

Pauli-Magnus, Claudia / Dewald, Axel und Cierpka, Manfred

Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 9, S. 771-785

urn:nbn:de:bsz-psydok-43390

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.: Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen (Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention)	372
Buchholz-Graf, W.: Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl (How can counseling be brought to families in the process of divorce? New forms of interdisciplinarian cooperation for child's benefit)	293
Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“) (Preventive groups for school-age children of mentally ill parents („Autyn-groups“))	560
Lüders, B.; Deneke, C.: Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting (Preventive work with mothers and their babies in a psychiatric day care unit)	552
Pavkovic, G.: Erziehungsberatung mit Migrantenfamilien (Counseling help for immigrant families)	252
Pingen-Rainer, G.: Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (Interdisciplinary cooperation: Results of a multisite project “Development of criteria for the counselling of pregnant women expecting a handicapped child at birth”)	765
Seckinger, M.: Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis (Cooperation – A strategy with a lot of requisites for personal social services)	279
Seus-Seberich, E.: Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien (Educational counseling for social discriminated families)	265
Staets, S.; Hipp, M.: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern (KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill patients)	569
Wagenblass, S.; Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen (Between psychiatry and youth welfare – Help and treatment for children of parents with mental illness in the tension of the disciplines)	580

Originalarbeiten / Original Articles

Böhm, B.; Emslander, C.; Grossmann, K.: Unterschiede in der Beurteilung 10- bis 14jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in ratings of 9- to 14 years old sons of divorced and non-divorced parents)	77
Braun-Scharm, H.: Coping bei schizophrenen Jugendlichen (Schizophrenia in adolescence and coping)	104
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.; Schabmann, A.: Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer?	

(Perception of the problems of paar readers and spellers by the parents – Pygmalion in the living room?)	622
Götze, B.; Kiese-Himmel, C.; Hasselhorn, M.: Haptische Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsleistungen bei Kindergarten- und Vorschulkindern (Haptic perception and developmental language achievements in kindergarten and preschool children)	640
Hain, C.; Többen, B.; Schulz, W.: Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Evaluation of integrative group therapy with children)	360
Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U.: Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten (Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness)	32
Klosinski, G.; Bertsch, S. L.: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen (Adolescent arsonists: Psychodynamics and family dynamics – a typology based on 40 expert opinions) . .	92
Kühle, H.-J.; Hoch, C.; Rautzenberg, P.; Jansen, F.: Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) (Video assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skulls for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD))	607
Meyer, C.; Matzejat, F.; König, U.; Wehmeier, P. M.; Remschmidt, H.: Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten (Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients)	525
Mildenberger, K.; Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Amorosa, H.: Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMBP))	649
Nieder, T.; Seiffge-Krenke, I.: Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter (Psychosocial determination of depressive symptoms in adolescence: A gender comparison)	342
Pauli-Magnus, C.; Dewald, A.; Cierpka, M.: Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie (Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study)	771
Seiffge-Krenke, I.: „Liebe Kitty, du hast mich gefragt ...“: Phantasiegefährten und reale Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter (“Dear Kitty, you asked me ...”: Imaginary companions and real friends in adolescence)	1
Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation (Parenthood and psychiatric hospitalisation)	498
Wagenblass, S.: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern (Lifetime experiences of children of mentally ill parents)	513
Wiemer, P.; Bunk, D.; Eggers, C.: Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen (Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents)	17
Zander, B.; Balck, F.; Rotthaus, W.; Strack, M.: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry)	325

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Baldus, M.: Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik (From diagnosis to decision – Decision making processes of women in context of prenatal diagnosis)	736
Cierpka, M.: Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid (Sibling relationships from a family therapeutic perspective – Support, attachment, rivalry, and enoy)	440
Dahl, M.: Aussonderung und Vernichtung – Der Umgang mit „lebensunwerten“ Kindern während des Dritten Reiches und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Selection and killing – The treatment of children “not worth living” during the period of National Socialism and the role of child and adolescent psychiatry)	170
Dewald, A.: Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field)	753
Geier, H.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view)	723
Hartmann, H.-P.: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (Psychiatric inpatient treatment of mothers and children)	537
Hirsch, M.: Schuld und Schuldgefühl im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung (Guilt and feelings of guilt in the context of separation and divorce)	46
Karle, M.; Klosinski, G.: Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern (The relevance of sibling relationships when parents separate)	401
Lehmkuhl, G.: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ (From the prevention to the annihilation of “unworthy life”)	156
Lehmkuhl, U.: Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen (Biological child and adolescent psychiatry and social psychiatry: controversies and remarks)	664
Münchmeier, R.: Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend (Growing up in a changing world)	119
Nedoschill, J.; Castell, R.: „Kindereuthanasie“ während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken (Child euthanasia during National Socialism 1939-1945: the “Specialized Children’s Department” of Ansbach, Germany)	192
Nedoschill, J.; Castell, R.: Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik im Zweiten Weltkrieg (The president of the „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ during the Second World War) . . .	228
Rauchfuß, M.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A medical view)	704
Seiffge-Krenke, I.: Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung (Sibling relationship between individuation and connectedness: A conceptualization)	421

Sohni, H.: Geschwisterbeziehungen in der Verarbeitung sexueller Traumatisierung: Der Film „Das Fest“ (Sibling relationship in coping with sexual traumatization: The movie „Das Fest“ („The Celebration”))	454
Walter, B.: Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945) (The National Socialist “child euthanasia” action in the province Westphalia (1940-1945))	211
Woopen, C.: Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik (Ethical problems in prenatal diagnosis)	695

Buchbesprechungen

Altmeyer, M.: Narzißmus und Objekt. Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit (<i>W. Schweizer</i>)	386
Armbruster, M. M. (Hg.): Mißhandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation (<i>L. Goldbeck</i>)	480
Bergmann, W.: Die Welt der neuen Kinder. Erziehen im Informationszeitalter (<i>E. Butzmann</i>)	385
Borchert, J. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie (<i>D. Irblich</i>)	596
Dahlmann, D. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Krieg und Revolution. Vom Dreißigjährigen Krieg bis zu den Kindersoldaten Afrikas (<i>M. Hartmann</i>)	790
Diederichs, P.: Urologische Psychosomatik (<i>J. Wiese</i>)	319
Edelmann, W.: Lernpsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	240
Ehrensaft, D.: Wenn Eltern zu sehr ... Warum Kinder alles bekommen, aber nicht das, was sie wirklich brauchen (<i>G. Fuchs</i>)	70
Eickhoff, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 42 (<i>M. Hirsch</i>)	312
Endres, M.; Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie (<i>D. Gröschke</i>)	388
Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings (<i>D. Gröschke</i>)	68
Fendrich, B.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen und Möglichkeiten ihrer pädagogischen Therapie (<i>D. Gröschke</i>)	481
Fuhr, R.; Screckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie (<i>D. Irblich</i>)	137
Götze, P.; Richter, M. (Hg.): Aber mein Inneres überlaßt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten (<i>W. Schweizer</i>)	141
Gruen, A.: Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	238
Guggenbühl, A.: Pubertät – echt ätzend. Gelassen durch die schwierigen Jahre (<i>H. Liebenow</i>)	69
Heinzel, F. (Hg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive (<i>D. Gröschke</i>)	315
Julius, H.; Schlosser, R. W.; Goetze, H.: Kontrollierte Einzelfallstudien (<i>J. Koch</i>)	384
Klauß, T.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten (<i>D. Irblich</i>)	136
Krapp, A.; Weidenmann, B. (Hg.): Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Kronig, W.; Haeblerlin, U.; Eckhart, M.: Immigrantenkinder und schulische Selektion (<i>C. Irblich</i>)	789
Mohr, A.: Peer-Viktimisierung in der Schule und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit von Jugendlichen (<i>W. Schweizer</i>)	142

