

Schwangerschaftsabbruch und Todesbewußtsein

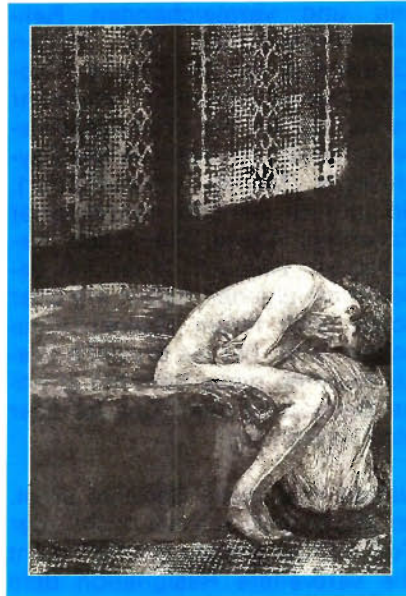
Peter Petersen

Wir töten Menschenleben durch den Schwangerschaftsabbruch – das ist eindeutig. Aber ganz unklar ist uns, was das vor dem Hintergrund einer umfassenden Realität bedeutet. Wissen wir, was wir beim Schwangerschaftsabbruch tun?

Wir wissen viele naturwissenschaftliche oder psychosoziale Fakten. Es sind jedoch oberflächliche und vor allem kurzfristig gewonnene Daten. Wissen wir um die tiefergehenden Folgen? Praktisch nichts wissen wir über die lebenslangen Folgen für die gewesenen Mütter und die gewesenen Väter der abgetriebenen Kinder. Wir wissen auch nichts über die lebenslangen Folgen für die beratenden, indikationsstellenden sowie die chirurgisch handelnden Ärzte und Berater.

Es ist aber mehr als wahrscheinlich, daß es solche Folgen gibt. Denn die anspruchsvolle wissenschaftliche und künstlerische Literatur zumindest der letzten drei Jahrhunderte befaßte sich immer wieder mit der Frage: Welches Schicksal hat ein Mensch, der einen anderen tötet? Abgesehen von den gynäkologischen Schäden und Spätschäden, ebenso den psychischen Schäden bei der Frau stellt sich die Frage: Was bedeutet eigentlich der Schwangerschaftsabbruch für die Väter? Was bedeutet er für die ungeborenen Kinder?

Zunächst klingt die Frage nach den Vätern und den ungeborenen Kindern vielleicht merkwürdig oder gar absurd. Es sind eindrucksvolle Berichte von Männern bekannt, die später sehr unter



dem Abbruch gelitten haben. Weiterhin gibt es mannigfaltige psychologische Dokumente, die auf das leibfreie Leben eines Menschen zur Zeit seiner eigenen Zeugung und Empfängnis hinweisen (Petersen 1983). Wenn man solche Dokumente verallgemeinert – und dies zu tun ist wissenschaftlich legitim – so ergibt sich: Auch abgetriebene Kinder dürften zur Zeit ihrer Empfängnis und Zeugung eine bestimmte Form menschlichen Daseins haben. Was geschieht ihnen durch die Abtreibung? Wir wissen es nicht, obwohl wir zumindest Hinweise haben könnten, wenn wir uns nur darum bemühen würden.

Für den abendländisch denkenden Arzt ist das Töten eine völlig neue Dimension. Dagegen war das Töten von Menschenleben in früheren Kulturen geregelt. Deren Bewußtsein war magisch oder

mythisch gestaltet. Bekannt ist das rituelle Töten oder Aussetzen von Kindern. Prominentes Beispiel ist Moses, der als Säugling in einem Kästchen dem Nil überlassen, jedoch dann auf wunderbare Weise gerettet wurde. Jedoch der mit einem rationalen Bewußtsein versehene, abendländische Arzt kennt seit Moses (rund 1300 v. Chr.) und Hippokrates (460–377 v. Chr.) nur die Gebote: Du sollst nicht töten! Und: Du sollst das Leben erhalten, und zwar auch besonders das Leben im Mutterleib!

