

Hans Strotzka

DIE PSYCHISCHE SITUATION DER WERDENDEN MUTTER

28. 1. 1974

Die Schwangerschaft ist psychologisch und physiologisch eine wesentliche Periode besonderer Umstände und Bedingungen für das Leben der Frau, aber auch für die ihr nahestehenden Personen. Sie ist aber auch in unserer Zeit ein Problem der Gesamtgesellschaft in gesundheits- und sozialpolitischem Sinne. Auch eine ganze Reihe juridischer Probleme werden durch sie aufgeworfen.

Wir beschränken uns in unserem Bericht nur auf den psychologischen Aspekt und stützen uns dabei in erster Linie auf das klassische Werk von *Helene Deutsch*: „*Die Psychologie der Frau*“ (deutsch bei Huber in Bern, 1964), wo im zweiten Band ein ganzes Kapitel dieser Frage gewidmet ist.

Die Psyche der Frau empfängt aus den physiologischen Verhältnissen der hormonellen Umstellungen, auf die wir hier nicht näher eingehen können, mannigfaltige erregende und deprimierende Impulse. Es kommt dadurch zu einer Aktivierung latenter psychischer Vorgänge, die bereits aus den früheren Erlebnissen bis zur Kindheit zurück vorgegeben sind. Man muß also z. B. damit rechnen, daß mit den organisch bedingten Übelkeiten alle Ekelgefühle zum Vorschein kommen können, die sich im Laufe der Jahre im Unterbewußtsein bis dahin ohne manifeste Erscheinungen angesammelt haben. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zu allen anderen psychosomatischen Vorgängen. Bei den letzteren sind die organischen Symptome das spontane Endergebnis einer Reihe von organischen und psychologischen Vorgängen, die letztlich Abwehrvorgänge darstellen. In der Schwangerschaft kann ein normales physiologisches Geschehen zum unmittelbaren Ausdruck unbewußter Inhalte benützt werden.

Die Psychoanalyse hat mit ihrer Methode nachgewiesen, daß Schwangerschaftsphantasien von frühester Kindheit an im Seelenleben der Kinder, besonders der Mädchen, eine große Rolle spielen. Es ist dabei zu betonen, daß die formale Aufklärung keine so große Rolle spielt wie man glauben könnte, da offenbar eine ganze Reihe von Informationen über Schwangerschaft sehr früh unbemerkt aufgenommen werden und vielleicht sogar eine Art vages deformiertes Vorgefühl für diese Vorgänge besteht. Orales Aufnehmen und Ausstoßen, anales Zurückhalten und Ausscheiden und aggressives Wegnehmen spielen dabei eine große Rolle. Das häufige Symptom des Erbrechens kommt nach psychoanalytischer Einsicht nur dann zustande, wenn sich den oralen Ausstoßungstendenzen unbewußte, manchmal aber auch manifeste Gefühle der Ablehnung gegen den Zustand oder den Fötus zugesellen. Diese Gefühle bestehen im wesentlichen aus ärgerlichem Protest, Selbstbestrafung dafür, oder Angst. Diese ablehnenden Gefühle sind jedoch in der

Regel ambivalent, d. h. mit dem bewußten Gegenwunsch, das Kind zu behalten, verbunden.

Ähnlich sind die sonderbaren anderen oralen Manifestationen, besonders in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, zu erklären: Heißhunger, abwechselnd mit vollkommener Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden, Aufstoßen, Sodbrennen und Überempfindlichkeit gegenüber Ekelerregendem. Die verschiedenen Geschmacksgelüste der Schwangeren, die oft mit einer zwanghaften Einverleibung sich manifestieren, drücken denselben Kampf zwischen Verzichten und Behalten der Frucht aus. Manche Gelüste beziehen sich auf Speisen, deren symbolische Befruchtungsbedeutung aus Psychoanalyse, Kulturanthropologie und Volkskunde bekannt ist (Früchte, Gurken, Fische, Gewürze usw.). Das zwanghafte Begehren ist somit die Wiederholung des Befruchtungsaktes, eine symbolische Bejahung, der sich gleichzeitig die entgegengesetzte Tendenz, eine kannibalische Vernichtung, anschließt. Manchmal kann man das Zwanghaft-Ungeschehen machen einer gegen das Kind gerichteten unbewußten Vernichtungstendenz durch die neue symbolische Befruchtung erkennen.