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis (<i>H. Heil</i>)	683
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XV (<i>P. Dettmering</i>)	136
Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin (<i>O. Bilke</i>)	241
Pervin, L.A.: Persönlichkeitstheorien (<i>D. Gröschke</i>)	477
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>K. Sarimski</i>)	317
Peters, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	598
Radebold, H.: Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen (<i>B. Gussone</i>)	478
Rost, D. H. (Hg.): Hochbegabte und hochleistende Jugendliche (<i>K.-H. Arnold</i>)	316
Rost, D.H.: Handwörterbuch Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Sauter, S.: Wir sind „Frankfurter Türken“. Adoleszente Ablösungsprozesse in der deutschen Einwanderungsgesellschaft (<i>G. Nummer</i>)	65
Schneewind, K.A.: Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	66
Scholz, A.; Rothenberger, A.: Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom (<i>M. Mickley</i>)	482
Schringer, W.: Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch (<i>D. Irblich</i>)	139
Sigman, M.; Capps, L.: Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung (<i>K. Sarimski</i>)	787
Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland (<i>D. Gröschke</i>)	594
Steinhausen, H.-C.: Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen (<i>M. Mickley</i>)	680
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Antisemitismus unter Jugendlichen. Fakten, Erklärungen, Unterrichtsbausteine (<i>W. Schweizer</i>)	314
Thurmair, M.; Naggl, M.: Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld (<i>D. Gröschke</i>)	682
Warschburger, P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche (<i>K. Sarimski</i>)	595
Weiß, R. H.: Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern (<i>H. Mackenberg</i>)	483
Westhoff, K.; Terlinden-Arzt, P.; Klüber, A.: Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht (<i>E. Bretz</i>)	681
Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G.: Depression. Psychodynamik und Therapie (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	599
Wirth, G.: Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen (<i>D. Gröschke</i>)	680

Neuere Testverfahren

Fritz, A.; Hussy, W.: Das Zoo-Spiel (<i>K. Waligora</i>)	685
Steinsmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Eckert, C.; Pelster, A.: Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (ASF-KJ) (<i>K. Waligora</i>)	144
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT) (<i>K. Waligora</i>)	390

Editorial / Editorial	153, 249, 399, 491, 693
Autoren und Autorinnen /Authors	59, 135, 238, 311, 383, 469, 593, 676, 786
Diskussion / Discussion	678
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	60, 470
Tagungskalender / Calendar of Events	72, 147, 242, 321, 393, 485, 602, 688, 792
Mitteilungen / Announcements	75, 151, 246, 396, 605, 795

Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie

Claudia Pauli-Magnus, Axel Dewald und Manfred Cierpka

Summary

Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study

A qualitative study is presented, investigating the subjective experiences of counsellors in consulting pregnant women expecting a child with genetic defects. The aim of the study was an exploration of consultation criteria that were used in these consultations, to systematically expand the currently used theoretical based consultation concepts by the perspectives of those involved in the consultation process. The study is part of a collaborative study, dealing with the development of consultation criteria for pregnant women. Data consist of extensive written consultation transcripts, describing typical case setting at different time points¹ during a consultation process. We used a content-analytical approach to systematically categorize the variety of single topics mentioned in these transcripts. Typical consultation settings at different time points during consultation were compared. Data are presented using illustrated text material.

Zusammenfassung

Vorgestellt wird eine qualitative Studie, in der subjektive Erfahrungen von Beraterinnen in der Beratung schwangerer Frauen bei möglicher Behinderung des Kindes untersucht werden. Ziel ist es zu erfahren, welche Beratungskriterien in der Beratungspraxis tatsächlich verwendet werden, um die bisher weitgehend theoretischen Beratungskonzeptionen um die Perspektive der am Prozeß Beteiligten systematisch erweitern zu können. Diese Untersuchung ist Teil eines Modellprojekts, das sich mit der Entwicklung von Beratungskriterien zur Beratung Schwangerer befaßt.² Das Datenmaterial besteht aus aus-

¹ Before prenatal diagnosis (PD), t2: during PD; t3: after findings consistent with possible birth defect; t4: after birth of a child with birth defect/after loss of the child.

² Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (1998); wissenschaftliche Leitung: Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg.

fürhlichen schriftlichen Beratungsprotokollen, die möglichst typische Fallkonstellationen zu jeweils unterschiedlichen Beratungszeitpunkten³ beschreiben. Mittels eines inhaltsanalytischen Verfahrens wird die Fülle von Einzelthemen aus den Protokollen in einem Kategoriensystem systematisch gegliedert. Anhand illustrierenden Textmaterials werden typische Beratungskonstellationen zu den einzelnen Beratungszeitpunkten dargestellt und miteinander verglichen.

1 Einleitung

Die Möglichkeit hochdifferenzierter pränataldiagnostischer Maßnahmen bedeutet häufig – neben medizinischer Erkenntnis und Wissenserweiterung –, daß die betroffenen schwangeren Frauen und ihre Partner äußerst konflikthafter Situationen ausgesetzt sind, in denen sie sich – meist unter Zeitdruck – entscheiden müssen, wie sie mit einer möglichen Behinderung ihres ungeborenen Kindes umgehen (Nippert u. Horst 1994; Friedrich et al. 1998; Henze u. Stemmann-Achermanpong 2000). Die Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme spezieller pränataldiagnostischer Maßnahmen zieht notwendigerweise die Auseinandersetzung mit möglichen Konsequenzen bei nachgewiesener Behinderung des Kindes nach sich. Der hohen Entscheidungskompetenz, die solch eine Situation erfordert, sind die betroffenen Frauen häufig nicht gewachsen. Professionelle Beratung soll helfen, diese Kompetenz zurückzugewinnen oder zu entwickeln und zu fördern.

Konzeptionen und Modelle zur Beratung schwangerer Frauen bei möglicher Behinderung des Kindes beruhen bisher weitgehend auf theoretischen Überlegungen. Neben zahlreichen wissenschaftlichen Beratungsmodellen zur Begleitung der Entscheidungsprozesse vor der Anwendung pränataldiagnostischer Verfahren (Überblick bei Wüstner 2000 und Wiedebusch 1997), liegen einige wenige Modelle zur Beratung nach einem positiven pränataldiagnostischen Befund vor (Stengel-Rutkowski 1997; Braun 1998). Eine wichtige Rolle nehmen Konzeptionen ein, die von übergeordneten Gremien speziell für die psychosoziale Beratung schwangerer Frauen erstellt wurden (Sozialdienst katholischer Frauen 1997; Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik 1998), und deren Beratungskriterien immer wieder aktualisiert werden (Dewald u. Cierpka 2001). Eine Schwierigkeit dieser Konzeptionen besteht in ihrer fehlenden empirischen Überprüfung.

Unklar jedoch bleibt bei all diesen Bemühungen, in welcher Form einzelne Konzeptionen und Beratungsmodelle in der Praxis tatsächlich angewendet werden. So setzt z. B. das Entscheidungsprozeßmodell von van Spijker (1992) ein interdisziplinäres Team aus Humangenetikern und Sozialarbeitern voraus, was in der deutschen Beratungspraxis nur sehr selten anzutreffen ist. Ausnahmen bilden die humangenetischen Zentren in Heidelberg, Freiburg und Homburg (Saar). So ist das Wissen über die tatsächliche Beratungsrealität, wie sie täglich in zahlreichen Beratungsstellen stattfindet, sehr gering.