Eine Bewußtheit für das vorsätzliche Töten ist nicht vorgesehen. Diese Bewußtheit fehlt uns, während in früheren Bewußtseinsphasen der Menschheit ein Bewußtsein dafür offenbar vorhanden war. Dieses mangelnde Todesbewußtsein ist das Pendant des fehlenden Bewußtseins für das, was Leben wirklich ist. Wüßten wir das Geheimnis des Lebens, so könnten wir Leben künstlich hervorbringen.

Wir befinden uns in einer rasanten Bewußtseinsveränderung. Ist diese Veränderung lediglich ein Ausdruck des Niedergangs unserer Zivilisation, wenn der Respekt vor dem Tode und die Ehrfurcht vor der Unantastbarkeit des Lebens rasch dahinschwinden? Oder ist diese Bewußtseinsveränderung eine sich zunächst chaotisch und mehr untergründig andeutende positive Wandlung, die sogar solche Grundwerte betrifft, die seit mindestens dreieinhalb Jahrtausenden selbstverständlich gültig waren? Wenn das so wäre, dann müßte allerdings der positive und konstruktive Sinn dieser Wandlung deutlicher werden. Bisher stand aber fast nur die Destruktion und Vernichtung im Vordergrund.

Um Mißverständnisse zu vermeiden: Ich schreibe nicht gegen die Abtreibung. Denn erstens wäre das töricht, weil es unrealistisch ist. Zweitens ist der Schritt zum Ankläger dabei immer nur ein winziger, und drittens weiß ich nur zu

gut: Wird ein Kind in einer Partnerschaft mit schwerem Schwangerschaftskonflikt geboren, so haben weder die Mutter noch ihr Kind eine leichte oder gar glückliche Biographie. Wenn ich allerdings das Kriterium von reinem Wohlbefinden und Glückseligkeit bei meinem ärztlichen Handeln zugrunde legen wollte, wie es die WHO-Definition von Gesundheit tut, so wäre der Entscheid zur ziemlich bedingungslosen Abtreibung rasch gefällt. Zugleich würde ich mich sobald im Fahrwasser des Hedonismus – also einer Philosophie der reinen Lust – befinden und damit jeglichen Sinn des Leides verleugnen.

Annäherungen an ein Todesbewußtsein

Wenn die Mehrzahl der Frauen nach der Abtreibung entweder entlastet, das heißt in bezug auf den Todesaspekt gleichgültig, oder wenn sie mit schwer destruktivem Erleben reagieren, so ist diese Reaktionsform konsequent. Diese Konsequenz entspricht der Deutung des Todes, wie sie Medizinstudenten heute an den wissenschaftlichen Hochschulen vermittelt wird. Der Tod, verstanden als ein naturwissenschaftliches Datum, ist das absolute Ende. An dieser materialistischen Deutung des Todes hat auch die mit über großen Erwartungen befrachtete Einführung der Fächer Psychosomatik, medizinische Psychologie und medizinische Soziologie wenig geändert.

Der Tod ist in dieser Sicht aber nicht nur das absolute Ende. Vor allem verurteilt diese Anthropologie den Menschen zur Passivität, den Sterbenden ebenso wie den Arzt und alle mit dem Sterbenden befaßten Menschen; und das sind letztlich wir alle. Wie das bewegungslose Kaninchen starren wir in den aufgerissenen Rachen der Schlange, des Todes. Menschliches Leben gibt es im Tode nicht mehr. Die Statik unseres unflexiblen Denkens feiert ihren letzten

Triumph – „Medizin auf totem Gleis“ (Verbrugh) ist hier wörtlich zu nehmen.

