

Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik des Universitätsklinikums Halle (Saale)

Direktor: Prof. Dr. med. Prof. h. c. Dr. h. c. mult. Andreas Marneros

# **Der Neonatizid als mögliche Konsequenz einer negierten Schwangerschaft**

## **Dissertation**

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.) für das Fachgebiet

Medizinische Psychologie

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Nadine Jelden

geboren am 02.05.1980 in Heidelberg

Betreuer: Prof. Dr. med. Marneros

Gutachter: Prof. Dr. med. Marneros

Prof. Dr. med. Lessig

Prof. Dr. med. Costa (Magdeburg)

Eröffnungsdatum: 08.05.2012

Verteidigungsdatum: 20.01.2014

## **Referat**

Zielsetzung: Der Neonatizid stellt ein seltenes Phänomen dar und ist darum auch in der Literatur nur spärlich vertreten. Immer wieder wird im Vorfeld eine negierte bzw. verdrängte Schwangerschaft berichtet. Diese Arbeit macht sich zur Aufgabe die bestehende Literatur um die gewonnenen Erkenntnisse zu ergänzen, unterschiedliche Verlaufsformen der Schwangerschaftsnegierung darzustellen, ihre Dynamik detailliert zu beschreiben und schlussendlich den Zusammenhang zum Neonatizid herzustellen. Dabei sollen soziodemographische Daten, schwangerschaftsbezogene Besonderheiten, Persönlichkeitsfaktoren und innerpsychische Konflikte berücksichtigt werden.

Methode: Dreizehn forensisch-psychiatrische Gutachten von Neonatizidfällen wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen, um möglichst alle Aspekte einer Schwangerschaftsnegierung inhaltlich erschöpfend und auf systematische Weise zu erfassen. Zur Generierung eines Kategoriensystems wurde eine Kombination aus einem theoriegeleiteten, deduktivem und datenbasiertem, induktivem Vorgehen gewählt. Ergänzt wurde dies durch relevante Einzelergebnisse des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-R).

Ergebnisse: Aus den gewonnenen Daten konnten vier Verlaufsformen von negierten Schwangerschaften anhand des Grades des Bewusstseins um den Zustand extrahiert und ausführlich beschrieben werden: die nicht wahrgenommene, die verleugnete, die ignorierte und die verheimlichte Schwangerschaft. Als einflussnehmend auf die Dynamik der Negierung werden Persönlichkeitsfaktoren wie Gehemmtheit und Kommunikationsdefizite gesehen, so wie die Sorge vor der Reaktion der sozialen Umwelt, insbesondere der Eltern. Der Zusammenhang zum Neonatizid ließ sich in einem Stufenmodell erklären, das den Prozess der Entscheidungsfindung bei ungewollter Schwangerschaft in folgende Einzelschritte aufgliedert: Wahrnehmen der Schwangerschaft, Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft, Lösungsmöglichkeiten eruieren, Auswahl einer Lösungsalternative, Vorbereitung auf die Umsetzung, Umsetzung. Hier zeigt sich, dass sich die Negierung auf allen Stufen störend auswirken kann, und es dadurch nicht zur Umsetzung einer adäquaten Lösung bzw. zum Neonatizid kommt.

Schlussfolgerungen: Die detaillierte Beschreibung der Dynamik der Schwangerschaftsnegierung belegt, dass sie aus einer Konstellation verschiedenster Faktoren entsteht und im Extremfall im Neonatizid enden kann. Für die Existenz dieses Umgangs mit der Schwangerschaft soll eine Sensibilität der sozialen Umwelt, insbesondere der Ärzte geschaffen werden, um durch Aufmerksamkeit, Aufklärung und Hilfestellung präventiv gegen Neonatizide wirken zu können.

Jelden, Nadine: Der Neonatizid als mögliche Konsequenz einer negierten Schwangerschaft. Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2012

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	<b>2</b>
<b>2.1</b>	<b>Neonazide und Schwangerschaftsneugier in der Literatur</b>	<b>2</b>
2.1.1	Soziodemographische Aspekte	3
2.1.2	Kriterien der Schwangerschaftsverdrängung	5
<b>2.2</b>	<b>Schwangerschaftsneugier: Begriffsbestimmung</b>	<b>6</b>
<b>2.3</b>	<b>Persönlichkeit und Kommunikationsverhalten</b>	<b>6</b>
2.3.1	Extraversion	7
2.3.2	Gehemmtheit	7
2.3.3	Kommunikationsverhalten	7
<b>3</b>	<b>ZIELSETZUNG DER ARBEIT</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>METHODE</b>	<b>9</b>
<b>4.1</b>	<b>Stichprobenbeschreibung</b>	<b>9</b>
<b>4.2</b>	<b>Forensisch-psychiatrische Exploration</b>	<b>9</b>
<b>4.3</b>	<b>Inhaltsanalyse &amp; statistische Vorgehensweise</b>	<b>9</b>
<b>4.3</b>	<b>Erfassung der Persönlichkeit</b>	<b>11</b>
4.3.1	Psychologische Persönlichkeitsdiagnostik	11
4.3.2	Inhaltsanalyse	11
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE UND INTERPRETATION</b>	<b>11</b>
<b>5.1</b>	<b>Soziodemographische Daten</b>	<b>12</b>
<b>5.2</b>	<b>Kategorisierung unterschiedlicher Verlaufsformen von Schwangerschaftsneugier</b>	<b>12</b>
5.2.1	Die nicht wahrgenommene Schwangerschaft	13
5.2.2	Die verleugnete Schwangerschaft	14
5.2.3	Die ignorierte Schwangerschaft	15
5.2.4	Die verheimlichte Schwangerschaft	16
5.2.5	Mischformen	16
<b>5.3</b>	<b>Die Rolle der Kommunikation</b>	<b>17</b>
5.3.1	Kommunikationsverhalten	17
5.3.2	Gefühlskommunikation	17
5.3.3	Problemkommunikation	18

<b>5.4</b>	<b>Beschreibung der Dynamik der Schwangerschaftsnegierung</b>	<b>19</b>
5.4.1	Persönlichkeit	20
5.4.2	Soziale Umwelt	24
5.4.3	Warum Negierung: eigene Erklärungen	27
5.4.4	Dynamik der Negierung: Zusammenfassung	28
<b>5.5</b>	<b>Zusammenhang: Schwangerschaftsnegierung &amp; Neonatizid</b>	<b>29</b>
5.5.1	Stufenmodell: Lösungsfindung bei ungewollter Schwangerschaft und Hindernisse	29
5.5.2	Stufenmodell: Zusammenfassung und Einordnung der Stichprobe	36
5.5.3	Zusatzfaktor: Grenzerfahrung Geburt	37
<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>39</b>
<b>6.1</b>	<b>Einbettung der vorliegenden soziodemographischen Daten in die bestehende Literatur</b>	<b>39</b>
<b>6.2</b>	<b>Zwischenfazit: Von der Schwangerschaftsnegierung zum Neonatizid</b>	<b>41</b>
<b>6.3</b>	<b>Neonatizide im Vergleich zu klinischen Fällen</b>	<b>44</b>
<b>6.4</b>	<b>Exkurs: Mehrfach-Neonatizide</b>	<b>46</b>
<b>6.5</b>	<b>Implikationen für die „Prävention“ von Neonatiziden</b>	<b>50</b>
<b>6.6</b>	<b>Einschränkungen der Arbeit</b>	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>FAZIT</b>	<b>52</b>
<b>8</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>53</b>
<b>9</b>	<b>LITERATUR</b>	<b>55</b>
<b>10</b>	<b>ANHANG</b>	<b>58</b>
<b>11</b>	<b>THESEN</b>	<b>80</b>

**LEBENS LAUF**

**ERKLÄRUNGEN**

**DANKSAGUNG**

## Verzeichnis der Abkürzungen

### Text

Abb.	Abbildung
FPI-R	Freiburger Persönlichkeitsinventar, revidierte Fassung
KG	Klinische Gruppe
NG	Neonatizid-Gruppe

### Anhang

jm	jemand
k.A.	keine Aussage
lt. GA	laut Gutachten
nz	nicht zutreffend

## 1 EINLEITUNG

Der Neonatizid stellt eine Sonderform des Infantizids dar und beinhaltet die Tötung des neugeborenen Kindes kurz nach der Geburt innerhalb von 24 Stunden (Resnick 1970), welche meist durch die Mutter selbst vollzogen wird. Die Häufigkeit von Infantiziden wird von Brockington und Cox-Roper (1988) auf 1:50.000 Geburten berechnet. In Deutschland werden jährlich ca. 20-40 Neonatizid-Fälle bekannt (Schätzungen: siehe Bott et al. 2009). Basierend auf der bis 1997 ausgegebenen Kriminalstatistik ergaben Berechnungen von Rohde et al. (1998) eine Schätzung von einem Neonatizid auf 25.000 Geburten, die Dunkelziffer lässt jedoch weitaus höhere Zahlen vermuten in Anbetracht der Tatsache, dass wahrscheinlich nicht jede Babyleiche gefunden wird. Die Forschung zu dieser brisanten Thematik stößt dabei immer wieder auf das Phänomen der negierten Schwangerschaft, welche in den meisten Fällen im Vorfeld des Neonatizids retrospektiv festgestellt werden konnte (vgl. z.B. Spinelli 2001; Wessel et al. 2007b). So postulierte auch Gerchow schon im Jahr 1957, „dass für den Regelfall der Kindestötungen gelte, dass die Straftat motivisch nur verständlich gemacht werden könne, wenn man Schwangerschaft und Geburt als einen psychologisch und biologisch einheitlichen Komplex bewerte“, d.h. dass schon mit Einsetzen der Gravidität und der Umgang mit derselben, ein erster „Grundstein“ für einen möglichen Neonatizid gelegt werden kann. Der Blick auf die Zeit der Schwangerschaft, der Umgang der Täterin mit derselben und die Umstände, die zur Tötung des Neugeborenen führen, scheint demnach unumgänglich, wenn man die Dynamik einer solchen Tragik verstehen möchte.

Wenn man also davon ausgeht, dass einem Neonatizid meist eine Negierung der Schwangerschaft vorausgeht, lohnt es sich inhaltlich zu untersuchen, wie es zu einer solchen Schwangerschaftsnegierung kommen kann. Wodurch zeichnen sich die Frauen aus, die eine Schwangerschaft negieren und in der Folge ihr Kind töten? Wie ist ihre Persönlichkeit? Gibt es gar eine „Neonatizid-Persönlichkeit“? Oder sind die sozialen Umgebungsbedingungen ausschlaggebend für eine solche Tat? Sich diesen Fragen zu nähern und um der Komplexität eines solch fatalen Ausgangs gerecht zu werden, ist dann nur ein exploratives Vorgehen mit qualitativer Auswertung möglich (siehe auch Louda et al. 2009). Bisher erfolgte in der Literatur eher eine Aufarbeitung deskriptiver Daten soziodemographischer oder geburtsmedizinischer Natur (z.B. Wessel et al., 2007b). In dieser Untersuchung soll zunächst eine Annäherung an die Begrifflichkeiten der Schwangerschaftsnegierung anhand der vorliegenden Daten und der bestehenden Literatur erfolgen. Das Hauptaugenmerk liegt auf der inhaltsanalytischen Untersuchung der Dynamik einer solchen Negierung. Sie soll Erklärungsversuche für einen Neonatizid bieten und ihn als Ende eines bereits in der Schwangerschaft entstehenden Prozesses identifizieren. Der Blick auf die Persönlichkeit – sowohl inhaltsanalytisch als auch testpsychologisch dient einer möglichen Klassifikation einer Persönlichkeit, die eine

Schwangerschaftsnegierung mit all ihren Facetten begünstigen könnte. Um Einschränkungen der Arbeit so gut es geht entgegenzuwirken, werden zwei Exkurse vorgenommen: Zum einen findet ein Vergleich zwischen zwei Gruppen von Frauen mit Schwangerschaftsnegierung statt, wovon die Frauen der einen Gruppe die Schwangerschaft negiert und das Neugeborene getötet haben und die Frauen der anderen Gruppe die Schwangerschaft „nur“ negiert haben, das Kind aber dann nicht zu Tode kam. Zum anderen werden Fälle von Mehrfach-Neonaziden beleuchtet, um herauszufinden, ob bei diesen Fällen eventuell eine andere Dynamik zugrunde liegt und auf diese Weise mehrere Facetten des Neonazids zutage treten.

## **2 THEORETISCHER HINTERGRUND**

### **2.1 *Neonazide und Schwangerschaftsnegierung in der Literatur***

Systematische Forschungsarbeiten in Deutschland im Bereich des Neonazids sind seit der ersatzlosen Streichung des § 217 StGB<sup>1</sup> im Jahre 1998 schwierig geworden, da solch seltene Fälle juristisch nicht mehr ohne weiteres einzuordnen sind. Seitdem werden sämtliche Tötungen von Kindern auf die gleiche Weise gesetzlich behandelt und bestraft und berücksichtigen den Fall des Neonazids nicht mehr explizit. Eine Bevorzugung im Sinne eines geringeren Strafmaßes einer Neonazidtäterin ist der Gleichstellung verheirateter und unverheirateter Frauen gewichen. Doch eine Auseinandersetzung mit der vergleichsweise wenigen Literatur zum Thema Neonazid zeigt deutlich, dass das Augenmerk vorwiegend auf soziobiographische Aspekte und Rahmendaten rund um die Täterin abzielt und sich inhaltlich wenig mit dem Neonazid als Endpunkt eines langen innerpsychischen Prozesses beschäftigt. Doch eines wird in mehreren Arbeiten festgestellt: einem Neonazid geht nicht selten eine sogenannte verdrängte oder verheimlichte Schwangerschaft voraus (z.B. Bonnet 1993; Wessel et al. 2007b). Das heißt, dass einer der wissenschaftlichen Zugänge zum Motiv bzw. zu möglichen Gründen einer Neugeborenentötung in der Erforschung des Umgangs der werdenden Mutter mit ihrer Schwangerschaft begründet sein könnte. Dieser wiederum scheint in der Forschung systematischer untersucht zu sein und es finden sich soziodemographische Ergebnisse, Vergleiche mit nichtklinischen Stichproben und Klassifikationen der Schwangerschaftsnegierung (z.B. Wessel et al. 2002b; Wessel et al. 2003; Wessel et al. 2007a).

---

<sup>1</sup> §217 StGB (a.F.) Kindstötung: (1) Eine Mutter, welche ihr nichteheliches Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren bestraft. (2) In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.

### 2.1.1 Soziodemographische Aspekte

Als eine der ergiebigsten Studien zu soziodemographischen Aspekten bezüglich des Phänomens der Schwangerschaftsverdrängung bzw. -negierung ist die Arbeit von Wessel et al. (2007a) zu nennen, die in einem Vergleich von Frauen mit einer verdrängten Schwangerschaft aus einer klinischen Stichprobe (Kriterium: erster Arztbesuch erfolgte nach der 20. Schwangerschaftswoche) mit Frauen einer Kontrollgruppe (Daten aus dem Geburtenregister) signifikante Unterschiede bzgl. der Altersverteilung, dem Partnerschaftsstatus, der Herkunft und dem beruflichen Status fanden. So zeigte sich in der klinischen Gruppe von N=65 Frauen mit verdrängter Schwangerschaft, dass sie mehr Minderjährige und mehr Frauen über 40 Jahren aufwies und dass sich weniger in einer Partnerschaft befanden im Vergleich zur Kontrollgruppe. Sie waren vorwiegend deutschstämmig, und unter den Frauen befanden sich mehr Sozialhilfeempfängerinnen und Schülerinnen. Weiter konnten die Autoren deskriptiv feststellen, dass 29 der 65 Frauen mit einer verdrängten Schwangerschaft erstgebärend waren. Generell kamen die Autoren zu der Schlussfolgerung, dass es sich bei der Gruppe der Frauen mit verdrängter Schwangerschaft um eine sehr heterogene Gruppe handelt.

Ähnliche Ergebnisse bezüglich Erstgravidae finden sich in Untersuchungen von Wessel et al. (2002b) und Wessel et al. (2007a), deren Stichprobe von 65 Frauen mit verdrängter Schwangerschaft nur 33% Erstgebärende aufwies.

Aus einer vorherigen Untersuchung von Wessel und Buscher (2002a) ergeben sich bei Hochrechnungen auf der Grundlage von Angaben aller Berliner Kliniken und Geburtshäuser in einem 2-Jahreszeitraum (1995-1996) eine Häufigkeit von nicht wahrgenommenen Schwangerschaften (bis 20. Schwangerschaftswoche oder länger) von 1:475 Geburten. Der seltene Fall einer gänzlich nicht wahrgenommenen Schwangerschaft bis zur Geburt wurde von Wessel et al. (2003) auf eine von 2455 Geburten geschätzt. Dem gegenüber zu stellen ist an dieser Stelle die sehr geringe Anzahl von bekanntgewordenen Neonatiziden, die von Rohde et al. (1998, s.o.) auf 1:25.000 Geburten geschätzt werden. Wenn die Neugeborenenentötung auch sehr selten ist, so konnte Raic (1995) auf der Grundlage von Daten zu Todesfällen von Kindern und Jugendlichen im Zeitraum zwischen 1970 bis 1993 (Daten vom Institut der Rechtsmedizin der Universität Bonn) feststellen, dass die größte Gruppe unter den Homiziden (Anteil von 13.6% der Todesfälle), der Gruppe der Neonatizide zuzuordnen war (70% wurden während des ersten Lebensjahres getötet, davon 43.4% innerhalb der ersten 24 Stunden). Berechnungen ergaben hierbei ein Durchschnittsalter der Täter von 25.7 Jahren und als Motiv konnte bei sechs Frauen durch ergänzende Recherchen berichtet werden, dass sie im Vorfeld die Schwangerschaft negiert hatten. Eine ähnliche Arbeit (Hömberg 2011), die explizit Infantizide untersucht und sich ebenfalls auf rechtsmedizinische Daten der Universität Bonn bezieht (Zeitraum von 1994 bis 2007), fand einen geringeren Anteil von Neonatiziden (N=5, 26%) in der Gruppe der Todesfälle mit Elternverantwortung (n=19). Dabei wurde vom Tod durch Kindesmisshandlung (32%) und



den Tod durch erweiterten Suizid (31%) und einer Restkategorie (11%) abgegrenzt. Die drei Neonatizidäterinnen, zu denen Daten ausgewertet werden konnten, gehörten unterschiedlichen Altersgruppen an (zwei jünger als 25 Jahre), waren Deutsche, und hatten feste Partner (zwei davon zusammenlebend); zwei der drei hatten Geldsorgen. Alle drei brachten das Kind heimlich und alleine zur Welt.

In einer Untersuchung von Wessel et al. (2007b), die eine Schwangerschaftsneugierung als „reproduktive Dysfunktion nicht verursacht durch eine organische Erkrankung“ definiert, vergleichen die Autoren – ebenfalls deskriptiv – zum einen eine forensische Gruppe von 93 Neonatizid-Täterinnen mit einer klinischen Gruppe von 78 Frauen mit negierter Schwangerschaft. Sie unterschieden dabei zwischen verdrängter und verheimlichter Schwangerschaft und fanden heraus, dass die Frauen der klinischen Stichprobe, welche die Schwangerschaft verheimlichten, jünger waren, häufiger bei den Eltern wohnten, in der Ausbildung waren und ihr erstes Kind erwarteten im Vergleich zu denjenigen, die eine Schwangerschaft „einfach nur“ verdrängten. Beim Vergleich der Gruppe der Frauen mit negierter Schwangerschaft (also verdrängt und verheimlicht) zur forensischen Gruppe ergaben sich diese Unterschiede bzgl. der soziodemographischen Daten nicht, woraus die Autoren schlussfolgerten, dass sich die beiden Gruppen sehr ähnlich sind. Das heißt, dass es sich bei Neonatizidäterinnen eben nicht um „minderbegabte, hinsichtlich Schule und Beruf unterqualifizierte“ Frauen handelte. Auch sie waren Mehrgebärende und zeigten vergleichbare Rahmendaten in Bezug auf Alter, Beziehungsstatus und Ausbildung.

In einer retrospektiven Studie zu Neonatiziden (N=32) auf der Basis von Register-Daten in Finnland von 1980-2000 von Putkonen et al. (2007) zeigten sich als Risikofaktoren für das Begehen eines Neonatizids ein junges Alter, fehlende Unterstützung durch den Kindsvater und eine starke Abhängigkeit von Anderen. Zudem waren 66% der Frauen in der Vorgeschichte bereits ein- oder mehrfach schwanger.

In einer Übersichtsarbeit zum Thema „Infantizid“ von Friedman et al. (2005) wurde bei den Daten zum Neonatizid als Untergruppe der Kindstötungen beschrieben, dass die Neonatizidäterinnen der zugrundeliegenden 15 Studien überwiegend unverheiratet und unter 20 Jahre alt waren. Sie hatten einen niedrigen sozioökonomischen Status und hatten die Schwangerschaft im Vorfeld negiert oder verheimlicht. Ähnliche Aussagen treffen Trautmann-Villalba und Hornstein (2007) bezüglich des Alters: sie beschreiben die Gruppe der Neonatizidäterinnen als Adoleszente oder junge Erwachsene, haben allerdings keine entsprechende Stichprobe als Grundlage für diese Aussage.

In einem eher heuristischen Ansatz aus Frankreich von Bonnet (1993) wurde bei N=4 Neonatizidäterinnen und N=18 Frauen, die das Angebot einer anonymen Geburt in Anspruch genommen hatten, ein psychoanalytisches Interview durchgeführt. Die Interpretation der Interviews ergab dabei, dass die Frauen häufig dysfunktionale Familienmuster aufwiesen (z.B.

tabuisierender Umgang mit Sexualität oder extreme Überwachung der sexuellen Entwicklung). Bei 20 % der Frauen lagen sexueller Missbrauch oder Vergewaltigung in der Vergangenheit vor. Die Reaktion auf die Schwangerschaft wurde im Rahmen einer traumatischen Kindheit interpretiert.

Generell beschäftigt sich die Literatur zum Thema „Neonazid“ zwar schon damit, dass einem Neonazid häufig eine negierte Schwangerschaft vorausgeht (z.B. Trautmann-Villalba und Hornstein 2007), leider aber kaum mit der Dynamik der Schwangerschaftsnegierung an sich. Zudem wird der vielfach berichtete Zusammenhang zwischen negierter Schwangerschaft und Neugeborenentötung nicht erklärt. Vielmehr werden in der Behandlung dieses Themas Daten soziodemographischer und medizinischer/geburtshilflicher Aspekte verarbeitet (z.B. Hermann-Giddens et al. 2003; Wessel et al. 2003, Friedman et al. 2005; Putkonen et al. 2007; Wessel et al. 2007a). Es geht dabei um harte Fakten, wie beispielsweise die Art der Tötung (z.B. Hermann-Giddens et al. 2003; Navarro und Urban 2004) oder den psychischen Zustand während der Geburt bzw. Tat im Sinne dissoziativer Symptome mit Depersonalisationserleben oder Halluzinationen (Spinelli 2001; Trautmann-Villalba und Hornstein 2007). Lediglich Lammel (2008) weist auf eine Ausnahmesituation während der Geburtssituation mit Einengung der Wahrnehmung als eine Beeinträchtigung der Steuerfähigkeit im Zusammenhang mit einer Schuldfähigkeitsbeurteilung hin.

### **2.1.2 Kriterien der Schwangerschaftsverdrängung**

Wille und Beier (1994) entwickelten einen Ansatz zur Definition von verdrängten bzw. „negierten“ Schwangerschaften, der sich in acht Kriterien widerspiegelt. Im Einzelnen sind dies folgende:

- die subjektive Gewissheit, nicht schwanger zu sein
- das Fehlen oder Umdeuten von Schwangerschaftsanzeichen
- ein unbefangener Arztbesuch bei Schwangerschafts-assoziierten Symptomen
- Unbefangenheit in sozialen Situationen, die zur Entdeckung führen könnten
- unverändertes Sexualverhalten
- kein Gedanke an einen Schwangerschaftsabbruch
- keine Geburtsvorbereitungen
- eine Verkennung der Wehen und Überraschtwerden von der Geburt.

## 2.2 *Schwangerschaftsnegierung: Begriffsbestimmung*

In der vorliegenden Arbeit wird als Oberbegriff der Begriff der Schwangerschaftsnegierung verwandt. Mögliche psychoanalytische Aspekte der Verdrängung im engeren Sinn werden aufgrund der schwierigen Operationalisierung außen vor gelassen.

In der klinischen Praxis zeigen sich unterschiedliche Verlaufsformen von negierten Schwangerschaften, die sich anhand verschiedener Kriterien und anhand des Grades des bewussten Wissens um die Schwangerschaft differenzieren lassen. Nach eigener klinischer Erfahrung und einer ersten Sichtung der vorliegenden Daten lässt sich von „nicht wahrgenommener“, „verleugneter“, „ignorierter“ und „verheimlichter“ Schwangerschaft sprechen, die sich nicht immer klar voneinander abgrenzen lassen, sondern ebenfalls fließend ineinander übergehen können.

Bei der *nicht wahrgenommenen Schwangerschaft* bleibt die Gravidität völlig unbemerkt, außerhalb jeglicher bewusster Wahrnehmung – in Extremfällen bis zur Entbindung. Eine nicht wahrgenommene Schwangerschaft kann aber auch zunächst „eine Vorstufe“ einer verleugneten oder ignorierten Schwangerschaft darstellen. Bei einer *verleugneten Schwangerschaft* (entspricht weitgehend der verdrängten Schwangerschaft von Wessel et al. 2007b) bemerkt die Schwangere zunächst ihren Zustand, verdrängt dieses Wissen im weiteren Verlauf aber so weit, dass sie schließlich selbst der subjektiven Überzeugung ist, nicht schwanger zu sein. Das *Ignorieren einer Schwangerschaft* ist durch ein prinzipielles Wissen um die Schwangerschaft gekennzeichnet, welches aber mehr oder weniger bewusst ignoriert bzw. „beiseite geschoben“ wird. Die Frauen wissen, dass sie schwanger sind, wollen dies aber nicht wahrhaben und setzen sich erst sehr spät oder auch gar nicht mit ihrem meist ungewollten Zustand auseinander. Als Sonderfall ist zusätzlich die „verheimlichte“ Schwangerschaft zu nennen, die sich - im Gegensatz zu den anderen Arten der Schwangerschaftsnegierung - durch eine durchgehend bewusste Wahrnehmung der Schwangerschaft kennzeichnet, bei der die Schwangere ihre Umwelt über ihren Zustand jedoch wissentlich und aktiv täuscht.

## 2.3 *Persönlichkeit und Kommunikationsverhalten*

Diese Untersuchung legt ihren Fokus auf Persönlichkeitsaspekte, die sich auf das Kommunikationsverhalten auswirken, um mögliche Ursachen für das Negieren der Schwangerschaft bzw. die fehlende Inanspruchnahme von Hilfe aufzudecken. Im Einzelnen geht es dabei um Gehemmtheit/Schüchternheit, Extraversion/Introversion und allgemeines Kommunikationsverhalten, welche vorwiegend im Interview erfragt wurden. Das Konstrukt „Extraversion“ – in manchen Fällen auch „Gehemmtheit“ - wird zusätzlich durch Daten, die

testpsychologisch in Form eines Persönlichkeitsinventars (FPI-R, Fahrenberg et al. 1994) erhoben wurden, ergänzt.

### **2.3.1 Extraversion**

Unter dem Begriff Extraversion versteht man seinem lateinischen Ursprung nach eine Persönlichkeitseigenschaft, die sich durch das Richten der Aufmerksamkeit nach außen kennzeichnet (extra = nach außen; vertere = wenden). Dies zeigt sich konkret an einem Interesse an Geselligkeit, Kontaktfreude und -fähigkeit. Extravertierte sind ungezwungen, lebhaft und impulsiv und haben eine Vorliebe für Abwechslung und Unterhaltung. Bei Menschen mit einer hohen Ausprägung an Extraversion ist ein hohes Maß an Aktivität, Erregbarkeit, Unternehmungslust und Durchsetzungskraft zu erwarten. Umgekehrt verhält es sich bei Introvertierten: sie verhalten sich im sozialen Kontext eher zurückhaltend, sind lieber allein als in Gesellschaft, wenig mitteilbar und eher beherrscht statt impulsiv.

### **2.3.2 Gehemmtheit**

Das Konzept der Gehemmtheit bezieht sich auf das Verhalten in sozialen Situationen. Gehemmte Menschen scheuen sich – definiert nach dem Freiburger Persönlichkeitsinventar in der revidierten Fassung (FPI-R) (Fahrenberg et al. 1994) – einen Raum zu betreten, in dem sich bereits andere Personen befinden, sie scheinen schnell verlegen und sprechen ungern vor anderen Menschen. Dies kann bis zu einer Ängstlichkeit führen mit einer Tendenz, schnell zu erröten. Diese Unsicherheit im sozialen Kontext verhindert, dass stark gehemmte Personen mit Anderen flüssig ins Gespräch kommen, und Freundschaften lassen sich nur langsam schließen. Selbstunsicherheit und ein geringes Maß an Selbstvertrauen prägen einen in hohem Maße gehemmten Menschen. Kontaktstörungen, geringe/r Tatendrang und Durchsetzungsfähigkeit gehen ebenso mit diesem Persönlichkeitskonstrukt einher wie Irritierbarkeit und Entscheidungsunsicherheit.

### **2.3.3 Kommunikationsverhalten**

Davon ausgehend, dass die beiden oben beschriebenen Persönlichkeitseigenschaften weitgehend im Kontaktverhalten zutage treten, lohnt es sich, das Kommunikationsverhalten näher zu beleuchten, da denkbar ist, dass Frauen, die eine Schwangerschaft – in welcher Form auch immer – negieren, sich durch ein Kommunikationsdefizit auszeichnen, das eventuell in der Persönlichkeit verankert ist, also zeitlich und situativ weitgehend stabil.

