

- Kölch, Michael et al (2014): Einbezug von Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. APK Tagungsband 41, S. 108 – 1115
- Krause, Matthias (2009): Elterngespräche Schritt für Schritt. Praxisbuch für Kindergarten und Frühförderung. München, Reinhardt
- Krause, Matthias (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. München, Reinhardt
- Novick, Jack und Novick, Kerry (2009): Elternarbeit in der Kinderpsychoanalyse. Frankfurt, Brandes & Apsel
- Petermann, Franz (2017): Therapie-Tools Eltern- und Familienarbeit. Weinheim, Beltz
- Petzold, Matthias (1992): Familienentwicklungspsychologie. München, Quintessenz
- Pleyer, Karl Heinz (2003): „Parentale Hilfflosigkeit“, ein systemisches Konstrukt für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern. Familiendynamik 2003, 28(4), S. 467-491
- Walkobinger, Christine et al (Hrsg.) (2011): Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Norderstedt, bod
- Weinberger, Sabine (2015): Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung. Weinheim/Basel: Beltz
- Winnicott, Donald (1973): The Child, the Family, and the Outside World. Penguin, London.



Ulrike Hollick, Psycholog. Psychotherapeutin, in eigener Praxis tätig für Kinder, Jugendliche und Erwachsene; Lehrbeauftragte der Philipps-Universität Marburg, Ausbilderin in Personenzentrierter Beratung mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen (GwG), Ausbilderin in Personenzentrierter Familienberatung / Familientherapie (GwG), Supervisorin

Kontakt:
praxis-hollick@web.de

„Du hast nur so kurz gelebt“: Personenzentrierte Trauerbegleitung in der Schwangerschaftsberatung

Nicole Baden

Zusammenfassung: Der Artikel stellt die grundlegenden Rahmenbedingungen für die Schwangerschaftsberatung dar und konkretisiert an einem Fallbeispiel die personenzentrierte Trauerbegleitung einer Klientin, die sich in der Schwangerschaft mit einem schwerstkranken, wahrscheinlich nicht lebensfähigem Kind für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden hat.

Schlüsselworte: Pränataldiagnostik, Fehlgeburt, Totgeburt, Schwangerschaftsabbruch, Trauerbegleitung

1. Geburten und Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland

Im Jahr 2017 wurden in Deutschland 784.901 Kinder lebend geboren, das durchschnittliche Alter der erstgebärenden Mutter war 29,4 Jahre. 3003 Kinder, die mehr als 500 g wogen, kamen jedoch tot auf die Welt. Das sind 2-3 Kinder von 1.000 Geburten (alle folgenden statistischen Angaben: Statistisches Bundesamt, 2019). Hinzu kommen die Kinder, die durch eine Fehlgeburt sterben, jede zweite bis vierte Schwangerschaft endet mit einer Fehlgeburt, so die aktuellen Schätzungen. 1-2 % aller gebärfähigen Frauen sind von einem habituellen Abort, also mehr als drei Fehlgeburten, betroffen (Maurer, S.14). 2017 wur-

den 101.209 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt, d. h. 11 % aller Schwangerschaften wurden vorzeitig beendet. Davon erfolgten 97.278 nach einer Schwangerschaftskonfliktberatung vor der 12. Schwangerschaftswoche. 3.911 Schwangerschaften wurden im Rahmen der medizinischen Indikation abgebrochen, davon 654 nach der 22. Schwangerschaftswoche. Die medizinische Indikation regelt nach § 218a (2) StGB (BMJV, 2019), dass eine Schwangerschaft straffrei abgebrochen werden darf, wenn ein Arzt eine Gefährdung der körperlichen und psychischen Gesundheit der Mutter feststellt. Die häufigste Ursache dieser Gefährdung stellt die psychische Belastung der Mutter durch die Erkrankung oder Behinderung des Kindes dar. Wird eine Diagnose beim Kind gestellt, ist der diagnostizierende Arzt gesetzlich verpflichtet, die Frau auf die psychosoziale Beratung hinzuweisen (§2a Schwangerschaftskonfliktgesetz, SchKG).

