

Wilfried Datler, Andrea Strachota

Wenn der Wunsch nach Klarheit zur Krise führt...

Bemerkungen über Nähe und Distanz
in der beratenden Begleitung von Eltern,
die sich mit pränataler Diagnostik konfrontiert sehen

1. Vorbemerkung

Die Psychoanalyse hat wie kaum eine andere Disziplin eine Vielzahl von Veröffentlichungen hervorgebracht, die um einen Grundgedanken kreisen, der folgendermaßen zusammengefasst werden kann: Professionelles und erfolgreiches psychosoziales Handeln gründet in einer gelingenden Balance zwischen Nähe und Distanz.

In diesem Grundgedanken kommt die Annahme zum Ausdruck, dass in Prozessen des psychosozialen Handelns nicht nur auf die äußeren Lebensbedingungen, sondern auch auf die „innere Welt“ jener Bezug zu nehmen ist, an die sich psychosoziales Handeln richtet. Damit ist den Handelnden abverlangt, sich um ein differenziertes Verstehen ihrer Adressatinnen und Adressaten zu bemühen. Damit solch ein Verstehen möglich wird, ist es nötig, dass das Beziehungsgeschehen zwischen Adressaten und professionell Handelnden ein gewisses Maß an Intensität erreicht, sodass die professionell Tätigen affiziert werden von dem, was in der inneren Welt ihrer Adressaten bewusst und unbewusst vor sich geht. Werden die Gedanken und Gefühle, die dabei entstehen, allerdings zu intensiv und zu drängend, so drohen professionell Tätige jene Distanz zu den Problemlagen ihrer Adressaten zu verlieren, die es ihnen erlaubt, mit der „inneren Welt“ ihrer Adressaten in Kontakt zu bleiben und zugleich die Aufgabe, die sie als professionell Tätige zu erfüllen haben, im Auge zu behalten. Professionell Tätige neigen dann dazu, Handlungen zu setzen, die primär im Dienst ihrer Affektregulation stehen (vgl. Datler 2003; Dörr 2004), und verlieren im Regelfall auch die Fähigkeit, zu erfassen, in welcher Weise sie dabei zur Tradierung oder gar Intensivierung der Problemlagen ihrer Adressaten beitragen. Gelingt ihnen hingegen ein „Oszillieren zwischen Nähe und Distanz, zwischen un-

mittelbarer Teilhabe und distanzierender Reflexion des gemeinsamen Beziehungsgeschehens“ (Trescher 1985: 187), so eröffnet sich für sie die Chance, auch jene Dimensionen der Problemlagen ihrer Adressaten zu verstehen (und in weiterer Folge zu bearbeiten), die in der Arbeitssituation zumeist szenisch zur Darstellung kommen und den Adressaten selbst gar nicht klar sind.

Im Folgenden wollen wir die Bedeutung, die diesem Ringen um eine angemessene Balance zwischen Nähe und Distanz zukommt, sowie damit verbundene Schwierigkeiten an einem bestimmten psychosozialen Praxisfeld verdeutlichen: am Praxisfeld der Beratung im Kontext von pränataler Diagnostik (PND).

Dabei wollen wir zunächst zeigen, dass die Durchführung von PND die Entstehung der frühen Eltern-Kind-Beziehung in einer Phase tangiert, in der die Eltern damit befasst sind, selbst eine angemessene Balance zwischen Nähe und Distanz zu ihrem (noch) ungeborenen Kind herzustellen. Beunruhigende Gefühle und Gedanken, die im Zuge der Durchführung von PND in Eltern entstehen und oft genug äußerst bedrohliche Ausmaße annehmen, verweisen darauf, dass viele Eltern in dieser Zeit professionelle Hilfe benötigen. Diese scheinen sie von bestimmten Gruppen von involvierten Helfern und Helferinnen aber nur in Ausnahmefällen zu erhalten, da diese Helferinnen und Helfer vom Erleben der Eltern stark berührt sein dürften und deshalb das Verlangen haben, zumindest vordergründig in keinen allzu engen Kontakt mit den Gedanken und Gefühlen der Eltern zu kommen. Mit einigen knappen weiterführenden Überlegungen werden wir schließen.

2. Zur Entstehung der frühen Eltern-Kind-Beziehung in der vorgeburtlichen Zeit

Befasst man sich mit Veröffentlichungen zum frühen Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung, so findet man unter zahlreichen jüngeren Publikationen einige bemerkenswerte psychoanalytische Beiträge, die sich mit dem Entstehen der Eltern-Kind-Beziehung in der vorgeburtlichen Zeit befassen. In diesen Publikationen wird eindrucksvoll dargestellt, von welcher vielfältigen und intensiven Gefühlen und innerpsychischen Veränderungsprozessen die Zeit vor der Geburt des Kindes charakterisiert ist. Daniel Stern (1998) etwa hat in seiner Studie zur „Mutterschaftskonstellation“ herausgearbeitet, in welcher vielschichtiger Weise sich insbesondere werdende Mütter in bewusster und unbewusster Weise damit befassen,

- ob die Eltern das Überleben und Gedeihen des Babys gewährleisten können;
- ob es den Eltern gelingen wird, eine authentische und zugleich förderliche emotionale Beziehung zum Kind herzustellen;

- ob die Mutter durch den Vater des Kindes oder auch durch Freundinnen, Freunde und Verwandte in ausreichender Form Unterstützung erhalten wird;
- und ob es der jungen Frau gelingen wird können, in befriedigender Weise eine neue Identität als Mutter auszubilden.