### **3 ZIELSETZUNG DER ARBEIT**

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit forensisch-psychiatrischen Gutachten, deren Auswertung zwei unterschiedliche Zugänge möglich macht: eine deskriptive Darstellung der „harten Fakten“ einerseits, und die Beschreibung eines innerpsychischen Prozesses unter Berücksichtigung der Umgebungsfaktoren andererseits. Dadurch ergibt sich als erste Zielsetzung eine Einordnung der vorliegenden deskriptiven Daten in die Literatur. Dabei soll zudem eine eigene Kategorisierung der unterschiedlichen Verlaufsformen negierter Schwangerschaften entstehen bzw. die klinische/gutachterliche Erfahrung durch die vorliegenden Daten untermauert werden.

Diese Arbeit soll sich weiter von der bisherigen Literatur insofern hervorheben, als dass sie sich nicht nur mit soziodemographischen Rahmendaten und Fakten rund um die Schwangerschaft (z.B. weiterbestehende Periode) o.ä. beschäftigt, sondern sich explizit mit der Dynamik der Schwangerschaftsnegierung und den zugrundeliegenden psychischen Mechanismen auseinandersetzt. Dies erfolgt durch eine Inhaltsanalyse, deren Vorteil – nämlich sprachliches Material auf qualitative Weise auszuwerten – die Besonderheit der vorliegenden Arbeit in Abgrenzung zur bisherigen Literatur ausmacht. Eine solche Auswertung erfolgt unter besonderer Berücksichtigung der familiären und partnerschaftlichen Situation der Frauen, der Kommunikation über die Schwangerschaft bzw. der damit verbundenen Befürchtungen bzgl. der Reaktionen der sozialen Umwelt und des emotionalen und kognitiven Umgangs mit der Schwangerschaft. Die Problem- und Gefühlskommunikation im Sinne eines stabilen Persönlichkeitsmerkmals soll in diesem Zusammenhang beleuchtet und durch testpsychologische Auswertungen zu den Konstrukten „Extraversion“ und „Gehemmtheit“ ergänzt werden. Um die Komplexität der Thematik angemessen einzubeziehen, wird das Verhalten und Erleben der Frauen durch Informationen zu einzelnen Markern wie bspw. dem ersten Schwangerschaftsverdacht, folgende Interpretationen von Symptomen etc. ergänzt und schlussendlich der Zusammenhang zum Neonatizid hergestellt werden. Ziel soll es sein, den Neonatizid nicht isoliert als „grausame Straftat“ darzustellen, sondern als Konsequenz eines schon in der Schwangerschaft entstehenden Prozesses der Negierung zu verstehen und auf diese Weise eine Sensibilisierung für die Thematik zu ermöglichen. Die qualitative Inhaltsanalyse erlaubt zudem eine ergänzende Interpretation des Datenmaterials und macht es so möglich, einen Einblick in die Gesamtsituation rund um eine negierte Schwangerschaft und den Zusammenhang zum Neonatizid zu gewinnen. Zusammenfassend heißt das:

- 1 Einbettung der vorliegenden soziodemographischen Daten in die bestehende Literatur**
- 2 Kategorisierung unterschiedlicher Verlaufsformen von Schwangerschaftsnegierung**
- 3 Beschreibung der Dynamik der Schwangerschaftsnegierung**
- 4 Zusammenhang: Schwangerschaftsnegierung und Neonatizid**

## **4 METHODE**

### **4.1 *Stichprobenbeschreibung***

Bei der Stichprobe der Neonatizidtäterinnen handelt es sich um 16 Frauen, die im Rahmen eines Gerichtsverfahrens forensisch-psychiatrisch von zwei forensisch-psychiatrischen Gutachtern (Prof. Dr. Andreas Marneros, Halle, 9 Fälle), Prof. Dr. Anke Rohde, Bonn, 7 Fälle) hinsichtlich ihrer Schuldfähigkeit begutachtet wurden. Bei 13 der Frauen kam es ein Mal zur Neugeborenentötung, drei der Frauen begingen mehrere Neonatizide (s. auch Anhang B: Fall A&C: 3 Neonatizide, Fall B: 2 Neonatizide). Durchschnittlich waren die Frauen 22,9 Jahre alt. Die Gruppe der Einfach-Neonatizidtäterinnen soll in dieser Untersuchung näher betrachtet werden. In acht dieser 13 Fälle waren die Frauen mittel bis hoch gebildet, fünf wiesen nur einen niedrigen Bildungsstatus vor. Sieben waren berufstätig, eine war Schülerin und fünf waren Hausfrauen zum Zeitpunkt der Tat. Bei acht der Frauen war der feste Partner der Kindsvater des getöteten Kindes, bei den restlichen fünf Frauen kam es während einer losen Affäre zur Schwangerschaft. Sechs der Frauen waren erstgebärend.

Entsprechende Falldarstellungen finden sich im Anhang A (Einfach-Neonatizide: Fälle 1-13) und B (Mehrfach-Neonatizide: Fälle A-C).

### **4.2 *Forensisch-psychiatrische Exploration***

Basis der Auswertung waren die ausführlich dokumentierten psychiatrischen Explorationen im Rahmen der Schuldfähigkeitsbeurteilung. Vor der Exploration war die Untersuchte darüber aufgeklärt worden, dass die Mitarbeit für sie freiwillig sei und alle von ihr gemachten Angaben im Gutachten verwendet werden und nicht der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Gericht bzw. der Staatsanwaltschaft unterliegen. Nach entsprechender Einverständniserklärung erfolgte eine Aufnahme auf Tonband der Exploration, um die Interaktion zwischen Untersucher und Explorateur/in zu vereinfachen. Im Anschluss an die Untersuchung wurden die Bänder unter Berücksichtigung von Stil und Wortwahl der Untersuchten ausgewertet und übertragen.

### **4.3 *Inhaltsanalyse & statistische Vorgehensweise***

Um der Individualität der einzelnen Fälle und der Komplexität der Materie gerecht zu werden, erfolgte die Auswertung in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). Die Inhaltsanalyse soll dazu dienen, die Erkenntnisse, die aus den forensisch-psychiatrischen Gutachten gewonnen werden, intersubjektiv nachvollziehbar zu machen und dabei inhaltlich möglichst erschöpfend zu sein (vgl. Bortz und Döring 2002, S. 329). Die qualitative

Inhaltsanalyse erlaubt eine strukturierende Interpretation von sprachlichem Material (in diesem Fall der Transkripte der im Rahmen der Gutachten durchgeführten Explorationen) und beinhaltet die Erstellung eines Kategoriensystems, welches die unterschiedlichen Aspekte aufgreifen soll, die für die Erfassung der Schwangerschaftsneugier relevant erscheinen. Die Wahl dieses Auswertungsverfahrens liegt darin begründet, eine tiefgehende Darstellung der Neugierdynamik zu ermöglichen und auf diese Weise neue Erkenntnisse zu dieser Thematik hervorbringen zu können.

Dabei wurde in der vorliegenden Untersuchung eine Kombination aus theoriegeleitetem, deduktivem Vorgehen und datenbasiertem, induktivem Vorgehen gewählt. Als deduktives Vorgehen gilt in diesem Fall die Erstellung von Oberkategorien, basierend auf klinischer/gutachterlicher Erfahrung und unter Berücksichtigung der bisherigen Forschungsergebnisse. Im weiteren Verlauf wurde zu den spezifischeren Bereichen ein induktiv-exploratives Verfahren gewählt, das eine Kategoriengenerierung während der Bearbeitung des Datenmaterials ermöglichte, um so vorher nicht bedachten Aspekten Rechnung zu tragen und möglichst spezifisch die Dynamik des Geschehens zu erfassen. Alle Kategorien wurden eindeutig operationalisiert bzw. kodiert. Es entstand ein vorläufiges Kategoriensystem, welches nach Bedarf im Prozess der Datensichtung erweitert wurde, um sämtliche Aspekte der Schwangerschaftsneugier und des darauffolgenden Neonatizids zu würdigen. Entsprechende Textstellen aus den Transkripten wurden von zwei unabhängig arbeitenden Auswerterinnen (die Autorin und Frau Dipl.-Psych. Dr. Johanna Louda) in das Kategoriensystem kopiert, nach den Operationalisierungsvorgaben zugeordnet und Merkmalsausprägungen der Kategorien erstellt. Anschließend erfolgte ein Vergleich der erarbeiteten Kategorisierungen. Bei fehlender Übereinstimmung wurde die Ursachen hierfür identifiziert und schlussendlich wurde das Kategoriensystem abgestimmt und vereinheitlicht, so dass jede Frau einer Merkmalsausprägung eindeutig zugeordnet werden konnte. Die Fallzahlen für jede Merkmalsausprägung wurden ausgezählt (zu dem statistischen Vorgehen vgl. auch Louda et al. 2009). Da es sich bei den Rohdaten um gutachterliche Explorationen handelt, die der Beurteilung der Schuldfähigkeit dienlich sein sollten, und nicht streng nach einem Interviewleitfaden erfolgten, existieren nicht zu jeder Frau Aussagen zu allen Kategorien. Die Grundgesamtheit der zu der Kategorie existierenden Angaben wird aus diesem Grund stets beigefügt. Eine Ergänzung durch die Darstellung relevanter Zitate zu einzelnen Kategorien soll die Nähe zum ausgewerteten Material unterstreichen und das Verfahren zusätzlich transparent machen.

#### **4.4 Erfassung der Persönlichkeit**

##### **4.3.1 Psychologische Persönlichkeitsdiagnostik**

Sieben der Frauen war im Rahmen der Begutachtung zur testpsychologischen Erfassung der Persönlichkeit zusätzlich das *Freiburger Persönlichkeitsinventar* in seiner revidierten Fassung von 1994 (FPI-R, Fahrenberg et al.) vorgelegt worden.

Der *FPI-R* ist ein faktorenanalytisch und itemmetrisch konstruierter, standardisierter Persönlichkeitstest, der eine Einschätzung der Persönlichkeit auf zehn Dimensionen (Lebenszufriedenheit, Soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, Körperliche Beschwerden, Gesundheits Sorgen, Offenheit) sowie zwei Sekundärskalen (Extraversion, Emotionalität) erlaubt. Die Dimensionen sind als Persönlichkeitsdispositionen zu verstehen, sie haben sich in Validierungsstudien als weitgehend zeitlich und situativ stabil erwiesen, Korrelationen zum tatsächlichen Verhalten sind belegt.

In der vorliegenden Arbeit werden die Persönlichkeitseigenschaften „Extraversion“ und „Gehemmtheit“ näher betrachtet.

##### **4.3.2 Inhaltsanalyse**

Wie an anderer Stelle beschrieben, werden auch die Daten zu den zu untersuchenden Persönlichkeitsaspekten aus der Inhaltsanalyse und deren entsprechend operationalisierten Kategorien gewonnen.

## **5 ERGEBNISSE UND INTERPRETATION**

Die deskriptive Auswertung soziodemographischer Daten (z.B. Alter, sozioökonomischer Status) konnte zur Einbettung der aktuell bestehenden Forschungsergebnisse herangezogen werden. Zudem legte die qualitative Auswertung der forensisch-psychiatrischen Gutachten zahlreiche Aspekte der Schwangerschaftsneugierung offen. Die Interpretation der daraus gewonnenen Erkenntnisse ist dabei ebenso als Ergebnis der inhaltsanalytischen Auswertung zu sehen, wie die Häufigkeitsangaben zu den entstandenen Kategorien selbst. Um die unterschiedlichen Facetten der Schwangerschaftsneugierung plastischer zu veranschaulichen, wurden sowohl „typische“, als auch - um der Individualität der Fälle gerecht zu werden - „untypische“ Zitate beigefügt. Dabei wurden die Fälle der Stichprobe mit Nummerierungen versehen. Da jedoch manches Mal ein Zitat einer Frau aus der Gruppe der Mehrfach-Neonazide den Aspekt der Schwangerschaftsneugierung besser veranschaulichen konnte, wurden auch Zitate aus dieser Gruppe aufgenommen und zur Kennzeichnung und Abgrenzung mit Buchstaben versehen. Entsprechende kurze



Falldarstellungen sind im Anhang A (Einfach-Neonatizide) und Anhang B (Mehrfach-Neonatizide) zu finden.

### **5.1 Soziodemographische Daten**

Das Durchschnittsalter der 13 Frauen der Stichprobe lag bei einer Spannweite von 19 bis 27 Jahren bei 22.87 Jahren. Das Bildungsniveau war durchmischt: vorwiegend lag es im mittleren bzw. hohen Bereich (acht), was einem Realschulabschluss oder der Hochschulreife entspricht. Nur zu einem geringen Anteil (fünf) war die Schulbildung niedrig. Eine abgeschlossene bzw. in der Zeit der Schwangerschaft laufende Berufsausbildung hatten vier bzw. zwei der Frauen, die meisten (sieben) hatten keine bzw. dieselbige abgebrochen. Berufstätig bzw. Schülerin waren sieben bzw. eine, die restlichen fünf waren Hausfrau oder arbeitslos. Bezüglich des Partnerschaftsstatus zeigte sich ein ausgeglichenes Bild: sieben der Frauen waren in einer festen Partnerschaft, sechs waren allein. Die Mehrheit der 13 Frauen (neun) wohnte noch im elterlichen Haushalt. Bezüglich Erfahrungen im Bereich Schwangerschaft und Geburt, zeigte sich, dass etwas mehr als die Hälfte (sieben) bereits eine Schwangerschaft bzw. Geburt durchlebt hatten, nur sechs waren erstgebärend.

### **5.2 Kategorisierung unterschiedlicher Verlaufsformen von Schwangerschaftsneugier**

Eine Kategorisierung unterschiedlicher Verlaufsformen von Schwangerschaftsneugier lässt sich – wie bereits an anderer Stelle erwähnt – zum Einen anhand verschiedener Kriterien, zum Anderen anhand des Grades des Bewusstseins um die Schwangerschaft vornehmen (s. auch Schlotz et al. 2009).

Die *Kriterien* beziehen sich in erster Linie auf die Körperwahrnehmung der betroffenen Frau, d.h. wenn überhaupt, welche Symptome nimmt sie in welchem Schwangerschaftsstadium wahr? Wie interpretiert sie diese Symptome: schreibt sie sie überhaupt einer möglichen Schwangerschaft zu? Dabei handelt es sich meist um Schwangerschaftsanzeichen wie ausbleibende Periode, Gewichtszunahme bzw. Vergrößerung des Brust- und Bauchumfangs und Übelkeit. Weiter lassen sich verschiedene Konsequenzen im allgemeinen Verhalten und speziell im Umgang mit der Schwangerschaft bzw. in der Auseinandersetzung mit Lösungsmöglichkeiten darlegen. So finden sich bei manchen Frauen gedankliche Lösungsansätze, andere planen sogar aktiv die Geburt bzw. die Zeit nach der Geburt.

Eine solch aktive Auseinandersetzung mit der Situation erfordert allerdings auch einen höheren Grad des Bewusstseins um die Schwangerschaft. Der *Grad des Bewusstseins* lässt sich nur schwer quantifizieren, gerade weil es in der Natur der Sache liegt, dass die Exploration nur retrospektiv

erfolgen kann. Es lässt sich jedoch sagen, dass es Unterschiede in der Häufigkeit und der Intensität bzgl. der Gedanken rund um die Schwangerschaft und deren Folgen gibt.

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Verlaufsformen unter Berücksichtigung der oben genannten Kriterien und des Bewusstseinsgrades beschrieben und mit „typischen“ Zitaten untermauert.

### 5.2.1 Die nicht wahrgenommene Schwangerschaft

Wie oben genannt, bleibt bei der *nicht wahrgenommenen Schwangerschaft* die Schwangerschaft völlig unbemerkt. Eher selten (1:2455 Geburten, Wessel und Buscher 2002a) ist das bis zur Entbindung der Fall (vorliegende Daten: eine von 13 Frauen). Weitaus häufiger geschieht ein solches Nicht-Wahrnehmen – laut der vorliegenden Daten - in den ersten Wochen der Schwangerschaft.

Bezüglich der *Periode* zeigen sich bei den vorliegenden Daten folgende Häufigkeiten (N=9 Frauen, die zur Periode befragt wurden): immerhin ein Drittel interpretierte das Ausbleiben richtig als Schwangerschaftsanzeichen, zwei Frauen interpretierten das Ausbleiben als Stresssymptom bzw. Unregelmäßigkeit aufgrund der Pilleneinnahme um, zwei berichteten von einer weiterhin normalen Regelblutung und zwei gaben an, bereits vorher einen unregelmäßigen Zyklus gehabt zu haben.

Der *Bauchumfang*, der sich ja erst mit zunehmendem Schwangerschaftsalter und zudem sehr individuell verändert, wurde bei immerhin der Hälfte der Frauen (N=10) tatsächlich als Schwangerschaftszeichen wahrgenommen, zwei interpretierten ihn anders und drei gaben an, keine Veränderung bemerkt zu haben.

Fünf von N=7 zur *Übelkeit* befragten Frauen nahmen keine wahr, jeweils eine interpretierte sie als Schwangerschaftssymptom bzw. interpretierte sie anders.

Zu Kindsbewegungen gaben jeweils vier von neun Frauen an, keine wahrgenommen zu haben bzw. sie als Schwangerschaftssymptom gedeutet zu haben. Nur eine interpretierte sie um.

Insgesamt lässt sich also sagen, dass auch bei den vorliegenden Daten klar wird, dass ein Nicht-Wahrnehmen der Schwangerschaft bis zur Geburt sehr selten ist. Dennoch gaben fast alle der 13 Frauen an, die Schwangerschaft zunächst nicht wahrgenommen zu haben.

Zitat – Fall B

*„Als ich bemerkt habe, dass ich schwanger war, war ich bereits im vierten oder fünften Monat gewesen. Warum ich es nicht früher bemerkt habe, kann ich nicht genau sagen.“*

## 5.2.2 Die verleugnete Schwangerschaft

Bei einer *verleugneten Schwangerschaft* (entspricht weitgehend der verdrängten Schwangerschaft von Wessel et al., 2007b) bemerkt die Schwangere ihren Zustand irgendwann im Verlauf der Schwangerschaft, schiebt dieses Wissen dann aber so sehr beiseite bzw. aus dem Bewusstsein, bis sie schließlich selbst der Überzeugung ist, nicht schwanger zu sein. Das heißt, dass sie also durchaus Momente des Bewusstseins hatte, diese aber vor sich selbst und (auf Ansprache) vor Anderen verleugnet. Die Folge dieser subjektiven Gewissheit nicht schwanger zu sein, ist ein ganz „normales“ Verhalten – auch in Situationen in denen die Schwangerschaft sichtbar werden könnte. Das heißt, dass solche Frauen vollkommen unbefangen zum Arzt gehen, sich normal kleiden und sich auch bei sexuellen Aktivitäten unverändert verhalten. Sie verneinen eine Schwangerschaft auf Nachfrage vollkommen überzeugt und zweifeln nicht an der eigenen Aussage. Dass sich diese Frauen weder mit der Schwangerschaft selbst noch mit einer Mutterschaft beschäftigen, zeigt dass sie diesen einen Moment bzw. die wenigen Momente des Bewusstseins um die Schwangerschaft komplett beiseite geschoben haben. Diese Frauen werden dann von der Geburt völlig überrascht und deuten selbst diese unter Umständen zunächst noch um. In den vorliegenden Daten war das nur bei einer der 13 Frauen der Fall. Bei ihr zeichnet sich das Verleugnen auch noch über die Schwangerschaft hinaus ab: so sind auch die Geburt, der Neonatizid selbst und die Zeit danach von ihr nur bruchstückhaft erinnerbar, da sie auch dies weitestgehend aus dem Bewusstsein geschoben hat.

Zitate – Fall 4

### Schwangerschaftstest:

*„Ich glaube, dass ich den Schwangerschaftstest zu Hause gemacht habe. Jedenfalls gehe ich davon aus. Ich weiß das nicht mehr, denn ich habe das alles weg geschoben. Wenn ich mich daran erinnert hätte, den Test gemacht zu haben, wäre das ja ein Zeichen gewesen, dass ich schwanger war.“*

### Körperwahrnehmung und Auseinandersetzung mit Lösungsmöglichkeiten:

*„Körperliche Veränderungen habe ich an mir nicht bemerkt, auch meinen Bauch nie angeschaut. Für mich war es so, dass ich keinen Bauch gehabt habe, keinen Schwangerschaftstest gemacht habe und auch nicht schwanger gewesen bin. Über Alternativen habe ich nicht nachgedacht, ich war ja nicht schwanger.“*

### Geburt/Wehen:

*„Ich bin in dieser Nacht wach geworden, weil ich einen komischen Schmerz gehabt habe. Diesen Schmerz kann ich nicht erklären. Flüssigkeit ist gelaufen und ich habe gar nicht gewusst, was los*

*ist. Ich habe die totale Panik gehabt. Dann habe ich gedacht, dass ich vielleicht etwas Falsches gegessen habe, dass ich eine Magenverstimmung habe.“*

### **5.2.3 Die ignorierte Schwangerschaft**

Das *Ignorieren einer Schwangerschaft* tritt wahrscheinlich in der Gruppe der Schwangerschaftsnegierung am häufigsten auf (vorliegende Daten: 10 von N=13). Grundsätzlich weiß oder ahnt die Frau, dass eine Schwangerschaft besteht. Sie hat diese wahrgenommen, Schwangerschaftsanzeichen bemerkt und richtig zugeschrieben, will dies aber „nicht wahrhaben“. Oft kommt ein erster Schwangerschaftsverdacht sogar früh auf: fünf Frauen von N=13 der vorliegenden Stichprobe hatte bereits im ersten Trimenon einen Verdacht und vier im zweiten. Die Schwangerschaft darf allerdings nicht sein und das Wissen um sie wird beiseite geschoben. Dies gelingt phasenweise gut und variiert von Frau zu Frau sehr. Unter Umständen wird trotzdem noch gehofft, dass die Gewichtszunahme beispielsweise mit vermehrtem Essen und mangelnder Bewegung zusammenhängt. Vorsorgeverhalten – wie Arztbesuche, Reduktion von Nikotin und Alkohol – ist eher selten bzw. gar nicht vorhanden. Dieses Beiseiteschieben verhindert meist eine aktive Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft, damit einhergehend eine Vorbereitung auf die bevorstehende Geburt und vor allem Überlegungen zu der Zeit nach der Geburt (was geschieht mit dem ungewollten Kind). Je nach Grad des „aktiven“ Bewusstseins um die Schwangerschaft sind vorbereitende Maßnahmen möglich. Meist jedoch ist eine solche Auseinandersetzung so angstbesetzt, dass auch diese schnell wieder „beiseite geschoben“ wird, und die Frau verharrt in Bezug auf die Schwangerschaft in einer gewissen Passivität, welche einen adäquaten Umgang enorm einschränkt bzw. komplett behindert.

Zitat – Fall 1

*„Ich habe gewusst, dass ich zum Frauenarzt hätte gehen müssen. Ich habe dann darüber nachgedacht, und dann wieder wochenlang nicht mehr.“*

Zitat - Fall 2

*„Es kann schon sein, dass ich die Schwangerschaft nach dem ersten Mal Ausbleiben der Periode gemerkt habe. Aber ich habe mich damit nicht wirklich beschäftigt. (...) Ich habe eigentlich während der Schwangerschaft über gar nichts nachgedacht. (...) Wenn ich so darauf angesprochen worden bin oder so, dann habe ich das verneint und man habe das dann auch still liegen lassen. Und dann bin ich halt wieder in meinen Alltagstrott herein gekommen und das war die Ausbildung. Ich habe dann nicht weiter darüber nachgedacht.“*

Zitat – Fall 3

*„Nach dem Schwangerschaftstest bin ich erstmal schockiert gewesen. Ich habe dann gar nichts überlegt. Ich bin weiter zur Arbeit gegangen, und habe gar nichts getan.“*

#### **5.2.4 Die verheimlichte Schwangerschaft**

Die verheimlichte Schwangerschaft soll an dieser Stelle als weitere Ausprägung der Negierung ergänzend beschrieben werden. Sie stellt einen Sonderfall dar, da sich die Schwangere ihres Zustands gänzlich bewusst ist, diesen jedoch wissentlich verheimlicht. Diese Verheimlichung kann sowohl aktiv als auch passiv stattfinden. Ein „für sich behalten“ stellt beispielsweise eine passive Form der Verheimlichung dar. Aktiv ist sie, wenn die Schwangerschaft auf Nachfrage abgestritten wird und Geschichten zur Erklärung der körperlichen Veränderungen erfunden werden. Das Tragen weiter Kleidung stellt ein typisches Verhalten in der Verheimlichung der Schwangerschaft dar. Ebenfalls zeigt sich häufig eine veränderte Sexualität, im Sinne einer Abnahme der Häufigkeit sexueller Kontakte bzw. einer Stellungswahl, bei der der Partner den Bauch nicht bemerkt.

Zitat – Fall A

*„Das Verheimlichen war nicht so schwer. Erstens war es Winter, und ich habe eine dicke Jacke anziehen können, und zweitens habe ich nicht so viel Bauch gehabt.“*

#### **5.2.5 Mischformen**

Die vorliegenden Daten zeigen, dass eine Frau selten nur einer der Kategorien eindeutig zugeordnet werden kann. Gleichwohl zeigt sich quasi eine „Hauptstrategie“ der Schwangerschaftsnegierung. Betrachtet man diese, ergeben die Auszählungen, dass 10 von N=13 Frauen die Schwangerschaft hauptsächlich ignoriert haben, eine hat sie verleugnet, eine nicht wahrgenommen und eine Frau war keiner der Kategorien zuzuordnen.

Die Mischformen beziehen sich vor allem auf die Kategorie der nicht wahrgenommenen und der ignorierten Schwangerschaft. Wie oben erwähnt, gaben sieben von N=13 Frauen an, die Schwangerschaft zunächst nicht wahrgenommen zu haben (erster Schwangerschaftsverdacht nach eigenen Angaben im 2. oder 3. Trimenon bzw. undefinierbar, aber „eher spät“) und erst als sie einen Verdacht, unter Umständen sogar eine Bestätigung einer Schwangerschaft hatten (z.B. durch Arztbesuch oder Schwangerschaftstest), schoben sie dies beiseite und ignorierten es mit unterschiedlichen Strategien. Zum Einen konnten sie sich durch den Alltag/die Arbeit ablenken und fanden so keine Zeit, sich aktiv mit der Schwangerschaft auseinanderzusetzen. Zum Anderen hofften sie immer wieder auf eine andere Erklärung für die wahrgenommenen Symptome, die sie

sich – in Momenten des Bewusstseins – teilweise so einredeten, dass dies dermaßen beruhigend wirkte, so dass auch an dieser Stelle keine weitere Auseinandersetzung stattfinden konnte. Solche Uminterpretationen konnten beispielsweise Darmkontraktionen für Kindsbewegungen, oder vermehrtes Essen für die Gewichtszunahme sein. In diesem Zusammenhang lassen sich auch Verheimlichungstendenzen bei 12 der 13 Frauen feststellen. Das Tragen weiter Kleidung beispielsweise (bei 2/3 der dazu befragten Frauen vorhanden) muss in diesem Zusammenhang nicht ausschließlich als bewusste Täuschung der Umwelt gedeutet werden – es könnte auch als „Selbsttäuschung“ gesehen werden. Der „Bauch darf nicht sein“, darum will die Frau selbst auch nicht immer mit ihm konfrontiert werden. Das Für-sich-behalten stellt sich ähnlich dar: auch dies verhindert eine aktive Auseinandersetzung: je weniger Personen etwas von der Schwangerschaft bzw. dem Schwangerschaftsverdacht ahnen, desto seltener wird die Frau selbst mit ihr konfrontiert und ein weiteres Ignorieren bzw. Nicht-Warhhaben-Wollen gewährleistet.

### **5.3 Die Rolle der Kommunikation**

#### **5.3.1 Kommunikationsverhalten**

Stellt man sich einen „normalen“ Umgang mit einer Schwangerschaft vor, so kann man davon ausgehen, dass die schwangere Frau ihrer Umwelt meist von ihrem Zustand berichtet. Es stellt sich die Frage, warum die Frauen der vorliegenden Stichprobe dies nicht getan haben bzw. nicht tun konnten. Da es sich bei jeder der 13 Schwangerschaften um eine ungewollte gehandelt hat, liegt es nahe, Gefühle der Angst, Verzweiflung und Trauer zu vermuten – auch wenn die Schwangerschaft nicht zu jedem Zeitpunkt bewusst wahrgenommen wird. Aus einer solchen Situation - in Zusammenhang mit den oben genannten Gefühlen - ergeben sich Probleme, die ebenfalls kommuniziert werden könnten, um einerseits Entlastung, andererseits eine Auseinandersetzung mit der Konfliktsituation zu ermöglichen. Allerdings scheinen die Frauen grundsätzlich - d.h. auch unabhängig von der „Extremsituation ungewollte Schwangerschaft“ - Schwierigkeiten zu haben, Gefühle und Probleme adäquat zu formulieren oder zu zeigen. Auch an dieser Stelle ist eine Quantifizierung der Kommunikation schwierig. Eine Einteilung in häufige, manchmal und fast gar nicht auftretende tiefere Kommunikation ergab bei elf dazu explorierten Frauen, dass neun grundsätzlich fast keine „tiefere Kommunikation“ mit ihrer sozialen Umwelt, d.h. mit der Familie, dem Partner oder Freunden betreiben.

#### **5.3.2 Gefühlskommunikation**

In der forensisch-psychiatrischen Exploration wurde ebenfalls die Gefühlskommunikation erfragt, im Sinne einer Fähigkeit, Gefühle Anderen gegenüber zu zeigen und/oder zu verbalisieren. Dabei

wurde der Fokus meist auf die Vermittlung negativer bzw. unangenehmer Gefühle gelegt. Als solches ist im engen Sinne Trauer/Traurigkeit zu nennen, weiter gefasst geht es aber auch um Gefühle der Verzweiflung, manchmal auch um Schamgefühle. Die Kommunikation von Gefühlen kann in den unterschiedlichsten sozialen Systemen betrachtet werden: inwiefern findet sie in einer Partnerschaft statt (hier besonders auch bei positiven Gefühlen wie Zuneigung)? Wie ist bzw. war es in der Herkunftsfamilie? Inwiefern öffnen sich die Frauen Freunden/Freundinnen gegenüber? Die Betrachtung der inhaltsanalytischen Ergebnisse zeigt, dass die meisten Frauen (neun von N=12) Schwierigkeiten aufzeigen, sich anderen gegenüber emotional zu öffnen: viele berichten davon, dass sie stets bemüht seien, sich nicht anmerken zu lassen, wenn es ihnen nicht gut gehe. Geradezu typisch scheint zu sein, dass sie vor anderen nicht weinen. Ein gewisses Zusammenreißen und nichts Verletzbares von sich preiszugeben – vielleicht auch als Schutzmechanismus – klingt in den Aussagen durch. Im Extremfall täuschen sie sogar ihre Umwelt, indem sie gute Stimmung simulieren, um von ihrem inneren Zustand abzulenken.