Ein Schwangerschaftsabbruch nach der 22. Schwangerschaftswoche beinhaltet einen Fetozid, dabei wird dem ungeborenen Kind Kaliumchlorid ins Herz injiziert, um einen Herzstillstand zu bewirken. Danach wird eine natürliche Geburt eingeleitet. Egal zu welchem Zeitpunkt in der Schwangerschaft und aus welchem Grund das Kind im Mutterleib gestorben ist, wird eine spontane Entbindung angestrebt. Es mag irritierend wirken, dass nicht ein Kaiserschnitt unter Narkose durchgeführt wird, doch ist die spontane Entbindung (mit Schmerzmitteln)

für die Frau die körperlich gesundeste, wenn auch doppelsinnig schmerzhaft Form. So berichten Frauen später, dass die Geburt etwas war, was sie noch aktiv für ihr totes Kind tun konnten.

2. Schwangerschafts-(konflikt-)beratung

In Deutschland steht ein flächendeckendes Netz aus staatlich anerkannten Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen den Trägern der Wohlfahrtshilfe zur Verfügung. Die Finanzierung erfolgt aus dem SchKG. Alle Beratungsstellen bieten ein kostenloses Angebot für schwangere Frauen und Mütter mit Kindern bis zum dritten Geburtstag an. Zu den Themen in der Beratung gehören zum Beispiel: die Schwangerschaft selbst, die Partnerschaft, praktische Hilfen in der Schwangerschaft in Vorbereitung auf die Geburt und Elternschaft, die Vermittlung weiterer Unterstützung (Hebammen, frühe Hilfen u. ä.), die finanzielle Situation, sozialrechtliche Beratung zu den staatlichen Hilfen für die schwangere Frau und das Kind, die Vermittlung finanzieller Hilfen aus Stiftungsgeldern in schwangerschaftsbedingten Notsituationen und Schwangerschaftsabbrüche. Hinzu kommt die psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch, bei Themen rund um die Pränataldiagnostik und nach Tod des Ungeborenen durch Fehlgeburt, Totgeburt oder (medizinischem) Schwangerschaftsabbruch.

3. Falldarstellung: Schicksal und Schuld

Eine Frau (40 Jahre) kommt in die psychosoziale Beratung der Schwangerschaftsberatungsstelle. Sie ist verheiratet, sie ist vor 18 Jahren nach Deutschland migriert, ihre Eltern leben weiterhin 8.000 km entfernt. Ihre Schwiegereltern leben in ihrer Nähe. Sie hat eine Tochter (20 Jahre) und einen einjährigen Sohn. Vor zweieinhalb Jahren hat sie einen weiteren Sohn verloren. Sie kommt, weil sein Tod sie derzeit sehr beschäftigt. Ihr Sohn hatte eine Trisomie 18 (für diese und weitere Begriffe: siehe Glossar am Textende). Als sie mit 37 Jahren wieder schwanger war, wurde ihr eine Amniozentese (d. h. Fruchtwasseruntersuchung) empfohlen. Dabei wurde beim Kind eine Trisomie 18 festgestellt. Die Klientin berichtet, dass sie damals, vermittelt durch das Krankenhaus, in dem die Amniozentese durchgeführt wurde, ein Gespräch mit einer Beraterin der Schwangerschaftsberatungsstelle hatte.

4. Pränatale Diagnostik

Die Schwangerschaftsvorsorge, die in den letzten Jahrzehnten in Deutschland dafür gesorgt hat, dass die Mütter- und Kindersterblichkeit auf ein Minimum herabgesenkt werden konnte, ist inzwischen eng verzahnt mit den Methoden der vorgeburt-

lichen Diagnostik, die den schwangeren Frauen als Kassenleistung oder individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten werden. Die Pränatale Diagnostik hat verschiedene Methoden, unterschieden werden sogenannte nicht-invasive Methoden wie Blutuntersuchungen, Schwangerschaftsdiabetes-Screening, Ultraschalluntersuchungen, Nicht-invasiver Bluttest (NIPT), Ersttrimester-Screening und die invasiven Methoden, zu denen Chorionzottenbiopsie, Amniozentese und Chordozentese zählen. Mit dem steigenden Alter der Mutter steigt die Wahrscheinlichkeit insbesondere für genetische Besonderheiten beim Kind, am bekanntesten ist das Down-Syndrom (Trisomie 21), danach folgen die Trisomien 13 und 18. Diese Diagnosen resultieren aus einer Untersuchung der DNA des Kindes, entweder entnommen durch invasive Methoden oder durch den NIPT. Sehr viel häufiger als Chromosomenveränderungen werden bei Ultraschalluntersuchungen Herzfehler (1:100) oder andere Fehlbildungen an den Organen oder der Körperstruktur (z. B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, „Klumpfüße“ etc.) unterschiedlicher Schwere und medizinisch notwendiger / möglicher Versorgung festgestellt (Fezer Schadt, 2018 S. 53 f.).

