

Unbewußte Konfliktdynamik nach Schwangerschaftsunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ „Das Kind ist ein Teil der Psychosomatik der Mutter“

Raili Peltonen, Peter Fedor-Freybergh und Tuomas Peltonen*

* Stockholm, Schweden

Abstract

The present contribution is concerned with a syndrome found in women, whose request for an abortion had been granted, soon after the operation has been performed. Characteristic for this syndrome is that these women become overly concerned with the children they are raising. A manifestation of this apprehension may be that the women repeatedly present their children to a physician describing all kinds of imaginary symptoms which the physician is unable to verify.

The authors consider this syndrome as one belonging among the classical neurotic reactions (actual neurosis, traumatic neurosis), where a suppressed conflict is irrationally projected and anxiety is neutralized to some extent by self-punishment.

Psychosomatic criteria and possible methods of treatment are discussed.

Zusammenfassung

Die Autoren beschreiben ein Syndrom, das nach einer Schwangerschaftsunterbrechung auftreten kann und dadurch charakterisiert ist, daß diese Frauen beginnen, sich wegen ihrer lebenden Kinder zu beunruhigen, diese wiederholt mit scheinbaren Symptomen zum Arzt bringen, die jedoch nicht zu objektivieren sind.

Die Autoren verstehen dieses Syndrom als Ausdruck eines unbewußten traumatogenen neurotischen Konfliktes, bei dem unbe-

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. Peter Fedor-Freybergh, PO Box 26132, S-10041 Stockholm

Neufassung eines Beitrags in der *Praxis der Kinderpsychologie* **32** (1983), 125–127.

wußte Schuldgefühle wegen der Schwangerschaftsunterbrechung auf die lebenden Kinder als Krankheitsbefürchtungen projiziert werden und Schuldängste auf diese Weise neutralisiert werden.

Die psychodynamischen Faktoren und die Behandlungsmöglichkeiten werden diskutiert.

*

In der kinderärztlichen Praxis kommt es nicht selten vor, daß eine Mutter mit ihrem Kind in die Sprechstunde kommt, weil es krank sei oder sie irgendwie beunruhigt ist – objektive Symptome einer Erkrankung fehlen jedoch. Es kann sich in solchen Fällen um die Projektion eines unbewußten Konfliktes der Mutter auf ihr Kind handeln. Wir haben das oben beschriebene Verhalten bei neun Müttern beobachtet, bei denen allen im Laufe der letzten Zeit eine von ihnen selbst verlangte Unterbrechung der Schwangerschaft durchgeführt worden war. Träger der angeblichen Symptome, weswegen der Arzt aufgesucht wurde, war bei sieben Frauen, die mehrere Kinder unterschiedlichen Geschlechts hatten, immer ein Mädchen und bei den letzten zwei Müttern, die nur Söhne hatten, einer der Jungen.

Bei den Beschwerden des Kindes, die von den Müttern angegeben wurden, handelte es sich immer um „Mini-Symptome“ oder die Mütter waren einfach nur beunruhigt wegen der Gesundheit des Kindes oder daß dem Kind etwas zustoßen könnte oder daß irgendeine latente Krankheit vorhanden sei, und sie verlangten eine allgemeine Gesundheitskontrolle. Öfter telefonierte die Mutter, weil sie über das Wohlbefinden ihres Kindes beunruhigt war und verlangte von dem Arzt eine Einweisung zu einer Röntgen- oder Laboruntersuchung des Kindes. Bei den sogenannten „Mini-Symptomen“ handelte es sich z. B. um folgende Klagen der Mütter: „In der Nacht atmet das Kind unregelmäßig . . . , es ist so rot im Gesicht . . . , es hat so kalte Hände . . . , auf der Haut erscheinen ab und zu kleine Ausschläge . . . , das Kind hat dunkle Ringe unter den Augen . . . , es hat weiße Flächen auf den Nägeln . . . ,“ usw. Die Mütter kamen mit ihren Kindern wiederholt beunruhigt zum Arzt, und es ist für das ganze Phänomen sehr charakteristisch gewesen, daß es abrupt und vollkommen aufgehört hat, sobald die Mutter wieder schwanger wurde.

Wir interpretieren das Verhalten der Mütter als eine traumatogene neurotische Reaktion. Die verdrängten Schuldgefühle gegenüber dem nicht geborenen Kind und die Frustration des reproduktiven Triebes, der Selbstverwirklichung, der Erfüllung, lösen Urängste existentieller Natur und aggressive Gefühle aus, die auf die Umwelt projiziert werden können. Dies kann auf verschiedenen Ebenen ausgelebt werden: z. B. gegenüber dem Partner oder den eigenen Eltern oder gegenüber der sozialen Situation und der Gesellschaft im allgemeinen. Die unbewußten aggressiven Gefühle können sich auch gegen die eigenen lebenden Kinder richten, da sie direkt oder indirekt als Ursache der Schwangerschaftsunterbrechung erlebt werden können. Identifikationsmechanismen führen dazu, daß Kinder des eigenen Geschlechts dabei vorgezogen werden.