Zitat – Fall 3

*„Es ist typisch für mich, dass die Anderen nicht merken, ob es mit gut oder schlecht geht.“*

Zitat – Fall 4

*„Früher habe ich immer versucht, meine Gefühle zu verdrängen und zu verstecken. Für mich ist es auch sehr schwierig zu weinen. Weinen war für mich immer sehr schwierig. Ich habe mich selbst verabscheut, wenn ich geweint habe.“*

Zitat – Fall 8

*„Leute, denen ich mich anvertraue und über Gefühle spreche, gibt es nicht. Mit meinem Freund habe ich das ab und zu getan, vor allem über Gefühle habe ich mit ihm gesprochen und er auch. Aber es war nicht regelmäßig, dass ich mich ihm anvertraut habe, wenn jetzt mal irgendetwas war.“*

Zitat – Fall A:

*„Es ist typisch für mich, dass ich mir nach außen nicht anmerken lasse, wie es mir wirklich geht. Weinen z.B. tue ich nur, wenn ich alleine bin. Es gibt nur wenige Leute, vor denen ich weine.“*

### **5.3.3 Problemkommunikation**

Die kommunikativen Defizite beziehen sich ebenfalls auf den Bereich der Kommunikation von Problemen bzw. konflikthaften Situationen. Nach außen hin den Anschein von Normalität zu erwecken und Probleme alleine zu lösen, scheint ein typischer Umgang in der

Auseinandersetzung mit problematischen bzw. belastenden Situationen zu sein und könnte eine Vorstufe des Nicht-Wahrhaben-Wollens von Problemen darstellen. In diesem Zusammenhang verstehen sich viele der Frauen als „Einzelgänger“, die ihre Probleme lieber alleine lösen als sich einer Vertrauensperson zu öffnen. Bei vielen geht dies noch einen Schritt weiter, und sie berichten davon, keine Vertrauensperson zu haben, während sie sich selbst jedoch als gute Zuhörerinnen beschreiben und bei der Problemlösung Anderer stets behilflich sind. Auch in diesem Bereich ist es in manchen Fällen viel mehr als ein bloßes Mit-sich-ausmachen. Teilweise versuchen die Frauen sogar, ihre Umwelt darüber hinwegzutäuschen, dass Probleme bestehen, und gaukeln nach außen etwas vor, was nicht dem inneren Empfinden entspricht.

Zitat – Fall 2

*„Ich bin eher meine eigenen Wege gegangen. Ich habe auch nachher, wenn ich Probleme hatte, mit keinem mehr darüber gesprochen. Das habe ich eigentlich immer alles für mich behalten...Probleme fresse ich eher in mich hinein, als dass ich darüber mit jemandem rede.“*

Zitat – Fall 3

*„Ich spreche sehr selten mit jemandem über meine Probleme. Auch nicht mit meinen Eltern oder Schwestern.“*

Zitat – Fall 4

*„Wenn man gut gelaunt ist, viele Freunde hat, offen ist und selbstbewusst auftritt, kommt keiner auf die Idee, dass es einem schlecht gehen könnte. Man hat dann auch keine Angriffspunkte und keine Schwächen.“*

Zitat - Fall B

*„Meistens war ich eher ein "Alleingänger" und habe meine Probleme allein lösen wollen. Ich habe mich nie "groß" einem anvertraut, obwohl ich ja z. B. mit meinen Eltern über Probleme hätte reden können.“*

#### **5.4 Beschreibung der Dynamik der Schwangerschaftsnegierung**

Eine Schwangerschaftsnegierung ist als multikausal bedingt zu verstehen. Es gibt keinen einzelnen Prädiktor, der das Risiko einer Frau, eine Schwangerschaft zu verneinen, entlarven könnte. Die Schwangerschaftsnegierung kommt in jeder Bildungsschicht und in unterschiedlichen Altersklassen vor. Der Partnerschaftsstatus scheint ebenfalls keinen Einfluss zu haben. Jeder einzelne der Neonatizidfälle stellt wohl einen tragischen Endpunkt eines Prozesses dar, bei dem in der Vorgeschichte mehrere Faktoren zusammenspielen, die in dem individuellen Fall zur Schwangerschaftsnegierung geführt haben.



Jedoch scheint es einige wenige Bedingungen zu geben, die eine Schwangerschaftsneugier begünstigen bzw. die mehrheitlich in der vorliegenden Stichprobe gefunden werden konnten.

#### **5.4.1 Persönlichkeit**

Zunächst fußt die Schwangerschaftsneugier in einigen Fällen auf einer Persönlichkeitsstruktur, die sich dadurch auszeichnet, dass Defizite in der Gefühls- und Problemkommunikation bestehen. Die Kommunikation von Gefühlen – positive wie negative – scheint schwierig zu sein. Eine Interpretation der Aussagen der Frauen bezüglich ihrer Hemmungen, über Emotionen zu sprechen, könnte sein, dass die Gefühlskommunikation für sie eine Offenbarung darstellt, die sie überfordert. Gerade die Kommunikation negativer Gefühle, v.a. in Form von Weinen, stellt eine unüberwindbare Hürde für sie dar, so als wäre dies schambesetzt oder ein Zeichen von Schwäche. Noch weitläufiger interpretiert könnte man eine Sorge vor einer emotionalen Abhängigkeit von anderen Personen vermuten, die unter Umständen sogar in einer Angst mündet, von Anderen enttäuscht zu werden bzw. verletzbar zu sein. Und dies gilt es im Vorfeld zu verhindern, indem die Innenwelt für andere Personen verborgen bleibt. Mit Blick auf das soziale Umfeld scheint es keine Unterschiede bezüglich derjenigen Personen zu geben, die nicht an der Gefühlswelt teilhaben dürfen. Sowohl in der Partnerschaft als auch im familiären Umfeld sehen die Frauen keinen Anlaufpunkt für die Kommunikation ihrer emotionalen Befindlichkeiten. Freunde, die als Vertrauenspersonen gelten, existieren kaum. Es gilt negative Gefühle für sich zu behalten und nach außen hin „normal“ zu wirken. Unter Umständen reicht dieser Umgang mit den eigenen negativen Gefühlen so weit, dass sie diese verdrängen und eigene Emotionen nicht wahrnehmen. Umgekehrt haben sie jedoch Antennen für die Gefühle Anderer und stehen diesen als Gesprächspartner zur Verfügung. Es scheint sich also nicht um eine generelle „Emotions-Unempfindlichkeit“ zu handeln, sondern ganz klar um den Umgang mit den eigenen Gefühlen. Wird eine solche Frau mit der Nachricht oder dem Verdacht einer für sie ungewollten Schwangerschaft konfrontiert<sup>2</sup>, ist davon auszugehen, dass Verzweiflung und Angst die für sie vorherrschenden Gefühle sind. Nach Sichtung der Aussagen der Frauen zu der Kategorie „Gefühlskommunikation“, scheint es zwei „typische“ Umgangsweisen zu geben, die wiederum ineinander übergehen können: Das „Mit-sich-selbst-ausmachen“ bzw. „Für-sich-behalten“ und die Verdrängung der Gefühle bis hin zur fehlenden Wahrnehmung derselbigen. Dies könnte in manchen – vielleicht auch in den meisten Fällen – ein erster Grundstein im Prozess der Negierung einer Schwangerschaft sein. Es wäre denkbar, dass die betroffene Frau die Angst, Ratlosigkeit und Verzweiflung immerzu mit sich selbst ausmacht und diese für sie unerträglichen Gefühle beiseite schiebt, im Extremfall bis sie sie nicht mehr wahrnimmt. Es scheint, als ob die Angst alle

---

<sup>2</sup> hierzu keine konkreten Fragen in der Exploration vorhanden, aus dem Kontext jedoch interpretierbar, dass bei mindestens 12 der N=13 Frauen die Schwangerschaft ungewollt, bei 13 ungeplant war

weiteren Überlegungen und Handlungsschritte, die im Falle einer ungewollten Schwangerschaft quasi automatisch erfolgen sollten (s. Abb. 1), lähmt. Sich diesen Gefühlen zu stellen, würde gleichzeitig bedeuten, sich auch dem Problem, dem Fakt „Schwangerschaft“ stellen zu müssen. Die defizitäre Gefühlskommunikation geht also meist einher mit einer mangelnden bzw. gänzlich fehlenden Problemmunikation. Vielleicht ist die Trennung der beiden Bereiche nicht notwendig bzw. erscheint künstlich - um ihre Bedeutung für die Dynamik noch differenzierter darzustellen, wird sie an dieser Stelle dennoch dargelegt. Denn um ein Problem bzw. eine belastende Situation zu benennen, ist es notwendig, die damit verknüpfte Emotion wahrzunehmen. Eine Situation kann sich nur dann für den Einzelnen problematisch darstellen, wenn er sie dementsprechend bewertet. Das heißt, dass er irgendwann einmal beispielsweise den Gedanken hatte, dass „das nicht sein dürfe“, ob bewusst oder unbewusst. Das heißt die Problemmunikation setzt eine Emotionswahrnehmung voraus, denn nur ein Problem, das als solches erkannt wird, kann auch kommuniziert werden. Eine nicht wahrgenommene Emotion, wie in diesen Fällen Angst oder Verzweiflung, kann also eine Gefühls- und vor allem Problemmunikation verhindern. Ein Für-sich-behalten von negativen, unangenehmen Gefühlen wiederum verhindert unter Umständen ebenso eine Problemmunikation. Probleme alleine lösen zu wollen, scheint für die meisten der Frauen enorm wichtig, beispielsweise aus dem Bedürfnis heraus, Andere nicht belasten zu wollen. Meist jedoch scheint dieser Umgang mit Problemen so fest in der Persönlichkeit verankert zu sein, dass ein explizites Bewusstsein über Probleme und vor allem über die Möglichkeit ihrer Kommunikation als Startpunkt eines Problemlösungsprozesses nicht vorhanden zu sein scheint. In den Explorationen wurden die Problemlösestrategien erfragt, die bei Problemen bisher typischerweise angewandt wurden, und nicht selten zeigt sich in den meisten Lebensbereichen ein Beiseiteschieben problematischer Situationen. Ein solches Beiseiteschieben wäre praktisch unmöglich, wenn Bezugs- bzw. Vertrauenspersonen entsprechend eingeweiht wären. Es als Persönlichkeitseigenschaft darzustellen, eigene Gefühle und Probleme nicht adäquat wahrzunehmen, ergibt sich aus dem Blick auf den Umgang mit Problemen im Allgemeinen. Den Frauen fällt es nicht schwer, dies als für sie „typisch“ zu bezeichnen (s. Zitate oben). Es erscheint darum logisch, die Extremsituation einer ungewollten Schwangerschaft ebenfalls nicht derart zu kommunizieren, dass Lösungsprozesse in Gang gesetzt werden können. Im Gegenteil scheint der typische Umgang mit eigenen Gefühlen und Problemen der ideale Nährboden für ein „Beiseiteschieben“ bzw. ein Negieren einer Schwangerschaft zu sein. Nimmt man an, dass ein „normaler“ Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft beinhaltet, sich mit den Lösungsmöglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs, des Behaltens des Kindes oder einer Adoptionsfreigabe auseinanderzusetzen, so setzen all diese Wege eine Kommunikation über den Zustand der Schwangerschaft voraus. Ein Abbruch müsste sowohl mit einem Gynäkologen und einer Beratungsstelle besprochen werden, das Behalten mit dem sozialen Umfeld (Partner, Eltern,

Arbeitgeber), die Adoptionsfreigabe wäre in Abstimmung mit dem Jugendamt zu organisieren. Eine Kommunikation über das Problem „ungewollte Schwangerschaft“ ist also zwingend erforderlich, um adäquate Handlungsschritte einzuleiten. Dies in Angriff zu nehmen erscheint umso schwerer, je stärker es in der Persönlichkeit der Frau verankert ist, eben nicht über Gefühle oder Probleme zu sprechen.

Der Blick auf die oben beschriebenen Persönlichkeitskonstrukte Extraversion und Gehemmtheit ist ähnlich zu interpretieren. Auch wenn die Gesamtheit derjenigen Frauen mit auffälligen Testwerten gering ist, so lässt sich zumindest eine Tendenz ableiten, die die Erkenntnisse aus der Exploration testpsychologisch unterstreicht.

Ein überdurchschnittliches Maß an Gehemmtheit, wie es bei immerhin drei von N=7 Frauen gezeigt werden konnte, weist laut Manual des FPI-R (Fahrenberg et al. 1994) auf erhöhte Schüchternheit, Selbstunsicherheit und geringes Selbstvertrauen hin. Zudem sind Kontaktstörungen, Entscheidungsunsicherheit und geringer Tatendrang damit einhergehend. Gerade die drei letztgenannten Eigenschaften lassen sich mit den Ergebnissen aus der Exploration gut vereinen bzw. ergänzen diese. Kontakte aufzunehmen und zu pflegen, sich jemandem vertraut fühlen, sind Voraussetzungen, um sich mitzuteilen, im Besonderen was Emotionen und belastende Situationen bzw. Probleme betrifft. Eine gewisse Entscheidungsunsicherheit wiederum kann zu einem Verharren in einer Passivität führen. Die Interpretation, dass eine solche Passivität gepaart mit geringem Tatendrang dazu führt, eine Schwangerschaft einfach hinzunehmen und sich nicht mit ihr auseinanderzusetzen, liegt auf der Hand. Sich für oder gegen eine Schwangerschaft oder sich für oder gegen eine Mutterschaft zu entscheiden, erfordert gewisse Handlungskonsequenzen. Als passives Hinnehmen ließe sich der Umgang mit der Schwangerschaft bzw. die Negierung derselben also auch interpretieren/bezeichnen.

Dem Konstrukt der Gehemmtheit gar nicht so unähnlich ist die Introversion als geringe Ausprägung der Extraversion. Als extravertierte Menschen werden diejenigen wahrgenommen, die gesellig kontaktfreudig und –fähig sind, sich ungezwungen, lebhaft und aktiv verhalten. Menschen mit einer unterdurchschnittlichen Ausprägung dieser Persönlichkeitseigenschaft fallen durch Zurückhaltung in sozialen Situationen auf, sind eher ernst und wenig unterhaltsam und mitteilbar. Eine Kombination an Eigenschaften, die mit den oben genannten Eindrücken aus der Exploration bezogen auf das Kommunikationsverhalten übereinstimmen. Immerhin vier von N=7 getesteten Frauen zeigten eine solch unterdurchschnittlich ausgeprägte Form der Extraversion.

Auch wenn nicht alle Frauen, die ein FPI-R bearbeitet haben, auffällige Ergebnisse zeigen, ergibt sich jedoch eine Tendenz, die bestätigt, wie sich die Frauen selbst wahrnehmen. Wenn man also eine Beschreibung der Persönlichkeit wagt, die einer Schwangerschaftsneugier zugrunde liegen kann, so darf man vorsichtig davon ausgehen, dass es sich um Frauen handelt, die generell im Umgang mit Gefühlen und Problemen sehr zurückhaltend sind. Sie sind eher schüchtern, möchten nicht auffallen, v.a. nicht im negativen Sinne. Gefühle zu kommunizieren scheint für sie ein

Zeichen von Schwäche zu sein, und die Angst vor Schwachpunkten hindert sie an der Kommunikation. Solche Persönlichkeitseigenschaften bzw. die defizitäre Kommunikationsfähigkeit über Emotionen und Probleme, scheinen einen Nährboden dafür zu bieten, belastende Situationen beiseite zu schieben, in Extremfällen vielleicht komplett aus dem Bewusstsein zu streichen. Hinweise auf die Auswirkungen solcher Konstellationen zeigen sich auch in den folgenden Zitaten.

Zitat - Fall A

*„In sozialen Situationen bin ich eher unsicher. Wenn ich nicht weiß, was auf mich zukommt, dann bin ich etwas unsicher.“*

Zitat - Fall 2

*„Nein, eigentlich bin ich nicht verunsichert, wenn ich unter Menschen bin. Probleme fresse ich eher in mich hinein, als dass ich darüber mit jemanden rede... Ich bin eher zurückhaltender. Ich habe auch schon gerne Leute um mich, aber irgendwann, wenn es mir auch schon zu viel wird, ziehe ich mich auch zurück.“*

Zitat – Fall 3

*„Ich bin ein ruhiger Mensch. Eher unsicher. Eher zurückhaltend.“*

Zitat – Fall 8

*„Ich würde mich als ängstlich und zurückhaltend beschreiben. Zurückhaltend bin ich vor allem bei fremden Leuten, aber wenn wir uns danach kennenlernen, dann bin ich auch offener. Aber ich habe z. B. Hemmungen, mit anderen zusammenzuarbeiten, dass ich kritisiert werden könnte und ähnliches. Diese Hemmungen sind aber nicht sehr stark, sondern eher mittel.“*

Zitat – Fall 9

*„Ich bin ein sehr ruhiger Typ, der mit Fremden eigentlich nicht so über persönliche Sachen spricht, der nicht so aus sich raus kommt. Ich bin ein Mensch, der nicht vor großen Mengen von Leuten sprechen kann, da bin ich schon sehr zurückhaltend.“*

Zitat – Fall 10

*„Fremden vertraue ich nicht so schnell. Bekannte oder Freunde habe ich kaum, ich bin eher ein Einzelgänger. Das kommt daher, dass ich eben Fremden nicht so schnell vertraue, sondern mehr zurückhaltend bin. Ich habe auch Angst von Kritik oder Ablehnung und mache mir Sorgen darüber, ob ich gemocht werde oder nicht. Deswegen fange ich nur dann eine freundschaftliche Beziehung an, wenn ich ganz sicher bin, dass mich die Leute mögen. Ich*

*habe auch nicht so viele Hobbys oder Aktivitäten. Wenn ich in einen Raum gehen soll, in welchem sich Leute befinden, fühle ich mich unbeholfen und manchmal minderwertig. Ich habe Unsicherheiten im Umgang mit anderen Menschen und habe nicht so ganz Vertrauen zu anderen. Wenn ich mit Menschen zusammen bin, habe ich ein ständiges Gefühl von Anspannung.“*

Doch eine mangelnde Kommunikationsfähigkeit alleine für das Negieren einer Schwangerschaft verantwortlich zu machen, erklärt nicht ausreichend die Dynamik einer solchen Situation, die in den vorliegenden Fällen im Neonatizid mündete. Vielmehr gilt es zu schauen, welche weiteren Faktoren einen adäquaten Umgang verhindern. Selbst wenn eine gewisse Kommunikationsfähigkeit vorhanden ist, müssen die Umgebungsbedingungen einen entsprechenden Rahmen bieten, der es ermöglicht, eine solch schwierige Situation zu bewältigen.

#### **5.4.2 Soziale Umwelt**

Beschäftigt man sich mit dem Thema negierte Schwangerschaft, so stellt sich unweigerlich die Frage nach der sozialen Umwelt. Zum Einen wäre es wie oben beschrieben der „normale“ Umgang, seine Umwelt über den Zustand aufzuklären und sich gegebenenfalls Rat einzuholen. Zum Anderen wird im Normalfall eine Schwangerschaft zunehmend für jedermann sichtbar, so dass auch umgekehrt zu erwarten wäre, dass die Schwangere auf ihren Zustand angesprochen würde. In der zugrundeliegenden Inhaltsanalyse der Gutachten entstanden Kategorien zum Thema „soziale Umwelt“ vor allem hinsichtlich der Partnerschaft und der Herkunftsfamilie. Personen außerhalb dieses Personenkreises spielten praktisch keine Rolle bzw. sind zu vernachlässigen.

#### **Partnerschaft**

Am ehesten würde man die Kommunikation über eine Schwangerschaft in einer bestehenden Partnerschaft vermuten. Da bei den vorliegenden Fällen eine Kommunikation vonseiten der Schwangeren aufgrund der Schwangerschaftsnegierung nicht stattfinden konnte, würde man davon ausgehen, dass zumindest der Partner (soweit vorhanden) mit fortschreitender Schwangerschaft selbige erahnt und entsprechend zur Sprache bringt. Nicht zuletzt, weil ihn die Schwangerschaft und ihre Konsequenzen in ähnlichem Maß betrifft. Es stellen sich also mehrere Fragen: Negiert der Partner die Schwangerschaft auch? Will oder kann er sie genauso wenig sehen wie seine Partnerin? Oder steht auch hier die mangelnde Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit innerhalb der Partnerschaft im Vordergrund und verhindert eine gemeinsame Auseinandersetzung mit dem weiteren Vorgehen?

Zunächst sei zu erwähnen, dass es sich bei der Grundgesamtheit der Fälle, bei denen der Kindsvater auch der feste Partner war, um acht von N=13 Fälle handelt. Bei den übrigen fünf Fällen ging die Schwangerschaft aus einer losen Affäre hervor. Interessant ist nun zu schauen,

inwiefern der Kindsvater (auch bei loser Affäre) über die Schwangerschaft informiert war. Hier ergaben sich folgende Häufigkeiten unterschiedlicher Merkmalsausprägungen (bei N=13): acht waren nicht informiert, zwei wussten um die Schwangerschaft, bei einem herrschte ein unausgesprochener Verdacht, und zwei äußerten einen Verdacht, der aber durch die Frau verneint wurde. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nur zwei wirklich informiert waren, elf gingen trotz Verdacht davon aus, dass keine Schwangerschaft bestand. Da die Männer im Rahmen der Gutachtenerstellung nicht exploriert wurden, ist der Interpretationsspielraum dieser Ergebnisse nur gering. Ob die Kindsväter die Schwangerschaft tatsächlich auch nicht wahrhaben wollten, lässt sich nur schwer sagen. Lediglich einer hatte einen Verdacht, den er aber nicht aussprach. Aus der Inhaltsanalyse lässt sich jedoch ableiten, dass bei vier der dazu befragten N=5 Frauen die Kommunikation in ihrer Partnerschaft als defizitär einzustufen ist, nur bei einer war die Merkmalsausprägung „gut/adäquat“ zutreffend. Vier von dazu N=7 explorierten Frauen waren in der Kategorie „Qualität der Beziehung“ der Merkmalsausprägung „gut“, drei „durchwachsen“ zuzuordnen. Bei acht gänzlich nicht informierten Männern scheint es tatsächlich so zu sein, dass die Schwangerschaft nicht so offensichtlich war bzw. das Verhalten der Frauen darauf ausgerichtet war, dass sie selbst und somit auch vorhandene Partner nichts bemerken konnten. Eine weitere Erklärung hierfür könnte sein, dass sich die Frauen eventuell Partner suchen, die – wie sie selbst – ebenfalls Defizite in der Wahrnehmung und der Benennung von Gefühlen und Problemen aufweisen. Das heißt, dass eventuell ein möglicher Verdacht, z.B. aufgrund körperlicher Veränderungen, einfach nicht kommuniziert wurde. Der Blick darauf, ob die Frauen Befürchtungen oder Ängste hatten, die mit der Offenlegung der Schwangerschaft dem Partner gegenüber zu tun haben, zeigt, dass die Hälfte von N=8 Frauen sich keine Gedanken über die Reaktion des Kindsvaters gemacht haben, zwei erwarteten negative Reaktionen mit konkreten Befürchtungen (z.B. verlassen zu werden), eine befürchtete eine negative Reaktion, ohne dies konkret an etwas festmachen zu können, und eine ging davon aus, dass der Kindsvater positiv reagieren könnte. Also lässt sich auch hier sagen, dass die Sorge vor der Reaktion des Kindsvaters auf die Schwangerschaft wohl eher nicht für eine Negierung verantwortlich gemacht werden kann, denn die Hälfte der Frauen setzte sich mit der möglichen Reaktion des Partners genauso wenig auseinander wie mit der Schwangerschaft selbst. Die Theorie die Schwangerschaft sozusagen aus Angst nicht kommuniziert zu haben und so eine Negierung begünstigt zu haben, erklärt sie nicht erschöpfend.

Zitat - Fall 2

*„In dem Brief hat er gefragt, ob ich schwanger bin. Wir haben uns öfters Briefe geschrieben. Man kann in den Briefen Dinge aussprechen, die man sonst so nicht sagen kann. Er hat nicht dazu geschrieben, was passieren würde, wenn ich schwanger bin. Ich habe geantwortet, das aber auch*

wieder verneint. Ich weiß nicht, was ich da genau gedacht habe, warum ich es überhaupt verneint habe.“

Zitat - Fall 8

„Er (der Partner) hat sich richtig abwertend darüber geäußert. Daher habe ich befürchtet bzw. gewusst, wie er darauf reagieren würde, und es ihm nicht sagen wollen. Wenn er so barsch darauf reagiert hätte, wäre es vielleicht schlimm für mich gewesen, aber ich weiß es nicht. Ich habe einfach Angst gehabt, es ihm zu sagen. Es ist schon möglich, dass es Angst war, ihn zu verlieren. Ich habe Angst gehabt, dass es deswegen auseinander geht.“

Zitat – Fall B

„Meinem Mann habe ich nicht gesagt, dass ich schwanger bin, weil er sich schon nicht um das erste Kind gekümmert hat. Wir haben nämlich bereits ein Kind zusammen, welches jetzt acht Jahre alt ist.“

Zitat – Fall C

„Warum ich meinen Freund so belogen habe, weiß ich nicht. Vielleicht aus Angst vor ihm. Ich weiß es nicht. Irgendwann während unserer Streitgespräche ist mal gefallen, dass, wenn ich noch mal schwanger werde, er mich dann verlässt. Und ich denke mal, die Angst davor war zu groß.“

### **Eltern/Herkunftsfamilie**

Da neun der N=13 Frauen zum Zeitpunkt der Schwangerschaft/Geburt bzw. Tat noch bei ihren Eltern wohnhaft waren, lohnt es sich zu schauen, wie es sich in diesem Rahmen mit der Kommunikation, der Beziehungsqualität und eventueller Befürchtungen vor der Reaktion auf die Schwangerschaft verhält.

In neun Fällen wussten die Eltern nichts von der Schwangerschaft ihrer Tochter. Keiner wusste es konkret, bei einem Elternpaar gab einen unausgesprochenen Verdacht, und drei sprachen die Tochter darauf an, die wiederum die Schwangerschaft verneinte. Obwohl die Beziehungsqualität zur Mutter in sechs (von N=12) Fällen und zum Vater in neun (von N=12) Fällen als „gut“ berichtet wurde, ist die Kommunikation mit den Eltern nur bei vier von N=10 Frauen als „gut“ einzustufen. Dies könnte eventuell einen Hinweis dafür liefern, dass die Beziehung zwar unproblematisch war, gleichzeitig aber eher oberflächlich, da tiefere Kommunikation keinen Platz fand. Bemerkenswert erscheint an dieser Stelle eher das Ergebnis in der Kategorie „erwartete Reaktion“. Hier gaben sechs von N=10 Frauen an, eine negative Reaktion zu erwarten zu haben, ohne eine konkrete Befürchtung dahinter. Zwei erwarteten ebenfalls eine negative Reaktion verbunden mit konkreten Ängsten (z.B. aus der elterlichen Wohnung ausziehen zu müssen). Eine ging von einer positiven Reaktion aus, und eine machte sich keine Gedanken darüber. Kurz

gesagt: acht von N=10 Frauen fürchteten sich vor einer negativen Reaktion der Eltern, ohne dies aber mit konkreten Befürchtungen bezüglich konkreter möglicher Folgen zu begründen.

Zitat - Fall 3

*„Ich habe Angst gehabt. Angst, dass mich dann alle hassen. Weil ich noch ein Kind habe, noch ein ungewolltes. Schon wieder. Praktisch wieder das gleiche wie früher. (...) Klar haben meine Eltern auch so mit mir geredet, dass ich schon ein Kind gemacht habe und zusehen solle, dass ich nicht noch mehr Kinder mache... Ja, ich hatte Angst, dass die mich rausschmeißen würden. Nein, sie haben das vorher noch nicht gesagt. Aber wo ich schwanger war, haben die mich erst mal aus der Wohnung rausgeschmissen. Aber später haben die mich wieder geholt.“*

Zitat - Fall 4

*„Ich weiß nicht mehr, ob ich daran gedacht habe, was meine Eltern wohl dazu sagen würden, als ich festgestellt habe, dass ich schwanger bin. Ich habe wahrscheinlich nur den Horror gehabt. Ich kann mir nur vorstellen, was ich in diesem Moment gedacht habe, denn wissen tue ich das nicht mehr. Für mich war das der totale Horror, denn ich habe dann gedacht, na dann ist dein Bild ja perfekt.“*

Zitat – Fall 5

*„Es ist möglich, dass ich vor der Reaktion meines Vaters oder meiner Mutter Angst gehabt habe, doch ich kann das nicht erklären.“*

Zitat – Fall 8

*„Meinen Eltern habe ich davon nichts erzählt, weil ich Angst vor den Reaktionen gehabt habe. Ich habe nicht gewusst, wie sie reagieren würden. Ich hatte einfach Angst!“*

Zitat – Fall 10

*„Weil sich meine Mutter schon immer um meine Tochter gekümmert hat, habe ich eben Angst gehabt, dass sie nun sagt, dass ich mich selber... also dass sie negativ darauf reagiere.“*

### **5.4.3 Warum Negierung: eigene Erklärungen**

Fragt man die Frauen selbst, wie es wohl zu der Negierung gekommen sein mag, antworten viele, dass sie sich aus Angst nicht getraut haben, mit Personen ihrer sozialen Umwelt über die Schwangerschaft zu sprechen. Die oben genannten Ängste vor dem Verlassenwerden, dem Rausschmiss aus der elterlichen Wohnung oder die Tatsache, seine Eltern zu enttäuschen könnten dahinter stehen. Doch ein weiterer Grund taucht mitunter auch auf: die Angst vor dem



Arbeitsplatz- bzw. Ausbildungsplatzverlust. Bei diesen Fällen hat die Perspektive, beruflich weiter zu kommen, bestimmt einen erheblichen Einfluss auf die Negierung genommen, im Vordergrund stand bei den meisten jedoch – wie oben beschrieben – die unspezifische Angst vor der Reaktion der Eltern.