Studien wie jenen von Brazelton/Cramer (1990), Schüleln (1990) oder Wiegand (1998) kann man entnehmen, dass Männer und Frauen in ihrem „Übergang zur Elternschaft“ verschiedene sensible Phasen durchlaufen, die sich durch unterschiedliche Vorstellungen, Gefühle und Phantasien über das heranwachsende Kind und die werdende Elternschaft auszeichnen und hoffentlich im günstigen Fall dazu führen, dass Eltern ihr inneres Bild vom „imaginierten Baby“ aufgeben und sich an ein Bild vom „realen Baby“ annähern. Dabei sind die Ängste und Ambivalenzen, die in Eltern entstehen, oft enorm und kreisen häufig um die Frage,

- ob es Eltern gelingen wird, ein gesundes Baby auf die Welt zu bringen, das die Eltern mit Freude und Stolz erfüllt;
- und ob sie fähig sein werden, diesem Baby jenes Maß an Schutz und Fürsorge entgegenzubringen, das für ein gedeihliches Heranwachsen des Babys nötig ist (vgl. Raphael-Leff 1993, Salzberger-Wittenberg 1999, Diem-Wille 2003).

In diesem Zusammenhang fällt auf, dass in den oben erwähnten psychoanalytischen Studien kaum auf die Bedeutung von PND für den Prozess der „werdenden Elternschaft“ eingegangen wird - sieht man davon ab, dass an einigen Stellen nachzulesen ist, in welchem hohem Ausmaß das Betrachten von Ultraschallbildern Eltern hilft, sich Vorstellungen über das „reale heranwachsende Baby“ bereits zu einer Zeit zu machen, in der die Mutter noch kaum Bewegungen des Babys präzise verspüren oder Väter Bewegungen des Babys sehen oder ertasten können. Dass auf PND darüber hinaus kaum eingegangen wird, überrascht; denn pränataldiagnostische Untersuchungsverfahren werden inzwischen in der westlichen Welt nahezu flächendeckend eingesetzt, damit Eltern möglichst früh erfahren, ob ein heranwachsendes Kind als krank oder behindert einzuschätzen ist.

Exkurs: Welche Verfahren umfasst PND?

Zwei Gruppen von pränataldiagnostischen Verfahren kommen dabei zum Einsatz:

- a) Zur ersten Gruppe zählen all jene nicht-invasiven Verfahren, die vollzogen werden können, ohne dass in den Körper der werdenden Mutter eingedrungen wird. Zu diesen nicht-invasiven Verfahren, die bloß Verdachtsmomente, Hinweiszeichen auf mögliche Abweichungen liefern können, zählen die Nackenfaltenmessung, der Combined-Test und der Triple-Test:

- Bei der Nackenfaltenmessung (Nackentransparenzmessung) wird die Nackenhautfalte des Kindes zwischen der 11. und 14. Schwangerschaftswoche (SSW) per Ultraschall vermessen. Wird der als normal geltende Grenzwert überschritten, gilt dies als Hinweis auf eine mögliche Chromosomenabweichung, insbesondere als Hinweis auf Trisomie 21.
- Der Combined-Test wird zwischen der 10. und 14. SSW durchgeführt. Dabei wird die Messung der Dicke der Nackenfalte mit der Bestimmung zweier schwangerschaftsspezifischer Hormone im Rahmen eines Bluttests kombiniert. Auf der Grundlage dieser Daten wird von einem Computerprogramm die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer chromosomalen Auffälligkeit berechnet.
- Der Triple-Test, ein weiterer Bluttest, wird zwischen der 16. und 18. SSW durchgeführt. Bei diesem Verfahren werden im Zuge der Untersuchung des mütterlichen Blutes drei Parameter bestimmt. Diese Werte werden dann über ein Computerprogramm mit dem mütterlichen Alter und der Schwangerschaftsdauer, die exakt und richtig errechnet sein muss, in Beziehung gesetzt. So wie bei allen nicht-invasiven Verfahren führt auch der Triple-Test zur Errechnung eines Wertes, dem entnommen werden kann, wie wahrscheinlich es ist, dass eine Chromosomenaberration oder ein Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Anenzephalie) vorliegt.

b) Geben sich werdende Eltern mit Wahrscheinlichkeitsaussagen nicht zufrieden und möchten sie, vor allem beim Vorliegen von Verdachtsmomenten, Gewissheit erlangen, so zieht dies den Einsatz von invasiven diagnostischen Verfahren nach sich. Diese sind stets mit einem chirurgischen Eingriff verbunden, der in weiterer Folge zu einer Erhöhung des Risikos einer Frühgeburt führt. Zu den gängigsten invasiven Verfahren zählen Amniozentese und Chorionzottenbiopsie:

- Haben nicht-invasive vorgeburtliche Verfahren ein auffälliges Ergebnis erbracht oder ist die Mutter älter als 35 Jahre, so zieht dies häufig eine Chorionzottenbiopsie (CVS) nach sich, die im Regelfall zwischen der 9. und 12. SSW ambulant und ohne Narkose durchgeführt wird.¹ Unter Ultraschallkontrolle wird eine Hohlnadel durch den Bauch der Mutter gestochen und an den Mutterkuchen herangeführt, um Gewebe aus den Chorionzotten zu entnehmen, das anschließend in einem Labor untersucht wird. Das Ergebnis liegt innerhalb von ein bis drei Tagen vor. Diagnostizierbar sind dadurch Chromosomenaberrationen sowie einige Muskel-, Blut- und Stoffwechselkrankheiten. Liegt vor bzw. noch in

¹ Die Chorionzotten bilden die äußere Begrenzung der Fruchthöhle, aus den Chorionzotten entwickelt sich ab der 13. SSW die Plazenta – ab der 13/14. SSW spricht man dann von einer Plazentabiopsie oder Plazentapunktion.

der 12. SSW ein pathologischer Befund vor, kann ein Schwangerschaftsabbruch noch mittels Absaugmethode durchgeführt werden: In diesem Fall wird unter örtlicher Betäubung ein Plastikröhrchen, das mit einem Absauggerät verbunden ist, in die Gebärmutter eingeführt und das Schwangerschaftsgewebe abgesaugt. Nach der 12. SSW erfolgt ein Abbruch der Schwangerschaft durch die künstliche Einleitung einer Geburt, die bis zu fünf Tagen dauern kann.