Solche aggressiven Gefühle sind im höchsten Grade „unerlaubt“ und werden darum die schon vorher existierenden Ängste noch mehr steigern und perpe-

tuieren. Deshalb führen die aggressiven Gefühle zu autoaggressiven Tendenzen und Vergeltungs- und Bestrafungsängsten. Die Mutter wird für die „Tötung“ des ungeborenen Kindes mit dem „Tod“ ihrer lebenden Kinder bestraft. Dabei wird gleichzeitig auch die Umwelt, etwa der Vater des Kindes, bestraft. Aus der Unmöglichkeit, die Konfliktproblematik der Schwangerschaftsunterbrechung auf der bewußten Ebene zu lösen, wird der Schuldkonflikt unbewußt in eine „Lebensbedrohung“ der lebenden und objektiv gesunden Kinder hineinprojiziert. Und die „Symptome“ des zum Arzt gebrachten Kindes sind die Rationalisierung des ungelösten Konfliktes der Mutter. Niobe verliert ihre Kinder aufgrund von falschem Stolz, oder wie Nietzsche sagt: „Das habe ich getan, sagt mein Gewissen, das kann ich nicht getan haben, sagt mein Stolz, und mein Stolz siegt.“

Eine neurotische Persönlichkeitsstruktur fördert natürlich die Entstehung einer solchen Konfliktverarbeitung, stellt aber keine Voraussetzung dafür dar. Die Schwangerschaftsunterbrechung ist eine elementare Frustration der weiblichen Selbstverwirklichung und löst deshalb auch eine existentielle Angst aus, eine Angst vor der Negation, eine Angst vor dem Tod. So wird verständlich, daß die verdeckte Todesproblematik auf die lebenden Kinder projiziert wird. Die Unterdrückung des reproduktiven Triebes bedeutet in einem gewissen Sinne eine Konfrontation mit dem Tod. Die aktuelle Angst stammt darum letztlich aus der Urangst, der spezifisch menschlichen Angst vor Zerstörung, vor Negation und letztlich vor dem Tode.

Wir können es auch auf eine andere Weise ausdrücken. Angst entsteht überall dort, wo eine Erfüllung nicht zustande kommt, ganz gleich, ob es sich bei dieser um den Fortbestand des Lebens, um die Befriedigung eines wichtigen Triebes, um die Vollendung einer gestellten Aufgabe, um die Reifung der Persönlichkeit oder irgendein Herauswachsen über sich selbst handelt. Wir haben das auch früher in unserer Definition der Gesundheit (Gesundheit im Sinne des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens) zum Ausdruck gebracht: „Die Gesundheit ist die dynamische Bewegung auf dem schöpferischen Weg zur Selbstverwirklichung“ (Fedor-Freybergh).

Das von uns hier beschriebene „Niobe-Syndrom“ ist nur aus einer gesamt-psycho-somatischen Auffassung vom menschlichen Leben zu verstehen. Nach dieser Auffassung, die im Kontrast zu dem kartesischen Dualismus steht, ist der Mensch eine untrennbare Einheit von Leib und Seele, ein Gesamtprodukt von diesen beiden, die sich voneinander untrennbar in einer lebenslangen Kontinuität entwickeln. Die persönliche Reaktion im „Hier und Jetzt“ ist von dieser Kontinuität bestimmt, von allen bisherigen psychologischen, körperlichen und sozialen Einflüssen und Bereitschaften. Darum hat die persönliche Reaktion auch immer einen ganzheitlich-psycho-somatischen Charakter und ist nur aus der Lebensgeschichte heraus verständlich. Es ist darum auch einleuchtend, daß bei einer psycho-somatischen Symptomatik immer mehrere Bedingungen und Ursachen wichtig sind. Dabei scheinen in unserem Zusammenhang der reproduktive Trieb und das Selbstverwirklichungsbedürfnis eine besondere Rolle zu spielen, was dadurch deutlich wird, daß die Symptomatik „verschwand“, sobald die Frau wieder schwanger wurde. Ähnliches dürfte wichtig sein, wenn Frauen nach einer Schwangerschaftsunterbrechung unmittelbar wieder schwanger werden, als ob sie

sich versichern müßten, daß ihre „Potenz“ als Frau und Mutter noch vorhanden ist, und daß die „Todesangst“ besiegt ist.

Wir halten eine psychotherapeutische Aufarbeitung des Konfliktes auch deshalb für wichtig, weil es sonst zu Symptomverschiebungen kommen kann.

Im Zusammenhang mit dem schon Gesagten ist noch ein wichtiger Aspekt zu erwähnen. Das reproduktive System der Frau ist psychologisch besonders verletzlich. Die Ursache hierfür sehen wir darin, daß dieses System bei der Frau, anders als beim Mann, die tragende Rolle in ihrem Weltbezug, ihrer Identifikation, Selbstverwirklichung und Erfüllung spielt. Wie wir schon in früheren Arbeiten gezeigt haben, bedarf es nicht dramatischer, psychotraumatischer Ereignisse in der Umgebung der Frau, um eine psychosomatische Symptomatik seitens des reproduktiven Apparates hervorzurufen (wie z. B. Amenorrhö, psychogene Sterilität usw.). Von Wichtigkeit ist ein Ereignis, eine Frustration, eine Verhinderung, ein Psychotrauma, das für diese individuelle Frau persönlich relevant ist, relevant für ihre „basic needs“, für ihre spezielle und einmalige Lebenssituation. Es geht um die Bedeutung eines Ereignisses für ihre Selbstverwirklichung, ihre Einstellung zum Leben, ihre Femininität und ihren Begriff von Erfüllung.

Diese Philosophie und phänomenologische Position macht es uns möglich, die von uns beschriebenen Symptome bei den besorgten Müttern zu verstehen und ihnen eine kausale Behandlung zu bieten. Eine solche Behandlung beruht auf demselben Prinzip, wie jede Behandlung einer neurotischen Symptomatik: Das Unbewußte muß wieder bewußt gemacht werden, die einzelnen Symptome in ihrem richtigen Zusammenhang gezeigt werden und der nunmehr bewußte Konflikt im Einklang mit den individuellen Eigenschaften und Besonderheiten der Gesamtpersönlichkeit durchgearbeitet werden.

„Alles, was wir sehen, ist ein Vorschlag, eine Möglichkeit, ein Behelf. Die wirkliche Wahrheit selbst liegt zunächst unsichtbar zugrunde“ (Paul Klee).