Zitat - Fall 2

*„Ich habe mich eigentlich in meine Ausbildung hereingehängt. Vorher habe ich ja alles in die Wege geleitet für die Ausbildung. (Nachfrage Gutachter: Aber da hätten Sie ja noch einen Abbruch hingekriegt.) Ich habe aber eigentlich gar nicht über einen Abbruch nachgedacht. Ich weiß nicht, warum ich das nicht getan habe. (Nachfrage Gutachter: Wie schafft man das, so etwas zur Seite zu schieben, was doch eigentlich etwas Bedrohliches ist?) Wie ich das gemacht habe, weiß ich nicht; ich habe halt die Ausbildung und das alles gemacht. Ja, ich habe die Ausbildung gerne gemacht, weil mit einer Ausbildung komme man im Leben weiter als ohne. Und dadurch ist mir die Ausbildung auch wichtig gewesen.“*

Zitat - Fall 9

*„Irgendwo war es mir schon klar, dass ich schwanger war. Aber ich habe das mit meinem Gewissen ..., ich wollte die Umschulung unbedingt machen. Ich war so froh, dass ich nun endlich eine Ausbildung, etwas Abgeschlossenes hatte. Damit ich nun endlich mal einen Schritt vorwärts gehen kann, nicht bloß immer zurückfalle. Das ist so zu erklären, dass ich unbedingt die Schule fertig machen wollte, weil das eben so wichtig für mich war. Es durfte keiner wissen, dass ich schwanger war, weder mein Lebensgefährte, noch die Mitschüler.“*

In jedem Fall lässt sich festhalten, dass es den Frauen selbst schwerfällt, in der Rückschau noch zu verstehen, warum sie sich niemandem anvertraut haben.

#### **5.4.4 Dynamik der Negierung: Zusammenfassung**

Wie bereits festgehalten, lässt sich keine monokausale Erklärung für eine Schwangerschaftsnegierung finden. Es scheint vielmehr bei jedem Fall ein individuelles Zusammenspiel unglücklicher Faktoren zu sein. Als Nährboden fungieren gewiss der persönlichkeitsimmanente Umgang und die Kommunikation mit Problemen und den damit einhergehenden belastenden Gefühlen. Ein Nicht-Wahrnehmen oder gar Verdrängen von Problemen scheint typisch für die Frauen zu sein und macht selbst in der Extremsituation „ungewollte Schwangerschaft“ eine Offenbarung unmöglich. Dieser Umgang mit Problemen scheint stabil zu sein und lässt sich darum als Teil der Persönlichkeit interpretieren. Doch nicht jede schwangere Frau, die Probleme und Gefühle nicht adäquat formulieren kann, gerät in den

Strudel einer Schwangerschaftsnegierung. Und umgekehrt weist nicht jede Frau, die eine Schwangerschaft negiert, eine in dieser Weise defizitäre Gefühls- und Problemkommunikation auf. Das spricht für weitere Faktoren, die eine Negierung begünstigen. Während der Partner in dieser ganzen Dynamik eine nicht allzu große Rolle zu spielen scheint – außer im Sinne einer vermuteten Ignoranz der sichtbar werdenden Schwangerschaftsanzeichen und einer damit einhergehenden Verstärkung des Verhaltens der Partnerin -, zeigt sich in der vorliegenden Stichprobe ein großer Einfluss durch die Angst vor der Reaktion der Eltern, die sich sowohl als diffus darstellt als auch als sehr konkret – wenn auch manchmal sehr kindlich anmutend. Auch wenn die Frauen mit der Sorge um eine negative Reaktion der Eltern vorwiegend nicht sagen konnten, wovor sie sich fürchteten, lässt sich doch interpretieren, dass sie diese eventuell aus den unterschiedlichsten Gründen nicht enttäuschen wollten. Mit einer Rolle scheint dabei zu spielen, dass sieben der N=13 Frauen bereits ein oder zwei Mal schwanger waren und eine weitere ungeplante Schwangerschaft für sie schambesetzt war. Eine andere Überlegung wäre die Enttäuschung in Bezug auf die durch ein Kind eingeschränkte berufliche Weiterentwicklung. Die konkreten Ängste wiederum siedeln sich im Bereich existentieller Sorgen an: die Angst die elterliche Wohnung verlassen zu müssen – ob begründet oder nicht – trägt dazu bei, dass die Frau die Schwangerschaft nicht wahrhaben wollte.

Generell handelt es sich stets um ein Nicht-wahrhaben-wollen bzw. – können. Da die meisten Frauen die Schwangerschaft ignoriert haben, ist davon auszugehen, dass es durchaus ein gewisses Wissen um die Schwangerschaft gab. Dieses Wissen beiseite zu schieben, schien in ihrer Situation die einzige Möglichkeit, sie zu verarbeiten. Die Angst, sich mit der Schwangerschaft, der Geburt und allem was danach kommt, auseinanderzusetzen, scheint die Frauen zu lähmen und handlungsunfähig zu machen.

## **5.5 Zusammenhang: Schwangerschaftsnegierung & Neonatizid**

### **5.5.1 Stufenmodell: Lösungsfindung bei ungewollter Schwangerschaft und Hindernisse**

Das Negieren einer Schwangerschaft ist viel mehr als das Vermeiden der Auseinandersetzung mit dem aktuellen Zustand. Es verhindert nicht nur eine Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Geburt, die man durchaus als Grenzerfahrung bezeichnen darf, vor allem wenn sie von der Frau ohne Hilfe bewerkstelligt wird. Sie verhindert zudem auch eine Auseinandersetzung mit dem weiteren Vorgehen nach der Geburt. Bei einem „normalen“ Umgang mit einer ungeplanten Schwangerschaft wäre davon auszugehen, dass die betroffene Frau, evtl. mit Partner oder anderen Vertrauenspersonen, folgende Lösungsmöglichkeiten in Betracht zieht und entsprechende Vorbereitungen trifft: das Kind zu behalten, die Schwangerschaft bis zur 12. Schwangerschaftswoche abubrechen oder das Kind zur Adoption oder Pflege freizugeben. Selbst

im Falle des Wunsches nach Anonymität müsste sie bei entsprechenden Recherchen auf die Möglichkeiten der anonymen Geburt und der Babyklappen stoßen, was auch bei einigen der untersuchten Fälle so war, aber nur sehr unkonkret weiterverfolgt wurde (vage Idee, mal im Internet recherchiert, ohne sich weiter zu informieren). Es stellt sich also die Frage, warum es bei den vorliegenden 13 Fällen zum Neonatizid kommen musste. Zerlegt man ein „normales“ Vorgehen in einzelne Schritte, so ergibt sich ein Pfad wie in Abbildung 1 beispielhaft zu sehen ist. Jeder dieser Schritte bzw. jede dieser Phasen folgt aufeinander und jede dieser Phasen kann gestört werden, so dass es schlussendlich nicht zur Umsetzung einer adäquaten Lösung kommt. Im Folgenden werden die unterschiedlichen Phasen skizziert und mögliche Hindernisse auf dem Weg zum nächsten Schritt aufgezeigt, auf die vorliegende Stichprobe bezogen und mit Zitaten untermauert.

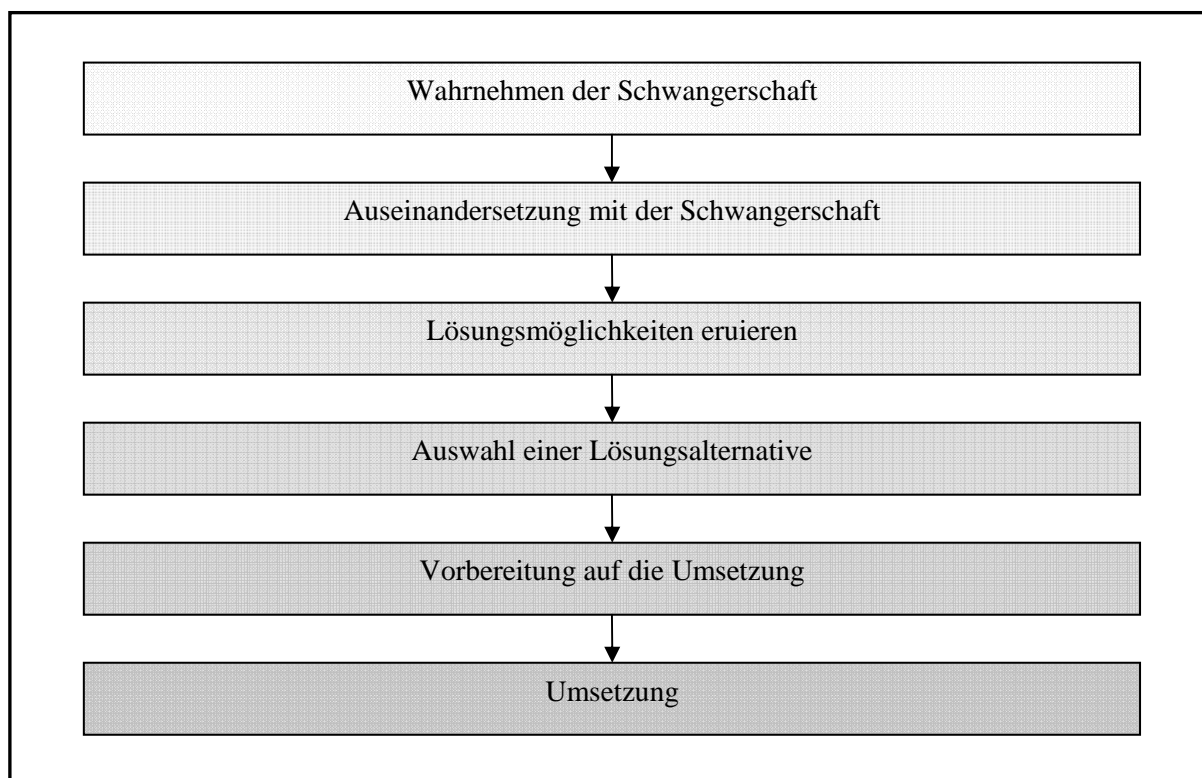


Abb. 1 : Lösungsfindung bei einer ungewollten Schwangerschaft

#### Stufe 1: Wahrnehmen der Schwangerschaft

Das Wahrnehmen der Schwangerschaft stellt die Grundvoraussetzung für alles Weitere dar. Wie bereits beschrieben ist das Nicht-wahrnehmen einer Schwangerschaft bis zur Geburt äußerst selten (s.o.). Kommt es aber doch zu einer gänzlich fehlenden Wahrnehmung oder einer Fehlinterpretation von Schwangerschaftsanzeichen, so ist eine Auseinandersetzung nicht möglich. Das Nachdenken über Lösungsmöglichkeiten steht nicht zur Debatte, da subjektiv ja keine Schwangerschaft besteht. Dementsprechend werden keine Vorbereitungen für ein Kind oder die

Abgabe eines Kindes getroffen, und die Schwangerschaft endet in einer überraschenden Geburt. Unter Umständen versetzt diese die Betroffene in einen Schock- bzw. Panikzustand.

### Stufe 2: Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft

Weit häufiger kommt es vor, dass Schwangerschaftsanzeichen wahrgenommen werden und mit diesem Wissen unterschiedlich umgegangen wird. Wie die vorliegenden Daten zeigen, bemerkten einige der Frauen (fünf von N=13) die Schwangerschaft schon im ersten Drittel, was die Lösungsmöglichkeiten für die ungewollte Schwangerschaft um die Alternative des Schwangerschaftsabbruches nach Beratungsregelung erweitert hätte. An dieser Stelle ignorierte jedoch die Mehrheit der Frauen den Schwangerschaftsverdacht, in manchen Fällen auch das konkrete Wissen um die Schwangerschaft (z.B. durch einen Schwangerschaftstest), was eine weitere Auseinandersetzung unmöglich machte. Die Ergebnisse zeigen, dass jede der 13 Frauen zu irgendeinem Zeitpunkt in der Schwangerschaft einen Schwangerschaftsverdacht gehegt hat und in der Folge unterschiedlich mit ihm verfahren wurde. Eine fehlende Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft – ob durch Ignorieren oder Verleugnen – zeigte sich vor allem darin, dass sieben von N=11 dazu befragten Frauen angaben, nach dem ersten Schwangerschaftsverdacht mit ihrem Alltag fortzufahren zu sein.

#### Zitat - Fall 1

*„Im Juli habe ich einmal den Verdacht gehabt, aber dann.... ich habe mal daran gedacht, doch dann ist dieser Gedanke wieder weg gewesen.“*

#### Zitat - Fall 2

*„Ja, es könne schon sein, dass ich das nach dem ersten Mal Ausbleiben der Periode gemerkt habe. Aber ich habe mich damit nicht wirklich beschäftigt.“*

#### Zitat - Fall 5

*„Ich habe relativ früh gewusst, dass ich schwanger war, ich habe aber nicht realisiert, dass ich schwanger war. Irgendwie habe ich gewusst, dass ich schwanger war, doch irgendwie auch nicht. Ich habe versucht, so selten wie möglich darüber nachzudenken.“*

### Stufe 3: Lösungsmöglichkeiten eruieren

Wie an anderer Stelle beschrieben unterscheiden sich die Fälle vor allem darin, dass die Frauen sich unterschiedlich oft und intensiv mit der irgendwann wahrgenommenen Schwangerschaft auseinandersetzten. Während es die einen schafften, aufkommende Gedanken an ihren Zustand vorwiegend beiseite zu schieben, beschäftigten sich manche doch mit möglichen Lösungen, um die Situation zu bewältigen. Acht Frauen machten zu der Kategorie „Gedankliche

Auseinandersetzung mit Lösung“ Aussagen, jeweils drei gaben an, sich „gelegentlich“ bzw. „oft“ Gedanken gemacht zu haben. Eine berichtete, gar nicht darüber nachgedacht zu haben, und eine empfand sich subjektiv als „nicht schwanger“, was ein Nachdenken über Lösungsalternativen für sie überflüssig machte.

Zitat - Fall 1

*„Das Thema Adoption habe ich selbst aufgebracht, doch ich habe nicht wirklich darüber nachgedacht.“*

Zitat - Fall 2

*„Ich habe eigentlich gar nicht darüber nachgedacht, welche Lösungen es geben könnte, was ich mit dem Kind machen könnte.“*

Zitat - Fall 3

*„Nach dem Schwangerschaftstest war ich erstmal schockiert. Ich habe gar nichts überlegt. Ich bin weiter zur Arbeit gegangen und habe gar nichts getan...Der Gedanke, dass ich das Kind in eine Babyklappe legen wollte, kam dann erst später auf. Ja, darüber habe ich viel nachgedacht.“*

Zitat - Fall 4

*„Über Alternativen habe ich nicht nachgedacht, ich war ja nicht schwanger.“*

Zitat - Fall 9

*„Um das Kind abtreiben zu lassen, war es schon zu spät, als ich es richtig realisiert habe. Ich habe mir vom Bauchumfang ungefähr ausrechnen können, in welchem Monat ich war.“*

#### Stufe 4: Auswahl einer Lösungsalternative

Je weiter man die Stufen in Richtung Umsetzung einer adäquaten Lösung geht, desto weniger Frauen finden sich in der Stichprobe, die sich tatsächlich für eine Lösung bezüglich des weiteren Vorgehens mit der ungewollten Schwangerschaft entschieden haben. Bei den meisten jedoch funktionierte die Negierung „so gut“, dass solch konkrete Handlungspläne nicht einmal erwogen wurden. Doch einige wenige setzten sich mit Lösungsalternativen auseinander und wählten sogar eine aus. Tabelle 1 zeigt die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten und inwiefern sie für die einzelne Frau zur Debatte standen und ob sie sich tatsächlich für eine entschieden hat. Bemerkenswert ist, dass insgesamt elf Mal eine Entscheidung für eine der Alternativen getroffen wurde (ist nicht gleichbedeutend N=11, Mehrfach-Zuordnungen möglich).

Zitat – Fall 3

„Das einzige, was ich gemacht habe, war, dass ich, wo ich ins Internet gegangen bin, danach geguckt habe, wo man Babys aussetzen könne, nach Babyklappen... Das war vielleicht eine halbe Stunde zu Fuß. Ja, ich hatte mir vorgenommen, dass ich dahin gehen will.“

Zitat – Fall 8

„Ich wollte das Kind zur Adoption freigeben.“

Tab. 1: Handlungsalternativen bei ungewollter Schwangerschaft

KATEGORIE	MERKMALSAUSPRÄGUNG	HÄUFIGKEIT
<b>Überlegungen Kind zu behalten (N=10)</b>	Nicht erwägt	6
	Erwägt	1
	Erwägt, aber verworfen	1
	Ausgewählt	2
<b>Überlegungen Schwangerschaftsabbruch (N=10)</b>	Nicht erwägt	6
	Erwägt	1
	Erwägt, aber verworfen	2
	Ausgewählt	1
<b>Überlegungen Beratung (N=6)</b>	Nicht erwägt	3
	Erwägt	0
	Erwägt, aber verworfen	0
	Ausgewählt	3
<b>Überlegungen Adoption (N=9)</b>	Nicht erwägt	5
	Erwägt	1
	Erwägt, aber verworfen	0
	Ausgewählt	3
<b>Überlegungen Babyklappe (N=8)</b>	Nicht erwägt	5
	Erwägt	0
	Erwägt, aber verworfen	1
	Ausgewählt	2
<b>Überlegungen Anonyme Geburt (N=9)</b>	Nicht erwägt	6
	Erwägt	1
	Kennt Möglichkeit nicht	2

An dieser Stelle sollen zur Untermauerung; inwiefern schon eine gewisse Planung stattgefunden haben kann und Handlungsschritte eingeleitet wurden, Zitate einer Frau, die mehrere Neonatizide begangen hat, dargestellt werden. Sie gehört nicht der Stichprobe der 13 Frauen an, sondern wird in einem Exkurs (Kap. 6.4) noch mal gesondert unter der Dynamik bei Mehrfach-Neonatiziden behandelt.

Zitat - Fall A

Bezogen auf erstes Kind:

*„Dann habe ich mit mir alleine überlegt... ich werde mit ihm sprechen, dass wir das Kind zur Adoption freigeben. Ich habe ihm das dann auch gesagt, und er war damit auch einverstanden.“*

Bezogen auf zweites Kind:

*„Ich wollte das Kind in die Babyklappe legen. In einem Internetcafe habe ich mich dann darüber informiert, wo sich in meiner Nähe so eine Babyklappe befindet. Ich habe mich dann auf XX festgelegt, und dort hat es damals sogar zwei gegeben. Ich wollte dann dort hinfahren.“*

#### Stufe 5: Vorbereitung auf die Umsetzung

Eine konkrete Vorbereitung auf die Umsetzung der ausgewählten Lösungsalternative würde einiges beinhalten. Das Aufsuchen einer Beratungsstelle bei Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch oder sonstigen Fragestellungen und die Kontaktaufnahme zum Jugendamt, um eine Adoption in die Wege zu leiten, wären die Handlungsschritte, die eine Offenbarung Anderen gegenüber voraussetzen. Eine anonyme Variante wäre die Vorbereitung auf die Inanspruchnahme einer Babyklappe. In erster Linie würde dazu gehören, Vorkehrungen für die Geburt zu treffen, wie bspw. Kleidung für das Kind, Handtücher, Schere für die Nabelschnur bereit zu halten. Um weiterhin unerkannt zu bleiben, wäre zudem eine Vorbereitung für den Weg zur Babyklappe notwendig, d.h. sich Gedanken darüber zu machen, was zu tun ist, wenn das Kind tagsüber geboren wird, d.h. außerdem zu verhindern, dass eventuell andere Personen (Partner, Familie) anwesend sind.

Doch solch konkrete Vorbereitungen werden von den Frauen kaum bzw. gar nicht getroffen. Es handelt sich auch hier eher um Gedanken, wie nach der Geburt vorgegangen wird, weniger um spezifische Handlungsschritte. Diese Gedanken sind allerdings sehr konkreter Natur, wie beispielsweise die Gedanken um die Reparatur eines Kinderwagens zum Transport (s.u. Fall A). Viel typischer erscheint Fall 8, bei dem zwar die Entscheidung „Adoption“ gefällt, aber weiter nichts unternommen wurde.

Zitat – Fall 3

*„Das einzige, was ich gemacht habe, war, dass ich, wo ich ins Internet gegangen bin, danach geguckt habe, wo man Babys aussetzen kann, nach Babyklappen. (Nachfrage Gutachter: Haben*

*Sie etwas gefunden?) Ja, in XXX gibt es eine Babyklappe. (Nachfrage Gutachter: Haben Sie sich ausgedrückt, wo sie da hätten hingehen müssen?) Nein, das habe ich nicht gebraucht, ich habe mir das gemerkt. Ja, ich wollte da hingehen. (Nachfrage Gutachter: Warum haben Sie es nicht gemacht?) ... (Nachfrage Gutachter: Was ist dazwischen gekommen, dass das nicht geklappt hat?) Mir sind Gedanken in den Kopf gekommen. Dass meine Eltern mich mit dem Kind hätten sehen können.“*

Zitat – Fall 8

*„Um Adoptiveltern habe ich mich jedoch nicht gekümmert, ich habe nur mit dem Gedanken gespielt, oder auch es dann ins Krankenhaus in XXX zu bringen. Sie haben dort ein Krankenhaus, und da habe ich vielleicht damit gerechnet bzw. mit dem Gedanken gespielt, es dann dort hinzubringen. Ob das Krankenhaus das Kind genommen oder adoptiert hätte, weiß ich nicht, aber da hätte ich mich dann erkundigt.“*

Zitat – Fall A

Auf die Frage, ob sie die Babyklappe im Vorfeld besichtigt habe:

*„Ich war einmal dort und zwar an der Uni, und das war ungefähr kurz vor Weihnachten. Genau weiß ich das aber nicht mehr. Wenn ich das gewusst hätte, hätte ich mir das alles aufgehoben, denn ich hatte mir auch schon eine Fahrkarte für Januar geholt. Ja, ich habe diesbezüglich schon Vorkehrungen getroffen. Diese Babyklappe war damals die nächste für mich.“*

Auf die Frage nach Vorbereitungen:

*„Ich hatte noch einen alten Kinderwagen. Bei dem ist die Achse gebrochen, das hätte ich dann noch in Ordnung gebracht. Ja, ich wollte das Kind mit dem Kinderwagen dorthin bringen, denn man muss es ja irgendwie transportieren.“*

### Stufe 6: Umsetzung

Es stellt sich die Frage, warum diejenigen Frauen, die sich im Vorfeld mehr oder weniger konkrete Gedanken zu möglichen Lösungsalternativen gemacht haben, diese nicht mehr umsetzen konnten. Die Antwort ist einerseits in der Geburtssituation selbst und in der Angst vor dem Entdecktwerden andererseits zu finden. Selbst wenn eine Frau ein festes Vorhaben im Umgang mit der Geburtssituation und bezüglich der Versorgung des Kindes hatte, so darf man nicht vergessen, dass die Schwangerschaft an sich die meiste Zeit gedanklich beiseite geschoben wurde. In der vorliegenden Stichprobe zeigt sich, dass die Mehrheit der Frauen die Schwangerschaft ignoriert hat, d.h. dass es durchaus Momente gab, in denen sich die Frauen mit der Schwangerschaft und an dieser Stelle unter Umständen auch mit möglichen Lösungsstrategien auseinandergesetzt haben. Doch es sei betont, dass die Momente des Ignorierens bzw. des Verleugnens der Schwangerschaft weitaus dominanter vertreten waren, so dass die Geburt für



einige der Frauen doch auf irgendeine Weise überraschend kam. Diese berichten von diesem Moment als einen Moment des endgültigen Realisierens der Schwangerschaft, oft unter dem Motto „Ich bin ja doch schwanger!“. Zudem war mit der Existenz des Kindes, die im Vorfeld so konkret meist nicht bedacht wurde, plötzlich die Situation der bisherigen Anonymität gefährdet. Ein Baby beispielsweise zu einer Babyklappe zu bringen, heißt konkret: mit dem Neugeborenen unerkannt den Ort der Entbindung zu verlassen und das nach der körperlichen Belastung einer Geburt, die im Vorfeld nicht eingeschätzt werden kann.

Zitat - Fall 3

*„Ich habe Angst gehabt. Ich habe nur Angst gehabt. Dass meine Familie plötzlich kommt, dass ich mit dem Kind da bin. Dass ich das nicht erklären kann.“*

Zitat – Fall 5

*„Es war mir bewusst, dass ich nicht schreien darf, damit meine Mutter das nicht mitbekommt. Zu diesem Zeitpunkt habe ich nicht mehr die Überlegung gehabt, vielleicht doch ins Krankenhaus zu gehen. Anschließend wollte ich das Kind in die Kinderklappe bringen. Zu diesem Zeitpunkt war das noch meine Idee. Dann habe ich aber Panik bekommen, denn ich konnte ja leise sein, doch das Kind nicht. Deshalb habe ich es zugedeckt.“*

### **5.5.2 Stufenmodell: Zusammenfassung und Einordnung der Stichprobe**

An der schematischen Darstellung der einzelnen Stufen ist leicht zu erkennen, dass der Weg zum adäquaten Umgang mit einer ungeplanten oder gar auch ungewollten Schwangerschaft viele Hürden aufweisen kann. Bei jeder dieser Stufen spielt das Negieren der Schwangerschaft eine übergeordnete Rolle, und je intensiver sich das Negieren darstellt, desto unwahrscheinlicher wird die Umsetzung einer Lösungsmöglichkeit. In der vorliegenden Stichprobe zeigt sich, dass beispielsweise bei Fall 4 die Auseinandersetzung von Beginn an durch das Verleugern der Schwangerschaft gestört war, denn subjektiv bestand nach anfänglicher Kenntnisnahme keine Schwangerschaft und eine Auseinandersetzung mit dieser und einem Handlungsbedarf war damit nicht notwendig. Bei den Fällen ignorierte Schwangerschaft scheiterte die Umsetzung bei unterschiedlichen Schritten bzw. auf unterschiedlichen Stufen, je nach Grad des Bewusstseins und Qualität der Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft und des weiteren Vorgehens. Doch in allen Fällen kam es am Ende zum Tod des Neugeborenen, entweder durch die aktive Tötung durch die Mutter oder durch fehlende Hilfeleistung. Doch auch bei den wenigen Frauen, die sich im Vorfeld mehr oder weniger spezifische Gedanken zur Versorgung des Kindes nach der Geburt gemacht hatten, folgte der Neonatizid. In der folgenden Darstellung (Abb. 2) wird versucht, die einzelnen Fälle zu der Stufe des Scheiterns der Umsetzung zuzuordnen.

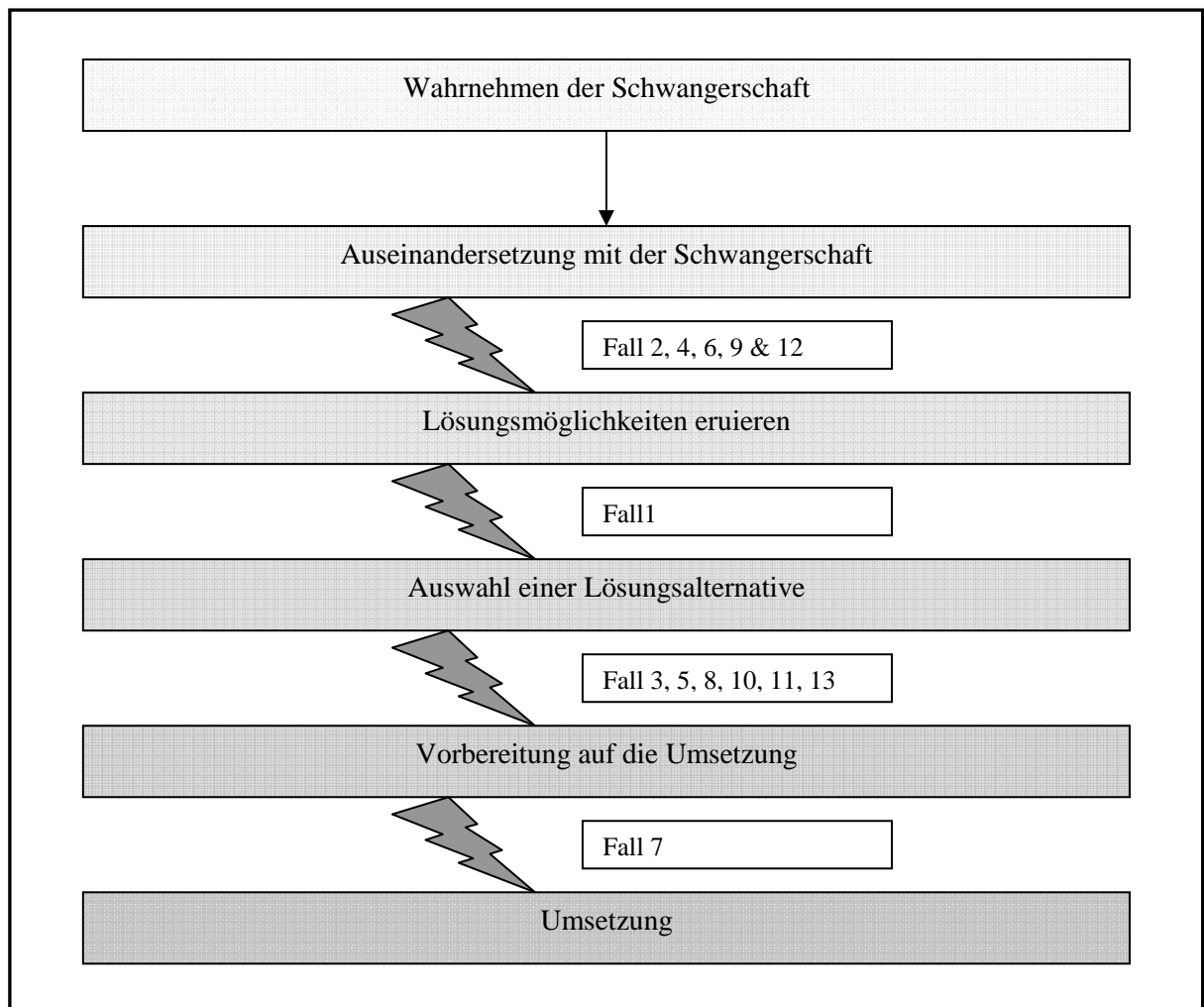


Abb. 2: Einordnung der Stichprobe: Stufe des Scheiterns von Lösungsmöglichkeiten

### 5.5.3 Zusatzfaktor: Grenzerfahrung Geburt

Eine Geburt unter „normalen“ Umständen – sprich mit Geburtshelfern – zu durchleben, ist für viele Frauen eine Situation, der mit Angst entgegengesehen wird. Selbst mit Hilfestellung durch Fachleute erleben viele Frauen eine Entbindung als Grenzerfahrung, wie sie sie vorher nicht erlebt haben. Eine Geburt alleine zu bewerkstelligen darf als a priori sehr belastend angesehen werden; doch hinzu kommt, dass die Betroffene sich vorher gar nicht bzw. nur peripher damit auseinandergesetzt hat und sich in keiner Weise auf die Entbindung vorbereitet hat. So kann man sich vorstellen, dass Hilflosigkeit, Angst und sogar Panik entstehen können – von den Frauen häufig berichtet. Noch mehr verschärft sich die Situation, wenn die Schwangerschaft im Vorfeld negiert wurde. Das heißt, dass nicht nur eine fehlende Auseinandersetzung mit der Geburt vorlag, sondern auch ein Beiseiteschieben der Schwangerschaft an sich.