Die erhöhte Magensekretion, die den meisten dieser Erscheinungen zugrunde liegt, ist meist auch mit einer Aggression gegen den Vater des Kindes verbunden. Vor allem in späteren Phasen der Schwangerschaft kommt die gleiche Ambivalenz auch anal als Verstopfung und Diarrhoe oder genital durch verfrühte Wehen zum Ausdruck. Es handelt sich dabei um eine häufige Ursache für einen sonst nicht erklärbaren Spontanabort.

Kaum ein anderer Zustand wird so gerne aus bewußten oder unbewußten ideologischen Gründen romantisiert und verklärt wie die Schwangerschaft. Die Psychoanalyse hat überzeugend gezeigt, daß die eindeutige Bejahung dieses Zustandes zu den zahlreichen Illusionen gehört, die für das menschliche Verhalten charakteristisch sind. Man muß *Helene Deutsch* sicher zustimmen, daß feindliche Ausstoßungstendenzen gegen den Embryo ständige, jedoch normalerweise latente Begleiterscheinungen der Schwangerschaft sind. Dies steht nicht in Widerspruch zu der Auffassung, daß Mütterlichkeit und Sehnsucht nach dem Kind nicht nur einem sozialen Konformitätsdruck entsprechen, sondern auch instinktmäßig verankert sind. Wir müssen uns damit abfinden, daß alle psycho-physiologischen Vorgänge beim Menschen einer Mischung sich häufig widersprechender Triebe und erlebniserwerbener Einstellungen entsprechen.

Ein besonders interessanter Aspekt ist die organische und psychologische Einheit von Mutter und Fötus. Sie kommt nämlich nicht nur in bezug auf die positiven Lebensvorgänge zum Ausdruck, sondern auch bei der Vernichtung dieser Einheit. Dies erklärt die Ängste und Schuldgefühle beim Schwangerschaftsabbruch, wenigstens zum Teil, wenn man von religiösen Skrupeln absieht. Dies ist auch der Grund, warum der Schwangerschaftsabbruch von allen Methoden der Geburtenplanung als die unerfreulichste zu bezeichnen ist. Andererseits bedeutet dies nicht, daß man vom psychoanalytischen Standpunkt die strafrechtliche Verfolgung

des Schwangerschaftsabbruches empfehlen würde. Im Gegenteil, die Verschiebung dieses die tiefsten privaten Probleme der Frau berührenden Geschehens in die Sphäre der Kriminalität wirkt sich in jeder Beziehung, psychologisch, sozial und juristisch, ungünstig aus. Es ist kaum ein Zweifel, daß es sich dabei um Reste patriarchalischen Herrschaftsdenkens handelt, die in unserer Zeit anachronistisch sein sollten.

Doch wieder zurück zu *Helene Deutsch*: „Im biologischen Prozeß der Identität ist der Fötus ein schmarotzender Parasit der Mutter und der mütterliche Körper wird zum Objekt der Ausbeutung. Solange an der psychologischen Seite nicht genügend an positiver Bereitschaft vorhanden ist zum masochistisch-liebenden Geben und die mütterlich-zärtliche Identifizierung die parasitäre Bedeutung des Fötus nicht überwiegt, bleibt der letztere ein Störenfried im Körperlichen und unter Umständen auch im Psychischen. Die Bereitwilligkeit zur gefühlsmäßig positiven Identifizierung und zum masochistischen Geben sind, wie wir wissen, die für die Weiblichkeit charakteristischen Merkmale, die auch der ‚Mütterlichkeit‘ in allen Phasen der Fortpflanzung eigen sind.“ (S. 109)

In diesem interessanten Zitat kommt zum Ausdruck, daß *Helene Deutsch* einen primären Masochismus als wesentliche Charaktereigenschaft der Frau annimmt, den sie offenbar für biologisch verankert hält. Aus der heutigen Sicht betrachtet müssen allerdings, trotz aller klinischer Beweise in dieser Richtung, Bedenken gegen diese Auffassung angemeldet werden. Es scheint wahrscheinlicher, daß es sich hier um eine frühe Erziehungsprägung handelt.