³ t1 = vor der Pränataldiagnostik (PD); t2 = während der PD; t3 = nach auffälligem Befund der PD; t4 = nach Geburt behinderten Kindes/Verlust des Kindes.

Von größerer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang Darstellungen und Überlegungen einzelner Expertinnen, die stark auf der eigenen Erfahrung in der täglichen Beratungspraxis aufbauen. Die Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. beispielsweise dokumentiert diese Ideen in ihren Tagungsunterlagen.

Um bestehende theoretische Konzeptionen mit relevantem Wissen aus der Praxis anzureichern, muß die Perspektive der an der Beratung Beteiligten stärker berücksichtigt werden. Dazu gehören in erster Linie die subjektiven Beratungserfahrungen der Beraterinnen, die täglich neue Beratungssituationen mit ihrem Expertenwissen bewältigen müssen. Um zu verstehen, auf welche Beratungskriterien sie in bestimmten Beratungssituationen zurückgreifen, bedarf es der systematischen Untersuchung subjektiv erlebter Beratungskonstellationen aus Sicht der Beraterinnen.

Mit dieser Frage setzt sich das hier dargestellte Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“⁴ u. a. auseinander. ⁵ Neben einer umfassenden Falldokumentation durch Fragebögen wird die subjektive Perspektive von Beraterinnen aus vier ausgewählten Modellstandorten⁶ in Form ausführlicher schriftlicher Protokolle über möglichst typische Beratungsfälle berücksichtigt und so einer wissenschaftlichen Untersuchung zugänglich gemacht. Mit Hilfe eines qualitativ-textanalytischen Zugangs können die individuellen Beratungskonstellationen hinsichtlich ihres Inhaltes und Verlaufs systematisch ausgewertet werden. Hauptfragestellung ist, welche Beratungsanforderungen und -kriterien in der Beratungspraxis schwangerer Frauen tatsächlich anfallen und wie sie von den Beraterinnen umgesetzt werden. Wichtig ist hierbei die Unterscheidung der Beratungszeitpunkte (vor oder während einer pränataldiagnostischen Begutachtung, nach einem positiven Befund oder nach der Geburt eines behinderten Kindes), zu denen eine schwangere Frau die Beratungsstelle aufsucht. Dabei ist von besonderem Interesse, inwiefern die Beraterinnen zu den einzelnen Zeitpunkten unterschiedliche Beratungsinhalte und -anforderungen beschreiben.

In diesem Beitrag werden die wesentlichen Ergebnisse der textanalytischen Auswertung der Beratungsprotokolle vorgestellt, angereichert mit illustrierendem Textmaterial aus einzelnen Beratungsfällen.

2 Methode

Die textanalytische Auswertung der Beratungsberichte erfolgte mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1983). Dabei wird das Textmaterial inhaltlichen Kategorien zugeordnet, die vorab bereits unter Zugrundelegung theoretischer Modelle

⁴ Seit 1998 unter der wissenschaftlichen Leitung der Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg; gefördert vom BMFSFJ.

⁵ Weitere Fragen betreffen z.B. institutionelle Kooperationsstrukturen in Rahmen der Pränataldiagnostik und sinnvolle Formen der Öffentlichkeitsarbeit.

⁶ Sozialdienst katholischer Frauen Dülmen e.V.; Caritasverband Recklinghausen e.V.; Diakonisches Werk Löbau e.V.; Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V. Fachverband für psychologische Beratung und Supervision Berlin.

und wissenschaftlicher Überlegungen zum Thema grob definiert werden. Für die hier vorliegenden Einzelfälle bedeutet dies, daß die Beraterinnen einen inhaltlichen Leitfaden vorliegen hatten, an dem sie sich bei der Erstellung der Einzelfälle orientieren sollten. Der Leitfaden deckt verschiedene Beratungsinhalte und -felder ab, die sich im Rahmen des Modellprojekts (in der Auseinandersetzung mit den verschiedenen theoretischen Beratungskonzeptionen zur Beratung schwangerer Frauen und im Gespräch mit den verschiedenen Modellstandorten) als relevant für den Beratungsprozeß erwiesen haben. Die im Leitfaden aufgeführten Bereiche bildeten eine Art Orientierungshilfe beim Abfassen der Falldarstellungen, stellten jedoch keine strikte inhaltliche Begrenzung dar. Wichtige Bereiche des Leitfadens sind u.a.: Mögliche (innere und zwischenmenschliche) Konflikte der Schwangeren, Einstellung zu Schwangerschaft, Pränataldiagnostik und möglicher Behinderung des Kindes, Familienhintergrund, Beschreibung des beraterischen Vorgehens, Schwierigkeiten in der Beratung, Ausgang der Beratung und Kooperationen der Beratungsstelle mit anderen Institutionen.

Die Überführung des Textmaterials in Kategorien geschieht mittels einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse in mehreren Reduktionsschritten, bei denen Textpassagen ähnlichen Inhalts in gleichen inhaltlichen Kategorien zusammengefaßt werden. Auf diese Weise entsteht ein einheitliches Kategorienschema, das die Inhalte der Beratungsprotokolle systematisch zusammenfaßt und den Vergleich der verschiedenen Einzelfällen, auf die es angewendet wird, ermöglicht. Dabei bleibt dem Forscher die Freiheit und die Aufgabe, die vorgegebenen Kategorien „immer wieder am Textmaterial zu überprüfen und (sie) gegebenenfalls zu modifizieren“ (Flick 1996, S. 212). Die theoretisch abgeleiteten Kategorien werden also im Auswertungsprozeß fortlaufend mit empirisch abgeleiteten Inhalten aus dem Textmaterial angereichert.

3 Daten und Sample

Es handelt sich um ein anfallendes Sample über den Zeitraum von eineinhalb Jahren. Ausgewertet wurden insgesamt 11 Beratungsprotokolle, die von den vier Modellstandorten im Verlauf dieser Zeit angefertigt wurden. Jede Beratungsstelle sollte drei bis vier Fälle auswählen und beschreiben, die ihrer subjektiven Beratungserfahrung nach möglichst typisch in bezug auf ihren Anlaß, Inhalt und Verlauf sind. Die Auswertung der Einzelfälle erfolgte unter Zuordnung zu den verschiedenen Beratungszeitpunkten. Im Falle von Verlaufsbeschreibungen, in denen die schwangere Frau zu mehreren Zeitpunkten des pränataldiagnostischen Prozesses begleitet wird, wurde das Beratungsprotokoll hinsichtlich dieser Zeitpunkte jeweils separat ausgewertet. Danach ergibt sich folgende Aufteilung der Einzelfälle über die verschiedenen Beratungszeitpunkte (Tab. 1).