- Das wohl bekannteste invasive Verfahren stellt die Fruchtwasserpunktion (Amniozentese/AC) dar, die im Regelfall zwischen der 15. und 18. SSW ebenfalls ambulant und ohne Narkose durchgeführt wird. Unter Ultraschallkontrolle wird eine Hohlnadel durch den Bauch der Mutter gestoßen und Fruchtwasser aus der Fruchtblase entnommen. Das Fruchtwasser enthält abgelöste Zellen des Kindes, die in einem Labor untersucht werden. Das Ergebnis liegt nach zwei bis vier Wochen, d.h. im Regelfall zwischen der 17. und 22. SSW vor. Diagnostiziert werden im Wesentlichen Chromosomenaberrationen und Neuralrohrdefekte. Im Falle eines positiven Befundes kann ein Schwangerschaftsabbruch ausschließlich durch das künstliche Einleiten einer Geburt durchgeführt werden.

3. Von der Notwendigkeit einer begleitenden Beratung im Kontext von PND

Die Tatsache, dass in gängigen wissenschaftlichen Arbeiten zur Entstehung der frühen Eltern-Kind-Beziehung auf PND nur am Rande eingegangen wird, und der Umstand, dass in diesen wenigen Veröffentlichungen die Subjektperspektive der jeweils involvierten Eltern kaum zur Darstellung gelangt, veranlasste Andrea Strachota, in gezielter Weise Berichte von Müttern und Vätern über deren Erfahrungen mit PND einzuholen. Berichte von 14 Frauen und 8 Männern, die auf diese Weise gesammelt wurden, werden in absehbarer Zeit mit ergänzenden Kommentaren in Buchform vorliegen (Strachota 2006) und veranlassten uns zur Diskussion folgender Fragen:

- Welche innerpsychischen Prozesse werden durch die Begegnung mit PND auf Seiten der werdenden Mütter und Väter angestoßen?
- Welche Formen von psychosozialer Unterstützung benötigen werdende Eltern in dieser Zeit?
- Welche Formen von psychosozialer Unterstützung erhalten sie tatsächlich?

Im Folgenden werden wir 5 Thesen vorstellen, die aus der Diskussion dieser Fragen entstanden sind. Wir werden unter Einbeziehung von Ausschnitten aus den von Andrea Strachota gesammelten Berichten zeigen, welchen belastenden und oft auch folgenreichen Erfahrungen Eltern ausgesetzt sind,

wenn sie mit pränataldiagnostischen Untersuchungen in Beziehung kommen. Überdies werden wir deutlich machen, dass werdende Eltern in diesem Zusammenhang nicht jene Form von Unterstützung erhalten, die sie benötigen, weil es nicht allen beruflich tätigen Helferinnen und Helfern gelingen dürfte, in der Auseinandersetzung mit den Problemen, welche die werdenden Mütter und Väter belasten, eine ausreichende Balance zwischen Nähe und professioneller Distanz zu finden.

3.1 Pränataldiagnostik als Auslöser von traumatischen Krisen

Pränataldiagnostische Untersuchungen konfrontieren werdende Eltern fernab des Geburtstermins mit Auskünften darüber, ob das heranwachsende Kind – medizinisch gesehen – den elterlichen Hoffnungen und Wunschvorstellungen entspricht oder nicht. Verdichten sich Hinweise auf eine vorhandene Fehlbildung, Krankheit oder Behinderung des Kindes, so führt dies zu einer Art explosionsartigen Ausweitung und Intensivierung all der konfliktvollen Gefühle und Gedanken, die in der oben genannten Veröffentlichung Strachotas beschrieben werden:

Neben dem Gedanken, das Kind zur Welt zu bringen, entsteht der Wunsch, ein krankes oder behindertes Kind nicht haben zu wollen. Gedanken an das Töten des Kindes werden von Schuldgefühlen sowie von dem Gefühl begleitet, man würde auf diese Weise einem Teil des eigenen Selbst das Leben nehmen. Zum Gefühl, dem gezeugten Kind verpflichtet zu sein, gesellt sich die als beschämend erlebte Ahnung oder gar Gewissheit, als Mann und Frau nicht in der Lage zu sein, ein gesundes und nicht behindertes Kind zu zeugen und auf die Welt zu bringen. Neben dem Gedanken daran, wie es wäre, das kranke oder behinderte Kind aufzuziehen, existiert die Befürchtung, einem solchen Vorhaben emotional und vielleicht auch physisch gar nicht gewachsen zu sein. Dazu kommen Gefühle des Neids auf andere Eltern, deren heranwachsende Babys weder krank noch behindert sind, sowie die Beschäftigung mit der Frage, weshalb gerade das eigene heranwachsende Baby „nicht in Ordnung ist“. Das Verspüren all dieser Gedanken und Gefühle schürt den dringenden Wunsch nach Erleichterung und Entlastung; doch ist den Eltern auch klar, dass es unmöglich ist, all diese Gedanken und Gefühle mit einem Schlag loszuwerden und die belastende Situation realiter ins Gegenteil zu verkehren. Das erzeugt ein hohes Maß an Ratlosigkeit und Hilflosigkeit.

Die Heftigkeit der geschilderten Regungen erlaubt es Eltern im Regelfall nicht, sich all diese Gedanken und Gefühle bewusst vor Augen zu halten, um in Verbindung damit nach wohlüberlegten Entscheidungen zu suchen. Um sich davor zu schützen, von den geschilderten Gedanken und Gefühlen überflutet zu werden und im Zuge dessen ein noch stärkeres Maß an Hilflosigkeit bewusst erleben zu müssen, reagieren viele Eltern in den Situationen, in denen sie sich mit dem Verdacht auf eine mögliche Fehlbildung,

Krankheit oder Behinderung ihres Kindes konfrontiert sehen, so, wie Menschen im Allgemeinen in traumatischen Krisen reagieren. Ehe wir darauf näher eingehen, halten wir als erste These fest:

These 1: Sehen sich werdende Eltern in Folge der Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Untersuchungsverfahren mit dem Verdacht konfrontiert, ihr Kind könnte krank oder behindert sein, so geraten sie in Zustände, die als „traumatische Krisen“ zu bezeichnen sind.

