

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Ausgabe 08/2008

Die Bedeutung von Identitätsarbeit in konflikthafter Entscheidungssituationen.
Reflexionen über zentrale Faktoren der Entscheidungsfindung für das Austragen
der Schwangerschaft nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom

*Dr. Marion Baldus, Heidelberg**

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>) Quelle: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit bei: www.fpi-publikationen.de/polyloge **Graduierungsarbeit aus dem Jahre 2006**

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1. EINLEITUNG | 3 |
| 2. AUSGANGSLAGE | 4 |
| 3. NARRATIVE INTERVIEWS ALS FORSCHUNGSANSATZ | 5 |
| 3.1. DIE TECHNIK DES NARRATIVEN INTERVIEWS | 6 |
| 3.2. DER KREIS DER BEFRAGTEN | 6 |
| 3.3. DER ERZÄHLSTIMULUS | 7 |
| 3.4. VERLAUF DER INTERVIEWS | 7 |
| 4. NARRATIONSTHEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN IN DER INTEGRATIVEN THERAPIE | 7 |
| 4.1. BIOGRAPHIEFORSCHUNG UND BIOGRAPHIEARBEIT | 7 |
| 4.2. BIOGRAPHIEARBEIT ALS IDENTITÄTSARBEIT | 9 |
| 4.3. SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR INTERPRETATION UND ANALYSE DER ENTSCHEIDUNGSSITUATIONEN | 10 |
| 5. VOM TRAUMAPOTENTIAL DER DIAGNOSEMITTEILUNG | 11 |
| 5.1. DAS FREMDWERDEN DES UNGEBORENEN IM EIGENEN KÖRPER | 14 |
| 5.2. NORMALITÄT DER BELASTUNGSREAKTIONEN | 17 |
| 5.3. ÜBERWINDUNGSERFAHRUNGEN | 17 |
| 6. ENTSCHEIDUNGSFINDUNG ALS IDENTITÄTSARBEIT | 18 |
| 6.1. HANDLUNGSFELDER DER IDENTITÄTSBILDUNG..... | 19 |
| 6.2. DIE ROLLE DER HERKUNFTSFAMILIE: VERORTUNGEN IN EINEM ‚NORMATIVEN KOORDINATENSYSTEM‘ | 19 |
| 6.3. BERUFLICHE SOZIALISATION UND BERUFLICHE IDENTITÄT: INSIDER-WISSEN UND KOMPETENZERWERB | 22 |
| 6.4. LEIBBEZOGENHEIT, INTUITION UND ANTIZIPATION..... | 25 |
| 6.5. VON DER FUNKTION ‚VITALER EVIDENZ‘ BEI DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG | 28 |
| 6.6. PARTNERSCHAFT | 30 |
| 7. ANSATZPUNKTE FÜR EIN MODELL DER BEGLEITUNG UND BERATUNG | 33 |
| 8. AUSBLICK UND PERSPEKTIVEN | 36 |
| 9. ZUSAMMENFASSUNG: | 37 |
| 10. LITERATURVERZEICHNIS: | 37 |

1. Einleitung

In die vorliegende Graduierungsarbeit ist eine Vielfalt an Impulsen, Reflektionen und Erfahrungen eingeflossen, die aus meiner Ausbildungszeit am Fritz-Perls-Institut und meiner beruflichen Tätigkeit in Prävention, Beratung und Fortbildung resultieren. Während meines ersten beruflichen Engagements in der Gesundheitsförderung habe ich mich intensiv mit den Themen Sexualität, Leiblichkeit, Familienplanung und Selbstbestimmung von Frauen befasst. Durch meine spätere Tätigkeit in freier Praxis habe ich dieses Themenspektrum um die Bereiche Paarberatung, ‚work life balance‘ und die Bewältigung kritischer Lebenssituationen erweitern können.