Die Autorin weist übrigens selbst darauf hin, daß die Bereitschaft zum Geben durch äußere oder innere Entbehrung von Liebe soweit geschwächt werden kann, daß somatische Sensationen, die man sonst bereitwillig als normal erlebt, zum Signal der Ausstoßung werden können. Die Identifizierung mit dem Embryo kann eine verstärkte Regression zur Folge haben, die sich in einem passiv-abhängigen Verhalten und absoluter Intoleranz gegen alle Entbehrungen äußert. Verbinden sich mit der Ablehnung aggressive Tendenzen, so kann der Protest nicht nur für das Kind, sondern auch für die Mutter bedrohlich werden. In Verbindung mit dieser aggressiven Haltung können auch anale Tendenzen in der Form einer symbolhaften Gleichsetzung von Kind und Stuhl auftreten. Werden die Aggressionen sehr stark, können sie in einer massiven Verstimmung, ja sogar in psychoseähnlichen Zuständen manifest werden. Hingegen zeigt sich, daß hysterische Frauen, die früher an Konversionssymptomen gelitten haben, in denen Schwangerschaftsphantasien wichtig waren, während der Schwangerschaft symptomfrei werden und sich sehr wohl fühlen.

Man darf demgegenüber aber natürlich nicht vergessen, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Schwangerschaft positive Gefühle zugeordnet sind, die sich neben einer Triebbefriedigung als Stabilisierung einer schwankenden Beziehung, Stolz auf die Leistung, Befreiung von anderen lästigen Verpflichtungen äußern können. Manchmal wird sie in einer recht merkwürdigen Weise total verleugnet, was ebenfalls in einem

glänzenden Verlauf zum Ausdruck kommen kann. Schließlich kann Schwangerschaft den Wunsch nach körperlichem Besitz erfüllen, hinter dem sich der Penisneid verbirgt.

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die Verbindung der Schwangerschaft mit den allgemeinen Schuldgefühlen, die erziehungsbedingt an die Sexualität gekoppelt sind. An und für sich ist der Wunsch des kleinen Mädchens, ein Kind zu haben, frei von Schuldgefühlen, da diesbezügliche Verbote in der Kindheit nicht gesetzt werden. Es besteht jedoch eine sehr frühe Koppelung zuerst an Schuldgefühle wegen früher Masturbation, die sehr häufig zu der Angst: „Ich werde kein Kind haben“, führen.

Die zweite und mächtigere Quelle des Schuldgefühls liegt in der Beziehung der Schwangeren zur eigenen Mutter. Der Grad der Freiheit von der inneren Abhängigkeit gegenüber der Mutter entscheidet für viele Frauen das Schicksal ihrer eigenen Mutterschaft. Bei einem hohen Grad des psychischen Infantilismus, bei einer passiven Hingabe an die Mutter ohne aktive Strebungen, sich von derselben zu befreien, bleibt die schwangere Frau zwar frei von Schuldgefühlsreaktionen, es fehlt der Schwangeren aber Ernst und Unabhängigkeit und sie erinnert an die Puppenspiele eines kleinen Mädchens. Alle Verantwortung wird von der künftigen Großmutter getragen. Nicht immer verläuft die Abhängigkeit von der Mutter reibungslos. Ablösungskämpfe können sich gerade auch in dieser Zeit verschärfen. Das Kind soll die Rolle des Erlösers von der Mutter spielen, steigert aber nur die Gefahr.

