum Leben mit dem Kind, konnte dies aber nicht aussprechen. Sie erfuhren eine „ergebnisoffene Beratung“ ohne die erhoffte Unterstützung zum Leben des Kindes hin. Sie wurde gefragt, ob sie sich vorstellen könne, zu stillen. Dies konnte sie sich nicht vorstellen, da sie noch kein Kind geboren hatte. Die Frage vertiefte den Zweifel in der Patientin, zur Mutterschaft fähig zu sein. Zum Abschied bekamen die Patientin und ihr Ehemann von der Beraterin zwei Glasmurmeln geschenkt als Erinnerung, „dass sie einmal im Leben an das Kind gedacht hätten“. Am Tag vor der Abtreibung war die Patientin in einer Buchhandlung. Sie entdeckte ein Buch über die Entwicklung des ungeborenen Kindes und staunte, dass dort zum Zeitpunkt ihrer Schwangerschaft (10. Woche) schon von einem schlagenden Herzen die Rede war. Dies war ihr nicht gesagt worden. Die Ärztin bei „pro familia“ hatte einen Ultraschall gemacht und von Schwangerschaftsgewebe gesprochen. Aus der Buchhandlung rief die Patientin ihren Mann per Handy an und berichtete von ihrer Entdeckung, dem Buch und den Bildern von ungeborenen Kindern. Der Ehemann reagierte abweisend und verärgert. Am frühen Morgen des Abtreibungstages hatte die Patientin einen Traum. Ein ganz kleines Kind schaute sie mit großen, verschreckten und vor Angst geweiteten Augen an. „Es war wie eine Verabschiedung“, sagt die Patientin.

Sie erinnert sich, wie sie ganz zu Anfang der Schwangerschaft auch einen Traum gehabt hatte, in dem ein Kind neben ihr im Auto saß und sie mit großen, lieben Augen anschaute. Die Patientin erzählte ihrem Mann im Bad von dem Traum der Nacht. Er beschwichtigte sie. Dies hänge mit dem Buch zusammen, das sie gestern gesehen habe.

Szene für Szene spulen sich diese Facetten der Entwicklung zur Abtreibung und die Abtreibung selbst täglich im Bewusstsein der Patientin ab. Szene für Szene lebt sie heute in einem Zustand tiefer Schuld und Wut, dass ihr Mann sie nicht von der Abtreibung abgehalten habe. Und der Ehemann erlebt sich so: „Ich habe die Schuld. Ich bin ein Versager. Ich habe meine Frau und das Kind nicht geschützt, was meine Aufgabe gewesen wäre. Ich habe überhaupt nicht begriffen, was es heißt, Vater zu sein.“

In der Abtreibungspraxis fragte die Ärztin die Patientin, ob sie sich wirklich sicher sei, abtreiben zu wollen. Die Patientin antwortete: „Kann man sich bei so einer Entscheidung wirklich sicher sein?“ Die Patientin stieg auf den Stuhl, war aber, so die Ärztin, für eine Abtreibung mit lokaler Betäubung zu verkrampft. „Wir müssen eine Vollnarkose machen, so geht das nicht, haben Sie 130 Euro extra dabei?“ Die Patientin stieg vom Stuhl und ging zu ihrem wartenden Ehemann, um nach dem Geld zu fragen. Sie wiederholt diese Szene immer und immer wieder und martert sich mit der Frage: „Warum habe ich da nicht erkannt, was wir tun?“ Als sie wieder auf dem Stuhl lag und das Narkosemittel schon anflutete, machte die Abtreibungsärztin einen Ultraschall und die Patientin hörte, ohne noch reagieren zu können:

„Zehnte Schwangerschaftswoche.“ Es durchfuhr sie: „Oh Gott, dann schlägt das Herz ja schon“, was sie am Vortage im Buch gelesen hatte. Aber sie konnte nicht mehr reagieren. ... Als sie aus der Narkose erwachte, fühlte sie eine große Leere in sich, weinte sofort und dachte: „Ich habe den größten Fehler meines Lebens gemacht“. „Ich habe mein Leben abgeschnitten.“ In den nächsten Tagen versank sie in die Dunkelheit ihrer Depression mit dem Gefühl, in einem Käfig (s. Bild) eingesperrt zu sein.

Häufig dachte sie an Suizid. „Die Frage war nur, wie.“ „Etwas hielt mich ab.“ Die Suizidgedanken endeten mit der erneuten Schwangerschaft.

Im Rahmen unserer psychotherapeutischen Arbeit hat die Patientin die Gedanken, welche ihr immer wieder durch den Kopf gehen, auf meine Bitte hin aufgeschrieben. Ich gebe sie wortgetreu wieder.