Die reichhaltigen, lebendigen Erfahrungen, die ich während meiner Zusatzausbildung zur Soziotherapeutin machen konnte, haben mich dabei sowohl für meine berufliche Tätigkeit wie auch für meinen eigenen Umgang mit „leiblichem Selbstempfinden“ (Orth 2003, 123) und „leiblicher Integrität“ (ibid., 135) nachhaltig geprägt. In meinen beruflichen und privaten Auseinandersetzungen um Frauen, Weiblichkeit und Fruchtbarkeit ist mir die Schulung und Differenzierung des eigenen leiblichen Sensoriums ein wertvolles Fundament und Instrumentarium gewesen.

Das „konsequente Denken ‚vom Leibe her‘“ (Petzold 2004a, 418), das ich auf diese Weise nicht nur theoretisch vermittelt bekam, sondern auch am eigenen Leib praktisch erfahren konnte, hat sowohl meine Arbeit mit Klientinnen und Klienten, wie auch meinen privaten Umgang mit Schwangerschaft und Geburt grundlegend geformt.

Ausgelöst durch eigene Erfahrungen in meiner zweiten Schwangerschaft als ‚Spätgebärende‘, habe ich nicht zuletzt auch deshalb zögerlich und kritisch auf das mir zugetragene Angebot pränataler Diagnostik reagiert. Ich wollte meinem zweiten Kind in dieser Hinsicht gleiche Startchancen gewähren wie meinem ersten und habe von invasiven Untersuchungen, die seinen Schutzraum penetriert hätten, abgesehen.

Der damals in Gang gesetzte Auseinandersetzungsprozess um die pränatale Suche und Selektion von Ungeborenen mit einer Behinderung hat mich in der Folgezeit weiter beschäftigt. Bei allem Eintreten für eine selbstbestimmte Sexualität und Familienplanung von Frauen fragte ich mich gleichzeitig, wie viel Entscheidungsfreiheit Frauen eingeräumt wird, falls sie sich gegen pränatale Diagnostik und gegen den Abbruch einer Schwangerschaft, bei der eine Behinderung festgestellt wurde, entschieden. Recherchearbeiten, die eine Abbruchquote von 92 % nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom ergaben (Mansfield et al. 1999), ließen mich neugierig werden auf die verbleibenden 8% der Frauen, die die Geburt des Kindes wählten. Eben diese Frauen wollte ich kennen lernen, um sie zu ihrem Entscheidungsprozess zu befragen und mit ihnen gemeinsam herauszufinden, welche biographischen und sozialen Faktoren dabei ausschlaggebend waren.

Mich interessierte, wie es einzelnen Frauen gelang, entgegen des gesamtgesellschaftlichen Trends, Behinderung zu vermeiden, das eigene, als ‚schwerwiegend behindert‘ diagnostizierte Kind in „ihren biographischen Prozess hineinzunehmen und ihm „partizipatorisch“ (Petzold 2003, 196) eine „tragende Biographie“ (ibid.) zu ermöglichen. Um diese Fragestellung zu bearbeiten, habe ich ein Untersuchungsdesign entwickelt, das die Subjektperspektive von Frauen in den Mittelpunkt stellt und sich ethischer Diskurse enthält. Im Ergebnis liegt eine qualitativ-empirische Studie vor, die direkt an den Erfahrungen der Frauen ansetzt und ihre narrative Identität widerspiegelt (Baldus 2006).