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz sieht vor, dass die Gynäkologen die betroffenen Frauen auf die psychosoziale Beratung der Beratungsstellen hinweisen müssen, die Frauen können diese Beratung dann freiwillig in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik ist sehr selbstverständlich geworden. Die Mitteilung darüber, dass mit dem Kind „nicht alles in Ordnung“ ist, kommt immer unerwartet und wirkt zutiefst schockierend auf die werdenden Eltern.

Neben der Information durch die Medizin über die Erkrankung oder Behinderung des Kindes und die therapeutischen vor- und nachgeburtlichen Möglichkeiten besteht die Aufgabe der psychosozialen Beratung darin, die Mutter bzw. die Eltern auf dem Weg zu einer tragfähigen Entscheidung zu begleiten. Zur Beratung kann eine Krisenintervention, ein umfassendes Informieren über alle Optionen und das Begleiten in der Entscheidungsfindung i. S. einer ethischen Beratung gehören. Dabei ist die Beratung immer ergebnisoffen. Gerade in einer solch existenziellen Situation ist für mich die personenzentrierte Haltung die Möglichkeit, den Frauen durch die entgegengebrachte Wertschätzung, Akzeptanz und Echtheit ein Stück Sicherheit für ihre individuelle Entscheidung zurückzugeben. Egal wofür sich die Frau entscheidet, wird diese Schwangerschaft und dieses Kind immer ein besonderer Teil ihrer Biografie bleiben. Eine Option besteht darin, dass die Frau sich für das Fortsetzen der Schwangerschaft und für das Kind mit Erkrankung oder Behinderung entscheidet. Es besteht für sie auch die Möglichkeit das Kind zur Adoption frei zu geben. Bei einer Diagnose des Kindes, die sehr wahrscheinlich nicht mit einer Lebensfähigkeit vereinbar ist, kann die Schwangerschaft fortgesetzt werden und eine sogenannte palliative Geburt geplant werden, d. h. das Kind wird nach der Geburt pflegerisch und mit Schmerzmitteln versorgt ohne ku-

rative oder lebensverlängernde Maßnahmen. Wenn eine Ärztin oder ein Arzt die Gefährdung der körperlichen und psychischen Gesundheit der Frau durch die Fortsetzung der Schwangerschaft feststellt, besteht die Option eines straffreien Schwangerschaftsabbruchs.

Die Klientin berichtet, dass sie sich damals nicht vorstellen konnte, ein Kind mit solch schweren Einschränkungen auf die Welt zu bringen. Der Grund war die starke psychische Belastung, die sie erwartete. Der Arzt stellte eine medizinische Indikation aus. Die Frau ließ eine Abtreibung durchführen, d. h. sie nahm eigenhändig die Tablette mit den geburtseinleitenden Hormonen ein. Sie berichtet von einer einfühlsamen Begleitung in der Klinik. Nach der Geburt entschied sich die Klientin dazu, ihr Kind anzuschauen und Fotos machen zu lassen. Sie nahm es am Tag nach der Geburt auch in Begleitung der Seelsorgerin der Klinik auf den Arm. Weder ihr Mann noch die erwachsene Tochter waren bei der Geburt dabei. Beide haben das Kind nicht gesehen. Die Klientin berichtet, dass sie schon beim Verlassen der Klinik den Wunsch nach einer erneuten Schwangerschaft verspürte. Die ersten zwei Jahre nach dem Verlust des Sohnes waren von vielen zeitintensiven Ereignissen überlagert, ihre Schwiegermutter erkrankte schwer und verstarb dann, die Klientin wurde erneut schwanger, das Kind kam als Frühchen auf die Welt. Dann gab es Eheprobleme, der Mann hatte zeitweise Alkoholprobleme. Als die Klientin in die Beratungsstelle kommt, berichtet sie, dass alles um sie herum ruhiger und sortierter geworden sei, nun aber „melde“ sich ihr verstorbener Sohn und die Trauer. Der Sohn begegne ihr im Traum. Ihren jüngsten Sohn im Blick reflektiere sie, wie sich ihr erster Sohn bis dato wohl entwickelt hätte.