Es gibt auch eine andere Deutung des Todes. Sie betrachtet das Sterben und das Leben zum Tode als Durchgangspforte zu einem neuen Leben. Die Dokumente dieser spirituellen Anthropologie sind gar nicht nur in der allgemeinen und vergleichenden Religionswissenschaft zu finden (Glasenapp, van der Leeuw, Tibetisches Totenbuch). Vielmehr denke ich an die erfahrungswissenschaftlichen Befunde der Psychologie (Moody, Wiesenhütter). So gibt es Berichte reanimierter Patienten. Diese Menschen beschreiben ziemlich genau ein Leben ihres eigenen Selbst mit oder sogar nach ihrem eigenen klinischen Tode. Für die ärztliche Praxis könnten diese Berichte ja ohne Bedeutung sein: Das ist aber eine Täuschung!

Nimmt man diese Berichte ernst, so ergibt sich aus der Sicht „der Tod als Durchgangspforte“ nicht die verbreitete Resignation dem Tod gegenüber als absolutem Ende. Vielmehr kann diese Sicht eine Herausforderung zum eigenen Tätigsein bedeuten: Das Stirb und Werde der menschlichen Biographie setzt sich auch im Tode fort. Hier waltet lebendige Dynamik statt erstarrter Statik. Menschliche Entwicklung kann auch hier weiterhin stattfinden, sofern die Betroffenen und wir Ärzte als Begleiter der Sterbenden oder der Trauernden uns darauf einlassen wollen.

Elisabeth Kübler-Ross schildert lebendig, welche großartige Entwicklung ein vom Tode gezeichneter Mensch noch durchlaufen kann und in welcher einfacher Art der Arzt sie dabei begleiten kann, sofern der Arzt einen offenen Sinn und sein verstehendes Herz einbringen will. Konsequenterweise sieht diese Kollegin auch den Tod als Durchgangspforte an. Bei der Lektüre der Bücher von Elisabeth Kübler-Ross gewinne ich den Ein-

druck, sie habe sich diese dynamische Deutung des Todes erst erarbeiten müssen. Die statische, naturwissenschaftliche Deutung des Todes als absolutes Ende war ihr als Medizinerin zunächst die vertraute Sicht vom Menschen.

Ich habe diese zwei möglichen Deutungen des Todes – es gibt sicherlich weitere – aus zwei Gründen gebracht. Erstens möchte ich damit die allgemeinen Strukturen der Todesauffassung erläutern.

Und zweitens will ich damit sagen: Die naturwissenschaftliche Deutung des Todes ist ebenso eine Sache des Glaubens wie die Deutung des Todes als Durchgangspforte. Allerdings verstehe ich unter Glauben nicht einen Akt kindlichen Fürwahrhaltens, sondern eine Lebenshaltung, die sich die faktischen Begründungen für die eigene Überzeugung mit sachlicher Methodik erarbeiten will. Insofern ist es dann auch in unsere bewußte Entscheidung gegeben, zu welcher Deutung des Todes wir uns entschließen. Dies ist jedoch keine theoretische Entscheidung, sondern eine Entscheidung zum inneren und äußeren Tätigsein. Denn je nachdem, wie wir uns entscheiden, werden wir unserem Patienten nach der Abtreibung entweder offen und beweglich oder abgeschlossen und statisch begegnen.

Die Geschichte einer glücklichen Wandlung

Durch akzeptierte Schuld und Depression kann eine große menschliche Reife erlangt werden. Dazu ein Beispiel aus der eigenen Praxis:

Kurz vor Weihnachten 1981 kam eine junge, 23jährige Frau zusammen mit ihrem etwa zehn Jahre älteren Freund zu mir. Sie war etwa in der siebten Woche schwanger. Für den Schwangerschaftsabbruch hatte sie sich bereits alle notwendigen Papiere verschafft. Ebenso hatte sie ein Bett für den Abbruch vormerken lassen. Sie war aber noch unentschieden und suchte deshalb Klärung bei einer neutralen Person. ▶