#### **4.6.3 Empfindungen der Patientin nach der Abtreibung (wörtliche Zitate)**

*„Ich bin schuldig – wenn man erkennt, dass man das Wertvollste und Beschützenswerteste im Leben preisgegeben hat, sein EIGENES Kind, unschuldig und wehrlos. Es gibt kein größeres Schuldgefühl auf dieser Welt und im Leben eines Menschen.“*

*„Ich bin selbst nichts mehr wert. Mit welchem Recht lebe ich, wenn ich einem anderen dieses Recht verwehrt habe?“*

*„Meine Seele ist entzweit. Ich fühle mich beschmutzt und entwürdigt.“*

*„Ich habe keinen Boden mehr unter den Füßen, keine innere Mitte mehr, drehe mich innerlich nur noch im Kreis.“*

*„Ich leide unter Angst- und Panikzuständen, Angst vor dem weiteren Leben, das täglich aushalten zu müssen. Panik, weil es ein gelebter Alptraum ist, der erst mit dem Wachwerden beginnt.“*

*„Ich leide unter Schlaflosigkeit, habe das Gefühl, Watte im Kopf zu haben, weil kein anderer Gedanke so stark ist und vorherrscht.“*

*„Keine rechte Freude mehr am Leben. Man nimmt die schönen Dinge nicht mehr richtig wahr, wie den Wechsel der Jahreszeiten, Blumen, ein schöner Sonnenuntergang etc.“*

*„Ich habe das Gefühl, als sei mein Leben gelaufen, als sei ich mit gestorben, damals auf dem Stuhl.“*

*„Das Gefühl, niemals mehr entrinnen zu können. Denn man nimmt sich selbst überallhin mit. Man kann sich vom Partner trennen, der einem das angetan hat. Doch niemals wird man sich selbst los.“*

*„Dauerunruhe und grosse innere Disharmonie.“*

*„Enttäuschung über den Partner. Man sieht seine Liebe, die man ihm einst entgegenbrachte. Verraten, verkauft. Wofür hat man all die Gefühle investiert? Enttäuschte Hoffnung.“*

*„Man steckt in einem inneren Gefängnis, aus dem man nicht einfach entlassen wird, und man ist alleine, einsam. Denn die anderen ‚Mithäftlinge‘ geben sich nicht zu erkennen im täglichen Leben – so wie ich auch nicht aus Scham.“*

*„Wohin mit der Wut??? Auf einen Selbst, den Partner, der einen nicht bewahrt hat, der die tödliche Gefahr nicht gesehen hat oder nicht sehen wollte?“*

*„Wut auf das System, das Abtreibungen überhaupt erlaubt, ohne die Aufklärung über die Folgen! Diese sind tabuisiert oder werden geleugnet.“*

*„Wut auf die Institutionen, die als ‚Beratungsstelle‘ getarnt auf arglose Opfer lauern, weil es für sie ein MORDSgeschäft ist.“*

#### **4.6.4 Aspekte der therapeutischen Arbeit**

In der therapeutischen Arbeit wird es darum gehen, den Käfig schrittweise zu öffnen und daran zu arbeiten, dass Versöhnung möglich wird. Ein wichtiges Potenzial in diesem Falle besteht in den religiösen Ressourcen der Frau und dem wachsenden religiösen Interesse des Mannes. Das zentrale Thema der therapeutischen Arbeit ist die Versöhnung. Versöhnung kann nur am Ende eines langen Weges stehen und darf kein Etikettenschwindel sein. Beide Partner werden in Einzeltherapien für sich klären müssen, welche eigenen Verletzungen aus ihren Ursprungsfamilien anzuschauen und zu heilen sind.

Darüber hinaus wird eine Paartherapie die stark gefährdete Ehe zum Thema haben müssen. Alternativ zu dem geschilderten Setting wäre auch eine systemische Therapie denkbar.

Es würde nichts nützen, in der therapeutischen Arbeit die Abtreibung durch das Betrachten der Defizite in Kindheit und Jugend schön zu reden. Versöhnung aus der Tiefe braucht Raum und Zeit. Es wird in der therapeutischen Arbeit wichtig sein, dass sich jede und jeder für