Die Klientin beschreibt, dass sie ihre Entscheidung zur Abtreibung nicht bereut und weiterhin überzeugt ist, dass es für sie und ihre Familie die „richtige“ Entscheidung war. Gleichzeitig hadert sie mit dem Schicksal, dass sie Mutter eines Kindes mit Trisomie 18 wurde und diese so schwere Entscheidung treffen musste. Dazu gesellen sich ihre Schuldgedanken, denn schließlich war doch sie es, die die Entscheidung über den Tod des Kindes getroffen hat und ihn durch die Einnahme der geburtseinleitenden Hormone auch herbeigeführt hat.

5. Trauerbegleitung

Rund um eine Schwangerschaft taucht das Thema Trauer an verschiedenen Stellen auf. Eine Schwangerschaft kann nicht nur als ein eindeutig definierter Zeitraum von der Einnistung der Eizelle bis zur Geburt verstanden werden, sondern auch als eine in die Gesamtbiografie eingebettete Lebensphase, zu der die Vorstellung bzw. Planung der Schwangerschaft genauso gehört wie ihre Fortsetzung in die Elternschaft. Sie hat Auswirkungen auf die Selbstkonzeptentwicklung. Insbesondere wenn dieses Kontinuum durch den Tod eines Kindes unterbrochen wird, können Inkongruenzen entstehen. Die Trauerarbeit kann als ein

Prozess verstanden werden, die neuen Erfahrungen zu aktualisieren. So trauert eine Mutter mit dem Vater des Kindes und ihrer Familie um den Tod des Kindes durch eine Fehlgeburt oder Totgeburt. Auch der Tod des Kindes durch einen (medizinisch indizierten) Schwangerschaftsabbruch unterbricht das erwartete Kontinuum des Lebens und löst Trauer aus. Der Auseinandersetzungsprozess mit der Krankheit oder Behinderung des Kindes, der durch die pränatale Diagnostik ggf. schon vorgeburtlich einsetzt, zieht sich womöglich über die Kindheit bis hinein in die Erwachsenenzeit. Er kann als ein Trauerprozess über den Verlust des „gesunden“ und „normalen“ Kindes verstanden werden.

Die besondere familiäre Trauersituation, wenn ein noch ungeborenes Kind im Mutterleib verstirbt, entsteht aus den extrem unterschiedlichen Erfahrungen der Familienmitglieder mit dem verstorbenen Kind. Insgesamt war die gemeinsame Zeit kurz und die Erfahrungen der Mutter unterscheiden sich erheblich von denen des Vaters und der Geschwister. Ultraschallbilder, gehörte Herztöne oder Tritte im Bauch der Mutter sind die wenigen gemeinsamen Erinnerungen. Vielleicht bleiben sogar nur die Vorstellungen über das Kind und über das Leben mit dem Kind, die betrauert werden können. Aus diesem Grund ist für Außenstehende die Trauer oft schwer nachzuvollziehen.

Die Klientin beschreibt, wie sie aufgrund der vielen Aufgaben, die sie bewältigen musste, zunächst und über eine lange Zeit hinweg „funktioniert“ hat. Die Trauer hatte noch keine Zeit und keinen Raum. Die Trauer-Aufgabe des Funktionierens war für die Klientin und ihr Familiensystem ein stabilisierender Mechanismus, der ihre Trauer verzögert hat, so wie es auch Backhaus (2017, S. 83) beschreibt. So wie das Leben der Klientin wieder sortierter wird, erscheinen die Gefühle, ihr Trauerschmerz und die Auseinandersetzung mit ihrem Schicksal und ihren Schuldgedanken. In der personenzentrierten Trauerbegleitung wird sie unterstützt, diese Gefühle und Gedanken anzuschauen, sie mit ihren Selbstkonzeptvorstellungen zu vergleichen und ggf. im Selbstkonzept zu aktualisieren.