Da ein Fall sich über die Beratungszeitpunkte t1 und t2 erstreckt, ist er in Tabelle 1 zweimal aufgeführt. Aus diesem Grund erhöht sich die Fallzahl in der Tabelle auf 12 ausgewertete Einzelfälle. Die unregelmäßige Besetzung zu den einzelnen Zeitpunkten spiegelt vermutlich ein reales Ungleichgewicht in der Beratungspraxis wieder, nämlich daß die Mehrzahl der Beratungen vor einer möglichen Inanspruchnahme pränataldia-

Tab. 1: Verteilung der Beratungsfälle auf die Beratungszeitpunkte

T1	Beratung vor Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Maßnahmen	N=7
T2	Beratung während der Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Maßnahmen	N=2
T3	Beratung nach einem auffälligen Befund	N=2
T4	Beratung nach Schwangerschaftsabbruch wegen eines auffälligen Befundes	N=1

gnostischer Maßnahmen stattfindet. Insofern ist es zu diesem Zeitpunkt auch gelungen, mehrere typische Fallkonstellationen zusammenzutragen. Die kleinen Fallzahlen zu den anderen Zeitpunkten erlauben keine eingehende Untersuchung innerhalb der einzelnen Gruppen. Hierfür müßten in künftigen Erhebungen annähernd gleiche Fallzahlen pro Gruppe rekrutiert werden, wie sie für Zeitpunkt t1 bereits vorliegen.

Die Fallbeschreibungen gelten als typisch bzw. repräsentativ für die einzelnen Zeitpunkte im Sinne der subjektiven Einschätzung der Beraterinnen. Im Sinne qualitativer Forschung ist das Typische eines Falles definiert durch eine Konstellation von Merkmalen, die ihn von anderen Fällen deutlich und trennscharf unterscheidet (Kluge 2000; Gerhardt 1995). Durch die inhaltsanalytische Auswertung der Beratungsprotokolle werden die typenhaften Ausprägungen der Fälle zu den einzelnen Beratungszeitpunkten systematisch rekonstruiert und nachvollziehbar gemacht.

4 Ergebnisse

Innerhalb des umfangreichen Kategoriensystems, in dem die zahlreichen Themen der Protokolle in mehreren Auswertungsschritten verdichtet wurden, lassen sich die einzelnen Kategorien fünf übergeordneten inhaltlichen Bereichen zuordnen, die wichtige Merkmale einer Beratungssituation für alle Beratungszeitpunkte abbilden. Für die Untersuchung typischer Beratungskonstellationen zu den unterschiedlichen Beratungszeitpunkten erweisen sie sich deshalb als besonders geeignet. Es handelt sich um folgende Bereiche:

- 1) psychische Verfassung der ratsuchenden Mutter (des ratsuchenden Paares),
- 2) Beratungsanliegen der ratsuchenden Mutter (des ratsuchenden Paares),
- 3) Beratungsthemen im Verlauf der Beratung,
- 4) beraterisches Vorgehen,
- 5) Ausgang der Beratung.

Die fünf Bereiche formen in ihrer inhaltlichen Ausprägung für jeden Beratungszeitpunkt ein jeweils spezifisches Bild der Beratungssituation. Im folgenden wird dies für die unterschiedlichen Beratungszeitpunkte erläutert. Angereichert mit illustrierenden Textziten werden zunächst beispielhaft Beratungszeitpunkt t1 (Beratung vor möglicher Pränataldiagnostik) und Zeitpunkt t2 (Beratung während einer Pränataldiagnostik) ausführlich dargestellt und miteinander verglichen. Die Zeitpunkte t3 (nach auffälligem Befund) und t4 (nach Schwangerschaftsabbruch) werden anschließend kürzer beschrieben.

4.1 *Beratungszeitpunkt t1 (vor Pränataldiagnostik)*

4.1.1 *Psychische Verfassung der ratsuchenden Mutter*

Werdende Müttern, die nach einer Empfehlung ihres Gynäkologen zu weitergehenden pränataldiagnostischen Untersuchungen ergänzend eine psychosoziale Beratungsstelle aufsuchen, werden von den Beraterinnen durchgängig als sehr ambivalent und stark verunsichert beschrieben. Die Frauen sind verunsichert in ihrer Haltung gegenüber der Untersuchung, sie haben „Angst, kein definitives Ergebnis zu bekommen“ oder die Befürchtung, „daß die derzeitige Verunsicherung nach einer Untersuchung nicht mehr aufhört“. Beschrieben wird die Ambivalenz „zwischen einer kritischen Sicht der Gerätemedizin und der Vor- und Fürsorge für das Kind“. Dabei fühlen sich einige Frauen auch von ihrer Umgebung (Gynäkologe, Partner, Familie, Freunde) „unter Druck“ gesetzt, jede nur mögliche diagnostische Abklärung vornehmen zu lassen. Der Vorwurf der Verantwortungslosigkeit gegenüber dem ungeborenen Kind lastet mehr oder weniger deutlich ausgesprochen auf einigen der ratsuchenden Frauen.

Gleichzeitig lösen die Risiken, die z.B. eine Amniozentese mit sich bringt, Ängste um das ungeborene Kind aus. Die Vorstellung „daß zweimal mit der Nadel in den Bauch gestochen wird“, wird mit dem „Wissen des Fehlgeburtsrisikos“ noch unangenehmer. Häufig wird der Wunsch der Mütter beschrieben, „Kind und Körper schützen“ zu wollen.

Bisherige Freude auf das Kind wird z.T. von Zweifeln und Angst abgelöst bzw. überlagert. Bereits zu diesem Zeitpunkt beschäftigen sich die Eltern mit ihrer Reaktion auf eine mögliche Behinderung. Diese Phantasien lösen zahlreiche Gefühle aus, vor allem Zweifel darüber, wie sie im Falle eines negativen Untersuchungsergebnisses entscheiden würden.

4.1.2 *Beratungsanliegen der ratsuchenden Mutter*

In dieser Situation suchen Frauen vor allen Dingen eine kompetente Begleitung bei der schwierigen Entscheidung. Hauptanliegen der Mütter ist es, ihr Wissen über pränataldiagnostische Maßnahmen zu erweitern: Sie fragen nach detaillierten Informationen zu verschiedenen pränataldiagnostischen Maßnahmen, zu deren „Fehlgeburtsrisiko, Ergebnissen und Diagnosemöglichkeiten“. Ferner möchten sie sich über ihr spezifisches Risiko, ein behindertes Kind zu bekommen (Alter der Mutter, auffällige Voruntersuchungen) in Kenntnis setzen.

Weniger direkt wird von den Müttern in dieser Situation der Wunsch nach emotionaler Begleitung angesprochen, auch wenn dies während der Beratung ein wichtiger Bestandteil ist (s.u.). Nur eine Frau formuliert den Wunsch, die Beraterin möge ihr helfen, dem „Druck von außen standzuhalten“ und sie „zu entlasten“. In allen anderen Fällen äußern die betroffenen Frauen zunächst nur den Wunsch nach eingehenden Informationen.

4.1.3 *Beratungsthemen im Verlauf der Beratung*

Wichtige Themen, die im Verlauf der Beratung zur Sprache kommen, sind neben dem Umgang mit einer möglichen Pränataldiagnostik, auch die Beschäftigung mit einer

möglichen Behinderung des Kindes und die Einstellung gegenüber einem Schwangerschaftsabbruch. Die Frauen müssen sich bereits jetzt damit auseinandersetzen, welche Konsequenzen bei einem positiven Befund zu ziehen sind: Würden sie die Schwangerschaft fortsetzen oder abbrechen? Ihre Einstellung zu Behinderung und Schwangerschaftsabbruch wird in diesem Zusammenhang ein zentraler Punkt bei der Entscheidung. Dabei fällt auf, daß neben prinzipiellen Grundsatzentscheidungen („könnte sich nie vorstellen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen“; „könnte ein behindertes Kind nie abtreiben“, „sie äußert, daß ein behindertes Kind im Prinzip das gleiche Lebensrecht habe wie ein gesundes Kind“), bei einigen Frauen eine zweite, zweifelndere Stimme auftritt, die ihre Situation als möglicherweise Betroffene widerspiegelt („sie stellt fest, daß sie als Betroffene noch einmal länger und anders darüber nachdenkt“).

