

eingeleitet werden. Mit 2 500 Gramm ist der kleine Junge wohlauf. Er benötigt kein Wärmebettchen oder andere intensivmedizinische Versorgung. Frau L. freut sich, ihren Sohn endlich gesund bei sich zu haben.

Der Partner hat während ihres Krankenhausaufenthaltes den Umzug nach Frankfurt allein vorbereitet. Nach zehn Tagen wird sie entlassen, um direkt mit ihm und ihrem Sohn dorthin zu gehen ...

Wichtige Aspekte der Beratung während Pränataldiagnostik

Da die meisten Frauen, die während der Phase der Pränataldiagnostik zur Beratung kommen, sich im Vorfeld nicht haben beraten lassen, gibt es Überschneidungen mit der Beratung vor Pränataldiagnostik (s. auch vorheriges Kap.). In dieser Beratungsphase kommen aber zusätzliche Aspekte hinzu: Die Betroffenen müssen sich – auch wenn noch kein definitiver Befund vorliegt – schon sehr viel konkreter mit der Frage auseinandersetzen, was sein wird, wenn sich die Verdachtsdiagnose bestätigt. Manches Mal kann es allerdings auch darauf ankommen, Frauen davon abzuhalten, schon eine Entscheidung zu treffen, ohne dass der konkrete Befund vorliegt. Wichtiges Ziel neben der Klärung der vielfältigen Fragen ist in dieser Phase die psychische und emotionale Stabilisierung und die Aufrechterhaltung der inneren Bindung zum ungeborenen Kind, die manchmal mit einer Verdachtsdiagnose abrupt abreißt. Je nach konkreter Fragestellung stehen folgende Beratungsaspekte im Vordergrund:

(s. auch: „Wichtige Aspekte der Beratung vor Pränataldiagnostik“)

- Raum für Gefühle und Ängste – Wie damit umgehen?
- Bisheriges Schwangerschaftserleben
- Erwartungen und Vorstellungen, die mit dem Kind verbunden sind
- Ängste vor Behinderung – Informationssuche
- Konsequenzen bei pathologischem Befund – Was tun, wenn ...?
- Ethisch-religiöse Fragen
- Paardynamik – den Partner nicht vergessen

Fallbeispiel

Zahlen und Wahrscheinlichkeiten – „Darf ich überhaupt noch gebären?“

„Bin 38 und in der SSW 17+4, erstes Kind nach Fehlgeburt von Zwillingen im Mai 2002.

Am Anfang der Schwangerschaft: Blutungen, Hämatom, Fragezeichen, aber jeweils Entwarnung. Dann Triple-Test (Serum-Screening), zu Deutsch: Blutuntersuchung, mit dem Ergebnis einer stark erhöhten Möglichkeit einer Behinderung des Kindes.

Triple-Test: Wo denken Sie hin, Herr Doktor, natürlich sind mir 88 Euro als IGeL-Leistung nicht zu teuer. Ich trage freiwillig zur Gesundheitswahrscheinlichkeitsbestätigung meines Kindes alles bei, was die Kasse nicht zahlt. Notgedrungen – ich hatte den Triple-Test gewählt, um invasive Methoden zu vermeiden – eine Chorionzottenbiopsie zur weiteren Abklärung: übermäßig erhöhtes Behinderungsrisiko hinfällig, bis auf das Restrisiko alles in Ordnung ...

Vorsorgeuntersuchungen, eine zwiespältige Sache. Sie sollen Risiken und Ängste mindern, schüren sie aber auch. Von einer Schwangeren, „einer in guter Hoffnung“, mutiere ich unter der Hand zur Risikoträgerin, zu einer in potenziell schlechter Hoffnung. Ärzte wickeln das routiniert ab, ohne die werdenden Mütter, die unter der Hand zu Patientinnen werden, hinreichend aufzuklären über das, was da läuft. 1:13, 1:50, 1:200, jongliert der Herr Doktor mit Zahlen, ohne sie zu übersetzen. Ich mit meiner guten Sechs in Mathe soll nun Weltmeisterin werden in Statistik- und Wahrscheinlichkeitsrechnung, weil, ob die Zahlenverhältnisse nun mehr Chance oder Risiko abbilden, vermag mir der Arzt nicht zu sagen. Es ist ganz an mir, darin eher das halbvolle oder halbleere Glas zu sehen, mehr die Chance oder doch eher die Bedrohung. It's up to me.