Dieser These entsprechen die uns vorliegenden Erfahrungsberichte, denen zu entnehmen ist, dass Eltern im Anschluss an jene Situationen, in denen sie sich mit dem Verdacht auf eine Fehlbildung, Erkrankung oder Behinderung des Kindes konfrontiert sehen, Phasen durchlaufen, die nach Gernot Sonneck (2000: 33) für das Erleben von traumatischen Krisen allgemein charakteristisch sind: eine Schock- und eine so genannte Reaktionsphase.

Der Krisenschock stellt die erste Reaktion auf den Krisenanlass dar; wobei unter einem Krisenanlass ein plötzlich eintretender Schicksalsschlag zu verstehen ist, der mit heftigen bedrohlichen Gefühlen verbunden ist, denen sich die betroffenen Personen hilflos ausgeliefert fühlen². Solch ein Krisenschock kann „wenige Sekunden bis etwa 24 Stunden dauern“ (Sonneck 2000: 16). Äußerlich, so beschreibt Sonneck (2000: 33), kann die emotionale Situation der Betroffenen durchaus „geordnet erscheinen, innerlich ist alles chaotisch“. Einsetzende Abwehraktivitäten können dabei zu ziellosen Aktivitäten, zu Toben, zu Rückzug, zu einem Zustand der „Betäubung“ sowie dazu führen, dass später oft keine Erinnerungen an diese Zeit existieren.

Mehrere Textpassagen aus den Berichten, die uns vorliegen, zeugen davon, dass werdende Eltern nach der Konfrontation mit dem Verdacht auf eine mögliche Behinderung des Kindes sowie nach dem Erhalt von positiven Befunden in solch eine Schockphase geraten:

Als Herr M. seine Lebensgefährtin zur Ultraschalluntersuchung begleitete, stellte die Frauenärztin Auffälligkeiten fest und schlug weitergehende Untersuchungen vor. Herr M. berichtet: „Der Anlass für die [invasive] PND war die Aussage der Frauenärztin, dass mit dem Kind etwas nicht in Ordnung ist. Das war ein Schock.“

Frau Re. fühlte Lähmung: „Ich war wie gelähmt, als man mir sagte dass das Baby nicht gesund sein würde, es dürfte sich um eine Trisomie 18 handeln, ein Fehler bei der Zellteilung, Genaueres würde erst eine Punktion ergeben.“

2 Sonneck (2000: 13) führt beispielsweise den Tod von Nahestehenden, plötzliche Invalidität, plötzliche Beziehungsbedrohung (Trennung), soziale Kränkung und Versagen, äußere Katastrophen, Krankheit und eben auch das Bekanntwerden von Diagnosen als mögliche Krisenanlässe an.

Und Frau Ra. berichtet, dass sie sich nicht näher daran erinnern kann, was geschah, nachdem ihr klar geworden war, dass die Nackenfaltdickemessung ein auffälliges Ergebnis ergeben würde: „Der Arzt hatte noch gar nichts gesagt, da hatte ich selber schon die auffallend dicke Nackenfalte bemerkt. (Das Bild, das ich sah, sah genauso aus wie das im Internet gefundene mit der auffälligen Messung.) An den Rest kann ich mich nur noch ungefähr erinnern.“

Als Frau M. einen positiven Befund erhielt und über den Abbruch oder die Fortsetzung der Schwangerschaft entscheiden sollte, geriet sie in einen emotionalen Zustand, den sie folgendermaßen beschreibt: „Meine Gefühle waren aber wie taub. Ich konnte nicht darüber nachdenken, ich konnte nicht darüber sprechen, was ich davon halte, d.h. ob ich das will oder nicht, und ich konnte nicht richtig weinen. Ich denke, ich stand unter Schock.“

Sonneck (2000: 16) zufolge geht die Schockphase in eine Reaktionsphase über, „eine Tage bis Wochen andauernde Periode, in der affektive Turbulenz sich mit Apathie abwechselt, tiefste Verzweiflung, Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Feindseligkeit und Aggressivität, Wut und Trauer und oft schwere körperliche Begleitsymptomatik den Menschen belasten.“ Von solchen Erlebniszuständen berichten etwa Frau M. und Frau Re.:

„Jeden Tag im PND-Zentrum gab es neue schlimme Nachricht. Ich war in dieser Zeit unfähig, irgendwelche Gefühle zu empfinden. Ich war innerlich tot“ (Fr. M.).

„Wut gegen meinen Frauenarzt keimte in mir auf, warum hatte er mir nichts gesagt, sicher hatte er etwas gesehen oder zumindest geahnt, warum sonst der Hinweis auf den Combined Test“ (Fr. Re.).

3.2 Das Ausbleiben einer „produktiven Überwindung“ der Krise

Die Schock- und Reaktionsphase stellen die ersten beiden Stadien eines typischen Krisenverlaufs dar und können bis zu vier bis sechs Wochen anhalten (Sonneck 2000: 33). Dann setzen die dritte und vierte Phase ein, die bei günstigem Verlauf zu einer produktiven Überwindung der belastenden Situation führen: In der dritten Phase, der Bearbeitungsphase, lösen sich die Betroffenen allmählich von der traumatischen Belastung – „Interessen tauchen auf, Zukunftspläne werden geschmiedet“ (Sonneck 2000: 34). In der vierten und letzten Phase eines typischen Krisenverlaufs, jener der Neuorientierung, kehren Stabilisierung und Beruhigung ein.

Wird eine traumatische Krise dadurch ausgelöst, dass Eltern im Anschluss an erste pränataldiagnostische Untersuchungen erfahren, dass ein Verdacht auf das Vorliegen von Krankheit oder Behinderung vorliegt, so führt dies im Regelfall nicht zu solch einer „produktiven Überwindung“ der Krise.