Auf der Grundlage dieser Studie reflektiere ich in vorliegender Graduierungsarbeit Fragen der narrativen Identität, der „Sinnerfassungskapazität“ (Petzold 1991a, 368 f.) und der Bewältigung und Überwindung der als Schock erlebten Diagnosestellung. Bei meinen Reflektionen und Interpretationsansätzen beziehe ich mich auf wesentliche Konzepte und Modelle der Integrativen Therapie, wie sie im besonderen von Petzold und Orth entwickelt und beschrieben wurden. Einen zentralen Stellenwert nimmt dabei der Aspekt der „inneren Kohärenz von Biographie“ (Petzold 1991a, 380) ein, die die Frauen bei ihrer Entscheidungsfindung sicher zu stellen versuchten. Ich werde dabei ihr Bemühen herausarbeiten, ihrem Selbstbild unter Rückbezug auf ihre bisherige Lebensorientierung und die Antizipation des zukünftigen Lebensentwurfs Rechnung zu tragen. Dieses Bemühen beschreibe ich als ihre individuelle Form von leiblich begründeter „Identitätsarbeit“ (Petzold 1991a, 368), die es ihnen nicht nur in der kritischen Lebensphase, sondern auch nach der Geburt des Kindes ermöglicht, die Diagnose und Behinderung biographisch zu bewältigen und ihr Sinn zu verleihen.

Darüber hinaus beschreibe ich zentrale Momente und Höhepunkte der Entscheidungsprozesse, die ich unter der Perspektive des Konzepts der „vitalen Evidenz“ (Petzold 1992a, 916f.; Petzold 2003) näher auffächere. Anhand von Textauszügen zeige ich auf, wie gerade bei einer unmittelbaren Beteiligung des (schwangeren) Leibes in einem Entscheidungskonflikt ganzheitlich erfahrbare Klarheitsmomente die Funktion wegweisender Orientierungsmarker übernehmen. Deutlich wird, dass

auch rückblickend die Momente der vitalen Evidenz im Sinne der eigenen Selbstvergewisserung der Frauen, sich ‚richtig‘ entschieden zu haben, von zentraler Bedeutung sind.

Ausgehend von diesen ausgewählten Ergebnissen der Datenanalyse stelle ich im Anschluss daran Überlegungen für ein mögliches Begleitmodell vergleichbarer Entscheidungssituationen vor. Fokussieren werde ich hierbei auf das Potential, das für mich mit dem Kernkonzept der „Fünf Säulen der Identität“ (Heinl/Petzold 1981) verbunden ist. Dieses Konzept setze ich in Bezug zu der Entscheidungsaufgabe, die unter massivem Zeitdruck und unter dem Einfluss gesellschaftlicher Zugzwänge zu leisten ist. Reflektionen über die Funktion von soziotherapeutisch fundierter Beratung und Begleitung in dem medizinisch dominierten Feld der Schwangerenvorsorge und Pränataldiagnostik schließen meine Ausführungen ab.

2. Ausgangslage

Eltern zu werden ist heute stärker denn je ein Akt planender Vernunft. Verbesserte Zugangsmöglichkeiten zu Mitteln der Familienplanung sowie der Wunsch vieler Frauen und ihrer Partner, den Zeitpunkt der Familiengründung und die Anzahl ihrer Kinder selbst zu bestimmen, haben die reproduktiven Biographien von Frauen in den letzten vier Jahrzehnten entscheidend verändert. Der Geburt des ersten Kindes gehen häufig viele Jahre der Verhütung einer Schwangerschaft oder der Verschiebung des Kinderwunsches voraus.

Dennoch zeichnen sich auch in der „zweiten Moderne“ (Alheit 2003, 10) Biographien von Frauen nach wie vor durch „strukturelle Unplanbarkeit“ (Krüger et al. 1991, cit. ibid.) und „biographische Unsicherheit“ (Wohlrab-Sahr 1993, cit. ibid.) aus. Anhand vielfältiger Untersuchungen im Bereich der Genderforschung wurde aufgezeigt, dass mit dem Beginn der Familiengründung strukturelle Ungleichheiten aufbrechen und der Wunsch vieler Frauen, Beruf und Familie zu vereinbaren, unter den Gegebenheiten insbesondere der alten Bundesländer nur unzureichend verwirklicht werden kann. Kinder zu bekommen, wird deshalb von vielen Paaren als ein ‚Risiko‘ empfunden, von dem sie nicht vorhersagen können, wie es ihr weiteres Leben beeinflussen wird.