Geht man von einer „normalen“ Schwangerschaft aus, so setzt sich ein Großteil der Frauen von Beginn an mit der Geburt auseinander, mit fortschreitender Schwangerschaft wahrscheinlich immer häufiger und intensiver. Geburtskliniken werden besichtigt, Beratungstermine bei

Hebammen und Ärzten vereinbart, in vielen Fällen wird ein in Deutschland von der Krankenkasse finanzierter „Geburtsvorbereitungskurs“ in Anspruch genommen, bei dem unter Umständen sogar der Partner mit einbezogen wird. Im Vorfeld werden der mögliche Umgang mit Schmerzen umrissen und die verschiedensten Entspannungsverfahren erlernt. All diese Vorbereitungen, sowohl gedanklicher Natur als auch auf der Handlungsebene, dienen unter anderem auch dazu, das Unbekannte greifbarer zu machen und Ängste zu minimieren. In jedem Fall dient es dazu, der Frau das Gefühl zu geben zu wissen, was auf sie zukommt. Auch Frauen, die bereits Geburtserfahrungen gemacht haben, setzen sich mit dem Bevorstehenden auseinander.

In der vorliegenden Stichprobe versetzte die Geburt einige der Frauen in Verzweiflung und Panik, die teilweise auch darüber hinaus noch andauerte und retrospektiv – im Extremfall – sogar der psychische Zustand als „akute Belastungsreaktion“ (F43.0 nach ICD-10, Kapitel V, WHO) diagnostiziert wurde (bei drei von N=13; bei weiteren drei nicht ausgeschlossen). Einige Frauen realisierten erst in der Geburtssituation richtig, dass sie schwanger waren, manche verkannten selbst Wehen noch als „Bauchschmerzen“. Der Vollständigkeit halber sei jedoch erwähnt, dass es natürlich auch Frauen gibt, deren psychischer Zustand unverändert blieb (s. z.B. Fall 2).

Zitat – Fall 4

*„Flüssigkeit ist gelaufen, und ich habe gar nicht gewusst, was los ist. Ich habe die totale Panik gehabt...Ich habe so Angst gehabt, und ich habe nicht gewusst, was ich machen sollte. Ich war hilflos und ganz alleine. Ich habe Angst gehabt und habe nicht gewusst, was ich machen sollte. Ich habe gar nicht gewusst, was passiert. Ich habe gedacht, wie kommst du da überhaupt wieder raus.“*

Zitat – Fall 10

*„Nach der Geburt war ich fix und fertig, also körperlich und psychisch. Ich war verzweifelt und ratlos.“*

Zitat – Fall 2

*„Es war morgens, als die Kinder in den Kindergarten gegangen sind, als ich bemerkt habe, dass ich Wehen habe. Nein, eigentlich war das keine Schreckreaktion. Das hat mich auch nicht in Panik versetzt.“*

## 6 Diskussion

Die Literatur zum Thema „Neonazid“ ist insgesamt sehr begrenzt, so verwundert es – aufgrund der wenigen Forschungsergebnisse – nicht, dass es für die meisten Menschen ein unvorstellbares Phänomen darstellt, damit verbunden Unverständnis und Entsetzen. Ähnlich verhält es sich mit der Tatsache, dass es Frauen gibt, die ihre Schwangerschaft negieren. An dieser Stelle kommt meist Unglauben hinzu. Ein Zusammenhang wird dabei selten hergestellt – das Bild der gefühlskalten „Kindsmörderin“ verankert sich in den Köpfen, mögliche Motive und Erklärungen im Sinne einer psychischen Not werden nicht gesucht. Diese Arbeit beschäftigt sich darum mit ebendiesem Phänomen der Schwangerschaftsnegierung und dem Zusammenhang zum Neonazid. Ein Kernpunkt der Arbeit stellt die Grundannahme dar, dass dem Neonazid eine Schwangerschaftsnegierung vorausgeht. Um diese wiederum besser zu verstehen muss man eine solche Negierung in ihrer Dynamik mit all ihren Facetten erfassen, d.h. man muss sich dem Zusammenspiel von innerpsychischen Prozessen, Persönlichkeitsfaktoren und Umgebungsbedingungen widmen. Diesem Vorhaben gerecht zu werden erforderte die Auswahl einer Untersuchung, die eine qualitative Auswertung von Daten ermöglichte. Dies war mit der Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse gegeben und erbrachte Erkenntnisse, welche die bisher wenigen Forschungsarbeiten zum Thema Neonazid um die zugrundeliegenden psychischen Mechanismen bereichert. Zudem konnten die deskriptiven Ergebnisse zu soziodemographischen Rahmendaten bereits bestehende Arbeiten ergänzen. Eine Einordnung in die bestehende Literatur erfolgt unmittelbar; die Diskussion des Zusammenhangs zwischen Schwangerschaftsnegierung und Neonazid schließt sich an.

### 6.1 *Einbettung der vorliegenden soziodemographischen Daten in die bestehende Literatur*

Die häufig berichteten Angaben, dass es sich bei Frauen, die die Schwangerschaft negieren bzw. einen Neonazid verüben; um besonders junge Frauen (Putkonen et al. 2007) – unter 20-Jährige (Friedman et al. 2005), Minderjährige (Wessel et al. 2007a) oder Adoleszente (Trautmann-Villalba und Hornstein 2007) – handelt, konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden (Durchschnittsalter: 22,9 Jahre). Bezüglich des sozioökonomischen Status konnte gezeigt werden, dass das Bildungsniveau durchmischte war: vorwiegend war es mittel bis hoch, zu einem geringeren Anteil war die Schulbildung niedrig. Dies kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass es sich bei den Frauen der hiesigen Stichprobe nicht mehrheitlich um niedrig intelligente bzw. leicht debile Frauen handelt, wie es in der Stichprobe von N=3 bei Hömberg (2011) der Fall war, oder auch bei Resnick (1970) zu finden ist. Eine abgeschlossene bzw. in der Zeit der Schwangerschaft laufende Berufsausbildung hatten vier bzw. zwei der Frauen, die meisten (sieben) hatten keine bzw. dieselbige abgebrochen. Berufstätig bzw. Schülerin waren

sieben bzw. eine, die restlichen fünf waren Hausfrau oder arbeitslos. Es zeigt sich also eine große Bandbreite in der Kategorie „sozioökonomischer Status“, nicht wie beispielsweise von Friedman et al. (2005) gezeigt, vorwiegend ein niedriger. Genauso fanden Wessel et al. (2007b) in ihrer Untersuchung der forensischen Stichprobe, die sie aus einer Verbundstudie (s.o.) gewonnen hatte, auch nicht das vielleicht zu erwartende vorherrschende Bild der minderbegabten und hinsichtlich Schule und Beruf unqualifizierten Neonatizidäterin.

Bezüglich des Partnerschaftsstatus zeigte sich ebenfalls ein ausgeglichenes Bild. So waren die Frauen der Stichprobe zu fast gleichen Teilen in einer Partnerschaft bzw. allein. Die Frauen, die von Wessel et al. (2007a) bzgl. der Schwangerschaftsnegierung untersucht wurden, waren hingegen vorwiegend alleinstehend. Eine andere Studie von Wessel et al. (2007b), dass Frauen, die die Schwangerschaft verheimlichten, im Gegensatz zu Frauen, die die Schwangerschaft negierten (verdrängten), häufiger bei den Eltern lebten, konnten diesen Unterschied aber nicht für die forensische Stichprobe der Neonatizidäterinnen finden. In der vorliegenden Stichprobe zeigte sich allerdings, dass die Frauen überwiegend bei den Eltern wohnhaft waren. Dieses Ergebnis wird vor allem dann relevant, wenn man bedenkt, dass bei den meisten der Frauen eine Furcht – ob konkreter oder diffuser Natur - vor der Reaktion der Eltern vorhanden war und eventuell auch mit existentiellen Ängsten in Verbindung zu bringen ist.

Ein interessanter Befund ist, dass nur ca. die Hälfte (sechs von N=13) der Stichprobe erstgebärend war, d.h. dass die anderen sieben schon Erfahrungen in den Bereichen Schwangerschaft und Geburt sammeln konnten. Es wäre nicht abwegig davon auszugehen, dass Frauen, die bereits schwanger waren, viel aufmerksamer bzgl. Schwangerschaftssymptomen sein müssten. Umso erstaunlicher ist es, dass eine vorherige Schwangerschaft offenbar nicht automatisch protektiv hinsichtlich einer Schwangerschaftsnegierung wirkt. Vielleicht unterstreicht dieser Befund die Tatsache, dass eine Schwangerschaftsnegierung ein multikausal bedingtes Geschehen ist und eben nicht von einem einzelnen Faktor abhängt. Ähnliche Verteilungen von Erstgebärenden finden sich übrigens auch in anderen Studien über Frauen mit verdrängter Schwangerschaft (z.B. Putkonen 2007; Wessel et al. 2007b). In den Stichproben dieser Untersuchungen machten die Erstgebärenden einen Anteil von ca. 50% aus bzw. von 66% aus.

Zusammenfassend kann man die von Wessel et al. (2007) getroffene Aussage, dass es sich bei der Gruppe von Frauen mit negierter Schwangerschaft um eine sehr heterogene Gruppe handelt, um die gleiche Aussage bzgl. der Gruppe der Neonatizidäterinnen erweitern. Das vorherrschende Bild einer sehr jungen, kaum gebildeten Erstgebärenden konnte nicht bestätigt werden. Vielmehr zeigte sich, dass der Neonatizid in allen Altersgruppen, sozialen- und Bildungsschichten vorkommen kann und einzelne soziodemographische Faktoren wohl nicht per se als Risikofaktor gelten können.

## 6.2 *Zwischenfazit: Von der Schwangerschaftsnegierung zum Neonatizid*

In den letzten Jahren scheint die Neugeborenenentötung auch in den Medien immer mehr thematisiert zu werden. Die Frage, wie eine Mutter ihr eigenes Baby umbringen kann, beschäftigt dabei viele und stößt immerzu auf Unverständnis. Das Bild der grausamen und herzlosen Mutter scheint dabei vorherrschend zu sein. Doch der Blick auf die oben dargestellte Dynamik der Schwangerschaftsnegierung scheint eine solche Tat nachvollziehbarer zu machen. Die Tötung des Neugeborenen scheint viel mehr das Ende eines langen Prozesses zu sein als ein brutaler Akt der Grausamkeit. Um die Tötung des Neugeborenen zu verstehen, muss man tatsächlich Schwangerschaft und Geburt als einen Komplex sehen (s.o. Zitat Gerchow 1957), und gleichzeitig sind Geburt und Tat kaum voneinander trennbar. Deutlich wird in dieser Untersuchung der forensisch-psychiatrischen Gutachten, dass kein Fall wie der andere ist. Jede Frau hat ihre eigene Geschichte und jede Tötung ihre eigene Tragik. Die entscheidende Gemeinsamkeit stellt jedoch die Schwangerschaftsnegierung im Vorfeld dieser Tötung dar, wie sie auch schon von anderen Autoren berichtet wurde (z.B. Spinelli 2001; Wille und Beier 1994; Wessel et al. 2007b). Sie beginnt mit einer mangelhaften Wahrnehmung der körperlichen Veränderungen und geht über das Ignorieren des bewussten Wissens um die Schwangerschaft bis hin zum völligen Verleugnen sämtlicher Schwangerschaftssymptome bis weit in die Geburtssituation hinein (s. auch Wessel und Beier 1994). Das in dieser Arbeit entwickelte Stufenmodell veranschaulicht auf schematische Weise zunächst, inwiefern sich ein Entscheidungsfindungsprozess bei einer ungewollten Schwangerschaft darstellen könnte, dann, an welcher Stelle eine Frau mit negierter Schwangerschaft scheitern kann. In der hier untersuchten Stichprobe zeigte sich, dass alle Frauen zu irgendeinem Zeitpunkt in der Schwangerschaft diese auch wahrnahmen. Ein Großteil (5 von N=13) scheiterte direkt zu Beginn und setzte sich mit der Schwangerschaft nicht weiter auseinander, was jedes weitere adäquate Vorgehen unmöglich machte. Fast die Hälfte der Frauen (6 von N=13) setzte sich zwar mit der wahrgenommenen Schwangerschaft auf irgendeine Weise auseinander, eruierte und entschied sich sogar für Lösungsmöglichkeiten, scheiterte jedoch an der Vorbereitung, die für die Umsetzung nötig gewesen wäre. Das heißt, dass sich die Annahme des Ignorierens der Schwangerschaft ausweiten lässt auf das Ignorieren der Notwendigkeit eines konkreten Handlungsplans bzw. dass die Schwangerschaft nur dann weiterhin ignoriert werden kann, wenn die Frau in einer gewissen Passivität verharrt. Eine angemessene Lösungsfindung bei einer ungewollten Schwangerschaft erfordert ein aktives Vorgehen: zunächst gedanklich, dann auf der Handlungsebene. Dieses Modell zeigt deutlich, dass Frauen mit einer negierten Schwangerschaft für solch ein planvolles Vorgehen nicht in der Lage sind und veranschaulicht wie weit das Negieren der Schwangerschaft in einen Problemlöseprozess eingreifen kann bzw. diesen sabotiert.

Am häufigsten fand sich in der vorliegenden Stichprobe ebendieses Ignorieren der Schwangerschaft. Kognitiv sind bei den betroffenen Frauen Gedanken wie „Die Schwangerschaft

darf nicht sein, also ist sie auch nicht“ eruierbar bzw. zu vermuten; auf emotionaler Ebene kann man unterschwellig oder auch offenkundig von Angst, Verzweiflung und sogar Panik ausgehen. Diese Untersuchung konnte zeigen, dass sich bei einigen Frauen Hinweise auf eine Persönlichkeit ergaben, die geprägt ist von einer Art In-sich-gekehrt-sein und sich auf Verhaltensebene in der defizitären Problem- und Gefühlskommunikation äußert. Andere Autoren sprechen in diesem Zusammenhang von „fehlender Reife“ und „mangelnden Bewältigungsmechanismen“ (Pitt und Bale 1995; Friedman et al. 2005; Rohde 2007). Hömberg (2011) fand bei der Untersuchung der Auswertungen des FPI dreier Neonatizidfälle Hinweise auf gehemmte, unsichere und unselbständige Persönlichkeitseigenschaften der Täterinnen. Bei manchen Frauen scheint es zudem sogar so zu sein, dass sie negative Gefühle gar nicht erst wahrnehmen, da sie sie unmittelbar beiseite schieben. Und selbst wenn sie sensibel für eigene Emotionen sind, so scheinen sie nicht in der Lage zu sein, diese zu kommunizieren. Eine Folge kann natürlich sein, dass die soziale Umwelt nichts von der inneren Not der Frau bemerkt. Aber das Entscheidende in ihrer Situation während der Schwangerschaft ist, dass die Frauen keine Hilfe suchen. Sie sprechen weder mit fachkundigen Personen, noch mit Menschen, die dem vertrauten Umfeld zuzuordnen sind, über ihre verzweifelte Lage. Der Lebensgefährte und Kindsvater ist dabei noch weniger Ansprechpartner als die Eltern. In der speziellen Situation der ungewollten Schwangerschaft scheint die Sorge vor der Reaktion der Eltern eher von Bedeutung zu sein als die Angst vor der Reaktion des Partners. Als Gründe hierfür wird die unter Umständen als existentiell wahrgenommene, objektiv aber gar nicht unbedingt berechnete Angst vor dem Rauswurf aus der elterlichen Wohnung und das Gefühl, die Eltern zu enttäuschen, genannt. Ähnliches wissen auch Borosovsky und Harvey (1971) und Stone et al. (2005) zu berichten. Auch sie sehen die unbegründete Angst vor der Reaktion der Eltern sowie die Angst vor Zurückweisung als vordergründige Emotionen.

Da die Kommunikation der Situation quasi eine Grundlage für ein aktives Angehen der scheinbar ausweglosen Lage darstellt, ist dieser Umgang mit Problemen, so wie er für die meisten der Frauen typisch zu sein scheint, als Fundament für die Negierung der Schwangerschaft zu sehen und damit gleichzusetzen, wenn andere Autoren (s.o.) von mangelnden Bewältigungsmechanismen oder Copingstrategien sprechen. Je nach Ausprägung der Schwangerschaftsnegierung wird das weitere Vorgehen enorm eingeschränkt. Wird die Schwangerschaft beispielsweise gar nicht wahrgenommen oder komplett verleugnet, so stellt sich die Frage der Kommunikation der Problematik erst gar nicht. Denn über etwas, was nicht existiert, kann die Frau weder nachdenken noch sprechen. Wie bereits mehrfach erwähnt, ist das allerdings ein seltenes Phänomen (laut Wessel et al. 2003: 1:2455 Geburten), beinhaltet aber, dass keinerlei Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft und Lösungsmöglichkeiten stattfindet und in einer überraschenden Geburt endet, die eine enorme Überforderung für die Betroffene darstellt. Viel häufiger fand sich jedoch das Ignorieren der Schwangerschaft. Das heißt, dass es für die

jeweilige Frau mindestens einen, jedoch meist mehrere Momente gab, in denen sie sich ihrer Schwangerschaft bewusst war. Doch dieses Bewusstsein kann sich sehr unterschiedlich gestalten, die Bandbreite bezüglich des Umgangs mit der Schwangerschaft ist recht groß: während die einen Frauen jeden Gedanken an die Schwangerschaft schnell – ohne weitere Auseinandersetzung – beiseite schieben, reicht bei anderen die – wenn auch oft rudimentäre - kognitive Beschäftigung bis hin zur Planung der Geburt und der Zeit danach. Selbst wenn es zu Gedankenspielen rund um die Geburt und das Kind kommt, so haben sich die Frauen einen Großteil der Zeit „eingeredet“, nicht schwanger zu sein, und sich mit ihrem Alltag abgelenkt. Diese große Varianz an Mechanismen, unterschiedliche Gedanken an die Schwangerschaft beiseite zu schieben, erklärt, warum die Neonatizid-Täterinnen auf verschiedenen Stufen auf dem Weg zu einem angemessenen Umgang mit ihrer Situation scheitern. Manche schieben jeglichen Gedanken an ihren Zustand beiseite, und es kommt nicht einmal im Ansatz zu Überlegungen bzgl. Lösungsalternativen. Andere planen zwar beispielsweise, das Kind zur Adoption freizugeben, versäumen es aber, entsprechende Vorbereitungen in die Wege zu leiten (z.B. Kontaktaufnahme zum Jugendamt).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Schwangerschaftsneugier – in welcher Form auch immer – nicht nur eine mangelnde Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft an sich beinhaltet - sondern vor allem eine Auseinandersetzung mit der Geburt und dem darauffolgenden Vorgehen mit dem Kind verhindert. Die vorliegenden Daten zeigen, dass bei 12 von N=13 Fällen der Neonatizid unmittelbar nach der Geburt erfolgte. Das heißt, dass Geburt und Tat zeitlich kaum voneinander zu trennen sind. Für die meisten der Frauen stellte diese Geburt zudem eine Extremsituation dar, da sie sie vollkommen ohne Hilfe und unvorbereitet durchleben mussten. Auch Lammel (2008) weist aus juristischer Sicht in Bezug auf die Beeinträchtigung der Steuerfähigkeit auf eine Ausnahmesituation während der Geburt hin. Die Frauen der hiesigen Stichprobe beschreiben die Wehen als enorme Schmerzen, sie können sie im ersten Moment nicht korrekt einordnen und sind geschockt, wenn sie begreifen, dass es sich nun tatsächlich um eine Geburt handelt. Dieses Phänomen trifft meist sogar diejenigen, die bereits eine oder mehrere eigene Geburten in der Vorgeschichte durchlebt haben, was auch für Wille und Beier (1994) als Hinweis darauf zu werten ist, dass „man der Psyche oder auch der situativen Subjektivität einen wirklich durchdringenden Einfluss zugestehen muss“. Für manche der Frauen in der Stichprobe war die Geburtssituation so belastend, dass man sie retrospektiv als Auslöser einer akuten Belastungsreaktion nach ICD-10 definieren konnte bzw. zumindest in der Folge einzelne Symptome auftraten. Laut ICD-10 hängt das Auftreten einer solchen akuten Belastungsreaktion unter anderem auch von den zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen ab. Der Blick auf die Copingstrategien, die die Frauen während ihrer Schwangerschaft angewandt haben, lässt vermuten, dass ihre Art, mit Problemen umzugehen, sie vulnerabel für die Entwicklung von Symptomen einer akuten Belastungsreaktion macht. Gefühle von Unwirklichkeitserleben,



Verzweiflung und Panik, ein erhöhtes Erregungsniveau können also dabei einen erheblichen Einfluss in der Geburts- bzw. Tatsituation haben und daraus resultierend auch auf die Beurteilung der Schuldfähigkeit.

Auch an dieser Stelle sei nochmals erwähnt, dass in der wenigen Literatur eine empirische bzw. datenbasierte Beschreibung der Dynamik der Schwangerschaftsnegierung, die glücklicherweise nur in äußerst seltenen Fällen in einem Neonatizid mündet, nicht zu finden ist und ein entsprechender Abgleich mit einer vergleichbar großen Stichprobe an dieser Stelle nicht möglich ist.

### **6.3 Neonatizide im Vergleich zu klinischen Fällen**

Eine Einschränkung der vorliegenden Untersuchung ist das Fehlen einer Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe. Um genau zu verstehen, warum manche Frauen, die eine Schwangerschaft negieren, auch ihr Neugeborenes töten, jedoch bei so viel mehr Frauen zwar die Dynamik der Negierung ähnlich erscheint, es jedoch nicht zur Tötung kommt, müsste man diese zwei Gruppen miteinander vergleichen. Wessel et al. (2007b), die an dieser Stelle durch eine groß angelegte Verbundstudie berechnen konnten, dass eine negierte Schwangerschaft (Schwangerschaftsdiagnose ab der 20. Schwangerschaftswoche) in 1:475 Fällen auftritt, verweisen als Erklärung für dieses relativ hohe Vorkommen vorwiegend auf gynäkologische Besonderheiten wie beispielsweise das „Fortbestehen gewohnt unregelmäßiger Blutungen“ (12%) (s. auch Wille und Beier, 1994) oder auch eine weiterhin regelmäßige Periode (46%). Auch sie untersuchten eine klinische Gruppe, die sie in „verdrängte“ und „verheimlichte“ Schwangerschaften unterteilte (inkl. eines Neonatizidfalls) und zogen eine forensische Gruppe aus einer Verbundstudie aller Institute für Rechtsmedizin der alten Bundesländer (1980-89) zum Vergleich heran, und fanden, dass sich die zugrundeliegende Negierung in den beiden Gruppen (verdrängt vs. verheimlicht) sehr ähnelt und unterschiedliche Stufen einer „innerpsychischen Fehlverarbeitung der Schwangerschaft“ darstellen. Nicht erschöpfend aufgeklärt bleibt jedoch die Frage, warum diese recht häufigen Schwangerschaftsnegierungen glücklicherweise so selten im Neonatizid enden. Laut ihren Berechnungen resultieren 1:475 Geburten aus einer negierten Schwangerschaft, während nur eine von 25.000 Geburten im Neonatizid endet (Schätzungen von Rohde et al. 1998). Was unterscheidet also die Neonatizidäterin von der „einfachen Negiererin“? Ein Vergleich dieser beiden Gruppen wurde in der vorliegenden Untersuchung versuchsweise vorgenommen, um einen möglichen Zugang zu erhalten, solche Fragen zu beantworten. Während in der oben genannten Studie von Wessel et al. (2007b) der Fokus eher auf soziodemographische Daten und deskriptive Ergebnisse abzielt, wurde hier zusätzlich ein qualitativer Vergleich vorgenommen. Die ausführliche tabellarische Darstellung der Häufigkeitsangaben ist in Anhang C zu finden. Grundlage für diesen Vergleich war einerseits die Gruppe der oben bereits intensiv

explorierten Neonatizidäterinnen (NG) und andererseits eine Gruppe von Frauen, welche die Schwangerschaft frühestens in der 20. Schwangerschaftswoche bemerkt hat, d.h. welche die Schwangerschaft zunächst ebenfalls negiert hat (KG). Diese Gruppe bestand aus N=16 Frauen, die mit der Bitte um Beratung und Hilfestellung in der Abteilung für Gynäkologische Psychosomatik der Universitätsfrauenklinik Bonn vorstellig wurden (s. auch Schlotz et al. 2009). Die Frauen wurden im klinischen Kontext im Hinblick auf die relevanten Kriterien – eingebettet in die Anamneseerhebung – exploriert. Auch diese Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert, um sie der oben beschriebenen Inhaltsanalyse auf die in Kap. 4.3 geschilderte Weise zu unterziehen und auf diese Weise auch in dieser Fragestellung einen qualitativen Vergleich über die deskriptive Darstellung hinaus zu ermöglichen. Im Folgenden werden die wichtigsten Auffälligkeiten benannt und die Schlussfolgerungen, die sich aus den gewonnenen Erkenntnissen ergeben, kurz skizziert.

Deutlich wird bei dem Vergleich der beiden Gruppen, dass sich alles rund um die **Dynamik der Negierung** weitgehend entspricht. In beiden Gruppen kam es aufgrund mangelhaften Verhütungsverhaltens zur Schwangerschaft. Im Folgenden war in beiden Gruppen die **Körperwahrnehmung** während der Schwangerschaft eher gering. Typisch für eine negierte Schwangerschaft scheint dabei zu sein, dass die Frauen grundsätzlich nicht aufmerksam bzgl. ihrer Periode sind bzw. tatsächlich eher einen unregelmäßigen Zyklus haben (s. auch Wille und Beier 1994; Wessel et al. 2007b), was das Erkennen und die korrekte Interpretation dieses sonst „klassischen“ ersten Anzeichens einer Schwangerschaft deutlich erschwert. Übelkeit scheint bei diesen Frauen ebenfalls selten aufzutreten, und das Wachsen des Bauchumfangs wird meist anders interpretiert. Jedoch haben – in beiden Gruppen gleichermaßen - die meisten der Frauen einen ersten Schwangerschaftsverdacht im ersten oder zweiten Trimenon, und an dieser Stelle zeigen sich Unterschiede zwischen den Gruppen im Umgang mit diesem Verdacht: die Frauen der Neonatizidgruppe scheinen auch ihn eher ignorieren zu können, während die Frauen der klinischen Gruppe ihn meist zum Anlass nahmen, aktiv zu werden und einen Problemlöseprozess in Gang zu setzen. Insgesamt machten sogar 13 der Frauen (Neonatizidgruppe: 5 von N=6; Klinische Gruppe: 8 von N=15) einen Schwangerschaftstest bzw. ließen die Schwangerschaft von einem Arzt feststellen, doch es waren vorwiegend die Frauen der klinischen Gruppe, die dies zum Anlass nahmen, Hilfe aktiv aufzusuchen.

Die Angst vor der Reaktion der **Eltern** hatte in beiden Gruppen offenbar einen größeren Einfluss auf die Dynamik der Schwangerschaftsnegierung als die Sorge vor der Reaktion des **Partners**. Auf der Ebene der **Persönlichkeit** zeigte sich in beiden Gruppen ein Bild von eher introvertierten und gehemmten Frauen – in der Exploration wurden Schwierigkeiten in der Problem- und Gefühlskommunikation deutlich.