Denn in den meisten Fällen bleibt eine differenzierte Bearbeitung der krisenhaften Situation aus: Kommt es zum Einsatz von invasiven pränataldiagnostischen Untersuchungen und erweisen sich die ersten Verdachtsmomente als unbegründet, so setzt augenblicklich große Erleichterung ein und die werdenden Eltern konzentrieren sich auf den weiteren Schwangerschaftsverlauf.

Erhärtet sich hingegen der Verdacht auf eine mögliche Auffälligkeit und kehrt Gewissheit bezüglich der Erkrankung oder Behinderung des Kindes ein, so katapultiert dies die schwangere Frau oder das Paar unverzüglich in eine neue Schock- und Reaktionsphase, die abermals von emotionalem Aufruhr geprägt ist. Das gesicherte Wissen darum, dass in der Mutter ein krankes oder behindertes Kind heranwächst, führt zu einer Zunahme der oben beschriebenen konflikthaften Gedanken und Gefühle; zumal den werdenden Eltern nun abverlangt wird, innerhalb kürzester Zeit³ eine weitreichende Entscheidung zu treffen: den Entscheid darüber, ob ihr Kind weiter leben oder aber getötet werden soll. Um die Konflikte, denen Eltern in dieser Situation ausgesetzt sind, sowie die damit verbundenen widersprüchlichen Gefühle und Impulse nicht klar spüren zu müssen, neigen viele werdende Eltern dazu, zumindest vordergründig zum Baby in Distanz zu gehen, indem sie sich dem Baby weniger stark verbunden fühlen. Mit der Entscheidung für den Abbruch der Schwangerschaft wird die Distanzierung zum Kind dann zu einer unwiderruflichen. Dies veranlasst uns zur Formulierung von These 2:

These 2: Diese krisenhaften Zustände nehmen an Intensität zu, wenn sich der Verdacht auf Krankheit oder Behinderung zur Gewissheit verdichtet. Dabei kommt es zu einer Zunahme an emotionaler Distanz zum Kind, die zumeist mit dem Abbruch der Schwangerschaft restlos vollzogen wird.

Die meisten Eltern, die mit einem dezidiert positiven Befund konfrontiert sind, entscheiden sich für einen Schwangerschaftsabbruch⁴. Dieser Trend findet sich auch in den Erfahrungsberichten, die uns vorliegen: Vier Paare sahen sich mit einem positiven Befund konfrontiert und alle vier Paare entschieden sich für den Abbruch der Schwangerschaft.

3 Kommt es vor oder in der 12. Schwangerschaftswoche (SSW) zu einem positiven Befund, kann der Schwangerschaftsabbruch noch mittels Absaugmethode durchgeführt werden, nach der 12. SSW erfolgt der physisch und psychisch sehr belastende Abbruch durch das medikamentöse Einleiten einer Geburt. Zudem steigt bei späten Abbrüchen jenseits der 22. SSW die Wahrscheinlichkeit, dass die geborenen Kinder lebend zur Welt kommen, was für alle Betroffenen eine extrem schwierige Situation darstellt.

4 Bei der Feststellung von Chromosomenaberrationen (Trisomie 21, 18, 13 etc.) und Fehlbildungssyndromen kommt es insgesamt bei 95-97 % der Fälle zu einem Schwangerschaftsabbruch.

3.3 Von der Notwendigkeit und dem Fehlen professioneller Unterstützung

Wenn werdende Eltern entscheiden müssen, ob es im Anschluss an das Vorliegen eines Verdachts auf Krankheit oder Behinderung zur Durchführung von invasiven pränataldiagnostischen Untersuchungsmethoden kommen soll, so befinden sie sich durchwegs im Krisenschock oder am Beginn der Reaktionsphase und somit von der Überwindung der Krise weit entfernt. Dasselbe gilt für jenen Zeitpunkt, zu dem Eltern entscheiden sollen, ob sie die Schwangerschaft fortführen möchten oder nicht.

Menschen, die sich in der Schockphase oder aber in der beginnenden Reaktionsphase befinden, sind im Regelfall nicht nur unfähig, in selbstverantwortlicher Weise wohlüberlegte Entscheidungen zu treffen, sondern benötigen in vielen Fällen selbst dann Unterstützung in Gestalt von Krisenintervention, wenn die Notwendigkeit, eine Entscheidung von erheblicher Tragweite zu treffen, gar nicht vorliegt. Dabei besteht die Aufgabe von (professionell geleiteter) Krisenintervention darin, den Betroffenen zu helfen, ihre Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit wiederum zu erlangen (Sonneck 2000: 18f.). Hilfreich ist in diesem Zusammenhang die Präsenz einer Person, die sich Zeit nimmt und sich einfühlsam dafür interessiert, was vorgefallen ist und welche Gedanken und Gefühle (wie Ärger, Ohnmacht, Trauer, Verzweiflung, Schmerz) in der betroffenen Person nun existieren. Angebracht ist es, diese Gedanken und Gefühle in sich aufzunehmen, damit die Person die Erfahrung machen kann, dass sie mit all ihren Gedanken und Gefühlen ernst genommen wird und diese mit jemandem anderen teilen kann. Hilfreich ist es, wenn die betroffene Person dabei unterstützt wird, zu verstehen, welche äußeren Ereignisse welche innerpsychischen Prozesse in Gang gebracht haben, und sich klar darüber zu werden, welche Bedeutung bestehende Optionen für die betroffene Person haben.

Den vorliegenden Berichten zufolge erfahren viele Eltern solch eine Art von Unterstützung nicht. Zahlreiche Textausschnitte lassen erkennen, mit welchen Konflikten sich viele Eltern konfrontiert sahen – und wie stark sie sich, selbst in der Begegnung mit Helferinnen und Helfern, sowohl in der Zeit vor dem Schwangerschaftsabbruch als auch in der Zeit danach alleine gelassen fühlten.