1:13, weit über das altersgemäß zu erwartende Risiko hinaus, sagt der Arzt, und prompt fühle ich mich schuldig. Was habe ich nur falsch gemacht, meinem Kind nur angetan, dass es wahrscheinlicher behindert sein wird als das anderer 38-Jähriger? 1:13. Mal angenommen, ich bekäme 14 Kinder, da wäre dann also ein behindertes mit inbegriffen. Ich bekomme aber nur eines, auf das zu freuen ich mich immer noch wage. Diese hinreißende Stupsnase! Ich fühle mich trotzdem wie beim russischen Roulette. Wenn ich gebäre, welche Kugel, welches Kind ... Darf ich überhaupt noch gebären?

Vorsorge hat nichts, aber auch gar nichts mit Fürsorge zu tun. Schnell fühlt man sich krank, obwohl man nur schwanger ist ...“ (S. R.)

Raum für Gefühle und Ängste – Wie damit umgehen?

In der belastenden Zeit des Wartens auf die Untersuchungsergebnisse benötigen Frauen oftmals eine emotionale Unterstützung und Entlastung. Allein das empathische, wertfreie Zuhören durch die Beraterin lässt für die schwangere Frau einen Raum entstehen, in dem sie sich angenommen fühlt und offen über ihre Ängste, Unsicherheiten und Ambivalenzen und auch über ihre Hoffnung auf einen negativen (d.h. also unauffälligen) Befund sprechen kann. Dabei ist es wichtig, die individuellen Sorgen und Unsicherheiten der schwangeren Frau zu verstehen und von eventuell irrationalen Ängsten zu trennen bzw. ihnen auf den Grund zu gehen. Denn manchmal treten gerade in solch schwierigen Situationen auch (unbewältigte) Konflikte bzw. Erfahrungen aus der Vergangenheit der Schwangeren auf. Diese können beispielsweise im Zusammenhang mit dem Thema „Mutter-Sein“ oder mit Erfahrungen bezüglich Fehl- oder Totgeburt, Behinderung und Erkrankung in der Familie stehen.

Um Unsicherheiten und innere Anspannung in dieser Zeit zu bewältigen, kann es in der Beratung hilfreich sein, über Möglichkeiten der Entspannung zu sprechen und persönliche Ressourcen bewusst zu machen. Die Beraterin sollte die Frau danach fragen, welche unterstützenden Verhaltensmuster ihr zur Verfügung stehen oder welche positiven Erfahrungen sie selbst im Umgang mit stressbelasteten Situationen hat und von wem sie Unterstützung bekommen kann (ressourcenorientiertes Vorgehen). Die Beraterin kann auch Entspannungsverfahren oder sonstige Übungen vorschlagen bzw. direkt mit der Klientin durchführen (z.B. Phantasie Reisen, „sicherer Ort“, innerer Dialog mit dem Kind). Die Schwangere kann dazu angeleitet werden, sich bewusst Zeiten für Entspannung einzurichten und ihre Aufmerksamkeit von der Belastung weg auf Möglichkeiten zu richten, die ihr „gut tun“. Ziel bei der Besprechung und Einübung solcher Verhaltensstrategien ist es, die Zeit der Unsicherheit, die im Zweifelsfall bis zur Geburt des Kindes dauern kann, besser zu bewältigen.