Gleichzeitig haben sich im Bereich von Zeugung, Schwangerschaft und Geburt die technologischen Möglichkeiten rasant entwickelt. Es existiert ein eigener Markt mit einem großen Angebot an Tests und Technik, der Paaren mit Kinderwunsch Sicherheit und Entlastung für ihr Vorhaben verspricht. Natürliche Lebensprozesse wie Zeugung, Schwangerschaft und Geburt sind zunehmend technisiert und medikalisiert. Die Schattenseite dieser Entwicklung liegt in der Notwendigkeit, mit dem technologischen Angebot umgehen zu müssen und eventuell in Entscheidungssituationen zu geraten, die identitätsbelastend sein können.

Im Bereich der Pränataldiagnostik hat sich neben der regulären Schwangerenvorsorge, die als Kassenleistung abgerechnet wird, ein privater Markt von individuellen Dienstleistungen (IGeL) etabliert, der praktisch allen schwangeren Frauen die Durchführung verschiedener Untersuchungen zum Ausschluss von Behinderungen beim Ungeborenen anbietet. werdende Elternschaft ist in der westlichen Zivilisation ohne das zunehmend perfektionierte Monitoring embryonaler Wachstumsprozesse deshalb kaum noch denkbar. Ultraschall, Blutuntersuchungen und computer-gestützte Risikokalkulationen sind weit verbreitete Verfahren. Mit dem zunehmend früher einsetzenden Untersuchungen wird den werdenden Eltern suggeriert, dass sie sich – wenn sie nur alle Angebote nutzten –aktiv vor der Geburt eines behinderten Kindes schützen können. Frauen, die diese Angebote annehmen, erhoffen sich Sicherheit und Entlastung.

Nicht-invasive Verfahren, unter denen der Ultraschall in Deutschland eine zentrale Rolle einnimmt, sind wegen ihrer vermeintlichen Harmlosigkeit hoch akzeptiert (ZfTA 2001, 128). Mit der Verfeinerung der sonographischen Technologie haben sich neue Diagnosezeitfenster ergeben, in denen Abweichungen von der fetalen Entwicklung schon sehr früh gesichtet und durch nachfolgende Maßnahmen wie Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) oder Chorionzottenbiopsie (Entnahme von Chorionzottengewebe) überprüft werden können. Bei Auffälligkeiten wird aus dem als harmlos empfundenen Ultraschall allerdings ein Instrument der Verunsicherung, das Folgeentscheidungen und -

maßnahmen nach sich zieht. Auch Frauen, die zuvor der Meinung waren, ihr Kind so annehmen zu können, wie es ist, werden durch die Diagnose einer ersten Auffälligkeit zutiefst verunsichert. Bei der am häufigsten pränatal diagnostizierten Chromosomenabweichung, der Trisomie 21 (Down-Syndrom), geraten die Betroffenen in einen unausweichlichen Konflikt: Eine „Therapie“ der festgestellten Behinderung beim Ungeborenen gibt es nicht, so dass die Frauen und ihre Partner über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft entscheiden müssen. Gerade bei einer bereits weit fortgeschrittenen Schwangerschaft und einer emotionalen Bindung an das Ungeborene, empfinden Frauen dies oftmals nicht als „Wahlmöglichkeit“, sondern als ein nicht rückgängig zu machendes Dilemma, das sie nicht widerspruchsfrei auflösen können. Sie müssen sich der Frage stellen, ob sie das von einer Behinderung betroffene Kind in ihren „eigenen *biographischen Prozess*“ (Petzold 2003, 196) integrieren können und wollen oder, ob sie durch ihre Entscheidung das Leben dieses Kindes vorzeitig beenden lassen.