Seit etlicher Zeit lebte das Paar in einer gemeinsamen Wohnung und war in heillosen Konfusion. In solchen Fällen spricht der Partnerschaftsforscher Jürg Willi von Kollusionen. Das sind zerstörerische unbewußte Zusammenspiele, destruktive Verkettungen. Der Mann unterhielt noch eine Nebenbeziehung zu einer Arbeitskollegin, ohne daß klar war, wie verbindlich diese Beziehung gemeint war. Die Patientin fühlte sich in ihren Gefühlen gegenüber dem Freund ebenso wie gegenüber der geplanten Abtreibung hin- und hergeworfen. In diesem Chaos konnte sie auch nicht mehr klar differenzieren, worauf sich ihre destruktiven Gefühle bezogen. Bedrohliche Träume, wie „ich gehe auf schwankendem Sumpfboden – über meinem rechten Knie ist der Oberschenkel bis auf den Knochen blutend verletzt“ deuteten auf das mangelnde Standvermögen und auf ihre Selbstverletzung hin. Diese Träume, teilweise Wiederholungsträume, hatten die Frau in ihrem schon gefaßten Entschluß zur Abtreibung unsicher gemacht.

In einem dreistündigen Gespräch versuchte ich, den beiden zu einer besseren Verständigung zu verhelfen. Wie sich aber zeigte, reichte diese Bemühung nicht dafür aus, daß beide eine klare Entscheidung gegenüber der geplanten Abtreibung fällen konnten. Die Heillosigkeit ihrer damaligen Beziehung spiegelte sich in den Umständen des Schwangerschaftsabbruchs wider. Die junge Frau, die schon im Krankenhaus mit der Prämedikation vor der Operation versehen war, telefonierte in ihrer Zweisplitigkeit mit ihrem Freund, sie wolle wieder nach Hause. Der Freund am Telefon zu ihr: „Dann komm doch!“. Sie hatte aber insgeheim erwartet, daß er sie abholen würde. Das aber sagte sie ihm nicht ausdrücklich. So kam nach dieser mangelnden Kommunikation zwischen den beiden der Schwangerschaftsabbruch zustande.

Zwei Monate später erschien die junge Frau wieder bei mir – ich betrachtete sie übrigens als eine sensible, aber starke Persönlichkeit – mit schwerer Depression wegen des Abortes. Erstaunlicherweise wandelte sich diese Depression innerhalb weniger Wochen mit ihren schweren Schuldgefühlen. Sie und ihr Freund brachten es fertig, die gegenseitigen Schuldvorwürfe soweit zu klären, daß jeder seinen eigenen tatsächlichen Anteil von Schuld für den Schwangerschaftsabbruch akzeptierte. Damit wandelte sich Schuldgefühl in echte, akzeptierte Schuld – und Depression wandelte sich in wirkliche Trauer über den Tod ihres zu erwartenden Kindes.

In dieser Zeit setzte sie sich mit Grundfragen ihres Menschseins auseinander: Was ist der Tod? Was ist Sterben? Woher komme ich als Mensch? Sie las die Bücher des Amerikaners Moody über „Leben nach dem Tod“ und Bücher

über vorgeburtliches Menschenleben. Sie hielt dem Todesbewußtsein stand.

Besonders eindrücklich war mir ein Gespräch mit der Patientin in jener Zeit. Sie wirkte in ihrer Trauer ganz klar und durchsichtig. Mit fast unheimlicher Deutlichkeit konnte sie ihre traurigen Gefühle und auch ihre Schuld schildern. In diesem Gespräch erzählte sie von einem Traum aus den letzten Tagen: „Ich stehe mit meinem Freund am Meer. Es ist eine blau-bleierne Atmosphäre. Auf dem Meer schwimmt ein Boot, darinnen ein Kind. Das Boot kentert, das Kind ertrinkt. Wir können beide nicht helfen, aber wir sehen es beide nebeneinander stehend.“ Der Traum kann verdeutlichen, wie sich die Frau zusammen mit ihrem Freund dem Todesbewußtsein gegenüberstellte.