Fallbeispiel

Schwangerschaft als Horrortrip

„... Ich habe im Februar ein gesundes Kind zur Welt gebracht ..., doch meine Schwangerschaft war ein einziger Horrortrip. Zwar hat dem Kind, wie sich im Nachhinein herausstellte, zu keiner Zeit etwas gefehlt, es bestand aber während der gesamten Schwangerschaft immer wieder die Wahrscheinlichkeit, dass. Ich habe so wahnsinnige Ängste ausgestanden ... Auf einen großen Informationsbedarf meinerseits reagierte man genervt. Ich wurde hysterisch und überängstlich genannt. Noch sei schließlich nicht sicher, dass mein Kind wirklich behindert sei.“ (E-Mail einer Patientin)

Bisheriges Schwangerschaftserleben

Oftmals ist es unterstützend, die Patientin über ihr bisheriges Schwangerschaftserleben zu befragen. Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie die Schwangerschaft feststellten? Gab es bis zur Untersuchung besondere Situationen der Freude, der freudigen Erwartung o.Ä.? Wie hat Ihr Partner auf die Schwangerschaft reagiert? So kann die Frau wieder mit positiven Aspekten der Schwangerschaft Kontakt aufnehmen, sich – zumindest teilweise – freuen und den Zustand „der guten Hoffnung“ erleben.

Erwartungen und Vorstellungen, die mit dem Kind verbunden sind

Durch Fragen können die Erwartungen und Vorstellungen, die mit dem Kind verbunden sind, bewusst Raum erhalten. Welche Wünsche und Phantasien sind mit ihrem Kind verbunden? Was fühlt sich gut an, wenn Sie an Ihr Kind denken? Wie fühlt es sich in Ihrem Bauch an? Was würde Ihr Kind, wenn es sprechen könnte, zu Ihnen sagen? Es kann auch auf innere Bilder, Farben, Phantasien, Töne oder

Handbewegungen fokussiert werden, um unbewusste Aspekte ins Bewusstsein zu holen. Hierdurch kann der oftmals „unterbrochene“ Kontakt zum Kind wieder gestärkt und auch positiv erlebt werden. Auch Aspekte, wie sie in Kapitel 5, Abschnitt „Erwartungen an das Kind“ beschrieben wurden, können zu einer veränderten Einstellung der Frau führen und dadurch ihr Vertrauen in die Schwangerschaft stärken.

Ängste vor Behinderung – Informationssuche

Am ehesten bestehen dort Ängste, wo die Unkenntnis am größten ist. Die Frau hatte vielleicht noch nie Kontakt mit behinderten Menschen, kennt keine Familien mit behinderten Kindern und weiß auch nicht, welche unterschiedlichen Auswirkungen Behinderungen haben können oder dass es therapeutische Möglichkeiten z.B. bei Herzfehlern gibt. Daher kann es sinnvoll sein, bereits bei einem vorliegenden Verdacht auf eine bestimmte Fehlbildung oder Erkrankung die Patientin über das Störungsbild zu informieren und sie auf Bücher, Broschüren oder Internetseiten hinzuweisen, die bei der Beschäftigung mit dem Thema hilfreich sein können. Es ist besser, die Patientin gezielt mit seriösen Informationen zu versorgen, als diese sich dabei selbst zu überlassen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird eine Frau bzw. ein Paar bei einer konkreten Verdachtsdiagnose sowieso auf die Suche nach Informationen über das vermutete Störungsbild gehen.

In der Beratung selbst kann die Patientin darin unterstützt werden, eigene Grenzen zu finden, aber auch eigene Ressourcen zu erkennen: Was könnte ich mir und meiner Familie zumuten? Wo wäre ich völlig überfordert? Welche Hilfestellungen bräuchte ich, wenn dieser Fall eintritt? Wo kann ich diese Hilfen bekommen?

Eine Aufklärung über Hilfsnetzwerke (Operationsmöglichkeiten, spezielle Kliniken, Frühförderung, Behindertenverbände und Behindertenreferate) kann bereits in dieser Phase sinnvoll sein, damit sich die Frau auf einen eventuellen Befund vorbereiten kann. Allerdings muss man hier immer abwägen zwischen dem Bedürfnis nach Information einerseits und auch der Gefahr mit allzu konkreten Informationen zusätzliche Ängste auszulösen. Und sicher muss die Entscheidung über das Vorgehen in dieser Situation auch abhängig davon sein, wie konkret ein solcher Verdacht bereits ist.

Neben der konkreten und auf das Kind ausgerichteten Unterstützung kann auch in dieser Phase der Beratung (wie bereits in Kap. 5, Abschnitt „Erwartungen an das Kind“ beschrieben) an der Bedeutung der Ängste und an den Vorstellungen betreffend Erkrankung oder Behinderung des Kindes gearbeitet werden.