Diese Konfliktsituation betrifft aufgrund der voranschreitenden Diagnosemöglichkeiten immer mehr Frauen und ihre Partner. Sie müssen gegebenenfalls auch dann über Tod oder Leben des Ungeborenen entscheiden, wenn es – ohne den Zugriff von außen – zu einem späteren Zeitpunkt der Schwangerschaft evtl. auf natürlichem Wege zu einer Fehlgeburt gekommen wäre. Für die Betroffenen ist eine solche Entscheidung jedoch nicht unerheblich, ebenso wie das Durchleben einer künstlich eingeleiteten Geburt, die oft mit lang anhaltenden Wehen und Schmerzen verbunden ist. Die Entscheidung bewusst zu treffen und sich mit ihr auch im nachhinein identifizieren zu können, ist deshalb aus meiner Sicht ein wichtiger Faktor für die Verarbeitung des Erlebten und die psychosoziale Gesundheit der Betroffenen.

Mit Begleitmodellen wie sie zuerst von Ringler (1989) in Wien Ende der achtziger Jahre entwickelt wurden, wird auch an einzelnen Kliniken in Deutschland dieser Problematik zunehmend Rechnung getragen. Die Mehrheit aller Betroffenen bleibt sich in einer solchen Konfliktsituation allerdings selbst überlassen: „Insbesondere nach der Mitteilung eines positiven Befundes fühlen sich die Frauen von den ExpertInnen allein gelassen“ (Feldhaus-Plumin 2005, 300). In einer bisher unveröffentlichten Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Bildung sind die Zahlen alarmierend: Nur 7% der Frauen erhielten vor der Durchführung von pränataler Diagnostik eine humangenetische Beratung. Nach einem auffälligen Befund wurden nur 41% der Frauen medizinisch basiert beraten und lediglich 1,4% erhielten eine psychologische Beratung (Neitzel, mündl. Bericht).

Diese Leerstelle an Beratung sowie der Mangel an Erkenntnissen und Erfahrungen über Entscheidungsprozesse, die nicht in dem Abbruch der Schwangerschaft resultieren, war für mich ein Anlass, hier eine eigene Interviewstudie zu erstellen. Mich interessierten dabei nicht nur die Problemlagen, die sich für die Frauen aus den neuen technologischen Entwicklungen der pränatalen Diagnostik ergaben, sondern auch die Kettenreaktionen, die durch die Diagnose einer Behinderung des ungeborenen Kindes bei ihnen und ihrem familiären und sozialen Umfeld ausgelöst wurden.

3. Narrative Interviews als Forschungsansatz

Frauen nach ihren Erlebnissen im Umgang mit einer schwerwiegenden Entscheidung zu befragen, bedeutet, sie erneut mit einer kritischen Phase ihrer Biographie zu konfrontieren. Von Seiten der Interviewerin verlangt dies einen in besonderem Maße respektvollen und sensiblen Umgang mit der Gesprächssituation. Zu rechnen ist damit, dass der emotionale Gehalt der damaligen Lebenssituation durch die Erzählung reaktiviert und eine Konfrontation mit schmerzhaften Erinnerungen den Interviewpartnerinnen zugemutet wird (vgl. Petzold 2003, 207 f). Forschungsethisch geboten ist deshalb auf Seiten der Interviewerin nicht nur eine entsprechende Sensibilität im Umgang mit der Gesprächssituation, sondern auch die Einholung des „informed consent“ (vgl. Petzold 2003: 160) bei den zu Interviewenden; sie sollen sich bewusst für oder gegen eine Teilnahme an der empirischen Untersuchung entscheiden können.

Von großer Bedeutung für den Verlauf des Gesprächs ist außerdem die Wahl einer adäquaten Erhebungsmethode. Sie sollte eine weitgehend egalitäre Beziehungsstruktur ermöglichen und der Interviewpartnerin maximales Rederecht und maximalen Gestaltungsfreiraum für die Entfaltung der Erzählung zugestehen.