Frau J. ließ in der 16. SSW eine Amniozentese durchführen. Sie bringt zum Ausdruck, dass sich der behandelnde Arzt der Bedeutung dieses Eingriffes für die schwangere Frau in keiner Weise bewusst war: „Die Durchführung selbst dauerte nur einige Minuten. Enttäuscht war ich etwas von dem behandelnden Arzt, da er kaum versuchte, mich zu beruhigen oder mir meine Ängste zu nehmen. Ich erwartete mir mehr Einfühlungsvermögen. Er erklärte mir zwar jeden Schritt des Vorgangs, aber zeigte kein Mitgefühl. Man kann sagen, dass er sich irgendwie nicht be-

wusst war, was diese Untersuchung für werdende Eltern überhaupt bedeutet.“

Das fehlende Bewusstsein vieler Ärztinnen und Ärzte über die psychologische Bedeutung und Auswirkung pränataldiagnostischer Untersuchungen – insbesondere positiver Befunde – zieht oftmals mangelnde bzw. gänzlich fehlende professionelle Unterstützung und Begleitung nach sich.

Frau G. wurde mit einer diagnostizierten Triploidie ihres Kindes konfrontiert. Sie suchte verzweifelt nach Entscheidungshilfen bezüglich Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft. Entlastung und Unterstützung in diesem Entscheidungsfindungsprozess erfuhr sie nicht von professionell Tätigen, sondern in ihrem Bekanntenkreis: „Ich suchte spontan eine sachkompetente, langjährige Freundin auf, zu der ich großes Vertrauen hatte. Sie war eine Stütze und bestätigte mich in meinem Entschluss.“ Retrospektiv ist sie unsicher, ob sie ihre Entscheidung für den Abbruch der Schwangerschaft gut findet, und hat den Eindruck, dass sie sich vielleicht anders entschieden hätte, wenn sie sich mit einer außen stehenden Person besprechen hätte können. Sie schreibt:

„Schon ein halbes Jahr später war mir klar, dass ich diesen Entscheidungsprozess und alles Drumherum wie ferngesteuert, oder eher in einem Stadium hochgradiger Regression in kindlich-autoritätshörige Zustände erlebt habe. Immer wieder nahm ich mir vor, dem behandelnden Arzt zu schreiben, um ihm mitzuteilen, dass da von echter Entscheidung keine Rede gewesen und vieles falsch gelaufen war!

Ich erkannte bald, dass ich mit entsprechender Stütze vielleicht anders reagiert und mich für ein Abwarten entschieden hätte. Ich hätte zwei Wochen Zeit und häufige Gespräche mit einer außen stehenden, geschulten Ansprechperson gebraucht, um die Kraft und den Mut zu finden, für mich ganz stimmig zu entscheiden.“

Textpassagen der hier angeführten Art lassen erkennen, in welchem geringem Ausmaß viele Eltern, die mit PND in Kontakt kommen, jene professionelle Entlastung und Unterstützung bekommen, die den heute gängigen Standards von Krisenintervention und begleitender Beratung entsprechen. Dies führt uns zu These 3a:

These 3a: Die betroffenen Eltern erfahren in diesen krisenhaften Prozessen im Regelfall keine begleitende Beratung, die jenen Ansprüchen von professioneller Hilfestellung entspricht, die aus fachlicher Sicht angezeigt wäre. Dies ist insbesondere daran zu erkennen, dass die Gefühle und Gedanken von Eltern gar nicht thematisiert werden: Vertreter und Vertreterinnen involvierter Professionen bleiben in vordergründiger Distanz zum Erleben von Eltern und versuchen erst gar nicht, Eltern zu entlasten; sich mit deren Gefühlen und Gedanken ausdrücklich auseinanderzusetzen; und ihnen zu helfen, sich in differenzierterer Weise darüber

klar zu werden, was die augenblickliche Situation und verschiedene vorhandene Optionen für sie bedeuten.

In den vorliegenden Erfahrungsberichten finden sich jedoch auch einige Hinweise darauf, dass manche Frauen und Männer diese Hilfe gefunden haben. Bemerkenswert erscheint uns dabei, welche Vertreter und Vertreterinnen welcher Berufsgruppen in diesem Zusammenhang als hilfreich erlebt wurden:

„Zum Glück wurde ich psychologisch gut betreut, in Gesprächen mit Schwestern und einer Seelhilfe wurden meine Ängste ein wenig gelindert ...“ (Fr. Re.).

„Nachdem wir den Ärzten und Schwestern unsere Entscheidung mitgeteilt hatten, sprachen die Schwestern sehr behutsam mit uns über den praktischen Ablauf des Schwangerschaftsabbruchs“ (Hr. W.).

„In dieser Klinik hat auch eine österreichische Hebamme gearbeitet, die schon seit über 30 Jahren in London lebt. Mit ihr konnten wir wichtige Dinge besprechen“ (Fr. M.).

An diesen Zitaten lässt sich erkennen, dass es seitens des medizinischen Krankenhauspersonals vor allem Schwestern und Hebammen sind, die sich Zeit für die betroffenen Frauen oder Paare nehmen. Vertreterinnen dieser Berufsgruppen sind es, die den Frauen und Männern die Gelegenheit geben, sich auszusprechen und die den Betroffenen das Gefühl vermitteln, ernst genommen zu werden. Dies veranlasst uns zur Formulierung von These 3b:

These 3b: Es sind vor allem Ärztinnen und Ärzte, die Maßnahmen als Hilfe zur aktiven Krisenbewältigung vermissen lassen.