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Einstellung des Partners zu einer möglichen Pränataldiagnostik. Zum Zeitpunkt t1 erscheinen die meisten Frauen mit ihren Partnern zur Beratung und häufig zeichnet sich eine Polarisierung zwischen beiden ab, meist in dem Sinne, daß die Frau den Part gegen eine weiterführende Diagnostik und für ein möglicherweise behindertes Kind und ihr Partner den Gegenpart einnimmt. Das Auflösen dieser den Entscheidungsprozeß hemmenden Paarverteilung ist eine der im folgenden beschriebenen beraterischen Aufgaben.

4.1.4 *Beraterisches Vorgehen*

Informations- und Wissensvermittlung ist eine der Hauptaufgaben, die die Beraterin zum Zeitpunkt t1 erfüllt. Das Spektrum umfaßt Informationen zu verschiedenen pränataldiagnostischen Maßnahmen, ihren Risiken, ihrer Ergebnisgenauigkeit und möglichen Alternativen. Gleichzeitig spielen auch Informationen über mögliche Behinderungsbilder (v.a. Trisomie 21) eine Rolle. Zur Aufklärung kann auch gehören, den werdenden Eltern die mögliche Tragweite einer pränataldiagnostischen Abklärung deutlich zu machen, die sie im Fall eines positiven Befundes vor weitere schwerwiegende Entscheidungen stellen würde. Auch konkrete Ratschläge, wie die Eltern sich die Situation erleichtern könnten, gehören zur Beratung („ich mache den konkreten Vorschlag, eine zusätzliche Vorsorge bei einer Hebamme wahrzunehmen“).

Neben dem Mitteilen von Fakten spielt die emotionale Begleitung ebenfalls eine wichtige Rolle. Dazu gehört in den Beschreibungen der Beraterinnen, den werdenden Mütter Raum und Zeit zu geben für ihre Ängste und Ambivalenzen und gleichzeitig „Mut zur Hoffnung“ zu machen („ich gebe Raum und Zeit, daß Ambivalenz und Gefühle ausgedrückt werden können“). Die Beraterinnen sprechen schwierige emotionale Themen oft selbst an und bringen sie so ins Gespräch („ich greife das Thema Angst und Druck auf“; „ich benenne als wichtiges inneres Thema ihr negatives Mutterbild“, „Unterstützung beim Phantasieren, wie das Leben mit einem behinderten Kind sein könnte“). Die Hilfe bei der Suche nach Ressourcen, die zur Bewältigung der schwierigen Entscheidungssituation beitragen können, beschreiben die Beraterinnen zu diesem Zeitpunkt als eine weitere wichtige Aufgabe im Beratungsprozeß („wir suchen gemeinsam nach bisherigen erfolgreichen Bewältigungsstrategien“).

Das Aufheben von Polarisierungen beim Paar steigert die gemeinsame Entscheidungskompetenz, die zuvor blockiert ist. Als wichtigen Schritt hierbei beschreiben die Beraterinnen, daß „die Ambivalenz in jeden einzelnen zurückverlegt“ werden muß, anstatt aufgespalten zu werden. „Probeweise, die Argumente und Sorgen (des anderen) zu seinen eigenen machen“, mehr „Vertrauen“ in den Partner zu wagen oder das „Paar mit seinen unterschiedlichen Sichtweisen auf das kommende Kind“ zu konfrontieren, sind wichtige Schritte der Beraterinnen im Umgang mit Paaren.

4.1.5 Ausgang der Beratung

Beratungen, die vor einer möglichen pränataldiagnostischen Abklärung stattfinden, haben die Aufgabe, der betroffenen Frau zu helfen, eine Entscheidung für oder gegen spezielle pränataldiagnostische Maßnahmen zu treffen. Nach den Beschreibungen der Beraterinnen greift die Beratung zu diesem Zeitpunkt auf zwei Ebenen. Zum einen erleben die betroffenen Frauen einen Zugewinn an Information, zum anderen dient die Beratung der emotionalen Entlastung in dieser schwierigen Situation. Beides dient der Erhöhung der Entscheidungskompetenz der schwangeren Frau und ihres Partners. Am Ende der Beratung sind die meisten von ihnen in der Lage, eine Entscheidung zu treffen oder haben zumindest eine Vorstellung darüber, welchen Weg sie favorisieren. Bis auf eine der sieben Patientinnen entscheiden sich alle gegen eine Amniozentese und tendieren zu eher nicht-invasiven Untersuchungsverfahren. Im emotionalen Bereich ist das Gefühl, „Unterstützung“ erfahren zu haben sehr wichtig. Beschrieben wird z.B. auch ein „Zugewinn an Hoffnung, auch ein behindertes Kind lieben zu können“.

Abbildung 1 faßt die spezifische Ausprägung der einzelnen Beratungsbereiche zum Zeitpunkt t1 zusammen.

4.2 Beratungszeitpunkt t2 (Beratung während Pränataldiagnostik)

4.2.1 Psychische Verfassung der ratsuchenden Mutter

Im Gegensatz zum Zeitpunkt t1 befinden sich Frauen, die während ihrer (oft zweiwöchigen) Wartezeit auf den pränataldiagnostischen Befund eine Beratungsstelle aufsuchen, in einem emotional deutlich angespannteren Zustand. Das Warten auf die Testergebnisse wird als große Belastung erlebt, die Frauen erleben eine „hochgradige Anspannung“, sie haben große „Angst vor einem auffälligen Befund“, eine Frau erreicht die Beratungsstelle „verweint und verstört“. Hinzu kann ein Gefühl kommen, von den Ärzten „nicht genügend informiert und mit seinen Ängsten und Fragen alleingelassen zu werden“.

4.2.2 Beratungsanliegen der ratsuchenden Mutter

Das Beratungsanliegen dieser Frauen liegt im emotionalen Bereich. Sie wünschen sich eine emotionale Begleitung in der schweren Wartezeit auf das Ergebnis, sie sind auf der Suche nach „Entlastung“. Informationen über bestimmte Maßnahmen oder Ratschläge zur alternativen Vorsorge benötigen sie zu diesem Zeitpunkt nicht mehr, da sie sich bereits dafür entschieden haben, die Untersuchungen durchführen zu lassen. In diesen Prozeß können sie jetzt nicht mehr aktiv eingreifen.