Die Klientin berichtet von ihrem Mann, er würde nicht gerne „reden“, er würde auch nicht zu einer Beratung mitkommen. Gleichwohl ist die Trauer des Mannes Thema, da die Klientin sich mit ihrem Mann vergleicht. Ihr täte es (jetzt) gut, über ihren Sohn zu reden, er ist sehr präsent für sie, auch besucht sie ihn regelmäßig auf dem Friedhof und trägt sein Foto (im Handy) immer bei sich. Sie wisse nicht, ob ihr Mann „richtig“ trauere“, er zeige keine emotionale Reaktion und sei nach dem Tod so schnell wie möglich wieder in den „Alltag und die Arbeit“ flüchtet, dann auch in den Alkohol. Das schürt auch Unverständnis und Wut bei der Mutter. So hätte ihr Mann schnell mit dem Tod des Sohnes „abgeschlossen“, gleichzeitig berichtet sie aber auch, dass sie noch manchmal über ihn sprechen.

In der Beratung bestärke ich alle Momente der Kommunikation der Ehepartner über den verstorbenen Sohn und die Trauer. Zu schnell kann es zu Vorurteilen und Missverständnissen über die Trauer des anderen kommen, die auch gravierendere Beziehungsprobleme bedingen oder verstärken. *Den Eltern, zu denen sie einen guten Kontakt habe, hätte sie auch „nicht immer alles“ erzählt, um sie in der Ferne nicht zu belasten.* Die Klientin möchte ihre Eltern schützen, sie antizipiert die Trauer und Belastung ihrer Eltern, ohne zu prüfen. Auch hier ist es in der Beratung wichtig, die Klientin zu stärken bei ihren Eltern direkt zu erfragen, wie weit sie einbezogen werden möchten, um nicht aus falschen Annahmen mögliche Unterstützung selbst zu verhindern. *Bis heute habe die Mutter ihrer Tochter das Foto des toten Bruders nicht gezeigt, obwohl sie inständig darum bitten würde. Die Vorstellung, dass die Tochter vom Anblick des Fotos des verstorbenen Neugeborenen verstört werden könnte und der Wunsch sie zu schützen, hindert die Mutter daran, ihr das Foto zu zeigen.* In Bezug auf die erwachsene Tochter wird wertschätzend ihr Wunsch aufgegriffen, die Tochter zu schützen und gleichzeitig diese ernst zu nehmen, ihr ihre Verantwortung und Entscheidung zu lassen und ihr ein Blick auf das Bild zu gewähren.

Die Klientin berichtet umfassend über den Umgang mit ihren Freundinnen. Sie nimmt wahr, dass sich ihre Umwelt und die Personen ändern bzw. dass sich ihr eigener Blick und ihre Vorstellungen der Personen ändern. Obwohl sie sich eigentlich einigen Personen eng verbunden fühlt, entwickelt sie in der Auseinandersetzung mit der Frage, wen sie wie weit an ihren Gefühlen und Gedanken teilhaben lässt, eine für sie immer deutlichere Eindeutigkeit. Dafür stehen u. a. die folgenden Selbstkonzeptaussagen: *„Ich spüre, was mir gut tut. Ich setze durch, was ich für richtig finde. Ich nehme mein Leben in die Hand. Ich grenze mich ab.“* Für die Klientin ist eindeutig, dass sie Mutter von drei Kindern ist und dass das kurze Leben ihres Sohnes einen Sinn hatte. Diesen sieht sie u. a. in ihrem jüngsten Kind und ihrer Freude mit ihm.

Die Klientin berichtet von Reaktionen aus dem Umfeld wie „Es war doch noch klein“, „Es ist doch jetzt schon lange her“, „Es ist doch besser so“. Diese Kommentare verletzen und verwirren sie, weil sie ihr „Recht“ auf ihre Art zu trauern infrage stellen. In der Beratung ist es wichtig sie mit ihrem individuellen Trauerweg wertschätzend und akzeptierend zu stärken und gleichzeitig Strategien im Umgang mit diesen Reaktionen „vorzubereiten“. Was die Klientin von ihrem Trauerprozess berichtet, korrespondiert mit den Traueraufgaben nach Paul und Worden. So beschreibt sie besonders ihr „Funktionieren“, die Verarbeitung des Schmerzes und der Gefühle und ihre „Anpassung“ an die neue Welt, insbesondere in Bezug auf die Personen in ihrem Umfeld (Backhaus, 2017, S. 160).