Die vorliegenden Erfahrungsberichte vermitteln den Eindruck, dass insbesondere Ärztinnen und Ärzte sich darauf beschränken, medizinisch aufzuklären, d.h. jene Sachinformationen bereit zu stellen, auf deren Basis werdende Eltern Entscheidungen über das weitere Vorgehen treffen sollen. Dies entspricht allerdings nicht den Problemlagen der werdenden Eltern und zielt an der Aufgabe von Krisenintervention vorbei, die stützen und Eltern dazu ermutigen soll, konflikthafte Gefühle und Gedanken wahrzunehmen, auszusprechen und zu teilen (Sonneck 2000: 19). Dies ist auch dem Bericht von Frau M. zu entnehmen:

Frau M. beschreibt die Krankenhausärzte zwar als verständnisvoll und sie erwähnt insbesondere eine Ärztin, die sich sehr einfühlsam zeigte, dennoch gewinnt man den Eindruck, dass sich ihre Zufriedenheit mit den Ärztinnen und Ärzten insbesondere auf die medizinische Aufklärung bezieht: „Rein medizinisch haben mir die Ärzte alles sehr gut erklärt. Haben alle Fragen beantwortet. Psychisch wurde mir nicht geholfen.“

Die Erfahrungsberichte zeugen zugleich davon, dass manche Ärztinnen und Ärzte dazu neigen, Entscheidungen für Eltern zu treffen und auch auf diese Weise Eltern daran zu hindern, sich über ihre Gefühle und Gedanken klar zu werden und diese zu überdenken, um dann zu überlegten Entscheidungen zu gelangen. Manche Eltern werden weder dabei unterstützt, wohlüberlegt zu entscheiden, ob sie im Anschluss an nicht-invasive pränataldiagnostische Untersuchungsverfahren mit invasiven Methoden fortfahren wollen, noch wird ihnen Hilfe in Hinblick auf die Entscheidung darüber gegeben, ob sie im Falle des späteren Vorliegens eines eindeutigen Befundes die Schwangerschaft abbrechen wollen oder nicht. Davon berichtet etwa Frau Re.:

Frau Re. wurde nach einer Chorionzottenbiopsie mit dem positiven Befund Trisomie 18 konfrontiert. Sie schreibt: „Ich habe für den 28. Juli einen Termin zur Einweisung in die Klinik bekommen, die Entscheidung für den Abbruch der Schwangerschaft wurde mir in diesem schwerwiegenden Fall gleich von den Ärzten abgenommen.“

Die Erfahrungsberichte zeigen aber auch, dass emotionale Betroffenheit der Ärztinnen und Ärzte das Entscheidungsverhalten der werdenden Eltern mit beeinflussen kann. Im Bericht von Frau R. zeigt der Arzt Betroffenheit, was Frau R. veranlasst, sich in die Vorgabe eines Untersuchungstermins widerstandslos zu fügen:

Frau R. wollte eigentlich das erhöhte Fehlgeburtsrisiko bei invasiver PND nicht eingehen, war aber einer US-Untersuchung gegenüber nicht abgeneigt. Sie suchte einen ihr empfohlenen Frauenarzt auf, der sich auf PND spezialisiert hatte. Die Nackenfaltenmessung ergab kein auffälliges Ergebnis, doch wurde im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung eine entzündliche Veränderung am Gebärmutterhals festgestellt. „Bei der Befundbesprechung drängte der anscheinend ob des schlechten Befundes mit den Tränen kämpfende Arzt auf eine Fruchtwasseruntersuchung. (...) Natürlich war ich nicht in der Lage, in diesem Moment einen genügend kühlen Kopf zu bewahren und ließ mich für einen Amniozentese Termin ‚einteilen‘.“

3.4 Fehlen von professioneller Unterstützung als mangelnde Fähigkeit zur Balance von Nähe und Distanz

Die eben erwähnte Szene, in welcher der Arzt Zeichen starker Rührung zeigt, gibt zu erkennen, dass das Zeigen von unreflektierter emotionaler Betroffenheit seitens der professionell Tätigen wenig hilfreich ist, wenn es darum geht, Eltern bei der Suche nach eigenen Lösungs- und Bewältigungsstrategien zu unterstützen. Dies führt uns zu unserer abschließenden vierten These:

These 4: Jene Personen, die als Vertreter und Vertreterinnen involvierter Professionen begleitende Beratung leisten sollten, sind aus mehreren Gründen nicht in der Lage, dieser Aufgabe in einer Weise nachzukommen, die von den jeweiligen Eltern als hilfreich erlebt wird. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte darin bestehen, dass jene, die Unterstützung geben sollen, nicht über die professionelle Kompetenz verfügen, in der Auseinandersetzung mit den heftigen Emotionen der Eltern, aber auch in der Begegnung mit den eigenen Emotionen, die in der Arbeitssituation entstehen, eine angemessene Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden.

Sie sind ihren Emotionen vielmehr ihrerseits hilflos ausgeliefert und versuchen, sich vor dem bewussten Verspüren dieser Emotionen zu schützen, indem sie Situationen schaffen, in denen sie mit den Gefühlen und Gedanken der Eltern möglichst wenig in Berührung kommen.

Im Schaffen dieser Situationen scheinen auch jene Helferinnen und Helfer, von denen in unseren Berichten die Rede ist, zwei Vorgehensweisen zu verfolgen, von denen Sonneck (2000: 21f.) berichtet:

Erstens: Sie versuchen, sich vordergründig „aus der Beziehung heraushalten zu wollen“, indem Sie beispielsweise über die Verwendung von allgemein gehaltenen und oft in beschwichtigender Absicht vorgetragener Phrasen Distanz zu den Emotionen der Eltern herzustellen versuchen. Sie verwenden Formulierungen wie „Das ist doch gar nicht so arg“ oder „es gibt Schlimmeres“. Die Betroffenen berichten, dass sie sich in solchen Situationen mit ihren Problemen nicht ernst genommen fühlten. Ein Beispiel dafür findet sich in dem Bericht von Frau G.:

Frau G. forderte nach dem Abbruch ihrer Schwangerschaft den Obduktionsbefund an und geriet in Panik, weil in dem Bericht nichts von äußerlich erkennbaren Fehlbildungen zu lesen war. Geschockt vermutete sie eine falsch-positive Diagnose und rief einen Arzt des Krankenhauses, an dem der Abbruch durchgeführt wurde, an: „Er bedeutete mir, dass das so in Ordnung sei und warum äußerlich nichts zu erkennen war. Er überschüttete mich dann per Telefon mit Fakten und Risikostatistiken für mein Alter (ich war damals 36 Jahre alt) und entließ mich mit den Worten: Nächstes Mal kommen Sie gleich, dann werden wir das schon machen.“

Zweitens: Helferinnen und Helfer neigen mitunter auch dazu, Verständnis zu zeigen, ohne aber in der Lage zu sein, sich ernsthaft für die Besonderheit der spezifischen Problemlage der einzelnen Frau oder des jeweiligen Paares zu interessieren und den Gefühlen der Betroffenen Rechnung zu tragen.