sich und das Ehepaar miteinander diesen Raum und diese Zeit gönnen. Dabei ist hilfreich, dass sie Gott suchen. Sie sind nicht zu zweit, sondern zu dritt auf dem Weg ihrer Ehe, sie waren es seit dem Tag, als sie sich vor 15 Jahren ihr Eheversprechen gaben. Es geht darum, jetzt diese lange brach liegende Kraftquelle dankbar zu erkennen und zu nutzen. Die Versöhnung wurde von dem Paar im Sakrament gesucht und in der Gnade des Sakramentes gegeben. Sowohl die Frau als auch der Mann, welcher noch auf dem Weg der Konversion steht, suchten danach. Sie können sich aber trotz der sakramentalen Lossprechung bislang nicht selbst vergeben, auch wenn Gott ihnen vergeben hat. Heilung und Heil hängen nicht nur vom Wortstamm zusammen. Wahre Heilung betrifft Körper, Geist und Seele. Die seelischen Ursachen der Abtreibung und deren Folgen müssen zu einer echten Versöhnung am Ende einer ressourcen-orientierten Therapie geführt werden. Es geht um eine Versöhnung und Aussöhnung vor Gott, vor sich selbst, vor dem getöteten Kind, welches bei Gott Fürbitte hält für seine Eltern, und um Versöhnung miteinander. Nur so wird eine Rückkehr in das Leben möglich sein.

Es wird ein Leben sein mit dem ungeboren verstorbenen Kind in der Gewissheit, dass die barmherzige und versöhnende Liebe stärker ist als die größte Schuld. Der Weg wird, wie der Ehemann zeichnete, über viele Steine führen. Am Ende steht die Chance, das Verlorene integriert zu haben und in einer Beziehungsgemeinschaft miteinander verbunden zu sein, welche trägt über die Grenzen dieses irdischen Lebens hinaus, damit sie „ das Leben haben und das Leben in Fülle haben“ (Joh. 10,10).

Was gilt nun für vom PAS oder von anderen psychischen Traumatisierungen Betroffene, welche nicht wie dieses Paar mit dem Wunsch kommen, ihre religiösen Wurzeln in der Therapie zu nutzen, welche gar keinen Zugang zu solchen Wurzeln haben oder keine Motivation, nach ihnen zu suchen?

Ich zitiere aus einem wissenschaftlichen Artikel zum Thema „post-traumatische Belastungsstörung“ (PTSD):

*„Ein umfassender und ganzheitlicher Therapie-Ansatz darf sich aber nicht auf den Versuch einer Wiederherstellung von Verknüpfungen im Gehirn beschränken, sondern muss die psychischen*

*Folgen auf höherer Ebene (bis hin zur transzendenten / spirituellen Ebene) ebenfalls berücksichtigen.*<sup>19</sup>

Es gilt, den leidenden Menschen dort abzuholen, wo er ist und nicht eigene Wertvorstellungen auf ihn zu projizieren und so erneut zu funktionalisieren und zu traumatisieren. Das Ziel ist, die vorhandenen Ressourcen als Kraftquellen auf dem Weg der Heilung zu entdecken, wobei es zu ungeahnten Entdeckungen kommen kann. Bei der Thematik, welche dem Post-Abortion-Syndrom zugrunde liegt, geht es um die Verarbeitung des schuldhaft erlebten Todes eines ungeborenen Kindes. Wenn in diesem Zusammenhang transzendente und spirituelle Ebenen entdeckt und beschrritten werden können, hat sich dies nach meiner Erfahrung für den Weg der Versöhnung als sehr hilfreich erwiesen.

Ich habe versucht, in meinen Ausführungen zu zeigen, dass es von großer Bedeutung ist, das Leiden tausender von Betroffenen am Post-Abortion-Syndrom nicht länger zu verschweigen und zu verdrängen. Um die Chancen auf eine substantielle Heilung zu erhöhen, ist es dringend erforderlich, das PAS als Teil der posttraumatischen Belastungsstörung sowohl in die existierenden Diagnoseschlüssel als auch als eigenständiges Krankheitsbild in das ärztliche und therapeutische Handeln zu integrieren. Das Post-Abortion-Syndrom muss dringend einer exakten wissenschaftlichen Untersuchung nach den Standards der statistischen Methoden zugeführt werden, um genaueren Aufschluss über diese tabuisierte Krankheit zu gewinnen.

Hier sind sowohl Politiker als auch Universitäten aufgerufen, ihrer Verpflichtung zu Forschung und Forschungsfinanzierung nachzukommen. Welches Ausmaß an Leid durch die bislang betriebene zu geringe Beachtung der seelischen und psychosomatischen Folgen von Abtreibung sowie an Kosten für das Gesundheitssystem entstanden sind und entstehen, werden wohl erst Untersuchungen der Zukunft zu erhellen versuchen. Mein Beitrag ist es, aus der Praxis eine Fallbeschreibung vorzustellen. Ich verstehe dies als dringenden Appell für eine vorurteilsfreie und wissenschaftliche Analyse des Post-Abortion-Syndroms.

---

<sup>19</sup> <http://www.aufrecht.net/utu/trauma.html>. S.7; Stand: September 2005.