6. Haltung und Psychohygiene

In dieser Beratung besteht für mich die größte Herausforderung im Umgang mit dem Thema Schuld. Folgende persönliche Fragen entwickelten sich daraus: Was kann ich der Klientin zum Umgang mit ihrer Schuld anbieten? Denke ich selbst auch, dass sie „schuldig“ ist, weil sie sich für den Abbruch entschieden hat, obwohl sie die Schwangerschaft hätte fortsetzen und auf den natürlichen Tod des Kindes hätte warten können? Auch wenn ich glaube, dass das Kind sehr sicher auch auf natürlichem Wege gestorben wäre? Denke ich, dass ihr tatsächlich niemand und nichts diese Schuld nehmen kann? Darf ich denken, dass sie diese Schuld „annehmen“ sollte?

Eine besondere Herausforderung für die Beraterinnen und Berater ist der professionelle Umgang mit ihrer eigenen Betroffenheit im Hinblick auf die Schicksale der Klientinnen, wenn eine schwere Diagnose die Freude über die Schwangerschaft zerstört, wenn ein Kind stirbt, wenn die Begleitung nach der Geburt die Familie mit einem schwerkranken oder totkranken Kind fortgesetzt wird. Da der Tod sich der menschlichen Kontrolle entzieht, lässt er Klientin wie Beratende häufig hilflos zurück (Backhaus, 2017, S. 36). Um in diesem Themenfeld tätig zu ist, ist die persönliche ethisch-moralische Auseinandersetzung mit den Themen Abbruch nach medizinischer Indikation, Lebensrecht und Menschenwürde, Planbarkeit und Kontrollierbarkeit des Lebens eine Voraussetzung. Um die Ambivalenz zwischen den Aufträgen zum Schutz des ungeborenen Lebens und zur Wahrung der Selbstbestimmung der Frau ertragen zu können und eine echte ergebnisoffene Beratung anzubieten, braucht es außerdem kollegiale Beratung sowie Supervision.

7. Berührungspunkte in Beratung, Therapie und Coaching

Für viele Leserinnen und Leser mögen diese Themen im Leben bisher nur selten aufgetaucht sein, Berührungspunkte gibt es vielleicht im Familien- und Freundeskreis. Möglicherweise sind Sie mit versteckten Trauerverläufen konfrontiert, bei dem der Verlust eines Kindes lange zurückliegt oder der sich zunächst nicht als Trauer offenbart (Backhaus, 2017, S.148 ff.). Dabei muss es nicht nur die Mutter sein, die versteckt und verzögert trauert, es können auch der Vater, die Großeltern oder die Geschwister sein. Dieser Artikel mag die Themen Trauer, Fehlgeburt, Totgeburt und Schwangerschaftsabbruch ein wenig aus der Tabuzone heben und Sie noch sensibler und offen für die trauernden Mütter und Väter machen.

Glossar:

NIPT (Nicht-invasiver pränataler Test): Die im Blut der Mutter vorhandene (zerstückelte) DNA des Kindes wird im Labor zusammengesetzt, um Trisomien und Besonderheiten bei den Geschlechtschromosomen zu erfassen. Seit 2012 wird dieser Test in Deutschland für Selbstzahler angeboten, es steht zur Debatte, ob er in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden soll. Im März/April 2019 (nach Redaktionsschluss) wird der Deutsche Bundestag über den NIPT debattieren. Kritiker befürchten eine Selektion von Kindern mit Behinderung.

Ersttrimester-Screening: Durch die Kombination des Alters der Mutter, der Transparenz der Nackenfalte und Blutuntersuchungen auf bestimmte Hormone und Eiweiße wird die Wahrscheinlichkeit für Fehlbildungen oder Chromosomenstörungen ermittelt.

Invasive Methoden: Mit einer Nadel wird Fruchtwasser (Amniozentese), Gewebe des Mutterkuchens (Chorionzottenbiopsie) oder fetales Blut (Chordozentese) entnommen und untersucht.