Das Ich der Schwangeren muß einen Weg finden zwischen der zukunftsorientierten Identifizierung mit dem Kind und der auf die Vergangenheit gerichteten mit der Mutter. Der zukunftsgerichtete Zustand der Schwangerschaft ist natürlich eine Periode, wo Phantasien eine besondere Rolle spielen. Die Phantasien einer reifen aktiven Mutter werden selbstverständlich das zukünftige Kind zum Zentrum haben. Für viele Frauen ist noch immer der zukünftige „Held“ die Idealvorstellung, an den sich alle Hoffnungen knüpfen, die reale Partner ihr versagt haben. Er ist häufig eine Verkörperung des Ich-Ideals, wie es vom Vater her entstanden ist. Ist das erste ersehnte Kind ein Mädchen, dann entspricht es den eigenen Idealvorstellungen. Sehr häufig finden wir aber die quälende Vorstellung, daß das erwartete Kind eine Mißgeburt, ein Idiot oder Krüppel sein werde. Diese Ängste haben oft phobischen Charakter. Als Ursache finden wir Schuldgefühle, masochistische Störungen der Vorfreude, Einflüsse alter Inzestwünsche.

Bei guten Beziehungen mit dem Partner wird schon in dieser Vorbereitungszeit der psychologische Grundstein für die spätere Dreierbeziehung gelegt. In gemeinsamen Tagträumen werden spätere Entwicklungen spielerisch vorbereitet. „Es ist sehr wichtig, ob das Kind als zukünftiges Objekt ein gewünschtes, geliebtes, mit Freuden erwartetes werden soll und als positiv gefärbte Vorstellung die Schwangerschaft begleitet. Die optimistischen Kräfte des echten Erlebnisses werden dadurch verstärkt. Ist es eine unfreiwillige Bürde, in der Phantasie ein Objekt des zukünftigen Hasses, dem sich

noch keine Muttergefühle versöhnend gegenüberstellen, dann ist auch die Schwangerschaft ein Fluch und nicht ein Segen.“ (S. 124)

Der harmonische Verlauf der Schwangerschaft setzt einen gewissen emotionalen Reifegrad der Frau, ein genügendes Ausmaß psychischer und körperlicher Gesundheit und eine nicht allzu starke Belastung durch die soziale Umwelt voraus, wobei natürlich die Beziehung mit dem Vater eine entscheidende Rolle spielt.

Das Kind muß mehr und mehr zum Objekt werden, so daß die Entbindung nicht als eine schmerzhaft Trennung von einem Teil des Ichs und als zerstörender Verlust im Seelenleben wirkt. Nestbildende Aktivitäten, wie Vorbereitung der Schlafstätte des Kindes und der Babykleidung, dienen dieser Objektwerdung.

Viele neurotische Frauen fühlen sich nie so wohl wie in der Schwangerschaft. Die Hysterischen können statt ihrer Phantasie ein reales Motiv setzen. Bei den Zwangsneurotischen tritt eine Ruhepause im Ambivalenzkonflikt zwischen Haß und Liebe ein, weil das noch nicht existierende Objekt des Interesses nicht in der Lage ist, die Ambivalenz zu mobilisieren. Für andere handelt es sich um eine vorübergehende Entlastung des Schuldgefühles.

Die psychische Existenz der Frau erweitert sich in dieser Periode einerseits durch das neue Wesen, das mit ihr identisch ist, andererseits schrumpft sie auch, weil ihr Körper für etwas anderes als sie selbst in Anspruch genommen wird und weil der Akzent auf das Leben verschoben ist. Der erste Aspekt schafft Leben, Liebe, mütterlichen Stolz und Glücksgefühle, der andere Depression, Zerknirschung und Scham, Haß, Destruktion und Tod. Aus diesem zweiten Erlebniskreis heraus kommen die beiden Hauptängste: „Ich werde bei der Entbindung sterben“ und „Ich werde kein Kind haben“. Welcher Weg jeweils gegangen wird, bestimmt sich durch die individuelle Situation und die Vorerfahrungen.