3.1. Die Technik des narrativen Interviews

Mit der von Fritz Schütze Ende der siebziger Jahre entwickelten Technik des narrativen Interviews fand ich die vorgenannten Kriterien einlösbar. Das narrative Interview trägt dem „Prinzip der Offenheit“ (Hoffmann-Riem 1994, 37) in hohem Maße Rechnung. Es stellt ein „kommunikatives Forschungsinstrument“ (Schütze 1977, 35) dar, das sich in konsequenter Weise an den „Relevanzgesichtspunkten des Informanten“ (ibid., 51) orientiert und mit einer minimalen Vorstrukturierung seitens der Forschenden auskommt.

Die Rolle der Forschenden ist in diesem empirischen Forschungsansatz von weitgehender Zurückhaltung geprägt. Durch Zugewandtheit und interessiertes Zuhören ist die Interviewerin zwar in hohem Maße mit ihrer Aufmerksamkeit präsent. Sie unterstützt durch para-sprachliche Signale (Blickkontakt, zustimmendes Nicken, „hmh“) die Aufrechterhaltung des Erzählflusses, nimmt sich aber mit eigenen Impulsen des Nachfragens zurück. Der Erzählerin wird so ein von ihr zu gestaltender Raum überlassen, um damals erlebte Situationen, Gefühle und Gedanken in eigener Regie und ohne Unterbrechungen von außen rekapitulieren zu können.

Abgesehen von einer vorbereiteten Einleitungsfrage, die den Auftrag hat, die Erzählung zu stimulieren und damit das Erzählschema in Gang zu setzen, bleibt es bei dieser hochgradig offenen Interviewform der Informantin überlassen, wie sie ihre Erzählung aufbaut und gestaltet. Die „Zuhörerrolle“ (Schütze 1977, 30) der Interviewerin besteht solange wie der Erzählfluss durch die Erzählerin selbst aufrecht erhalten wird. Erst nach dem Abschluss von Erzähleinheiten durch textliche Marker wie zum Beispiel „Ja, das waren damals so die Ideen“ (Interview Frau Aurich) übernimmt die Forschende eine aktivere Rolle, indem sie Nachfragen stellt und damit neue „Teilerzählungen“ (ibid., 30) einleitet.

Schütze hat die Technik des narrativen Interviews zunächst anhand von „Interaktionsfeldstudien“ zu Gemeindereformen entwickelt und später um den Aspekt des „auto-biographisch-narrativen Interviews“ zur Analyse von Statuspassagen erweitert. Die Analyse sprachlicher Kommunikationsschemata sowie der formalen Textstruktur von Erzählungen haben dabei kontinuierlich zur Weiterentwicklung dieser Spezialform von Tiefeninterviews geführt. Mittlerweile ist das narrative Interview zu einem Standardinstrument biographischer Forschung in den Erziehungs- und Sozialwissenschaften avanciert (Friebertshäuser 1997, 386).

Die Wirksamkeit des narrativen Interviews wird der „alltagsweltlichen Kompetenz des Informanten zum Erzählen“ (Schütze 1977, 51) zugeschrieben, die schichtunabhängig für gegeben gilt. Diese Erzählkompetenz macht sich die Forschung zu eigen, indem sie Rahmenbedingungen für den Erzählvorgang bereit stellt. Dabei vertraut sie auf die Eigendynamik des Erzählablaufs, sobald dieser erfolgreich stimuliert wurde. Dies hängt in dem Modell von Schütze ganz wesentlich von der Erzählgenerierung durch die Einleitungsfrage und die sich daran anschließende Zurückhaltung der Forschenden ab. Werden beide Kriterien erfolgreich eingehalten, so entwickelt sich ein durch „Zugzwänge“ (Schütze 1978, 60) gekennzeichnetes Erzählschema. Mit Zugzwängen sind binnenstrukturelle, dem Erzählschema inhärente Phänomene gemeint. Sie sind im Einzelnen differenziert in den Detaillierungszwang, den Gestaltschließungszwang und den Relevanzfestlegungszwang (ibid.).