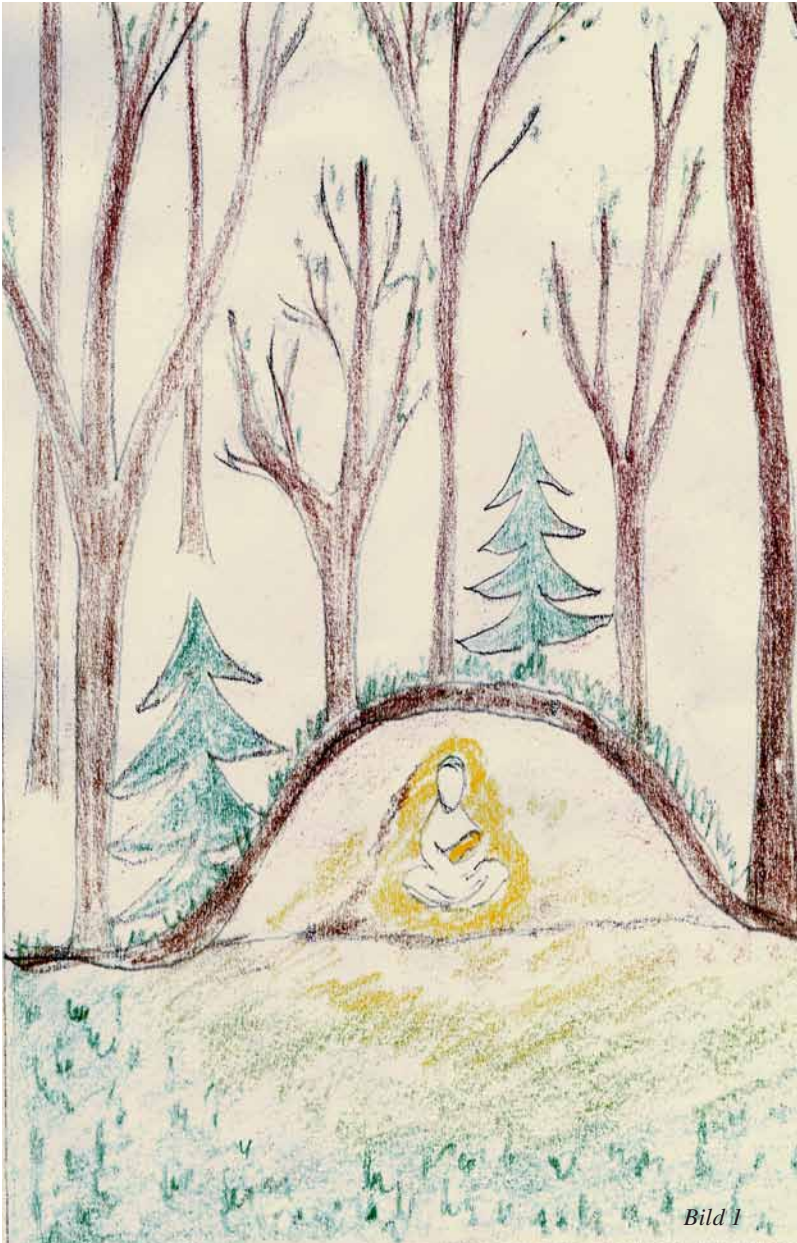


Bild 1

## Das limbische System

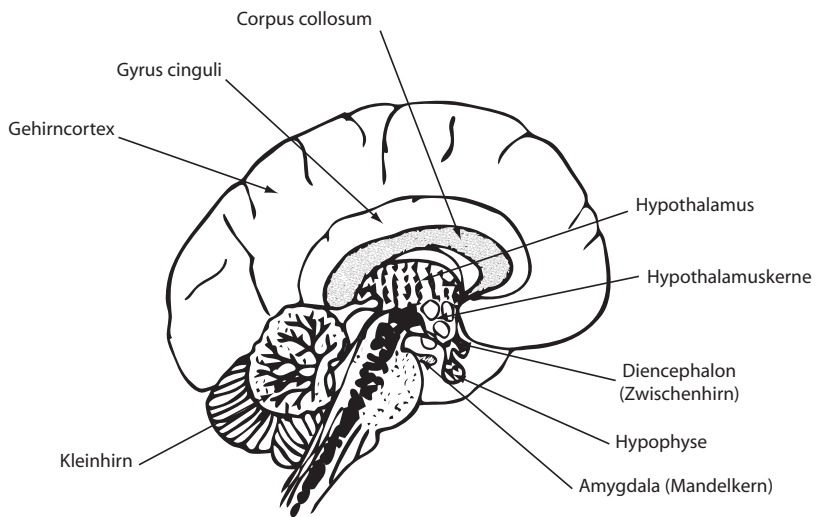


Bild 2





Bild 3