Psychologisch gesehen sind die emotionalen Begleiterscheinungen der Schwangerschaft noch nicht identisch mit den Gefühlen der Mütterlichkeit, sondern erst eine Vorbereitung in diese Richtung. *Helene Deutsch* vertritt die Auffassung, daß ein volles Erleben der Mütterlichkeit möglich ist, auch wenn die Frau das Kind nicht selbst konzipiert, getragen und geboren hat.

Zuletzt befaßt sich die Autorin noch mit dem interessanten Phänomen der eingebildeten Schwangerschaft. Andeutungen in diese Richtung sind sehr häufig, z. B. sind sehr viele psychogene Regelstörungen so zu erklären. Es gibt eine Reihe von kulturalthropologischen und klinischen Beobachtungen über solche Phänomene, die über lange Zeit sehr eindrucksvoll das Bild einer vollen Schwangerschaft bieten können. Psychoanalytisch liegt der Erscheinung eine wesentliche aggressive Komponente zugrunde.

Soweit die gedrängte Inhaltsangabe der Auffassungen der *Helene Deutsch*, die unverändert als klassisch bezeichnet werden können. Wir schließen nun einen Bericht aus jüngster Zeit an, den *Hans Molinski* kürzlich aus seiner Erfahrung als psychosomatischer Konziliaris einer großen Frauenklinik publiziert hat („Die unbewußte Angst vor dem Kind als Ursache von Schwanger-

schaftsbeschwerden und Depressionen nach der Geburt“, München, Kindler, 1972).

Aus dem reichen klinischen Material, das sich vor allem auf die Phänomene des Erbrechen, des Speichelflusses, der besonderen Gelüste und des Stehlens in der Schwangerschaft beziehen, möchte ich in diesem Zusammenhang nur seine Auffassung von den Entwicklungsstufen der Weiblichkeit referieren. Je nach diesen Phasen ist Schwangerschafts- und Geburtsverlauf verschieden. Als erste beschreibt er die Symbiose mit der Mutter; die auf dieser Entwicklungsstufe stehengebliebene Frau agiert ihre Mütterlichkeit in einer unreflektierten, triebhaft anmutenden, Form. Weder die Individualität des Kindes noch die der Mutter spielen eine Rolle. Das Bild der eigenen Weiblichkeit bleibt vage. Während der Schwangerschaft finden wir eine deutliche Regression.

Als zweite Phase wird die nach außen verlegte Mütterlichkeit der Nur-Tochter verzeichnet. Die Mutter wird als ein Objekt erkannt, es ist allerdings nicht zur Entwicklung des Ödipuskomplexes gekommen. Die Oralität der Mutter wird als verschlingend-aggressiv erlebt. Auch hier findet sich ein recht unreifer Eindruck. Die Persönlichkeiten der Töchter können als passiv-aggressiv oder passiv-abhängig beschrieben werden. Die Schwangerschaft verläuft meistens unkompliziert.

In der dritten Phase findet sich die Identifizierung mit dem mütterlichen Aspekt der Mutter. Hier findet sich bereits eine gewisse innere Verselbständigung von der Mutter. Die Mutter-Kind-Beziehung erinnert jedoch noch stark an das Puppenspielen. Der Kindeswunsch ist hier besonders stark. Während in der vorhergehenden Phase noch die Mutter als oral-aggressiv erlebt wurde, nimmt hier die Frau selbst diese Rolle ein.

Die vierte Phase ist die Identifizierung mit dem heterosexuellen Aspekt der Mutter. Es handelt sich im wesentlichen um eine ödipale Ablösung. Der Vater beginnt als Identifikationsobjekt wichtig zu werden. Die Geburt ist meist schmerzhaft, es findet sich eine Rigidität des Muttermundes.