Frau G. ließ in der 20. SSW einen Schwangerschaftsabbruch durchführen. Sie beschreibt die emotionale Überforderung des medizinischen Personals: „Alle paar Stunden kam ein Arzt/Ärztin vorbei und untersuchte,

wie weit der Muttermund offen wäre. Rückblickend erinnere ich mich an die große Sprachlosigkeit, die allseits herrschte. Ich erinnere mich auch, dass an dieser Station viele Hochschwangere und auch Frauen waren, die ihre Kinder schon geboren hatten. Eine Situation ist mir noch besonders präsent: Ich stand am Gang und brach beim Anblick einer Mutter mit zwei Neugeborenen, die vorbeikam, in Tränen aus. Ein Arzt kam vorbei, fragte mich, glaube ich, was los wäre. Ich gab ihm mein ‚Dossier‘ (warum ich das mit hatte, weiß ich nicht). Er warf einen Blick darauf, und verließ mich wortlos (hilflos!). (...)

In der Früh, auf der Toilette, rutschte das Kind, in einer völlig intakten Fruchtblase, aus mir heraus. Ich war völlig fertig und läutete nach der Schwester. Wieder hilfloses, fast peinliches Schweigen.“

In diese Gruppe der Strategien der Helferinnen und Helfer gehören auch jene Aktivitäten, mit denen den Eltern weitere diagnostische Maßnahmen verordnet werden oder in denen sie zum Schwangerschaftsabbruch schlicht eingeteilt werden. Denn auch dabei bemühen sich Helferinnen und Helfer oft nur scheinbar um eine Linderung oder Beseitigung der Problemlagen der Betroffenen. Man kann aber vermuten, dass sie letztlich in der beschriebenen Weise agieren, um die nähere Auseinandersetzung mit den aufgetretenen Konflikten und Gefühlen zu meiden.

4. Ausblick

Die gesammelten Erfahrungsberichte zeigen in Verbindung mit unseren thesenhaften Überlegungen, wie wenig hilfreich Aktivitäten von professionell tätigen Menschen sind, wenn diese Bemühungen von allzu großer Angst vor der näheren Auseinandersetzung mit heftigen Emotionen durchzogen sind. Sie stützen zugleich die Forderung nach Aus- und Weiterbildungen, in denen jene, die in psychosozialen Feldern tätig sind, dazu befähigt werden, Kompetenzen auszubilden, die es ihnen erlauben, immer wieder zu professioneller Distanz im Sinne von Hans-Georg Trescher zu gelangen. Denn, so schreibt Trescher (1985: 187):

„Die Forderung nach professioneller Distanz impliziert ... keineswegs eine grundsätzliche emotionale Distanz von den Klienten, sondern bezieht sich insbesondere auf die Distanzierung von Konfliktpotentialen, die die Klienten in die Beziehung einbringen. Dies führt – besonders im Konfliktfall – nicht zu einem Mangel an Empathie, sondern ermöglicht sie erst. Die professionelle Fähigkeit zur Distanzierung von den Konfliktneigungen, bei gleichzeitigem emotionalen Kontakt zum Gegenüber, ist notwendige Bedingung für das szenische Verstehen. Empathie und Introspektion bilden im Zusammenspiel mit der distanzierenden Reflexion die Basis dafür, dass auch in belastenden Beziehungsverläufen die Befindlichkeit des/der Klienten verstanden werden kann.“

Literatur

- Brazelton, T. B., Cramer, B., 1990: Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern. Stuttgart
- Datler, W., 2003: Erleben, Beschreiben und Verstehen: Vom Nachdenken über Gefühle im Dienst der Entfaltung von pädagogischer Professionalität. - In: Dörr, M., Göppel, R. (Hrsg.): Bildung der Gefühle. Innovation? Illusion? Intrusion? Gießen: 241-264
- Diem-Wille, G., 2003: Das Kleinkind und seine Eltern. Stuttgart
- Dörr, M., 2004: Professionelle (Selbst-)Reflexion im Spannungsfeld von personaler, interpersonaler und institutionalisierter Dynamik und psychosozialer Abwehr. In: Hörster, R./Küster, E. U./ Wolff, St. (Hrsg.): Orte der Verständigung. Beiträge zum sozialpädagogischen Argumentieren. Freiburg i.Br.: 151-170
- Raphael-Leff, J., 1993: Pregnancy. The Inside Story. London
- Salzberger-Wittenberg, I., 1999: Kurztherapeutische Arbeit mit Eltern von Kleinkindern. In: Datler, W./Finger-Trescher, U./Büttner, Ch. (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 10. Gießen: 84-100
- Schüle, J., 1990: Die Geburt der Eltern. Opladen
- Sonneck, G., 2000: Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien
- Stern, D., 1998: Die Mutterschafts-Konstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Stuttgart
- Strachota, A., 2006: Zwischen Hoffen und Bangen. Frauen und Männer berichten über ihre Erfahrungen mit pränataler Diagnostik. Frankfurt a.M. (im Druck)
- Trescher, H.-G., 1985: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik. Frankfurt a.M.
- Wiegand, G., 1998: Selbstveränderung von Müttern aus subjektiver Sicht. Gießen