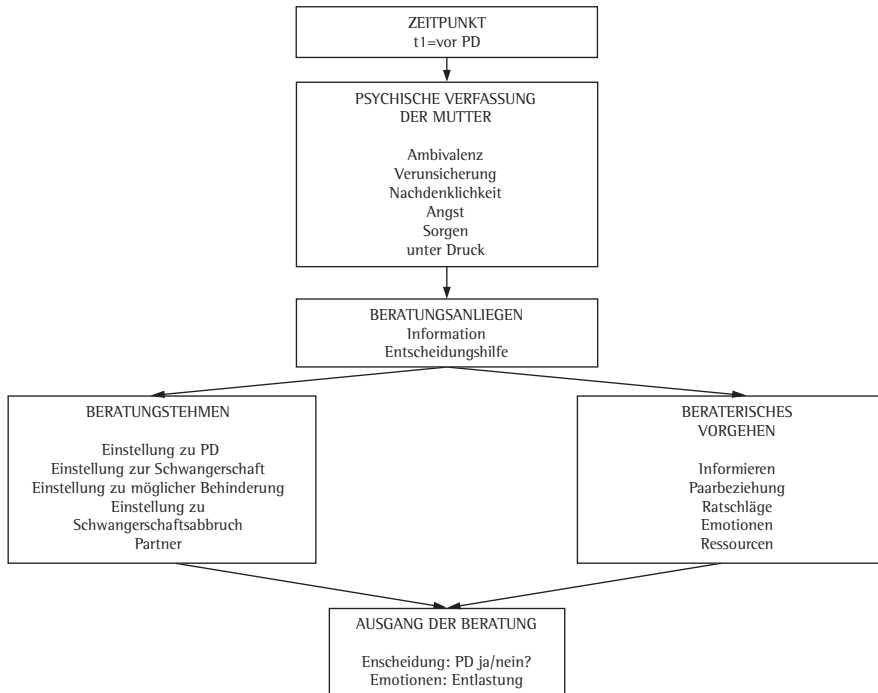


Abb. 1: Beratung vor Pränataldiagnostik

4.2.3 Beratungsthemen im Verlauf der Beratung

Die Beratungsthemen beschäftigen sich sehr stark mit den möglichen Konsequenzen eines auffälligen Befundes. Die Möglichkeit, ein behindertes Kind zu bekommen, ist im Erleben der Betroffenen näher gerückt bzw. wird konkreter phantasiert als zu Zeitpunkt t1. Gleichzeitig stehen zu diesem Zeitpunkt die Zweifel und Ängste im Vordergrund, ob ein behindertes Kind „eine Überforderung“ wäre. Auch wird die Angst beschrieben, bei einem auffälligen Ergebnis erneut die Ambivalenz zu erleben, diesmal wegen der anstehenden Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch. Die bisherige Freude und der Stolz auf die Schwangerschaft weicht z.T. ganz der „Verunsicherung“ und den Ängsten, die Bindung zum Kind droht verloren zu gehen.

4.2.4 Beraterisches Vorgehen

Die Beraterinnen beschreiben ihre Aufgaben zu diesem Zeitpunkt vor allem im Bereich der emotionalen Begleitung. Dabei ist es wichtig, das Erleben der betroffenen Frauen aufzugreifen und „Emotionen verbalisierbar zu machen“. Den Ängsten wird Raum und Zeit eingeräumt, sie müssen „wahrgenommen und ernstgenommen“ werden. Wichtig ist es auch dem „erwarteten Kind (...) wieder Raum zu geben“.

Die Beraterinnen thematisieren aktiv, wie das Leben mit einem behinderten Kind wäre, mit dem Ziel die Entscheidungsfähigkeit der Frauen im weiteren Prozeß zu stärken und Ressourcen rechtzeitig zu aktivieren bzw. zu bewahren.

4.2.5 Ausgang der Beratung

Die Beratung zu Zeitpunkt t2 zeigt vor allem im emotionalen Bereich ihre Wirkungen. Die Beraterinnen beschreiben, daß die Frauen sich entspannen können und ruhiger werden. In einem Fall wird die Frau als „deutlich gelöst“ beschrieben, „sie hält ihren Bauch und äußert, sich die Bindung nicht nehmen lassen zu wollen.“

Abbildung 2 faßt die Beratungssituation zum Zeitpunkt t2 zusammen.

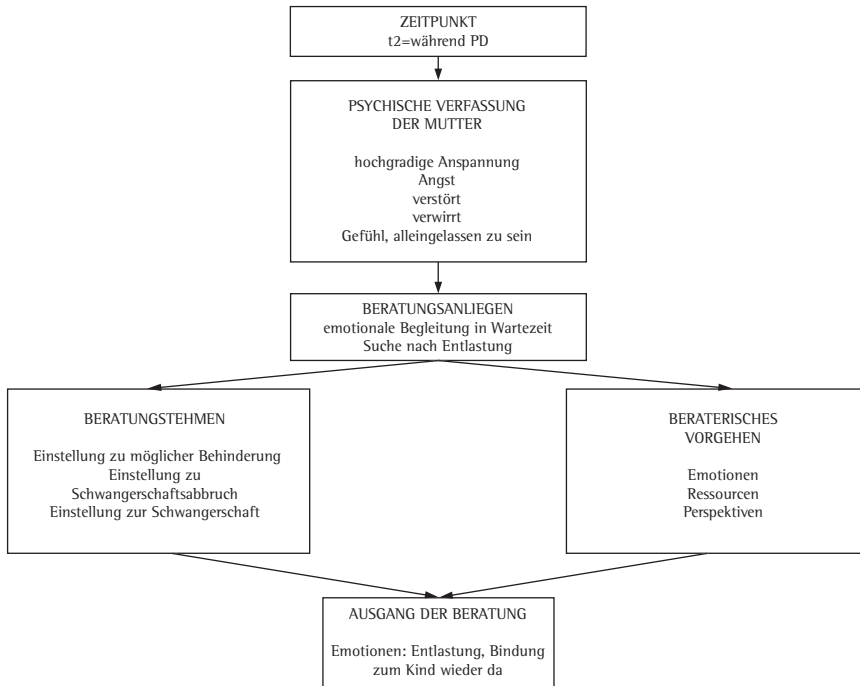


Abb. 2: Beratung vor während Pränataldiagnostik

Ein spezieller Vergleich des *beraterischen Vorgehens* zu beiden Zeitpunkten (s. Abb. 3) zeigt besonders deutlich die Unterschiedlichkeit beider Beratungskonstellationen.

Das Spektrum der Beratung ist zu Zeitpunkt t1 weiter gefaßt, da es einerseits um die Erhöhung der Entscheidungskompetenz der betroffenen Frauen geht, gleichzeitig aber auch im emotionalen Bereich eine Stabilisierung hergestellt werden muß. Zu Zeitpunkt t2 hingegen besteht kein akuter Entscheidungsbedarf oder -druck. Vorrangig geht es um eine emotionale Begleitung während der quälenden Wartezeit auf das Untersuchungsergebnis. Die Auseinandersetzung mit der Perspektive, ein behindertes Kind zu bekommen, dient zum einen dem Aussprechen von Ängsten und Gedanken, die die werdende Mutter in dieser Zeit hat, zum anderen bereitet sie bereits auf die Situation vor, die bei einem auffälligen Befund die Frau erwarten würde.