Die fünfte Phase wird durch die Entwertung der Weiblichkeit und Latenz der Mütterlichkeit charakterisiert. In der sechsten Phase findet sich die Weiterentwicklung des heterosexuellen Aspektes der Weiblichkeit, in der Partnersuche bei weiterer Latenz der Mütterlichkeit. Während die vorhergehende Phase der Vorpubertät entspricht, finden wir hier die ganze Problematik der Pubertät.

Die siebente Phase zerfällt in zwei Unterperioden: die den Partner miteinbeziehende Mütterlichkeit und die reife Partnerschaft mit dem Mann. Hier finden wir kaum Störungen während der Schwangerschaft und der Geburt. In der letzten Phase werden spätere Fortentwicklungen der Mütterlichkeit diskutiert.

Die Darstellung *Molinskis* ist ziemlich stark von *Jungianischen* und *neanalytischen* Tendenzen beeinflusst und wird hier zu gerafft dargestellt. Durch die klinischen Fallbeispiele wird das Bild wesentlich lebendiger.

Für die Therapie schlägt *Molinski* bei Schwangerschaftsstörungen, insbesondere der Hyperemesis, weniger eine analytische Durcharbeitung als eine Stützung vor. Der Therapeut sollte suggestiv Schuldgefühle

reduzieren, indem er der Frau das Gefühl vermittelt: „Ich darf an mich selber denken und brauche nicht nur an das Kind denken.“ Es soll auch die Ambivalenz akzeptiert werden, daß man zu Schwangerschaft und Kind nicht immer positive Gefühle haben kann.

Es liegt zwar etwas außerhalb unseres Themas, aber es scheint mir doch sinnvoll, in unserem Zusammenhang auf die psychologischen Begleiterscheinungen bei den verschiedenen Methoden der Geburtenkontrolle hinzuweisen. *Rosenmayr* und *Grafeneder* haben in ihren ausgezeichneten empirischen Untersuchungen zeigen können, daß die wahrscheinlich noch immer häufigste Methode des *Coitus interruptus* besonders in unterprivilegierten Schichten bei niedrigem Bildungsniveau praktiziert wird. Die schädigenden Auswirkungen des *Coitus interruptus*, der zweifellos ein störendes Moment darstellt, wurden allerdings von *Freud* seinerzeit überschätzt. Die Methode von *Knaus* erfordert, wenn sie exakt durchgeführt wird, durch Messung der Basaltemperaturen einen hohen Aufwand. Begnügt man sich mit einer allgemeinen Berechnung, so ist der Unsicherheitsgrad relativ groß.

Die immer größere Verbreitung der Ovulationshemmer ist auch psychologisch sehr interessant. *Petersen* (1969) hat diese Frage an 189 Frauen eingehend untersucht. Er fand bei immerhin 46 Prozent ein leichtes dysphorisch-antriebsschwaches Psychosyndrom mit depressivem und affektlabilem Einschlag. Dieser Befund läßt sich jedoch nach meinem eigenen klinischen Eindruck heute nicht mehr bestätigen. Es ergibt sich eine angedeutete Steigerung der Sexualität in den vier Faktoren Coitusfrequenz, Befriedigung, Bedürfnis und Orgasmusfähigkeit. Gehemmte Persönlichkeiten können manchmal eine freiere und reifere Sexualität entwickeln. Die „Pille“ entspricht dem dringenden Bedürfnis nach einem sicheren Verhütungsmittel. Dadurch sind beide Partner meist sehr zufrieden.

Die psychischen Ursachen der affektiven Nebenwirkungen sind unspezifisch. Bei Neurotikern, leicht verstimmbaren und hypochondrischen Persönlichkeiten sowie Partnerkonflikten häufen sich die psychischen Erscheinungen, überraschenderweise ist dies aber bei Sexualkonflikten, starker kirchlicher Bindung oder Schuldgefühlen wegen der Pilleneinnahme kaum der Fall.

Petersen kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß man unter bestimmten Kautelen die Sterilisation unverändert als die einfachste und sicherste Methode berücksichtigen soll. Selbstverständlich müssen alle Beteiligten die Irreversibilität dieser Maßnahme mit allen möglichen Konsequenzen realisieren und berücksichtigen.