Bei Betrachtung dieser Ergebnisse stellt sich die Frage, was die Gruppen überhaupt unterscheidet. Dabei ist zunächst festzustellen, dass es sich bei der klinischen Gruppe um eine äußerst selektive

Stichprobe handelt. Ihre Spezifität besteht darin, dass diese Frauen mit der Bitte um Hilfestellung und Beratung bzgl. der ungewollten Schwangerschaft in der Universitätsfrauenklinik in Bonn vorstellig wurden. Das heißt, dass all diese Frauen in der Lage waren, Hilfe zu suchen und ihre verzweifelte Situation zu kommunizieren. Ergo stellt sich eigentlich die Frage, warum diese Frauen bei ähnlicher Dynamik der Schwangerschaftsnegierung die „Hürde“ der Inanspruchnahme von Hilfe nehmen konnten oder umgekehrt, was bedingte das konsequentere Ignorieren der Schwangerschaft bei den Frauen der Neonatizidgruppe? Beim Blick auf die Rahmendaten zeigt sich, dass 12 der N=16 Frauen der klinischen Gruppe zum ersten Mal schwanger waren, während nur sechs von N=13 Frauen der Neonatizidgruppe ihr erstes Kind erwarteten bzw. zum ersten Mal schwanger waren (s.o., ähnliche Ergebnisse zu Erstgebärenden finden sich auch in anderen Untersuchungen). Eine Vermutung für die aktive Problembewältigung der klinischen Gruppe könnte vielleicht in der Angst vor dem Unbekannten begründet sein. Dieses Nichtwissen, was sie erwartet, die natürliche Geburtsangst, könnte als protektiver Faktor gegen eine bis zur Geburt ignorierte Schwangerschaft gesehen werden. Es wären aber auch zahlreiche andere Erklärungen möglich. So ist beispielsweise der Umfang des Bauches interindividuell sehr verschieden. Eventuell war der Bauch bei den Frauen der klinischen Gruppe schneller sichtbar und darum schwerer vor sich und der Umwelt zu verbergen und gleichzeitig leichter zu kommunizieren. Unter Umständen liegt der Unterschied zwischen den beiden Gruppen auch in ihrer Fähigkeit, zwischenmenschliche Beziehungen zu gestalten. Auch wenn beide Gruppen eher gehemmt und introvertiert sind, so ist die Problemmunikation zumindest bei der Mehrheit der Frauen der klinischen Gruppe möglich gewesen.

#### **6.4 Exkurs: Mehrfach-Neonatizide**

Nach den vorliegenden Erkenntnissen, ist der Neonatizid als tragisches Ende einer negierten Schwangerschaft multikausal bedingt. Ein Zusammenkommen unterschiedlicher Faktoren scheint es den Frauen nicht möglich zu machen, sich adäquat mit ihrer Situation auseinanderzusetzen. Bei den einen spielt die Angst vor der Reaktion der Eltern eine übergeordnete Rolle, bei anderen ist es vielleicht das Nicht-Wahrnehmen-Wollen eigener negativer Gefühle. Schlussendlich ist jeder der Fälle ein tragisches Einzelschicksal bedingt durch eine Kombination der vielfach genannten äußeren und inneren Umstände. Es gibt nicht *die* typische Neonatizid-Täterin, es scheint vielmehr typisch zu sein, dass der Grundstein des Neonatizids im Umgang mit der Schwangerschaft liegt und dies muss – wie man im Vergleich mit der klinischen Gruppe sehen kann, nicht die zwingende Konsequenz sein. Dass es eventuell auch eine andere Entwicklung als die der Schwangerschaftsnegierung im Vorfeld einer solchen Tat geben kann, zeigt ein Blick auf die Fälle der Mehrfach-Neonatizide, bei denen zumindest die weitere Tat eine andere Dynamik im Vorfeld gehabt haben könnte als die bereits besprochenen Fälle der Einfach-Neonatizide. Zudem

wurde mindestens einer der Fälle für einen gewissen Zeitraum erfolgreich verschleiert, was vielleicht die Hemmschwelle für einen weiteren Neonatizid herabsetzte.

Da die Anzahl der für diese Untersuchung vorliegenden Fälle von Mehrfach-Neonatiziden bei nur drei Frauen liegt, sind auch die folgenden Ausführungen keineswegs verallgemeinerbar. Die Mehrfach-Neonatizide aus der vorliegenden Untersuchung sind in der bisher präsentierten Stichprobe nicht enthalten, da die Auswertung zumindest für die zweite bzw. dritte Tat eine andere Dynamik nahelegt. Es erscheint jedoch interessant, die Dynamik dieser Fälle näher zu beleuchten, da hier – zumindest beim zweiten (Fall B) bzw. auch dritten (Fall A, Fall C) Neonatizid – davon auszugehen ist, dass die Erfahrungen der ersten Tat womöglich einen Einfluss auf die Weitere/n hatten. Als Hypothese wäre beispielsweise denkbar, dass diese Frauen die Schwangerschaften eher bewusst verheimlicht als ignoriert/verleugnet haben, da sie zumindest in der Lage waren, die erste bzw. zweite Tat dermaßen zu verschleiern, dass sie lange nicht aufgedeckt werden konnte/n. Das würde für ein höheres Maß an bewusster Planung rund um die Tat und Sicherung - evtl. auch im Sinne einer aktiven Verheimlichung während der Zeit der Schwangerschaft – sprechen. Bei dieser Hypothese würde sich die Frage nach dem Motiv einer wissentlichen Verheimlichung stellen. Bei den in dieser Arbeit behandelten Fällen der Einfach-Neonatizide zeigte sich, dass die Schwangerschaften weitgehend ignoriert wurden und in der Folge rund um die Tat das Vorgehen nicht geplant sein konnte. Es ist also offen, ob sich bei den Frauen die mehrere Neonatizide begangen haben, das gleiche Bild zeigt. Ob auch sie die Schwangerschaft ignorierten und sozusagen „konsequent“ auch alles weitere beiseite schoben, d.h. dass sie nicht nur Anzeichen der Schwangerschaft nicht wahrhaben wollten, sondern auch die Tat und die Tatsache, dass sie ein totes Neugeborenes versteckt haben. Es wäre auch denkbar, dass die Frauen nicht miteinander vergleichbar sind und die Mehrfach-Neonatizid-Täterinnen berechnend die Kinder töteten und in der Folge alles besser sichern und verschleiern konnten. Vielleicht ist aber auch der erste Neonatizid in einer ähnlichen Dynamik entstanden wie bei den anderen Frauen und konnte später, aufgrund des erfolgreichen Unentdeckt-Bleibens, die Hemmschwelle für die weitere/n Tat/en herabsetzen und ein Verheimlichen der Schwangerschaft als Art der Problemlösung begünstigen. Im Folgenden werden die Rahmendaten der drei Frauen und die Dynamik der Mehrfach-Neonatizide anhand ihrer auffälligsten Gemeinsamkeiten kurz skizziert.

Diese drei Frauen (Alter zum Zeitpunkt des ersten Neonatizids ca. 22 (Fall B), 23 (Fall A) & 26 (Fall C) Jahre) hatten bereits ein Kind, bevor es zur ersten Tat kam, was zumindest die Aussage treffen lässt, dass sie Erfahrungen in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt hatten. Die vorsichtig formulierte These, dass eine erste Schwangerschaft verbunden mit der Angst vor dem Unbekannten zumindest zu einem Teil protektiv wirken kann und eher dazu verleitet, sich Hilfe zu suchen, würde auch hier eine Bestätigung erfahren. Alle drei Frauen bemerkten nämlich bereits die erste Schwangerschaft relativ spät (Fall A: 24. Schwangerschaftswoche; Fall B: 4./5.

Schwangerschaftsmonat; Fall C: 30. Schwangerschaftswoche), d.h. auch sie ignorierten die erste Schwangerschaft bzw. sind der Kategorie „spät wahrgenommene Schwangerschaft“ zuzuordnen. Dieses späte Wahrnehmen setzte sich auch bei den weiteren Schwangerschaften fort: sie bemerkten sie erst, als sich der Bauchumfang änderte, versuchten die Anzeichen zu ignorieren, beschlossen aber auch bewusst die aktive Verheimlichung ihres Zustandes. In zwei dieser weiteren Schwangerschaften waren die Kindsväter und einige wenige Freunde eingeweiht, in den anderen Fällen wurde die Schwangerschaft erfolgreich verheimlicht bzw. die „Verdachtsmomente“ Anderer durch gut durchdachte Alternativerklärungen zerstreut. Bis auf einen Fall waren nach den Angaben der Frauen die Tötungen nicht geplant und sind auch eher im Zusammenhang mit der Vorgeschichte der verheimlichten Schwangerschaft und als Ergebnis einer nicht ausreichenden aktiven Auseinandersetzung mit möglichen Lösungswegen zu sehen. Von bedeutendem Einfluss auf die Verheimlichung und in diesem Zusammenhang auch auf die Neonatizide scheint in allen drei Fällen die Paardynamik gewesen zu sein. Die drei Frauen befanden sich alle in mehrjährigen festen Beziehungen und lebten mit ihrem Partner und dem gemeinsamen Kind/den gemeinsamen Kindern in einem Haushalt. Alle drei Beziehungen waren von Krisen und vielen Streitigkeiten geprägt. Zudem kommunizierten die drei Paare nicht über Probleme, und in einem Fall wurde selbst der gemeinsame Beschluss einer Adoptionsfreigabe nie wieder angesprochen. Als prägnanteste Gemeinsamkeit ist der fehlende Kinderwunsch des Partners zu sehen, welcher in allen drei Fällen retrospektiv die größte Auswirkung auf die Entscheidung hatte, die Schwangerschaft zu verheimlichen. Auch bei den hier betrachteten Fällen von Mehrfach-Neonatiziden lässt sich eine gewisse Dynamik im Vorfeld der Tat erkennen. Ein generell spätes Wahrnehmen von Schwangerschaftssymptomen – auch bei den vorhergehenden Schwangerschaften – ging allen weiteren Verläufen voran, d.h. dass auch diese Frauen eventuell über eine mangelnde Körperwahrnehmung verfügten und ihnen keine Zeit blieb, den Schwangerschaftsabbruch als eine Möglichkeit im Falle einer ungeplanten bzw. auch ungewollten Schwangerschaft in Betracht zu ziehen. Trotzdem wurde die jeweils erste Schwangerschaft angenommen und öffentlich gemacht. Für den weiteren Verlauf entscheidend scheint hier die Erfahrung gewesen zu sein, wie der Partner das folgende Familienleben gestaltete und sich auf seine Rolle als Vater einließ, denn alle drei Väter wollten nach dem ersten Kind kein weiteres mehr. Zwei verbalisierten dies explizit, einer drohte sogar mit dem Beziehungsende im Falle einer weiteren Schwangerschaft, der dritte zeigte eher ein grundsätzliches Desinteresse an seinem ersten Kind. Ein weiteres Kind war also in keiner der Beziehungen vonseiten des Vaters erwünscht, und jede weitere Schwangerschaft „durfte nicht sein“. Es folgte ein bewusstes Verheimlichen und teilweise auch aktive Ansätze zur Lösungsfindung, wie bspw. der Plan, das Kind in die Babyklappe zu bringen oder zur Adoption freizugeben. Auch hier wird deutlich, dass selbst bei einer Entscheidung für eine adäquate Lösung das Scheitern der Umsetzung auch noch in der Geburtssituation erfolgen kann. An dieser Stelle ist ebenfalls zu vermuten, dass die Situation,

die kurz nach der Geburt zu erwarten wäre – also der Zeitpunkt der Tat – im Vorfeld nicht realistisch eingeschätzt wurde und die Frauen die „schnellste“ Lösung wählten, unter Umständen, um ein Schreien des Kindes zu verhindern und so die Geburt vor dem Partner zu vertuschen. Denkbar wäre auch, dass die Frauen in der Situation diesen Weg aus einem Gefühl der Überforderung eingebettet in einer grundsätzlichen psychischen Anspannung resultierend aus der Verheimlichung der Schwangerschaft und der damit einhergehenden Sorge, entlarvt zu werden, „wählen mussten“.

Aus diesen drei Fällen Schlussfolgerungen zu ziehen ist – wie bereits an anderer Stelle erwähnt – nicht wirklich möglich. Doch Folgendes fällt auf:

- Auch bei den Frauen, die mehrere Neonatizide begangen haben, liegt ein spätes Wahrnehmen aller Schwangerschaften vor, gefolgt von einem Nicht-Wahrhaben-Wollen des Zustandes – bei Realisierung jedoch bewusste Verheimlichung
- Es zeigt sich eine ähnliche Dynamik der Negierung beim ersten Neonatizid wie bei den Einfach-Neonatizid-Täterinnen, die so weit führt, dass sogar die Tötung und die Existenz der Säuglingsleiche aus dem Bewusstsein geschoben werden. Der folgende Neonatizid geschieht – trotz vorheriger Lösungsfindung – wahrscheinlich in einer Überforderungs- bzw. Panikreaktion (Fall C).
- Auch die Hypothese eines planvollen Vorgehens bestätigt sich: so kommt es kurz vor der Geburt zum bewussten Entschluss der Tötung (erster Neonatizid), was möglicherweise zur Folge hatte, dass dieser erste unentdeckte Neonatizid die Hemmschwelle für einen weiteren herabsenkte, bzw. als mögliche Problemlösung „erlernt“ wurde (Fall B).

Es lässt sich also sagen, dass den Mehrfach-Neonatiziden ebenfalls eine Negierung zugrunde liegt, unabhängig davon ob es sich um den ersten, zweiten oder dritten Neonatizid handelt. Unterscheiden tut sich diese jedoch darin, dass es sich dabei – ab dem späten Zeitpunkt der Realisierung - vielmehr um eine bewusste Verheimlichung als um ein Ignorieren, wie es hauptsächlich bei den Einfach-Neonatiziden der Fall war, handelt. Dieses Bewusstsein könnte zumindest einen planvollen Umgang mit dem weiteren Vorgehen in der Schwangerschaft begünstigen. Überträgt man diese Fälle auf das Stufenmodell lässt sich feststellen, dass die Frauen relativ spät auf dem Weg zu einer adäquaten Lösung scheitern. Also auch das späte Wahrnehmen und die anschließende Verheimlichung können in einer Überforderungssituation münden. Vorstellbar wäre in diesen drei Fällen eine Überforderung resultierend aus den vorhergegangenen Lügen um die Schwangerschaft bei gleichzeitiger Angst vor dem Verlassenwerden vom Partner. Durch die Betrachtung der Fälle bestätigt sich auch die für die Einfach-Neonatizid-Täterinnen getroffene Aussage, dass jeder Einzelfall individuell zu betrachten ist und alle oben formulierten Hypothesen denkbar wären.

## 6.5 Implikationen für die „Prävention“ von Neonatiziden

Zunächst ist festzuhalten, dass es Frauen gibt, die ihre Schwangerschaft negieren und dass eine solche Negierungsdynamik das zwar geringe, aber doch vorhandene Risiko birgt, einen Neonatizid zu begünstigen. Was für Schlussfolgerungen ergeben sich nun daraus? Zum einen erscheint es wichtig, eine gewisse Sensibilität für die Thematik zu schaffen. Dafür ist es eben notwendig, einen Neonatizid nicht als kaltblütig geplante Tat zu begreifen, sondern ihn als Ende einer Schwangerschaftsnegierung, basierend auf einer in der Persönlichkeit verankerten mangelnden Problemlösekompetenz und erhöhten Gehemmtheit einerseits, und widrigen familiären und partnerschaftlichen Umständen andererseits zu sehen. Die in dieser Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse machen eine zunächst nicht nachvollziehbare Tat vielleicht verständlicher, und zwar im Sinne eines Annehmens der Existenz einer Dynamik des Nicht-Wahrhaben-Wollens einer Schwangerschaft. Es scheint natürlich schwierig, die gewonnenen Ergebnisse präventiv zu nutzen, es wäre jedoch wünschenswert eine offene Haltung gegenüber Frauen zu haben, die schwanger zu sein scheinen, es aber nicht wahrhaben wollen. Das würde heißen, dass bspw. Ärzte einer betroffenen Frau gegenüber offen und hilfsbereit begegnen sollten, so dass im klinischen Rahmen eine Möglichkeit bestünde, die Not zu verbalisieren und auf diese Weise einen Problemlöseprozess in Gang zu setzen. Vielleicht würde Aufklärungsarbeit über das Phänomen der Schwangerschaftsnegierung und ihrer möglichen Folgen eine allgemeine Sensibilität der Allgemeinbevölkerung schaffen und so verhindern, dass auch die Umwelt eine Schwangerschaft ignoriert.

Eine Schwangerschaftsnegierung spricht zudem dafür, dass die betroffene Frau die Gravidität nicht öffentlich machen kann bzw. möchte. Es lohnt sich also zu schauen, inwiefern anonyme Angebote für diese Frauen relevant sind, denn zumindest in den hier behandelten Fällen kam es nicht zur Nutzung ebendieser Angebote. Seit 2000 wurden mit dem Bestreben, Neugeborene vor einer Tötung oder einer unter Umständen tödlich endenden Aussetzung zu schützen, Babyklappen und Angebote der Anonymen Geburt eingerichtet (Erlor et al. 2011). Kritiker führen ins Feld, dass Frauen mit negierter Schwangerschaft, die später ihr Neugeborenes töten, solche Angebote nicht in Anspruch nehmen können, da ihre spezielle Persönlichkeitsproblematik ihnen dies unmöglich macht. Betrachtet man die Ergebnisse, so haben sich die wenigsten Frauen konkret mit Lösungsmöglichkeiten für das ungewollte Kind auseinandergesetzt und zwar, weil es ihnen die individuelle Negierungsdynamik nicht erlaubt hat (s. auch schematische Darstellung Kap. 5.5.2). Und selbst wenn eine der Frauen (z.B. Fall 3) Recherchen zu der Möglichkeit der Babyklappe angestellt hatte, so scheiterte das Ablegen des Neugeborenen an der konkreten Umsetzung, da im Vorfeld weder bedacht noch geplant wurde, wie genau die Anonymität auf dem Weg zur Babyklappe sichergestellt werden kann. Das heißt, dass Frauen, die ihre Schwangerschaft negieren, nicht in der Lage zu sein scheinen, eine aktive Problemlösung in Form einer Nutzung anonymer Angebote in Angriff zu nehmen (Rohde 2007; Swientek 2007). Selbst bei der Gruppe

der Mehrfach-Neonazidäterinnen – bei denen man unter Umständen zumindest bei den Folgetaten ein geplantes Vorgehen erwarten würde, scheitert die Umsetzung. Babyklappen werden seit ihrem Bestehen kontrovers diskutiert: Die vorliegenden Ergebnisse deuten jedoch daraufhin, dass die Gegner solcher Angebote postulieren, dass die Zielgruppe damit nicht erreicht wird. Zudem bemerken Kritiker, dass durch die Möglichkeit der Babyklappe eher Findelkinder produziert werden (z.B. Swientek 2001; Swientek 2007, Rohde 2007), als dass die Zahl der Tötungen oder Aussetzungen von Neugeborenen zurückgeht (Balmaceda-Harmelink et al. 2002; Hömberg 2011). Das würde heißen, dass Babyklappen in diesem Fall nicht in erster Linie präventiv gegen Neonazide wirken, sondern mehr Leid schaffen als verhindern. Der Empfehlung des Ethikrats (2009), Babyklappen abzuschaffen ist aus der Sicht dieser Untersuchung beizupflichten.

## **6.6 *Einschränkungen der Arbeit***

Es liegt in der Natur der Sache, dass eine Schwangerschaftsneugierung nur retrospektiv exploriert werden kann (s. auch Wille und Beier 1994). Hinzu findet in den vorliegenden Fällen nicht nur eine höchstwahrscheinlich erste Auseinandersetzung mit der Negierung an sich statt, sondern vor allem mit der Tat und ihrer Konsequenz. Die Frauen sind darum meist extrem belastet, und unter Umständen kommen sie in der Explorationssituation zum ersten Mal mit ihren Emotionen bezüglich der Schwangerschaft, Geburt und der Tötung in Kontakt, was eine nüchterne bzw. rein systematische Betrachtung der Dynamik in der Zeit der Schwangerschaft kaum möglich macht. Da die Explorationen außerdem nicht wissenschaftlicher Natur waren, sondern im Sinne einer forensisch-psychiatrischen Begutachtung im Hinblick auf die Beurteilung der Schuldfähigkeit stattfanden, ergab sich aus den Gutachten unterschiedliches Informationsmaterial, was für die inhaltsanalytische Auswertung zur Folge hatte, dass für einige der Kategorien nur eine niedrige Grundgesamtheit an Aussagen verwertet werden konnte (z.B. bearbeiteten nicht alle Frauen den Persönlichkeitsfragebogen FPI-R). Nicht jeder Kategorie liegen also 13 Aussagen zugrunde. Generell wäre aus statistischen Gründen eine größere Stichprobe wünschenswert gewesen, um verallgemeinerbare Aussagen zu der Thematik treffen zu können. Doch eine dementsprechend große Fallzahl gibt es glücklicherweise nicht, wobei bereits diese Zahl unter Berücksichtigung der speziellen Klientel hoch ist. Im Übrigen ist von einer Dunkelziffer an Fällen auszugehen, in denen die Schwangerschaft zumindest von der Umwelt unbemerkt bleibt und die Leichen der Babys nie gefunden werden (s. auch Schlang 2006), weil auch die Tat und die Sicherung im Nachtatverhalten vermutlich geplanter stattfinden und auf diese Weise im Verborgenen bleiben. Eine Hypothese wäre, dass bei manchen Schwangerschaften dieser Frauen nicht unbedingt eine Negierungsdynamik im Sinne nicht wahrgenommener, verleugneter oder ignoriertes Schwangerschaft stattfindet, sondern dass es sich um aktiv verheimlichte Graviditäten handelt.



Eventuell planen diese Frauen auch ganz bewusst die Geburt, das Nicht-Entdeckt-Werden und die Sicherung der Leiche, so dass es nie zum Fund kommt und auch zu keiner Anklage. Im Gegensatz zu dieser Hypothese konnte in der vorliegenden Untersuchung gezeigt werden, dass die Neonatizidtäterinnen eher geringe bzw. mangelhafte Sicherungstendenzen aufwiesen. Beispielhaft sei erwähnt, dass neun der N=13 Frauen die Säuglingsleiche an Ort und Stelle liegen ließen bzw. sie bei der erstbesten Möglichkeit wenig gezielt entsorgten. Dies lässt sich im Sinne der Gesamtdynamik des bisherigen Umgangs als „Fortsetzung“ der bisherigen Negierung interpretieren. Auch an dieser Stelle setzen sich die Frauen mehrheitlich nicht mit dem weiteren Vorgehen auseinander, sondern wählen den „schnellsten“ Weg.

## 7 FAZIT

Betrachtet man nun alle Ergebnisse und ignoriert die Tatsache, dass die Stichprobe naturgemäß zu klein für Verallgemeinerungen ist, kommt man zunächst zu der Erkenntnis, dass es so etwas wie eine „negierte Schwangerschaft“ tatsächlich gibt und dass sich dabei die unterschiedlichsten Ausprägungen zeigen. Ganz bestimmt gibt es Frauen, die eine Schwangerschaft grundsätzlich recht spät bemerken, entweder aufgrund einer vorhandenen mangelhaften Körperwahrnehmung oder aufgrund fehlender Symptome (wie bspw. Übelkeit, Ausbleiben der Periode etc.). Was den psychischen Aspekt der Negierung angeht, kann man jedoch festhalten, dass ein Ignorieren am häufigsten vertreten zu sein scheint. Die Dynamik einer solchen Entwicklung ist durch mehrere innere und äußere Faktoren bedingt und in ihrem Zusammenspiel beeinflussen sie, inwiefern sich die betroffene Frau mit ihrer Situation quantitativ und qualitativ auseinandersetzt. Man kann davon ausgehen, dass je seltener sich die Frau ihren Zustand ins Bewusstsein ruft, umso mehr leidet die Qualität dieser gedanklichen Beschäftigung - im Sinne eines Problemlöseprozesses - darunter. Ein stetes Nicht-wahrhaben-wollen verhindert also, dass eine durchdachte Lösung für die ungeplante bzw. auch ungewollte Schwangerschaft gefunden wird. Es zeigt sich, dass auf jeder Stufe in einem Problemlöseprozesses die Schwangerschaftsnegierung als Hindernis greifen kann. Eine fehlende oder nur oberflächliche Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft an sich zieht logischerweise auch eine mangelnde Auseinandersetzung mit Lösungen mit sich. Und selbst wenn Überlegungen bzgl. der möglichen Lösungen (Kind behalten, Adoptionsfreigabe, Babyklappe, Anonyme Geburt) angestellt wurden, scheitert das Vorhaben eventuell an der mangelnden Vorbereitung oder an Überforderungs- bzw. Panikgefühlen in der Geburtssituation selbst. Das heißt, dass auch die kognitive Auseinandersetzung bzw. die gedankliche Antizipation der Extremsituation einer alleine zu bewältigenden Geburt nicht stattgefunden hat.

Man kann sich also vorstellen, dass sich eine Frau, die ihre Schwangerschaft nicht wahrhaben will, in einem permanenten Abwärtsstrudel befindet, der schließlich in der alleine zu

bewerkstelligen Geburt gipfelt. Für die einen ist dabei eine deutliche Belastung spürbar, andere fühlen sich nicht belastet, da ihre Negierung so stark ist, dass sie nicht mal einen Spannungszustand wahrnehmen können. Für einige wenige endet eine solche Schwangerschaft im Neonatizid und für einen noch kleineren Anteil setzt sich die Strategie bis in die nächste/n Schwangerschaft/en fort und es kommt zur Wiederholungstat bzw. zu Wiederholungstaten. Allen gemein ist eine negierte Schwangerschaft und dem daraus resultierendem passivem Umgang mit den zu treffenden Vorbereitungsmaßnahmen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es noch viel Forschung zum Thema Neonatizid und vorangegangener Schwangerschaftsnegierung bedarf. Dabei wäre eine brauchbare Vergleichsstichprobe wünschenswert, mit deren Hilfe man den Schlüssel findet, wie man Frauen mit einem Risiko, einen Neonatizid zu verüben, erkennen und vor allem ihnen helfen kann, um weitere derartige Todesfälle von Neugeborenen zu verhindern.

## **8 ZUSAMMENFASSUNG**

Der Neonatizid – die Tötung eines Neugeborenen innerhalb seiner ersten 24 Lebensstunden - stellt ein seltenes Phänomen dar und ist darum auch in der Literatur nur spärlich vertreten. Die vorhandene Literatur zu diesem Thema weist zwar immer wieder daraufhin, dass einem Neonatizid auch häufig eine negierte bzw. verdrängte Schwangerschaft vorausgeht, jedoch nicht wie sich die Dynamik gestaltet bzw. wie der Zusammenhang zu erklären ist. Diese Arbeit macht sich zur Aufgabe die bestehende Literatur um die gewonnenen Erkenntnisse zu ergänzen, unterschiedliche Verlaufsformen der Schwangerschaftsnegierung darzustellen, ihre Dynamik detailliert zu beschreiben und schlussendlich den Zusammenhang zum Neonatizid darzustellen. Dabei sollen soziodemographische Daten, schwangerschaftsbezogene Besonderheiten, Persönlichkeitsfaktoren und innerpsychische Konflikte berücksichtigt werden.

Grundlage der Auswertung waren dreizehn Neonatizidfälle, deren forensisch-psychiatrische Gutachten einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen wurden, um möglichst alle Aspekte einer Schwangerschaftsnegierung inhaltlich erschöpfend und auf systematische Weise zu erfassen. Zur Generierung eines Kategoriensystems wurde eine Kombination aus einem theoriegeleiteten, deduktivem und datenbasiertem, induktivem Vorgehen gewählt, welches erlaubte möglichst viele Aspekte der Schwangerschaftsnegierung zu berücksichtigen. Ergänzt wurde dies durch relevante Einzelergebnisse des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-R). Zusätzlich wurden klinische Fälle von negierten Schwangerschaften derselben Analyse unterzogen, um auf diese Weise einen Vergleich herzustellen zwischen Frauen, die eine Schwangerschaftsnegierung aufweisen und ihr Kind getötet haben und solchen, bei denen es trotz ähnlicher Dynamik im Vorfeld nicht zum Neonatizid kam.

Aus den gewonnenen Daten der Neonatizidfälle konnten vier Verlaufsformen von negierten Schwangerschaften anhand des Grades des Bewusstseins um den Zustand extrahiert und ausführlich beschrieben werden: die nicht wahrgenommene, die verleugnete, die ignorierte und die verheimlichte Schwangerschaft, wobei es auch zu Mischformen kommen kann. Am häufigsten in der Gruppe vertreten, war eine Kombination einer spät wahrgenommenen und dann ignorierten Schwangerschaft. Als einflussnehmend auf die Dynamik der Negierung werden Persönlichkeitsfaktoren wie Gehemmtheit und Kommunikationsdefizite gesehen, so wie die Sorge vor der Reaktion der sozialen Umwelt, insbesondere der Eltern. Der Zusammenhang zum Neonatizid ließ sich in einem Stufenmodell erklären, das den Prozess der Entscheidungsfindung bei ungewollter Schwangerschaft in folgende Einzelschritte aufgliedert: Wahrnehmen der Schwangerschaft, Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft, Lösungsmöglichkeiten eruieren, Auswahl einer Lösungsalternative, Vorbereitung auf die Umsetzung, Umsetzung. Hier zeigte sich, dass sich die Negierung auf allen Stufen störend auswirken kann, und es dadurch nicht zur Umsetzung einer adäquaten Lösung bzw. zum Neonatizid kommt. Ein Exkurs mit der Betrachtung von drei Mehrfach-Neonatizidfällen konnte ebenfalls eine Schwangerschaftsnegierung im Vorfeld der Neonatizide bestätigen. Es ist jedoch festzuhalten, dass es sich bei der Hauptstrategie dieser Frauen mehr um die bewusste Verheimlichung als um ein Ignorieren handelt und die Frauen eher auf den letzten Stufen des Problemlösungsprozesses scheiterten.

Die detaillierte Beschreibung der Dynamik der Schwangerschaftsnegierung belegt, dass sie aus einer Konstellation verschiedenster Faktoren entsteht und im Extremfall im Neonatizid enden kann. Jeder der Fälle ist als Einzelfall zu betrachten und doch zeigen sich im Umgang mit der Schwangerschaft Ähnlichkeiten. Für die Existenz dieses Umgangs mit der Schwangerschaft soll eine Sensibilität der sozialen Umwelt, insbesondere der Ärzte geschaffen werden, um durch Aufmerksamkeit, Aufklärung und Hilfestellung präventiv gegen Neonatizide wirken zu können.