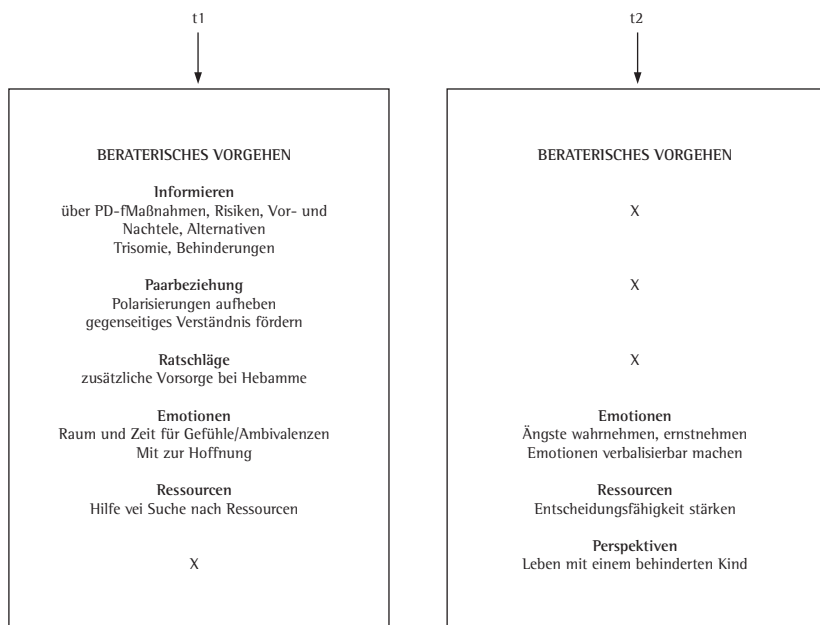


Abb. 3: Vergleich des beraterischen Vorgehens zu Zeitpunkt t1 und t2

4.3 Beratungszeitpunkt t3 (Beratung nach positivem Befund)

Nach Vorliegen eines auffälligen Befundes stehen die betroffenen Mütter vor der schwerwiegenden Entscheidung, ob die Schwangerschaft fortzusetzen oder abzubrechen ist. Meist ist die Schwangerschaft zu diesem Zeitpunkt bereits recht weit fortgeschritten. „Verstört und erschöpft“ und in einer „krisenhaften Verfassung, erleben die Beraterinnen ihre Klientinnen zu diesem Zeitpunkt. Im Vordergrund steht die Trauer über das Untersuchungsergebnis und die Frage, wie man als werdende Mutter damit umgehen und fertig werden kann. Die betroffenen Frauen suchen einerseits Hilfe bei der schweren Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch, andererseits suchen sie Unterstützung bei der Bewältigung ihrer schwierigen Situation. Weiterführende Informationen über den Befund, den sie erhalten haben, spielen dabei neben seelischer Unterstützung und emotionaler Begleitung eine wichtige Rolle. Zu diesem Zeitpunkt schöpft die Beraterin das gesamte Spektrum ihrer beraterischen Fähigkeiten aus: Sie informiert und berät hinsichtlich des Befundes und bespricht gemeinsam mit den Klientinnen die Perspektive eines Lebens mit einem behinderten Kind. Gleichzeitig bietet sie Raum und Zeit, um die verzweifelten, traurigen und ängstlichen Gefühle wahrnehmen und aussprechen zu können. Bei besonders krisenhaften Zuständen organisiert sie konkrete Hilfen für die Bewältigung des Alltags (z.B. eine Haushaltshilfe). Beratungen, die zu diesem Zeitpunkt stattfinden, bewirken einen Zugewinn an Entscheidungskompetenz und zeigen gleichzeitig im emotionalen Bereich entlastende und beruhigende Wirkung. Abbildung 4 zeigt die spezifische Beratungssituation zu Zeitpunkt t3.

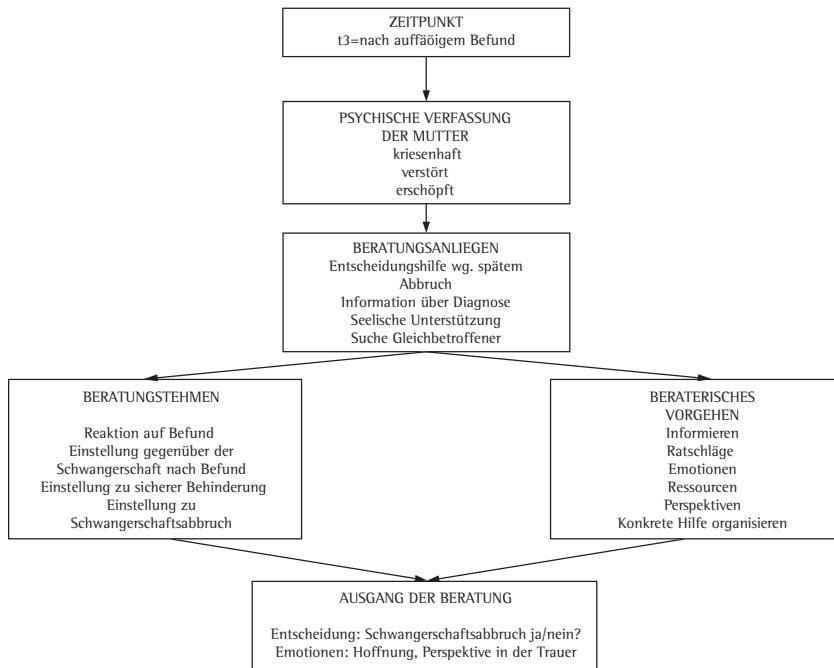


Abb. 4: t3 – Beratung nach auffälligem Befund

4.4 Beratungszeitpunkt t4 (Beratung nach Schwangerschaftsabbruch)

Bei der Einzelfallbeschreibung einer Beratung nach einem (späten) Schwangerschaftsabbruch aufgrund eines auffälligen Amniozentese-Befundes, handelt es sich um Krisenintervention und Trauerbegleitung. Die betroffene Frau erlebt nach dem vollzogenen Abbruch eine Phase „unstillbarer Trauer“, sie ist in einer äußerst „krisenhaften Verfassung mit Suizidgedanken“. In dieser Situation geht es nicht mehr um Entscheidungen, sondern darum, das Geschehene zu bewältigen und auszuhalten. Während dieser Beratung, geht es darum „Raum zu geben für die Trauer“ und „Mut zu machen zur Trauer“. Die Beraterin gesteht sich ihre „eigene Hilflosigkeit“ ein. Während der Beratung profitiert die Klientin im emotionalen Bereich: Sie gewinnt wieder den Blick für die Belange des Alltages, kann wieder Perspektiven entwickeln und sich mit Dingen auseinandersetzen, die nicht mit dem verlorenen Kind zu tun haben. In Abbildung 5 ist die Konstellation einer Beratung nach einem Schwangerschaftsabbruch graphisch verdichtet.

5 Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, daß je nach Beratungszeitpunkt Unterschiede hinsichtlich der psychischen Verfassung der Klientin, ihres Beratungsanliegens, den anfallenden Beratungsthemen und dem beraterischen Vorgehen der Beraterin bestehen. Die Beratung-