Bei dem über lange Zeit im anglo-amerikanischen Bereich vorwiegend angewendeten Diaphragma zeigte sich sehr deutlich das Unbehagen vieler Frauen, an ihrem Genitale zu manipulieren. Es ist dies aber ein Widerstand, der bei einigem Aufwand an Aufklärung und Übung überwindbar ist.

Über die psychologischen Komplikationen der Intrauterinpressare scheint wenig bekannt zu sein, was wohl charakteristischerweise damit zusammenhängt, daß dieselben vorwiegend in Entwicklungsländern

angewendet wurden.

Abschließend erlaube ich mir noch meine persönliche Meinung zur Frage des Schwangerschaftsabbruches zu formulieren, da ich in dieser Frage mehrfach unvollständig und in einem falschen Zusammenhang zitiert wurde. Geburtenplanung ist in der gegenwärtigen Lage der Menschheit die wichtigste und dringendste Voraussetzung des Überlebens. Von den Methoden, die dafür in Frage kommen, ist der Schwangerschaftsabbruch biologisch, medizinisch, psychologisch und sozial die ungünstigste. Man könnte daraus den Schluß ziehen, daß man sie verbieten soll. Dies entspricht der Situation im bisherigen Strafgesetz in Österreich und der Bundesrepublik. Die Praxis hat nun gezeigt, daß dieses Verbot nicht funktioniert, in einer enormen Dunkelziffer umgangen wird, aber trotzdem zu einer latenten Kriminalisierung in weiten Bevölkerungskreisen und vor allem in der Ärzteschaft führt. Es hat niemand ernstlich vorgeschlagen, das Verbot zu verschärfen oder die Sanktionen konsequenter durchzuführen, da offenbar die öffentliche Meinung solche Maßnahmen für sinnlos und undurchführbar hält.

Drei Lösungsmöglichkeiten wurden in der Öffentlichkeit diskutiert:

1. Eine Indikationenlösung, die auch psychosoziale Gesichtspunkte berücksichtigt.
2. Eine Fristenlösung (Freigabe bis Ende des dritten Monats) und
3. die völlige Herausnahme des Schwangerschaftsabbruches aus dem Strafrecht.

Die Indikationenlösung hat den Nachteil, daß das notwendige Verfahren dazu schwerfällig, verzögernd und wahrscheinlich psychologisch prohibierend wirkt, die illegale Schwangerschaftsunterbrechung nicht wesentlich hemmt und daß vor allem die soziale Ungerechtigkeit nicht beseitigt wird. Es werden wieder die Unterprivilegierten diese Chance weniger ausnützen können. Merkwürdigerweise haben sich weite Kreise, die aus religiösen und ideologischen Gründen einen Schwangerschaftsabbruch strikt ablehnen, mit diesem Kompromiß einverstanden erklärt. Dies läßt vermuten, daß angenommen wurde, daß die Prozedur der Indikationenlösung als eine sehr starke Bremse konzipiert wurde.

Die Fristenlösung erleichtert zwar ohne Diskriminierung den Abbruch in jener Periode, wo die Frucht noch nicht als selbständiges Wesen empfunden wird und wo kaum Komplikationen zu erwarten sind, es wird aber in der Terminfrage unter Umständen Schwierigkeiten geben.

Am sinnvollsten wäre eine echte massive Unterstützung für alle jene Schwangeren, die in einer Notlage sind, aber trotzdem ein Kind zur Welt bringen wollen und eine echte Propagierung der anderen Methoden. Wir sind von dieser Hilfe weit entfernt. Abgesehen davon müßte der Schwangerschaftsabbruch völlig entkriminalisiert und der freien Entscheidung der Beteiligten überlassen werden, wobei idealerweise sowieso ein Indikationsgespräch zwischen Mutter und Arzt stattfinden wird. Wenn keine Strafdrohung damit verbunden ist, dann wird auch eine sachliche und von materiellen Opfern freie Entscheidung möglich sein.