Bei solchen Interventionen ist es enorm wichtig, auf das Feedback der Patientin zu achten und ihr zu erklären, dass es neben der Unsicherheit in Bezug auf eine mögliche Störung beim „realen“ Kind auch eine innerpsychische Ebene gibt, in der bestimmte Aspekte der Diagnose eine Bedeutung für die Frau und ihr Leben haben können. Eine solche Perspektive sieht das Kind zum einen als reale Person, die möglicherweise eine Erkrankung oder Behinderung hat, zum anderen aber auch als innere Rolle, auf die eine andere Rolle, nämlich die, mit der die Frau üb-

licherweise identifiziert ist, reagiert. Das bedeutet, es gibt eine Art inneren Gruppenprozess in der Frau, der sich konflikthaft zeigt. Neben der Identität, das sind Eigenschaften und Verhaltensweisen, mit der sich die Frau üblicherweise identifiziert, gibt es noch andere mehr oder weniger bewusste innere Anteile, wie z.B. eine mütterliche Seite, die Leben wachsen lässt und gibt, einen Teil, der Leben nimmt bzw. nehmen will, ein Kind, das Besonderheiten zeigt, und noch andere.

Diese widerstreitenden inneren Aspekte gilt es in der Beratung neben der konkreten Information über Störungsbilder und Hilfsmöglichkeiten sowie der ressourcenorientierten, emotionalen Entlastung bewusst wahrzunehmen, um letztlich eine tiefer gehende tragbare Entscheidung vorzubereiten. Die Beraterin könnte die Frau z.B. auffordern, die befürchtete Störung („worst case“) genau zu beschreiben. In einem weiteren Schritt könnte die Patientin sich in die Rolle des Kindes hineinversetzen, um herauszufinden, wie sie selbst mit dem Bild des Kindes verbunden ist. Indem sie sich für ihre Vorstellung öffnet und sich in das Kind hineinversetzt, kann sie eine Bedeutung für sich selbst finden.

Fallbeispiel

Wie wäre es, abhängig zu sein – Rollenspiel als Intervention

Eine Frau in der Beratung stellt sich vor, dass ein Kind mit Down-Syndrom lebenslang von ihr abhängig wäre, niemals selbstständig leben könnte und eine geringe geistige Entwicklung habe. Im Rollenspiel nimmt sie wahr, dass sie es genießt, umsorgt zu sein und dass die geistige Behinderung eine Erfahrung von Langsamkeit in ihr Bewusstsein bringt. In ihrer Essenz erweitert sich diese Erfahrung in eine Qualität von „einfach sein“, eine liebende, mit allem verbundene Präsenz. In der darauf folgenden Reflexion ihrer Erfahrung stellt die Patientin fest, dass sie im Alltag eher unabhängig, aber auch verschlossen und gut und effizient organisiert ist. Sie arbeitet als erfolgreiche Managerin, und diese Qualitäten werden im Job von ihr gefordert. Dabei vermisst sie jedoch, mit sich und dem, was sie tut, und den Menschen um sie herum in Kontakt zu sein, was sie nun mehr umsetzen will.

Die durch eine mögliche Behinderung befürchteten Eigenschaften des Kindes, lebenslange Abhängigkeit und geringe geistige Entwicklung, die für die Betroffene zunächst eine große Grenze darstellten, das Kind auszutragen, werden von ihr in der tiefer gehenden Auseinandersetzung innerhalb dieser Übung als Eigenschaften wahrgenommen, die in ihrer Essenz (liebende, mit allem verbundene Präsenz) in ihrem Leben eine Bereicherung darstellen. Indem die Patientin diese Erfahrung integriert, kommt sie später leichter mit der Rolle als Mutter (sie bekommt ein gesundes Kind) zurecht und ändert ihre ursprünglichen Pläne dahingehend, dass sie ihren Job kündigt und ihrem Partner ins Ausland folgt, was sie ursprünglich nicht vorhatte, z.B. wegen Ängsten vor Verlust ihrer Unabhängigkeit und finanzieller Abhängigkeit.