Trisomie 13 und 18: Die Trisomie 13 (Patau-Syndrom) tritt mit einer Wahrscheinlichkeit von 2:10.000 auf, die Trisomie 18 (Edwards-Syndrom) mit 5:10.000. Die Kinder weisen Organfehlbildungen, körperliche und geistige Beeinträchtigungen auf. Fast alle Kinder versterben während der Schwangerschaft oder Geburt bzw. Stunden, Tage oder Wochen nach der Geburt. Nur sehr selten leben die Kinder einige Jahre.

Trisomie 21 (Down Syndrom): Sie tritt mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:500 auf. Die Entwicklung der Kinder ist verzögert. Die Schwere der Beeinträchtigung ist variabel und nicht pränatal bestimmbar. Häufig haben die Kinder einen Herzfehler.

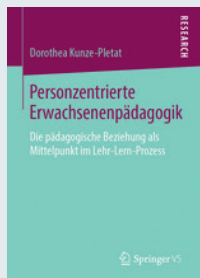
Literatur:

- Backhaus, Ulrike (2017). Personenzentrierte Beratung und Therapie bei Verlust und Trauer. München: Reinhardt.
- Fezer Schadt, Kathrin/ Erhardt-Seidl, Carolin (2018): Weitertragen. Wege nach pränataler Diagnose. Begleitbuch für Eltern, Angehörige und Fachpersonal. Salzburg: Edition Riedenburg.
- Maurer, Franziska (2017): Fehlgeburt. Die Physiologie kennen, professionell handeln. Hannover: Elwin Staude Verlag.
- BMJV. 30.01.2019, <https://www.gesetze-im-internet.de/>
- Statistisches Bundesamt. 30.01.2019, <https://www.destatis.de/DE/Startseite.html>
- BZgA. 30.01.2019, <https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/praenatal-diagnostik/>



Nicole Baden, Dipl-Heilpädagogin, Personenzentrierte Beraterin (Master of Counseling), tätig in der Schwangerschaftsberatungsstelle des Caritasverbandes für die Stadt Recklinghausen mit Schwerpunkt Psychosoziale Beratung bei Pränataldiagnostik, nach Fehl- und Totgeburt sowie nach medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch

Kontakt: n.baden@caritas-recklinghausen.de

Anzeige

Dorothea Kunze-Pletat

Personenzentrierte Erwachsenenpädagogik – Die pädagogische Beziehung als Mittelpunkt im Lehr-Lern-Prozess

Springer. Heidelberg 2019,
553 Seiten,
eBook: 49,99 Euro (ISBN 978-3-658-24545-0),
Sofcover: 64,99 Euro (ISBN 978-3-658-24544-3)

Dorothea Kunze-Pletat rekonstruiert die pädagogische Biografie C. R. Rogers' und zeigt seine Beiträge zur Erwachsenenpädagogik auf. Sie schließt eine theoretische und praxisrelevante Lücke, indem sie eine personenzentrierte Erwachsenenpädagogik konzeptualisiert. C. R. Rogers systematisierte forschungsbasiert ein theoretisches System, das eine Kommunikations-, Beziehungs-, Persönlichkeits-, Gruppen- und Lerntheorie und eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung verbindet. Basierend auf diesem Netz personenzentrierter Theorien beschreibt Dorothea Kunze-Pletat die personenzentrierte Lernförderung – das facilitation of learning – in Korrelation mit signifikantem Lernen.

Über die Autorin

Dr. Dipl. Päd. und Dipl. Soz. Päd. Dorothea Kunze-Pletat ist als Coach, psychologische Beraterin, Seminarleitung für Kommunikation und Führung und Ausbilderin von Personenzentrierten Beratern und Coachs tätig. Sie ist Geschäftsführerin von .facilitate – Institut für Personenzentrierte Kommunikation, Beratung & Pädagogik, Personenzentriertes Coaching & Leadership.

Kurz-Bewertung von Dipl. Psych. Michael Lux:

„Macht Spaß darin zu lesen! Der Umfang der zugrunde liegenden Recherchen und die Genauigkeit der Arbeitsweise machen es für mich zu einem sehr wertvollen Nachschlagewerk!“ *Dipl. Psych. Michael Lux*