## 9 LITERATUR

- Balmaceda-Harmelink U, Lach H, Püschel K (2002) Forensische Pädopathologie-Babyklappen: Häufigkeitsveränderung von Kindstötung und –aussetzung mit Todesfolge in Hamburg? Päd 8: 385-394.
- Bonnet C (1993) Adoption at birth: Prevention against abandonment or neonaticide. Child Abuse Negl 17: 501-513.
- Borosovsky M, Harvey F (1971) Neonaticide. Clinical and psychodynamic considerations. J Am Acad Child Psychiatry 10: 673-683.
- Bortz J, Döring N: Forschungsmethoden und Evaluation. 3. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, NewYork, 2002, S. 329
- Bott R, Swientek C, Wacker B, 2009:  
[http://www.tdh.de/content/themen/weitere/babyklappe/studie\\_toetung.htm](http://www.tdh.de/content/themen/weitere/babyklappe/studie_toetung.htm) (Zugriffsdatum: 07.10.2011)
- Brockington I, Cox-Roper A: The nosology of puerperal mental illness. Wright, London, Boston, 1988
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Huber, Bern, 2005
- Erler T, Rohde A, Swientek C (2011) Anonyme Abgabe eines Kindes – realistisches Hilfsangebot oder Gefährdung Betroffener? Pädiat. Prax. 77: 1-8.
- Ethikrat. Das Problem der anonymen Kindesabgabe. Stellungnahme. 2009
- Gerchow J: Die ärztlich-forensische Beurteilung von Kindesmörderinnen. Carl Morlag, Halle, 1957
- Fahrenberg J, Hampel R, Selg H: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R). Hogrefe, Göttingen, 1994
- Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ (2005) Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. Am J Psychiatry 162: 1578-1587.
- Herman-Giddens ME, Smith JB, Mittal M, Carlson M, Butts JD (2003) Newborns killed or left to die by a parent: a population-based study. JAMA 189: 1425–1429.
- Hömberg SM: Die Tötung von Kindern durch die eigenen Eltern (Infantizid) – Retrospektive Untersuchung für den Zeitraum 1994-2007. Inaugural-Dissertation, Bonn 2011
- Lammel M (2008) Die Kindstötung “ in oder gleich nach der Geburt“. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 2: 96-104.

- Louda J, Schlotz N, Marneros A, Rohde A: Neugeborenentötung: Exploration möglicher Ursachen und der Dynamik mittels qualitativer Forschung In: Neises M, Weidner K (Hrsg.): Qualitative Forschungsansätze und Ergebnisse in der psychosomatischen Frauenheilkunde. Pabst Science Publishers, Lengerich, 2009
- Mayring P: Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und in der Qualitativen Inhaltsanalyse In: Mayring P, Gläser-Zikuda M (Hrsg): Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. Beltz, Weinheim, Basel, 2008, S. 7-19
- Navarro B, Urban R (2004): „Overkill“ in a case of neonaticide. Arch Kriminol 213: 129-137.
- Pitt S, Bale E (1995) Neonaticide, infanticide and filicide: A review of the literature. Bull Am Acad Psychiatry Law 23: 375-386.
- Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Collander J, Santtila P, Eronen M (2007) Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought – neonaticides in Finland 1980–2000. Archives of Women's Mental Health 10: 15-23.
- Raic D: Die Tötung von Kindern durch die eigenen Eltern: soziobiographische, motivationale und strafrechtliche Aspekte. Inaugural-Dissertation, Bonn 1995
- Resnick P (1970) Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. Am J Psychiatry 126: 1414-1420.
- Rohde, A: Welche Mütter töten ihre Kinder? In: Babyklappen und anonyme Geburt – ohne Alternative?, tdh (Hrsg.), terre des hommes, Osnabrück, 2007, S 128-144
- Rohde A, Raic D, Varchim-Schultheiß K, Marneros A (1998) Infanticide: sociobiographical background and motivational aspects. Archives of Women's Mental Health 1: 125-130.
- Schlang C: Tödlich verlaufende elterliche Gewalt. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2006
- Schlotz N, Louda J, Marneros A, Rohde A (2009) Von der verdrängten Schwangerschaft bis zur Kindstötung – Relevante Aspekte für Gynäkologen. Der Gynäkologe 42: 614-618.
- Spinelli MS (2001) A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. Am J Psychiatry 158: 811-813.
- Stone M, Steinmeyer E, Dreher J, Krischer M (2005) Infanticide in female forensic patients: The view from the evolutionary standpoint. J Psychiatri Pract 11: 35-45.
- Swientek C: Die Wiederentdeckung der Schande – Babyklappen und anonyme Geburt. Lambertus, Freiburg im Breisgau, 2001
- Swientek C: Ausgesetzt – verklappt – anonymisiert. Deutschlands neue Findelkinder. Kirchturn Verlag, Burgdorf Ehlershausen, 2007
- Trautmann-Villalba P, Hornstein C (2007) Tötung des eigenen Kindes in der Postpartalzeit. Nervenarzt 78: 1290-1295.
- Wessel J, Buscher U (2002a) Denial of pregnancy: population based study. Bmj 324: 458.

- Wessel J, Endrikat J, Buscher U (2002b) Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 81: 1021-1027.
- Wessel J, Endrikat J, Büscher U (2003) Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of a one-year prospective study compared with control groups. *Journal of Perinatal Medicine* 31: 29–35.
- Wessel J, Gauruder-Burmester A, Gerlinger C (2007a): Denial of pregnancy - characteristics of women at risk. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 86: 542-546.
- Wessel J, Wille R, Beier KM (2007b): Schwangerschaftsnegierung als reproduktive Dysfunktion: Ein Vorschlag für die internationalen Klassifikationssysteme. *Sexuologie* 14: 66-77.
- Wille R, Beier KM (1994) ‚Verdrängte‘ Schwangerschaft und Kindstötung: Theorie – Forensik – Klinik. *Sexuologie* 2: 75-100.

### Anhang A: Einfach-Neoantizide

#### Fall 1

Die zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 24 Jahre alte Frau L lebte bis zu ihrer Inhaftierung in der elterlichen Wohnung (der Vater verstarb 15 Jahre zuvor). Die Beziehung zu ihren Eltern bezeichnete sie als liebevoll. Das jahrelange Verhältnis zum Kindsvater beschrieb sie als „keine richtige Beziehung“, da sie sich selbst nicht auf eine Beziehung einlassen wollte. Insgesamt war Frau L zwei Mal vor der Schwangerschaft, die im Tod des Säuglings endete, schwanger (1. Schwangerschaft: Abbruch, 2. Schwangerschaft: nicht verarbeitete Fehlgeburt). Aufgrund der unregelmäßigen Einnahme der Pille kam es erneut zu einer Schwangerschaft, welche sie durch Veränderungen ihrer Periode erahnte. Sie machte einen Schwangerschaftstest, der „nicht funktionierte“ und beschäftigte sich zunächst nicht mehr mit der möglichen Schwangerschaft. Erst als sie im 4./5. Monat aus anderen Gründen medizinisch untersucht wurde, wurde die Schwangerschaft festgestellt. Aus Angst vor einer Fehlbildung des Kindes durch ihren Alkoholkonsum, suchte sie erst vier Wochen vor dem dann errechneten Entbindungstermin eine Gynäkologin auf. Dort äußerte sie den Wunsch nach einer Sectio. Inzwischen hatte sie dem Kindsvater und wenigen Freundinnen von der Schwangerschaft erzählt, diese Information dann aber auch widerrufen.

Frau L bekam das Kind tagsüber allein im Badezimmer. In der Geburtssituation ging sie davon aus, erneut eine Fehlgeburt zu erleiden. Den für sie unerträglichen Zustand der Schmerzen beendete sie durch das „gewaltsame“ Herausreißen des Kindes aus ihrem Körper, wodurch sie es tödlich verletzt haben muss. Die Zeit danach verbrachte sie im Schockzustand, schlug mutmaßlich mit einem Hammer auf das eingewickelte Kind, säuberte das Bad und versteckte die Leiche abwechselnd an verschiedenen Orten in der Wohnung, bis sie es schließlich in den Müllcontainer legte.

#### Fall 2

Frau P war zum Zeitpunkt der Begutachtung 23 Jahre alt. Sie lebte bis zum Bekanntwerden ihrer Tat mit ihrem Verlobten und ihren beiden Kindern in einer gemeinsamen Wohnung. Die Beziehung des Paares bestand sieben Jahre und war von einer defizitären Kommunikationsweise geprägt. Frau P war insgesamt drei Mal ungeplant schwanger, wovon die letzte Schwangerschaft im Neonatizid endete. Sie verheimlichte bereits die erste Schwangerschaft bis drei Wochen vor der Entbindung, die zweite legte sie offen. Zur dritten Schwangerschaft kam es, da sie zu diesem Zeitpunkt gar nicht verhütete. Das Bemerkens der Schwangerschaft erfolgte wahrscheinlich schon nach dem ersten Ausbleiben der Periode, sie dachte aber nicht weiter darüber nach, machte keinen Schwangerschaftstest und suchte auch keinen Arzt auf. Wurde sie auf die Schwangerschaft angesprochen erfand sie bewusst Notlügen. Auch ihrem Freund gegenüber, der sie in einem Brief auf eine mögliche Schwangerschaft ansprach, verheimlichte sie die Schwangerschaft aktiv.

Frau P besuchte bis zum Tag der Entbindung die Berufsschule. Die Wehen setzten tagsüber ein, sie befand sich alleine in der Wohnung. Sie ordnete die Schmerzen als Wehen ein und war vom Beginn der Geburt nicht überrascht. Zur Ablenkung spielte sie zunächst Videospiele und setzte sich zur Schmerzlinderung in die Duschwanne. Aus Angst von ihrem Freund und/oder Kindern entdeckt zu werden, ging sie für die Austreibungsphase auf den Dachboden. Als das Kind geboren war, nahm sie zunächst einen Pullover, wickelte ihn um den Hals und zog zu, dann wiederholte sie dies mit einem Kabel. Sie wickelte es in eine Wolldecke und steckte es in eine Mülltüte. Dann kehrte sie in die Wohnung zurück, schaute fern und nahm ihren Alltag wieder auf, ohne an die Babyleiche auf ihrem Dachboden zu denken.

### **Fall 3**

Frau K war zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 23 Jahre alt und lebte bis zur Entdeckung des Neonatizids mit ihrem dreijährigen Sohn und ihren Schwestern in der elterlichen Wohnung. Der Kindsvater des getöteten Kindes war ein Arbeitskollege – die Affäre bestand aus unregelmäßigen Sexualkontakten am Arbeitsplatz, die sie – ohne sich zu wehren - als unfreiwillig erlebt habe. Insgesamt war Frau K drei Mal ungeplant und ungewollt schwanger. Sie musste aufgrund der ersten Schwangerschaft mit 18 Jahren vorübergehend aus der elterlichen Wohnung ausziehen. Die zweite Schwangerschaft brach sie ab. Die relevante Schwangerschaft bemerkte Frau K spät: Nach ca. drei Monaten stellte sie zwar eine Unregelmäßigkeit ihres Menstruationszyklus fest, erklärte sich dies aber mit der Einnahme der Pille. Erst als sie Kindsbewegungen spürte, besorgte sie ungefähr in der 20. SSW einen Schwangerschaftstest, der ihren Verdacht bestätigte. Nach einem anfänglichen Schockgefühl, ging sie wieder ihrem Alltag nach und ignorierte das Testergebnis. Sie verbarg die Schwangerschaft nicht aktiv, hätte sie aber auf Nachfragen (die nie erfolgten) bewusst verneint. Sie recherchierte nach Babyklappen, beschloss sie zu nutzen, unternahm jedoch keine weiteren Schritte zur Vorbereitung.

Als in den Abendstunden die Wehen einsetzten, befand sich die Familie in der Kirche. Frau K ging zur Geburt ins Badezimmer. Um sie zu beschleunigen, zog sie am Kind. Anschließend riss sie die Nabelschnur durch und hielt dem Neugeborenen so lange Mund und Nase zu, bis es sich nicht mehr bewegte. Sie besorgte dann Tüten in der Wohnung und verstaute darin das Kind. Die Tüten deponierte sie im Keller der Familie. Danach säuberte sie das Badezimmer, wusch ihre Wäsche bzw. warf sie in den Hausmüll. Die gesamte Situation war für sie von der Angst vor der Rückkehr ihrer Familie geprägt. Nach der Beseitigung der Spuren legte sie sich hin und grübelte über ihre Tat und den Umgang mit der Schwangerschaft. Am nächsten Tag ging sie geschwächt ihrer Arbeit nach und verdrängte die Tat und die Existenz der Leiche.

### **Fall 4**

Frau D war zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 19 Jahre alt, lebte im elterlichen Haus und besuchte noch die Schule. Sie stammt aus einer bikulturellen Beziehung und fühlte sich schon immer zerrissen, was im Alter von 13 Jahren zu einer Verschlechterung ihrer psychischen Befindlichkeit führte. Nach außen fiel sie v.a. während der Schwangerschaft durch extremen Rückzug, verbal-aggressive Kommunikation und Verhaltensweisen auf. Die Schwangerschaft entstand in einer Liebesbeziehung zu einem zwei Jahre Mann. Obwohl Frau D die Pille regelmäßig einnahm, kam es zur (ersten und einzigen) Schwangerschaft. Da sie Menstruationsschwankungen kannte, bemerkte sie zwar das Ausbleiben der Periode, wertete dies aber nicht als Schwangerschaftsanzeichen. Erst als sie eine Wölbung des Bauches erkannte, kaufte sie sich einen Schwangerschaftstest im Nachbarort, auf dessen positives Ergebnis sie derart panisch reagierte, dass sie ab diesem Zeitpunkt alle Schwangerschaftsanzeichen verdrängte. In der Folge erlangte sie durch das Beiseiteschieben selbst eine subjektive Gewissheit nicht schwanger zu sein. Sie verneinte Nachfragen, vergaß bildhafte Erinnerungen rund um die Schwangerschaft (z.B. Kauf des Tests) und verhielt sich weitgehend unbefangen.

Frau D wurde von der beginnenden Geburt überrascht. Sie befand sich zu dieser Zeit zuhause in ihrem Zimmer. Die Wehen interpretierte sie zunächst als Magenverstimmung. Der Gedanke an eine Geburt bzw. an das Bestehen einer Schwangerschaft kam zum ersten Mal als die Fruchtblase platzte. Während des Geburtsvorgangs empfand sie enorme Panik und empfand kein Zeitgefühl mehr. Sie schnitt die Nabelschnur durch, holte Handtücher aus dem Badezimmer und wickelte das Neugeborene darin ein. Sie nahm nach einer Weile das Kind und legte es auf die Rückbank des Autos. Daraufhin fuhr sie in einen anderen Ort, wo sie das Neugeborene an einem Graben ablegte; gefunden wurde das Kind im naheliegenden Bach.

### **Fall 5**

Frau F war zum Zeitpunkt der Begutachtung 21 Jahre alt und lebte bis zur Tat bei ihrer Mutter. Der Kindsvater war ein ihr vorher unbekannter Urlauber, mit dem es einen einmaligen sexuellen Kontakt gab, bei dem mit einem Kondom verhütet wurde. Sie bemerkte die Schwangerschaft recht früh durch das Ausbleiben der Periode und die morgendliche Übelkeit. In der Hoffnung eine



Fehlgeburt herbeiführen zu können, konsumierte sie massiv Alkohol. In der Folgezeit versuchte sie die Gedanken an die Schwangerschaft zu verdrängen, gleichzeitig stellte sie aber zahlreiche Schwangerschaftssymptome fest. Ihren Bauch versteckte sie durch weite Kleidung. Trotz Schmerzen suchte sie aus Angst, dass die Schwangerschaft entdeckt werden könnte, keinen Arzt auf. Einem Freund erzählte sie im betrunkenen Zustand von der Schwangerschaft, behauptete aber, dass die Adoption bereits geregelt sei. Zwei Wochen vor der Entbindung suchte sie aufgrund von Blutungen ein Krankenhaus auf, meldete sich dort unter eigenem Namen an, behauptete den Mutterpass vergessen zu haben und versicherte sich von der eigenen Gynäkologin weiter betreuen zu lassen, was aber nicht erfolgte. Generell dachte sie während der Schwangerschaft über die Möglichkeit der Babyklappe/Adoptionsfreigabe nach, veranlasste aber nichts weiter.

Die Wehen setzten ein als sie ihrer Mutter bei der Hausarbeit half. Nachdem die Fruchtblase geplatzt war, legte sie Handtücher und eine Schere bereit. Um die Schmerzen nicht zu zeigen, verließ sie regelmäßig die Küche bis sie sich schließlich auf ihr Zimmer zurückzog. Sie schnitt nach der Geburt die Nabelschnur durch und riss „ihren“ Teil ab. Aus Angst davor, dass die Mutter das Schreien des Kindes hören könnte, wickelte sie das Baby in die Babyklappe zu legen ab, und legte zunächst ein Kissen, dann noch eine Decke auf das Kind, bis es erstickte. Daraufhin duschte sie, wickelte die Leiche in ein Handtuch und legte sie in den Papierkorb, dessen Tüte sie verknotete.

#### **Fall 6**

Frau K war zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 19 Jahre alt und lebte bis zu ihrer Inhaftierung mit ihren Geschwistern in der elterlichen Wohnung. Die (erste und einzige) Schwangerschaft entstand in einer Liebesbeziehung aufgrund unsteter Verhütung. Auf Initiative der Mutter und der Schwester des Lebensgefährten führte sie einen Schwangerschaftstest durch, suchte einen Gynäkologen auf und vereinbarte anschließend einen Termin in der Schwangerenkonfliktberatung, um einen Beratungsschein für einen Schwangerschaftsabbruch zu erhalten. Zu diesem Zeitpunkt ging Frau K davon aus, sich im 1. oder 2. Schwangerschaftsmonat zu befinden, tatsächlich war die Schwangerschaft schon weiter fortgeschritten. Zu Beginn der Schwangerschaft gelang Frau K durch andere Interpretationen der Symptome die Schwangerschaft zu ignorieren. Auf Ansprache der Mutter nach dem Bauch, verheimlichte sie ihr Wissen bewusst.

Frau K hielt die einsetzenden Wehen zunächst für Rückenschmerzen, legte sich dann in die Badewanne und rief schließlich – nach aufkommenden Blutungen – ein Taxi und ließ sich in die Frauenklinik fahren. Dort bekam sie eine Tochter. Die Zeit im Krankenhaus erlebte sie als glücklich, kümmerte sich um ihr Kind und sorgte sich adäquat. Nachdem der Gedanke aufkam, dass ihre Eltern sie schon suchen könnten, bekam sie Angst, überlegte erfolglos, wem sie das Kind geben oder wo sie es hinbringen könnte, und verließ mit ihm das Krankenhaus. Der Gedanke das Kind nicht behalten zu können, belastete sie sehr. Auf einer Parkbank hielt sie dem Säugling Mund und Nase zu. Eine klare Erinnerung setzte erst nach dem Loslassen ein. Sie ging schließlich mit dem toten Baby nachhause, brachte es in den Keller, realisierte erst dort ihre Tat und versuchte das Kind wieder zu beleben. Sie ließ das Kind schließlich in einem Korb im Keller zurück, ging in die elterliche Wohnung und kehrte mehrmals wieder zurück. Auch in den Tagen danach schaute sie regelmäßig nach dem Baby, dies wurde dann mit der Zeit seltener

#### **Fall 7**

Frau B war zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 27 Jahre alt und lebte mit ihrer 5jährigen Tochter im Haus ihrer Eltern. Die Beziehung zu ihren Eltern und ihren vier Geschwistern beschreibt sie als positiv. Insgesamt war Frau B drei Mal schwanger: die erste Schwangerschaft brach sie ab. Sowohl nach Bekanntgabe der zweiten, als auch der dritten Schwangerschaft wurde sie vom jeweiligen Partner verlassen. Zur relevanten (3.) Schwangerschaft kam es aufgrund von gänzlich fehlender Verhütung. Sie bemerkte die Schwangerschaft sofort beim ersten Ausbleiben der Periode. Dem Kindsvater erzählte sie davon, dieser brach daraufhin den Kontakt ab. Einen Arzt wollte sie aufsuchen, schob das aber immer wieder auf. Anderen verschwieg sie die Schwangerschaft bewusst, zog sich absichtlich weite Kleidung an und zog in der Öffentlichkeit

den Bauch ein. Obwohl ihre Mutter etwas ahnte, sprach sie sie nicht auf die mögliche Schwangerschaft an.

Frau B errechnete den Entbindungstermin selbst und war darum sehr überrascht, als es in der ca. 31. Schwangerschaftswoche plötzlich zur Geburt kam, die sie aber sofort als solche einordnen konnte. Sie befand sich mit ihren Eltern zuhause und spürte abends einen enormen Druck, ging schließlich zur Toilette und rief ihrer Mutter zu, dass es losgehe. Obwohl das Thema Schwangerschaft im Vorfeld nie besprochen wurde, wusste diese sofort, worum es ging und reichte Frau B einen Eimer mit Wasser ins Badezimmer, damit das Kind nicht in die Toilette falle. Ohne Wehen zu verspüren gebar sie das Kind in den Eimer und traute sich nicht, das noch lebende Kind anzufassen bzw. rauszuholen, aus panischer Angst etwas falsch zu machen. Ihre Eltern verbrachten diese Zeit im selben Haus, ohne Hilfe in Form eines Arztes o.ä. zu holen oder sich selbst einzubringen. Schließlich fuhr sie mit ihrem Vater und dem Kind im Eimer ins Krankenhaus, in der Hoffnung, noch Hilfe für das Kind zu bekommen.

### **Fall 8**

Frau H war zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 22 Jahre alt und lebte als Einzelkind bei ihren Eltern. Zu diesen hatte sie stets eine gute und vertrauensvolle Beziehung. Frau H hatte zum Zeitpunkt der Schwangerschaft Lebensgefährten mit dem sie für einen ca. ein Jahr zusammen war. Die Beziehung sei „gut gelaufen“, allerdings habe er deutlich gesagt, dass er im Falle einer Schwangerschaft eine Trennung erwägen würde. Die (erste und einzige) Schwangerschaft wurde schon in der 13. Schwangerschaftswoche von einem Gynäkologen festgestellt. Einen weiteren Arzttermin nahm Frau H nicht wahr, da sie die Schwangerschaft „nicht wahrhaben wollte“. Sie verschwieg ihren Zustand in der Folge. Ihr Bauch sei sehr klein gewesen, so dass sie unbefangenen Geschlechtsverkehr mit ihrem Freund vollzog. Auf den Schwangerschaftsverdacht ihrer Mutter reagierte sie verneinend. Während der Schwangerschaft hatte Frau H stets den Plan das Kind zur Adoption freizugeben, veranlasste aber nichts zur Umsetzung.

Die ersten Wehen, die sie sich nicht anmerken ließ, verspürte Frau H beim Einkauf mit ihrem Freund. Zuhause ging sie ins Badezimmer, wo der Freund aus Sorge immer wieder anklopfte und sich nach ihr erkundigte. Schließlich gebar sie das Kind auf der Toilette, in die es auch hineinfiel. Sie holte es raus, nahm Lebenszeichen wahr und legte es auf ein Handtuch. Dann holte sie eine Schere und versuchte die Nabelschnur, welche sich um den Hals des Neugeborenen gewickelt hatte, zu durchtrennen, was ihr aber nicht gelang. Sie hielt dann mit dem Rücken zur Tür gewandt das Kind mit dem Handtuch auf dem Arm, als ihr Freund das Badezimmer betrat, dieses aber sofort wieder verließ. Zur Beruhigung erklärte sie, dass sie einen Blutsturz gehabt habe. Vor Schreck ließ sie jedoch das Kind auf den Fliesenboden fallen. Sie hob es sofort auf, konnte keine Lebenszeichen mehr feststellen. Sie säuberte das Bad, duschte sich und kehrte zu ihrem Freund in ihr Zimmer zurück, den sie dann bat nachhause zu gehen. Anschließend brachte sie das Kind mit dem Handtuch in den nahegelegenen Park und legte es dort in eine Mülltonne.

### **Fall 9**

Frau E war zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 24 Jahre alt und lebte bis zu ihrer Inhaftierung mit ihrem Freund und fünfjährigem Sohn zusammen, im Haus der Schwiegereltern. Ihre seit 6 Jahren andauernde Partnerschaft mit dem Kindesvater beschreibt sie als sehr harmonisch, in der Probleme weitgehend thematisiert werden konnten. Bereits ihre erste ungeplante Schwangerschaft bemerkte erst, als andere sie im 4. Schwangerschaftsmonat darauf ansprachen. Die relevante Schwangerschaft habe sie erst richtig realisiert, als sie Kindsbewegungen gespürt hat. Ihre Periode war zwar schon früh ausgeblieben, was sie jedoch nicht für ungewöhnlich hielt. Zusammen mit ihrem wachsenden Bauchumfang und der Erfahrungen der ersten Schwangerschaft, habe sie schließlich gewusst, dass sie bereits im 5. Schwangerschaftsmonat sein musste. Da ihr klar wurde, dass es für einen Schwangerschaftsabbruch zu spät war, suchte sie auch keinen Arzt auf. Um sich nicht mit der Schwangerschaft auseinander zu setzen, konzentrierte sie sich auf ihre Umschulung. Um die Schwangerschaft geheim zu halten, trug sie weite Kleidung und erklärte ihren Mitschülern gegenüber ihren wachsenden Bauch mit mangelnder Bewegung, was sie zeitweise selbst glaubte. Geschlechtsverkehr hatte sie noch ca. 4 Tage vor der Geburt aus.

Am Tag der Geburt entschuldigte sich Frau E aufgrund von „Nierenschmerzen“ früher aus dem Unterricht, um nachhause zu fahren. Auf dem Weg dorthin verspürte sie einen enormen Harndrang, ging in eine Hofeinfahrt eines öffentlichen Gebäudes, wo sie ohne Schmerzen zu verspüren das Kind bekam. Sie legte dann das sich bewegende Kind sichtgeschützt ab, bedeckte es mit Laub, damit es nicht so schnell gefunden werde (Jahreszeit: Winter) und hinterließ es dort ohne zurückzukehren. Sie ging zur Bahn, war dort benommen, so dass sie ihre Haltestelle verpasste und über Umwege geschwächt zuhause eintraf.

#### **Fall 10**

Frau H war zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 27 Jahre alt und lebte bis zu ihrer Inhaftierung zusammen mit ihrer vierjährigen Tochter. Seit der einzigen festen Liebesbeziehung zum Vater ihrer Tochter, hatte Frau H lose Affären. In einer dieser Affären kam es zur relevanten Schwangerschaft. Diese bemerkte sie erst sehr spät, da sie ihre Periode über die gesamte Schwangerschaft regelmäßig hatte. Erst als sowohl ihr Bauch als auch ihre Brust hart wurden, hegte sie einen Schwangerschaftsverdacht, welcher bei ihr einerseits Gefühle der Verzweiflung hervorrief, sie ihn andererseits aber auch nicht wahrhaben wollte. Einen Arzt suchte sie nicht auf, schätzte das Schwangerschaftsalter selbst auf sechs bis sieben Monate. In der Zeit der Schwangerschaft sprach sie mit niemandem über ihre Vermutung. Obwohl sie plante, das Kind zu behalten, traf sie keinerlei Vorbereitungen für das Kind, was wahrscheinlich auch damit zusammenhing, dass sie mit der Entbindung erst später gerechnet hatte.

Als Frau H morgens Magenschmerzen verspürte, dachte sie zunächst nicht an Wehen. Sie war alleine in ihrer Wohnung, füllte sich Badewasser ein und bekam dort das Kind innerhalb von 15 Minuten. Dann durchtrennte sie die Nabelschnur mit einer Schere. Das Kind legte sie vor die Badewanne auf ein Handtuch und trocknete sein Gesicht ab. Nach der Reinigung des Badezimmers, fühlte sie sich körperlich und psychisch „am Ende“, war verzweifelt und ratlos. Nach langem Ringen sei sie auf die Idee gekommen, das Kind zu „drücken“ und prüfte dann die Atmung und die Herzaktivität, welche nicht mehr vorhanden waren. Danach packte Frau H die Säuglingsleiche in einen Müllsack, versteckte diesen im Schrank und brachte ihn mitten in der Nacht zu einem See.

#### **Fall 11**

Frau S war zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 20 Jahre alt und lebte bis zu ihrer Inhaftierung in einer Wohngemeinschaft in einer Großstadt. Zum Kindsvater hatte sie eine kurze Beziehung, die während einer „Beziehungspause“ von ihrem Ex-Freund begann. Frau S war zum ersten Mal schwanger und bemerkte dies in der 12. Schwangerschaftswoche aufgrund des Ausbleibens ihrer Periode. Sie ging zu einem Arzt und plante einen Schwangerschaftsabbruch, welchen der Arzt aber nicht mehr durchführen wollte. Daraufhin suchte sie eine Beratungsstelle auf und bekam dort eine Liste mit Ärzten und Psychologen, die den Eingriff vornehmen würden bzw. ein Gutachten erstellen könnten. Sie kontaktierte ca. 15 von diesen Adressen, erhielt jedoch keine Antwort, so dass sie beschloss, die Schwangerschaft zu verheimlichen und das Kind entweder in eine Babyklappe zu legen, es anonym in einem Krankenhaus zu entbinden oder es vor einem Krankenhaus abzulegen. Ihre Sorge, dass ihre Familie oder ihr Freund sie – aus Vorfreude auf das Kind – davon abhalten könnten, das Kind zur Adoption freizugeben, bewegte sie zu dem Schritt der Verheimlichung. Das Wachsen ihres Bauches war für sie ab dem 4./5. Monat sichtbar und sie erklärte es ihrer Umwelt mit einer Zyste in der Gebärmutter.

Frau S befand sich in ihrem Elternhaus als sie von den Wehen morgens überrascht wurde (sie hatte mit einem späteren Geburtszeitpunkt an ihrem Wohnort gerechnet). Sie legte sich für 6 Stunden in die Badewanne; währenddessen nickte sie immer wieder vor Erschöpfung ein. Das Ende der Geburt konnte sie nur kurz feststellen, als die Wehen aufhörten und sie für wenige Sekunden das Kind sah. Auch dann „dämmerte“ sie nach eigenen Einschätzungen für 10-20 Minuten „weg“. Sie wachte schließlich auf, es kam zur Nachgeburt, sie stieg aus der Badewanne und durchtrennte die Nabelschnur mit einer Schere. Laut rechtsmedizinischen Befunden erstickte sie das Kind und unternahm Wiederbelebungsversuche, woran sich Frau S nicht erinnert.