Im November 1982 – also ein Jahr nach dem Abbruch – begegnete ich der Patientin zufällig in der Frauenklinik, wo sie wegen Blutung im zweiten Schwangerschaftsmonat lag. Bei dieser Gelegenheit ergab es sich, daß sie mit mir nochmals auf das vergangene Jahr zurückblicken wollte. Sie meinte, daß sie damals das Kind nicht hätte austragen können. Es sei alles zu verworren gewesen und sie habe eigentlich nicht gewußt, wo oben und unten sei. Im Mittelpunkt habe die ungeklärte Beziehung zu ihrem Freund gestanden, und das habe alles überschattet. Sie hätte sich nicht vorstellen können, wie sie in diese Wirrnisse hinein ein Kind hätte empfangen können, und wie es dann hinterher gewesen wäre. Zugleich erkannte sie die Schuld über den Tod des Kindes voll an und stand dafür grade. Sie glaubte auch, daß diese fruchtbare und reiche Zeit, nämlich die Auseinandersetzung mit tiefen menschlichen Fragen, ihr womöglich nicht beschert gewesen sei, wenn sie nicht den Abbruch hätte vornehmen lassen.

Dieses letzte Jahr sah sie auch in ihrer Traurigkeit und Schwermut positiv. Dabei geholfen hätten ihr verschiedene Bücher über den Tod, über den Sinn des menschlichen Lebens, auch Gespräche mit mir und Vorträge sowie die Auseinandersetzung mit ihrem Freund über diese Themen. Unter diesen Umständen sei es ihr nicht mehr möglich, einen Schwangerschaftsabbruch noch durchführen zu lassen. Bei der jetzigen Schwangerschaft oder schon vor dieser habe sie zu ihrem Freund gesagt, daß ein Abbruch für sie nicht mehr in Frage käme. Sie würde die Schwangerschaft in jedem Fall austragen.

Ich glaube, diese junge Frau hat durch den Tod ihres Kindes, den sie selbst bewußt mitverantwortete, eine große menschliche Reife erlangt. Die psychotherapeutische Begleitung dieser jungen

Frau war für mich deshalb wohlwendig, weil die Frau einen echten Prozeß durchlief – während sonst Patientinnen nach Schwangerschaftsabbruch keinen Prozeß durchmachen, sondern sich im Kreis ihres innerlichen depressiven Gefängnisses drehen. Sie flüchten vor der Realität, daß hier ein Mensch mit ihrer Verantwortung zu Tode kam. Nach der wissenschaftlichen Erfahrung sind solche Wandlungen selten. Vielleicht sind sie viel häufiger, als wir ahnen! Nur bekommen wir sie nicht zu Gehör, weil diese stillen Reifungen sich nicht der wissenschaftlichen Neugier und erst recht nicht der Sensationslust stellen.

Es dürfte ein langer Weg sein, bis wir ein humanes Todesbewußtsein nach der Abtreibung erreichen. Zu einem Todesbewußtsein gehört die Trauer und das Annehmen persönlicher Schuld. Vor allem das Ernstnehmen einer individuellen persönlichen Beziehung gehört dazu – der Beziehung der Frau zu ihrem toten Embryo, der Beziehung des Arztes zu der Frau und dem toten Kind.

Es könnte hilfreich sein, wenn sich die religiösen Institutionen aller Konfessionen auch dieses seelischen Elends annähmen. Statt abwehrend Schuldvorwürfe auszusprechen, würden sie dieser Herausforderung unserer Zeit vermutlich richtiger begegnen, wenn sie zeremonielle Formen und Gebete für die Trauer der Mütter und Ärzte und Todesgesänge für die toten Kinder ersännen. Wir Ärzte aber haben vor der eigenen Tür zu kehren. Sorgen wir dafür, daß ein vertieftes Bewußtsein über den Tod bei der Abtreibung in unseren ärztlichen Institutionen einkehrt!

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med.
Peter Petersen
Medizinische Hochschule
Pasteurallee 5
3000 Hannover 51