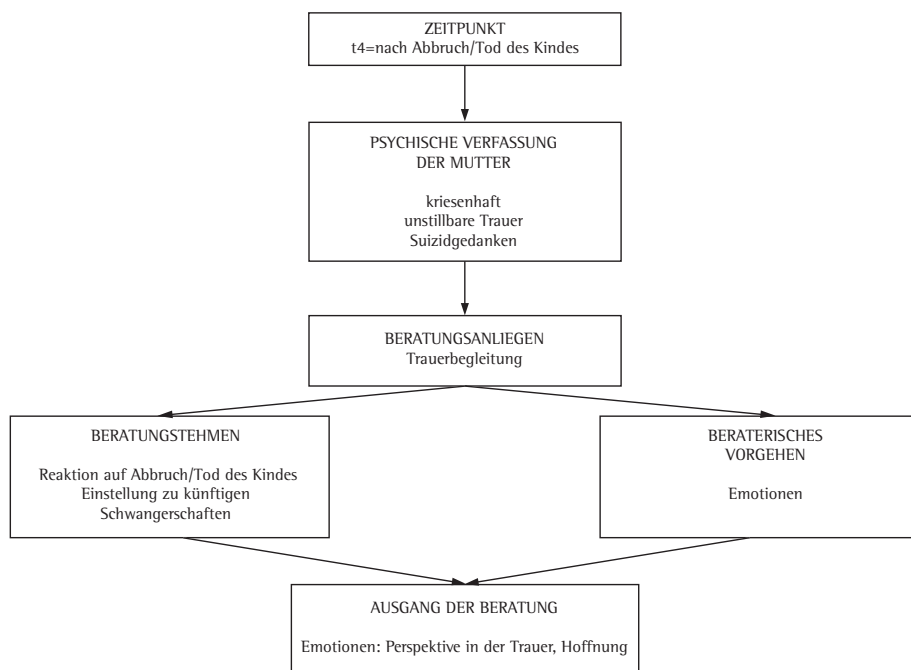


Abb. 5: t4 – Beratung nach Schwangerschaftsabbruch

gen werden unter unterschiedlichen Zielsetzungen geführt, ausgehend von der psychischen Verfassung und dem Anliegen, mit dem die Frauen in die Beratungsstelle kommen. Vor Inanspruchnahme einer pränataldiagnostischen Maßnahme (t1) und nach einem auffälligen Befund (t3) besteht auf Seiten der Frauen ein hoher Entscheidungsbedarf für oder gegen eine Pränataldiagnostik (t1) oder für bzw. gegen einen Schwangerschaftsabbruch (t3). Gleichzeitig bedarf es emotionaler Unterstützung und Begleitung. Zum Zeitpunkt t1 besteht sie im Wahrnehmen und Aussprechen von Ängsten und Sorgen über Risiken der Pränataldiagnostik und mögliche auffällige Befunde. Zu t3 steht die Begleitung bei der Trauer und Verzweiflung und die Bewältigung des Befundes im Vordergrund.

Während der Wartezeit auf einen Befund (t2) und nach einem Schwangerschaftsabbruch (t4) geht es hingegen vorrangig um emotionale Entlastung und Begleitung. Die Situationen zu diesen Zeitpunkten erfordern keine Entscheidung mehr, vielmehr ein Aushalten (t2) bzw. Bewältigen (t4) der emotionalen Belastung. Zum Zeitpunkt t2 besteht die Beratung vorwiegend in der emotionalen Begleitung während der schwierigen Wartezeit auf den Befund. Die Trauer über den Verlust des eigenen Kindes ist beim Zeitpunkt t4 zentral.

Obwohl jeder einzelne Beratungszeitpunkt spezifische Anforderungen an die Beraterinnen stellt, so fallen doch beraterische Grundhaltungen auf, die in jeder Beratung von Bedeutung sind. Dazu gehört z.B. durchgehend das Anbieten von „Raum und Zeit für Gefühle“, die Möglichkeit, Ängste und Trauer wahrzunehmen und zu verba-

lisieren. Ein weitere wichtige beraterische Aufgabe ist die Unterstützung bei der Suche nach Ressourcen, die helfen sollen, die jeweils unterschiedlichen Situationen zu bewältigen.

Die qualitativ-textanalytische Auswertung ermöglichte, die Typizität der einzelnen Beratungszeitpunkte unter vergleichbaren Kategorien herauszuarbeiten. Auf diese Weise ist es gelungen, die reale psychosoziale Praxis von Beratungen schwangerer Frauen bei möglicher Behinderung des Kindes systematisch abzubilden. Weiterführende Untersuchungen müssen eine Erhöhung der Fallzahlen anstreben, um die einzelnen Zeitpunkte, die zum Teil auf der Beschreibung von nur ein bis zwei Fällen beruhen, umfassender beschreiben zu können. Eine Untersuchung über typische Unterschiede innerhalb der einzelnen Zeitpunkte würde das Wissen über die konkreten Beratungsleistungen, die jeweils anfallen, weiter differenzieren und das Bild über die bestehende Beratungsrealität erweitern. Wichtig ist darüber hinaus eine validierende Untersuchung der Frage, inwiefern die hier erarbeiteten Beratungsthemen und -aufgaben repräsentativ in deutschen Beratungskontexten sind. Dazu bedarf es einer breiter angelegten Erhebung in diversen Beratungsstellen.

Denkbar ist eine Überführung so erhobener Beratungsthemen und -aufgaben in ein Ausbildungscurriculum für die psychosoziale Beratung schwangerer Frauen.

Literatur

- Braun, E. (1998): PUA Konzeptpapier. Beratungsstelle des Diakonischen Werkes Baden Württemberg und der evangelischen Landeskirche Württemberg.
- Dewald, A.; Cierpka, M. (2001): Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik. *Psychotherapeut* 46: 154-158.
- Flick, U. (1996): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek: Rowohlt.
- Friedrich, H.; Henze, K.-H.; Stemmann-Acheampong, S. (1998): Eine unmögliche Entscheidung. Pränataldiagnostik: Ihre psychosozialen Voraussetzungen und Folgen. Berlin: VWB.
- Gerhardt, U. (1995): Typenbildung. In: Flick, U; v. Kardorff, E.; Keupp, H.; Rosenstiel, L.; Wolff, S. (Hg.): *Handbuch qualitative Sozialforschung*, 2. Aufl. Weinheim: Beltz, S. 435-439.
- Henze, K.-H.; Stemmann-Acheampong, S. (2000): Eine unmögliche Entscheidung. Psychosoziale Folgen und Voraussetzungen der Pränataldiagnostik. In: EKFuL: Materialien zur Beratungsarbeit Nr.15, S. 24-45.
- Kluge, S. (2000): Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00kluge-d.htm>
- Mayring, P. (1983): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 2. Aufl. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik (1998): Sichtwechsel. Düsseldorf (Broschüre).
- Nippert, I.; Horst, J. (1994): Die Anwendungsproblematik der pränatalen Diagnose aus der Sicht von Beratern und Beratern – unter besonderer Berücksichtigung der derzeitigen und zukünftig möglichen Tests. Gutachten im Auftrage des Büros für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag, Bonn.
- Sozialdienst katholischer Frauen (1997): Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik und bei zu erwartender Behinderung des Kindes. Dülmen (Broschüre).
- van Spijker, H.G. (1992): Support in Decision Making Processes in the Post-Counseling Period. In: Evers-Keiboorns, G.; Fryns, J.-P.; Cassisman, J.-J.; van den Berghe, H. (Hg.): *Psychological Aspects of Genetic Counseling: Proceedings of a Conference held in Sept. 24-26, Leuven, Belgium*. New York.

- Stengel-Rutkowski, S. (1997): Möglichkeiten pränataler Diagnostik. In: Petermann, F.; Wiedebusch, S.; Quante, M. (Hg.): Perspektiven der Humangenetik. Paderborn: Schöningh, S. 70-78.
- Wiedebusch, S. (1997): Die Entscheidung über die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik. In: Petermann, F.; Wiedebusch, S.; Quante, M. (Hg.): Perspektiven der Humangenetik. Paderborn: Schöningh, S. 129-138.
- Wüstner, K. (2000): Genetische Beratung. Risiken und Chancen. Bonn.

Anschrift der Verfasser: Dr. Claudia Pauli-Magnus, Dipl.-Psych. Axel Dewald, Prof. Dr. med. Manfred Cierpka, Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg, Bergheimerstr. 54, 69115 Heidelberg.