**Fall 12**

Frau L war zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 23 Jahre alt, arbeitslos und lebte im Haus ihrer Eltern. Sie war zum ersten Mal schwanger; die Schwangerschaft entstand in einer Beziehung, die zwei Monate anhielt. Diese bemerkte sie zwei Wochen vor der Entbindung durch einen Tritt des Kindes. Kindsbewegungen hatte sie schon zuvor wahrgenommen, hatte dies aber als Ziehen einer Narbe interpretiert. Ihre Periode hatte sie über den Zeitraum der Schwangerschaft regelmäßig; der Bauchumfang veränderte sich nur geringfügig. Eine Woche nach dem ersten Schwangerschaftsverdacht überlegte sie sich, dass sie noch zu jung für ein Kind sei, dachte aber nicht über Lösungsmöglichkeiten nach. Die Nachfrage ihres Freundes, ob sie schwanger sei, verneinte sie.

Frau L befand sich in der Nacht der Geburt zuhause. Sie ging ins Badezimmer, setzte sich auf die Toilette und bekam dort ohne Schmerzen zu verspüren das Kind. In der polizeilichen Vernehmung, einen Tag nach der Entbindung, gibt sie an, dass sie das Kind aus der Toilette nahm und es sich daraufhin mit dem Bauch auf ihre Oberschenkel legte. Sie bemerkte dann, dass die Nachgeburt komme und legte das Kind ins Waschbecken. Dann zog sie sich an und verließ mit dem Kind, das nach wie vor Lebenszeichen von sich gab, das Haus durch die Hintertür, ging durch den Garten und warf es über ein Geländer in einen Wassergraben. Sie kehrte anschließend ins Haus zurück und säuberte das Badezimmer.

**Fall 13**

Frau N war zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 26 Jahre alt und wohnte bei ihren Eltern. Insgesamt war Frau N zwei Mal schwanger: das erste Kind entband sie im Krankenhaus und gab es zur Adoption frei. Die relevante Schwangerschaft entstand in einer nur wenige Wochen andauernden Beziehung. Sie bemerkte sie erst im sechsten Monat aufgrund ihres wachsenden Bauchumfangs. Sie bestätigte ihren Verdacht durch ein Drücken auf die Brust, aus der Flüssigkeit floss. Das Ausbleiben ihrer Periode hatte sie zuvor zwar bemerkt, setzte dies jedoch nie mit einer möglichen Schwangerschaft in Verbindung. Diese Schwangerschaft verheimlichte sie, indem sie weite Kleidung trug und sich von ihren ohnehin wenigen Sozialkontakten zurückzog. Ihr Plan war es, das Kind an einem Wochenende zuhause zu entbinden, dann einen Arzt zu rufen und es zur Adoption freizugeben. Einen Entbindungstermin rechnete sie sich nur ungenau aus.

Zur Geburt kam es an einem Arbeitstag. Sie interpretierte die Wehen als „schlimme Magenschmerzen“. Auf dem Weg zur Arbeit suchte sie aufgrund eines extremen Harndrangs die Toilette des Busbahnhofs auf. Erst dort realisierte sie den Beginn der Geburt. Sie presste zwei bis drei Mal bis das Kind und direkt im Anschluss die Nachgeburt kam. Sie überlegte noch das Kind aus der Toilette zu holen, ließ es dann doch mit dem Kopf im Wasser liegen. Zu diesem Zeitpunkt gab es noch Lebenszeichen von sich. Sie ging schließlich nachhause, duschte sich und legte sich ins Bett, nachdem sie ihren Eltern gesagt hatte, dass es ihr nicht gut gehe.

## **Anhang B: Mehrfach-Neonazide**

### **Fall A**

Frau A war zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 30 Jahre alt und lebte seit 14 Jahren in einer von häufigen Trennungen geprägten Beziehung zum Vater ihrer fünf Kinder. Alle Schwangerschaften traten ungeplant ein und wurden erst spät bemerkt (z.B. im 5./6. Schwangerschaftsmonat). Die Kinder der ersten und letzten Schwangerschaft behielt sie, drei der Schwangerschaften endeten im Neonatizid.

#### Erster Neonatizid:

- verheimlichte Schwangerschaft durch das Tragen weiter Kleidung (Lebensgefährte und wenige Freundinnen eingeweiht)
- Vereinbarung mit Lebensgefährten das Kind zur Adoption freizugeben;
- Geburt im Krankenhaus
- nahm Neugeborenes nachhause, wo es „leblos im Bett lag“; die Leiche deponierte sie im Keller; gab Kindsvater gegenüber an, das Kind weggegeben zu haben

#### Zweiter Neonatizid:

- verheimlichte Schwangerschaft (drei Freundinnen eingeweiht)
- Plan, Baby in Babyklappe zu legen; Kauf einer Zugfahrkarte dorthin
- Geburt alleine zuhause in Badewanne; Angabe benommen gewesen zu und dann Kind leblos
- Aufbewahrung in Tiefkühltruhe

#### Dritter Neonatizid:

- Komplette Verheimlichung bei gleichzeitigem Rückzug von Familie und Freunden
- Geburt allein zuhause auf Sofa; Angabe, dass Kind keine Lebenszeichen
- Aufbewahrung in Blumenkübeln auf Balkon

### **Fallvignette Frau B**

Frau B war zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 27 Jahre alt und gerade Mutter mit ihrem vierten (zweiten lebenden) Kind geworden. Insgesamt war sie viermal schwanger, wobei die ersten drei Kinder aus der Beziehung zu ihrem Ehemann hervorgingen, das letzte aus der aktuellen neuen Beziehung. Das zweite und dritte Kind kamen zu Tode.

#### Erster Neonatizid:

- Spätes Wahrnehmen (4./5. Schwangerschaftsmonat) durch Bauchumfang und Gewichtszunahme; dann Verheimlichung
- Entschluss, dass das Kind nicht leben dürfe wenige Tage vor der Geburt

#### Zweiter Neonatizid:

- Wahrnehmen im 3. Schwangerschaftsmonat; dann Panik und Nicht-wahrhaben-wollen: keine Lösungsschritte eingeleitet, stattdessen Verheimlichung und Ignorieren der Schwangerschaft

In beiden Fällen:

- Geburt im Haus, in dem Mann anwesend, welcher aber in anderem Zimmer schlief
- Einwickeln der Kinder und Deponieren auf dem Dachboden ohne weitere Sicherung
- Beseitigung aller Spuren, um vorangegangene Schwangerschaften weiterhin zu vertuschen

### **Fallvignette Frau C**

Frau C war zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 27 Jahre alt. Insgesamt war Frau C drei Mal schwanger: Die zweite und dritte Schwangerschaft endeten im Neonatizid. Wahrnehmung der ersten Schwangerschaft erst in der 30. Schwangerschaftswoche.

#### Erster Neonatizid:

- Bewusste Verheimlichung der Schwangerschaft; aufwändig konstruierte Lüge, um zwei Personen die Wölbung des Bauches zu erklären, die die Schwangerschaft bemerkten
- Nachdenken über Babyklappe oder Möglichkeit Kind im Krankenhaus abzugeben; jedoch keine konkrete Planung
- Geburt zuhause; Kind schrie, dann erwürgen

- Deponieren in Tüte auf Balkon, dann im Garten der Nachbarn

Zweiter Neonatizid:

- Späte Wahrnehmung der Schwangerschaft; Einweihen des Partners
- Mit Partner über Babyklappe und Adoptionsfreigabe gesprochen, dann Entschluss es zu behalten
- Geburt zuhause im Bad, Anwesenheit des Partners in der Wohnung; hielt Kind den Mund zu
- Einwickeln in Handtuch und deponieren in Badezimmerschrank
- Dem Partner gegenüber Angabe eine Fehlgeburt gehabt zu haben.

Anhang C: Vergleich Neonatizid-Gruppe (NG) vs. Klinische Gruppe (KG)

**Sozioökonomischer Status**

Variable	Kategorie	N		Häufigkeit	
		NG	KG	NG	KG
<b>Schulbildung</b>	Niedrig	13	16	5	2
	Mittel-hoch			8	14
<b>Berufsbildung</b>	Keine/abgebrochen	13	14	7	4
	Abgeschlossen			4	3
	In Ausbildung			2	7
<b>Beruf zum Tatzeitpunkt/Geburt</b>	Arbeitslos,Hausfrau	13	16	5	3
	Arbeitend			7	4
	Schule,Studium			1	9
<b>Wohnsituation</b>	Bei Eltern	13	16	9	8
	Mit Partner			5	2
	Allein			1	3
	Allein mit Kind(ern)			1	1
	Mit sonstiger Familie			0	2
<b>Partnerschaft zum Tatzeitpunkt/Geburt</b>	Allein	13	7	6	5
	Fester Partner=Kindsvater			5	1
	Fester Partner≠Kindsvater			2	0
	Lose Beziehung			0	1
<b>Kindsvater</b>	Fester Partner	13	14	8	11
	Lose Affäre			5	3
<b>Wissen des Kindsvaters um Schwangerschaft</b>	Ja, informiert	13	11	2	4
	Nein,unausgespr.Verdacht			1	0
	Nein, Verdacht geäußert			2	2
	Nein			8	5
<b>Wievielte Schwangerschaft</b>	1	13	16	6	12
	2			3	1
	3			4	1
	4			0	1
	6			0	1

<b>Erstgravida</b>	Ja	13	16	6	12
	Nein			7	4
<b>Geburtserfahrung</b>	Ja	13	16	6	3
	Nein			6	12
	Abort/Todgeburt			1	1



## Negierung

Variable	Kategorie	N		Häufigkeit	
		NG	KG	NG	KG
<b>Verdrängung Hauptstrategie</b>	Keine Verdrängung	13	14	1	3
	Ignorieren			10	7
	Völliges Verleugnen			1	0
	Nicht wahrgenommen			1	4
<b>Verheimlichung: Tendenz</b>	Tendenz vorh.	13	13	12	10
	Tendenz nicht vorhanden			0	1
	Selbst nicht bemerkt			1	2
<b>Verhalten: für sich behalten</b>	Ja	13	14	7	7
	Nein			0	1
	Teilweise			5	4
	Selbst nicht bemerkt			1	2
<b>Verhalten: aktiv abgestritten</b>	Ja	10	11	5	6
	Nein			0	1
	Teilweise			1	1
	Wurde nicht gefragt			3	1
	Selbst nicht bemerkt			1	2
<b>Verhalten: weite Kleidung</b>	Ja	9	8	6	5
	Nein			2	1
	Selbst nicht bemerkt/nz			1	2
<b>Verhalten: Ausreden, Lügen</b>	Ja	7	5	5	2
	Nein			1	1
	Selbst nicht bemerkt/nz			1	2
<b>Verhalten: veränderte Sexualität</b>	Ja	5	8	2	5
	Nein			2	0
	Selbst nicht bemerkt/nz			1	3

nz nicht zutreffend

## Körperwahrnehmung

Variable	Kategorie	N		Häufigkeit	
		NG	KG	NG	KG
<b>Periode</b>	Als Schwangerschafts- Zeichen wahrgenommen	9	10	3	5
	Anders interpretiert			2	0
	Weiterhin normal			2	4
	Bereits vorher unregelmäßig			2	1
<b>Bauch</b>	Als Schwangerschafts- Zeichen wahrgenommen	10	10	5	3
	Anders interpretiert			2	5
	Keine Veränderung bemerkt			3	2
<b>Übelkeit</b>	Als Schwangerschafts- Zeichen wahrgenommen	7	10	1	2
	Anders interpretiert			1	2
	Nicht wahrgenommen			5	6
<b>Kindbewegungen</b>	Als Schwangerschafts - Zeichen wahrgenommen	9	11	4	6
	Anders interpretiert			1	3
	Nicht wahrgenommen			4	2

**FPI-R/Persönlichkeit**

Variable	Kategorie	N		Häufigkeit	
		NG	KG	NG	KG
<b>Lebenszufriedenheit</b>	Unauffällig	7	9	4	4
	Unterdurchschnittlich			3	5
	Überdurchschnittlich			0	0
<b>Soziale Orientierung</b>	Unauffällig	7	9	5	5
	Unterdurchschnittlich			0	0
	Überdurchschnittlich			2	4
<b>Leistungsorientierung</b>	Unauffällig	7	9	5	4
	Unterdurchschnittlich			1	4
	Überdurchschnittlich			1	1
<b>Gehemmtheit</b>	Unauffällig	7	9	4	2
	Unterdurchschnittlich			0	1
	Überdurchschnittlich			3	6
<b>Erregbarkeit</b>	Unauffällig	7	9	3	6
	Unterdurchschnittlich			2	1
	Überdurchschnittlich			2	2
<b>Aggressivität</b>	Unauffällig	7	9	5	6
	Unterdurchschnittlich			2	3
	Überdurchschnittlich			0	0
<b>Beanspruchung</b>	Unauffällig	7	9	3	5
	Unterdurchschnittlich			2	1
	Überdurchschnittlich			2	3
<b>Körperliche Beschwerden</b>	Unauffällig	7	9	3	6
	Unterdurchschnittlich			1	0
	Überdurchschnittlich			3	3
<b>Gesundheitssorgen</b>	Unauffällig	7	9	4	5
	Unterdurchschnittlich			2	3
	Überdurchschnittlich			1	1
<b>Offenheit</b>	Unauffällig	7	9	6	6
	Unterdurchschnittlich			1	1
	Überdurchschnittlich			0	2

<b>Extraversion</b>	Unauffällig	7	9	3	2
	Unterdurchschnittlich			4	6
	Überdurchschnittlich			0	1
<b>Emotionalität</b>	Unauffällig	7	9	5	3
	Unterdurchschnittlich			0	1
	Überdurchschnittlich			2	5
<b>Tiefere Kommunikation (aus Exploration)</b>	Häufig	11	9	1	1
	Manchmal			1	2
	Fast gar nicht			9	6

## Schwangerschaft

Variable	Kategorie	N		Häufigkeit	
		NG	KG	NG	KG
<b>Verhütung: relevante Schwangerschaft</b>	Nicht verhütet	7	14	3	5
	Pille vergessen			2	1
	Pille nicht gewirkt			1	1
	Kondom nicht gewirkt			1	6
	Koitus interruptus			0	1
<b>Verhütung allgemein</b>	Verantwortungsbewusst	5	7	1	4
	Mangelhaft			4	3
<b>Erster Schwangerschaftsverdacht: Zeitpunkt</b>	1. Trimenon	13	16	5	8
	2. Trimenon			4	5
	3. Trimenon			2	1
	Eher früh			1	0
	Eher spät			1	0
	Kurz vor/während Geburt			0	2
<b>Erster Schwangerschaftsverdacht Reaktion</b>	Alltag/ignoriert	11	12	7	4
	Beruhigungsstrategie			1	0
	Test/Arzt			3	6
	Hilfe aufgesucht			0	1
	erst bei Geburt bemerkt			0	1
<b>Schwangerschaftstest: durchgeführt</b>	Ja	6	15	5	8
	Nein			1	7
<b>Schwangerschaftstest: Zeitpunkt</b>	1. Trimenon	5	15	2	3
	2. Trimenon			2	4
	3. Trimenon			0	1
	Keinen Test gemacht			1	7
<b>Schwangerschaftstest: Reaktion</b>	Alltag/ignoriert	6	15	4	3
	Hilfe aufgesucht			1	4
	Erleichtert, da negativ			0	1
	Keinen Test gemacht			1	7
<b>Arzt konsultiert</b>	Ja	12	16	5	14
	Nein			7	2

<b>Arzt: Anlass</b>	Gezielt mit Frage nach Schwangerschaft	11	16	1	6
	Auf Drängen Anderer			1	3
	Schwangerschafts-Zeichen als Krankheit interpretiert			0	1
	Sorge wegen Komplikationen bei Geburt			1	1
	Nicht Schwangerschafts-assoziiertes. Krankheit/Zufall			1	1
	Zur Geburt			0	3
	Kein Arztbesuch			7	1
<b>Arzt: Zeitpunkt</b>	1. Trimenon	12	16	3	0
	2. Trimenon			1	7
	3. Trimenon			1	5
	Eher früh			0	1
	Zur Geburt			0	2
	Kein Arztbesuch			7	1
<b>Arzt: emotionale Reaktion</b>	Unglauben, Schock	11	14	3	6
	Neutral			1	3
	Erleichterung/Freude			0	3
	Kein Arztbesuch			7	2
<b>Arzt: Verhalten/Reaktion</b>	Auseinandersetzung/Hilfe	11	15	1	11
	Verdrängung			1	1
	Verheimlichung			2	1
	Kein Arztbesuch			7	2
<b>Vorsorgeuntersuchung: Arzt</b>	Öfter	11	15	0	2
	Vereinzelt			4	4
	Ja, aber unklar wie oft			0	4
	Gar nicht			7	5
<b>Vorsorge: Alkohol/Rauchen/Drogen</b>	Teilweise reduziert	9	3	2	1
	Gar nicht reduziert			1	2
	Vorher kein Konsum			6	0
<b>Vorsorge: Belastung</b>	Reduziert	3	4	0	1
	nicht reduziert			3	3

## Alternativen/Lösungen

Variable	Kategorie	N		Häufigkeit	
		NG	KG	NG	KG
<b>Wissen: Anonyme Geburt</b>	Bekannt	9	3	3	0
	Nicht bekannt			6	3
<b>Wissen: Babyklappe</b>	Bekannt	8	5	7	5
	Nicht bekannt			1	0
<b>Wissen: Beratung</b>	Bekannt	4	14	4	14
	Nicht bekannt			0	0
<b>Wissen: Schwangerschaftsabbruch</b>	Bekannt	10	7	10	7
	Nicht bekannt			0	0
<b>Wissen: Adoption</b>	Bekannt	8	14	8	14
	Nicht bekannt			0	0
<b>Gedankliche Beschäftigung mit Lösung (quantitativ)</b>	Keine Beschäftigung	8	12	1	4
	Schwangerschaft nicht wahrgenommen			1	2
	Gelegentlich			3	4
	Oft			3	2
<b>Überlegungen Kind zu behalten</b>	Nicht erwägt	10	13	6	8
	Erwägt			1	0
	Erwägt, aber verworfen			1	2
	Ausgewählt			2	3
<b>Überlegungen Anonyme Geburt</b>	Nicht erwägt	9	4	6	2
	Erwägt			1	0
	Kennt Möglichkeit nicht			2	2
<b>Überlegungen Babyklappe</b>	Nicht erwägt	8	7	5	5
	Erwägt			0	1
	Erwägt, aber verworfen			1	1
	Ausgewählt			2	0
<b>Überlegungen Schwangerschaftsabbruch</b>	Nicht erwägt	10	5	6	3
	Erwägt			1	0
	Erwägt, aber verworfen			2	1
	Ausgewählt			1	1

<b>Überlegungen Beratung</b>	Nicht erwägt	6	16	3	2
	Erwägt			0	2
	Erwägt, aber verworfen			0	0
	Ausgewählt			3	12
<b>Überlegungen Adoption</b>	Nicht erwägt	9	13	5	3
	Erwägt			1	2
	Erwägt, aber verworfen			0	2
	Ausgewählt			3	6
<b>Aktive Bewältigung</b>	Ja	12	16	5	12
	Nein			7	4
<b>Eigene Maßnahmen Schwangerschaftsabbruch</b>	Ja	13	16	1	3
	Nein/keine Angabe			12	13
<b>Lose Erkundigungen</b>	Ja	13	16	1	0
	Nein/keine Angabe			12	16
<b>Recherche</b>	Ja	13	16	2	4
	Nein/keine Angabe			11	12
<b>Hilfsangebote selbstinitiiert</b>	Ja	13	16	4	9
	Nein/keine Angabe			9	7
<b>Hilfsangebote fremdinitiiert</b>	Ja	13	16	1	4
	Nein/keine Angabe			12	12



## Geburt

Variable	Kategorie	N		Häufigkeit	
		NG	KG	NG	KG
Zeitpunkt	tagsüber/abends	13	5	10	3
	Nachts			3	2
Ort	eigene Wohnung	13	14	1	1
	Partnerschaftliche Wohnung			1	0
	elterliche Wohnung			8	0
	Öffentlicher Ort			2	0
	Krankenhaus			1	13
Andere Personen	Keiner in der Nähe	13	16	3	2
	Jm in der Nähe, nichts bemerkt			5	0
	Jm Verdacht geschöpft			1	0
	Jm direkt mitbekommen			1	0
	Nicht relevant, da Krankenhaus/k.A.			3	14
Realisieren, dass Geburt	Sofortiges Wissen	13	16	6	3
	Verzögertes Wissen			7	0
	Erst als Kind sichtbar			0	1
	k.A./keine Geburt			0	12
Interpretation Wehen	Sofortiges Wissen	13	16	5	3
	Fehlinterpretation			7	1
	Keine Wehen wahrgenommen			1	0
	k.A./keine Geburt			0	12
Gedanken während Geburt	Lösungsorientiert	8	1	3	0
	Geburtsbezogen			2	1
	Sorge um Entdecktwerden			2	0
	Intellektuell überfordert			1	0
Psychischer Ausnahmezustand	Keine Symptome	12	5	8	5
	Einzelne Symptome			2	0
	Volles Bild lt. GA			2	0

jm                    jemand  
k.A.                 keine Aussage  
lt. GA                laut Gutachten

## Neonatizid

Variable	Kategorie	N NG	Häufigkeit NG
<b>Nach Geburt: psychischer Ausnahmestand</b>	Keine Symptome	12	6
	Einzelne Symptome		2
	Volles Bild lt. GA		4
<b>Sicherung: putzen</b>	Ja	13	5
	Nein/k.A.		8
<b>Sicherung: Verstecken</b>	Liegenlassen/erstbeste Möglichkeit	12	9
	Nein/k.A.		3
<b>Sicherung: Ausreden</b>	Ja	13	3
	Nein/k.A.		10
<b>Sicherung: Aufräumen</b>	Ja	13	3
	Nein/k.A.		10
<b>Sicherung: Duschen</b>	Ja	13	5
	Nein/k.A.		8
<b>Erklärung: warum keine Alternativen</b>	Keine Gedanken über Alternativen	10	3
	Hindernisse bei Umsetzung		3
	Zufall/Pech		1
	Weiß es selbst nicht		3

k.A.            keine Aussage  
lt. GA        laut Gutachten

## Beziehung/Partnerschaft

Variable	Kategorie	N		Häufigkeit	
		NG	KG	NG	KG
<b>Kommunikation</b>	Defizitär	10	5	4	1
	Gut/adäquat			1	0
	Kein fester Partner			5	4
<b>Zufriedenheit/Qualität</b>	(eher) gut	12	12	4	2
	Durchwachsen			3	1
	Eher schlecht			0	2
	Kein fester Partner			5	7
<b>Partnerschaft zum Tatzeitpunkt/Geburt</b>	Allein	12	7	6	5
	Fester Partner=Kindsvater			5	1
	Fester Partner≠Kindsvater			2	0
	Lose Beziehung			0	1
<b>Kindsvater</b>	Fester Partner	12	14	8	11
	Lose Affäre			5	3
<b>Wissen des Kindsvaters um Schwangerschaft</b>	Ja, informiert	12	11	2	4
	Nein, unausgesprochener Verdacht			1	0
	Nein, Verdacht geäußert			2	2
	Nein			8	5
<b>Erwartete Reaktion Kindsvater</b>	Negativ mit konkreter Befürchtung	8	10	2	2
	Negativ ohne konkrete Befürchtung			1	3
	Positiv			1	0
	irrelevant/keine Gedanken gemacht			4	5

## Eltern/Familie

Variable	Kategorie	N		Häufigkeit	
		NG	KG	NG	KG
<b>Erwartete Reaktion</b>	Negativ mit konkreter Befürchtung	10	10	2	3
	negativ ohne konkrete Befürchtung			6	4
	Positiv			1	0
	irrelevant/keine Gedanken gemacht			1	3
<b>Wissen der Eltern um Schwangerschaft</b>	ja	13	12	0	5
	unausgesprochener Verdacht			1	0
	Verdacht geäußert			3	1
	Nein			9	6
<b>Gute Kommunikation mit Eltern</b>	Ja	10	6	4	4
	nein			6	2
<b>Beziehungsqualität zur Mutter</b>	(eher) gut	12	7	6	5
	Durchwachsen			3	2
	(eher) schlecht			3	0
<b>Beziehungsqualität zum Vater</b>	(eher) gut	12	7	9	5
	Durchwachsen			1	1
	(eher) schlecht			2	1

## 11 THESEN

1. Neonatiziden geht meist eine Negierung der Schwangerschaft voraus, die verschiedene Verlaufsformen aufweisen kann. Diese unterscheiden sich in der Intensität der Negierung und im Grad des Bewusstseins um die Schwangerschaft: die nicht wahrgenommene, die verleugnete, die ignorierte und die verheimlichte Schwangerschaft. Mischformen sind möglich. Als Hauptstrategie ist am häufigsten das Ignorieren zu beobachten.
2. Schwangerschaftssymptome sind entweder nicht vorhanden (z.B. Übelkeit, Ausbleiben der Periode) oder werden nicht wahrgenommen bzw. nicht richtig interpretiert.
3. Neonatizide kommen in allen Alters- und Bildungsschichten vor und die Frauen befinden sich zu gleichen Teilen in einer festen Partnerschaft bzw. sind alleine. Weniger als die Hälfte ist erstgebärend.
4. Jeder Neonatizidfall resultiert aus einem Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren, die eine Schwangerschaftsnegierung begünstigen. Von großem Einfluss sind dabei:
  - a. Defizite in der Emotions- und Problemkommunikation, teilweise Auffälligkeiten in den Persönlichkeitskonstrukten Gehemmtheit und Introversion (nach FPI-R)
  - b. Meist diffuse, eher selten konkrete Angst vor der Reaktion der sozialen Umwelt, insbesondere der Eltern. Partner spielen eine untergeordnete Rolle in der Negierungsdynamik.
5. Der Weg zu einer adäquaten Lösungsfindung bei einer ungewollten Schwangerschaft lässt sich in folgende Stufen einteilen: Wahrnehmen der Schwangerschaft, Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft, Lösungsmöglichkeiten eruieren, Auswahl einer Lösungsalternative, Vorbereitung auf die Umsetzung, Umsetzung. Die Schwangerschaftsnegierung kann auf allen Stufen im Lösungsfindungsprozess störend bzw. blockierend greifen.
6. Neonatizidtäterinnen unterscheiden sich von Frauen mit negierter Schwangerschaft ohne Neugeborenentötung in der mangelnden Fähigkeit Hilfe aufzusuchen, was durch die defizitäre Gefühls- und Problemkommunikation bedingt sein könnte.

## LEBENS LAUF

### Persönliche Daten

---

Name: Jelden geb. Schlotz  
Vorname: Nadine  
Geburtsdatum: 02.05.1980  
Geburtsort: Heidelberg  
Wohnort: Heisterbachstraße 28, 50939 Köln  
Familienstand: verheiratet, 1 Tochter, 1 Sohn

### Berufserfahrung

---

03/2006-07/2007 Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie, Dr. Wallraf  
Diplom-Psychologin

04/2008-12/2009 Gynäkologische Psychosomatik Universitätsklinikum Bonn  
Wissenschaftliche Hilfskraft

01/2010-12/2010 Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

01/2010-07/2010 Gynäkologische Psychosomatik Universitätsklinikum Bonn  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

seit 2009 Lehrtätigkeit Universität Bonn  
„Gesprächsführung und Kommunikation“

### Praktika

---

09/2006-06/2007 Rheinische Kliniken, Bonn  
Psychotherapeutin in Ausbildung

09/2007-03/2008 Gynäkologische Psychosomatik Universitätsklinikum Bonn  
Psychotherapeutin in Ausbildung

### Studium/Weiterbildung

---

2000-2006 Studium der Psychologie  
Eberhard-Karls-Universität Tübingen  
Abschluss: Diplom

2006-2013 Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie)  
Kölner Lehrinstitut für Verhaltenstherapie

## **Schulbildung**

---

1986-1990	Eichendorff-Grundschule, Heidelberg
1990-1999	Hölderlin-Gymnasium, Heidelberg
1999	Abitur

## **Auszeichnungen**

---

1999	Preis für soziales Engagement
2009	1. Forschungspreis der DGPF

## **ERKLÄRUNGEN**

### **Selbständigkeitserklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Es ist mir bekannt, dass ich den Dokortitel nicht führen kann, bevor mir die Promotionsurkunde bzw. eine vorläufige Bescheinigung gemäß § 15 der Promotionsordnung ausgehändigt wurde.

### **Erklärung über frühere Promotionsversuche**

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Köln, 05.03.2012

---

Nadine Jelden



## **DANKSAGUNG**

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Marneros für die Überlassung dieses spannenden Promotionsthemas und dem damit verbundenen interessanten Einblick in die gutachterliche Tätigkeit.

Ganz herzlich möchte ich zudem Frau Prof. Dr. Rohde danken, die mir mit ihrer Erfahrung und ihrem Fachwissen stets zur Seite stand und mir immer wieder Mut bei der Fertigstellung der Arbeit gemacht hat.

Danke auch an Dr. Johanna Messinger, die mir in stundenlangen Abstimmungsprozessen des Kategoriensystems ermöglichte, mir eine kleine Scheibe ihres analytisch-wissenschaftlichen Denkens abzuschneiden.

Des Weiteren möchte ich folgenden Personen für ihre ganz individuelle Unterstützung danken:

Meiner Schwester und meinem Vater, die mir auf wundervolle Weise den Rücken frei gehalten haben. Ohne sie wäre die Fertigstellung der Arbeit nicht möglich gewesen.

Meinem Mann, meiner Tochter, meiner Mutter, meinen Schwiegereltern und meinen Freunden danke ich für die seelische Unterstützung einerseits und die Ablenkung andererseits.

Und zu guter Letzt: Frau Bading, die einfach immer ein offenes Ohr hat.