Der Formulierung der Einleitungsfrage kommt also eine Schlüsselfunktion zu. Ist die Frage ‚falsch‘ formuliert, kann es passieren, dass sie nicht das erwünschte Erzählschema stimuliert, sondern beispielsweise gleich zu Beginn Erklärungen und Argumentationen provoziert. Argumentative und erklärende Elemente der Darstellung unterdrücken jedoch die Wirksamkeit des Erzählschemas (Schütze 1977, 30). Um dies zu vermeiden, muss auf sprachliche Details des Eingangstexts großer Wert gelegt werden. Die Frage muss sich nach dem ‚wie‘ und nicht nach dem ‚warum‘ erkundigen.

In umfassenden Forschungsarbeiten hat Schütze plausibel dargelegt, dass eine solchermaßen generierte Erzählung „am engsten an die zu berichtende Handlungswirklichkeit“ (ibid., 52) der Informantin anschließt. Der solchermaßen evozierte Darstellungsmodus ist durch einen hohen Rekonstruktionsgrad ausgezeichnet. Die Authentizität der rekapitulierten Ereignisse und Ereignisabläufe lässt sich dabei nicht nur an inhaltlichen, sondern auch an formalen und strukturellen Kriterien nachvollziehen.

3.2. Der Kreis der Befragten

Grundlage meiner Dateninterpretation und der darauf basierenden Reflektionen über die Bedeutung von Identitätsarbeit in konflikthaften Entscheidungssituationen bilden insgesamt zehn Interviews. Neun an der Untersuchung beteiligte Frauen hatten im Verlauf der Schwangerschaft die gesicherte

Diagnose Trisomie 21 (Down-Syndrom) erhalten und sich innerhalb unterschiedlicher Zeithorizonte für das Austragen der Schwangerschaft entschieden. Eine Interviewpartnerin erhielt eine per Triple-Test (Blutserum-Untersuchung) ermittelte Verdachtsdiagnose, die sich im Ultraschall nicht bestätigen ließ, sich nach der Geburt aber als zutreffend erwies. Die Altersspanne der teilnehmenden Frauen lag zwischen 29 und 44 Jahre zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes.

3.3. Der Erzählstimulus

Als Fokus für den Erzählstimulus wählte ich die Statuspassage werdender Elternschaft unter den „erschwerten“ Bedingungen des Wissens um die genetisch bedingte Behinderung des Ungeborenen. Dabei setzte ich an dem Zeitpunkt der vorgeburtlichen Diagnosestellung an und fragte nach dem Prozess der Entscheidungsfindung für das Austragen der Schwangerschaft. Erzählgegenstand war also der gesamte Zeitraum dieser Lebensphase von seiner Auslösung durch einen positiven pränatalen Befund (bzw. einer Verdachtsdiagnose) bis zur Geburt des Kindes. Damit zielte die Erzähleinleitung auf eine zeitlich klar „abgegrenzte Geschichtengestalt“ (Glinka 1998, 132).

Der Erzählstimulus lautete wie folgt:

„Ich möchte Sie bitten, mir zu erzählen, wie das damals bei Ihnen war. Wie war das für Sie, als Sie die Diagnose Down-Syndrom erhielten? Wie kamen Sie dann zu der Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen und das Kind zu bekommen? Mich interessiert dabei alles, was Sie damals gefühlt und gedacht haben und was Ihre Entscheidung geprägt hat.“

3.4. Verlauf der Interviews

Alle von mir angefragten Frauen sagten ihre Teilnahme im Sinne des „informed consent“ zu und zeigten eine große Bereitschaft, mir Einblick in diese konfliktreiche Phase ihrer Biographie zu geben.

Tiefgehend beeindruckt war ich von dem Grad der Detaillierung und der emotionalen Dichte der Erzählungen. In mehreren Erzählsegmenten war für mich die Präsenz des Erlebten deutlich spürbar. Sowohl am Erzählduktus wie an Mimik und Gestik ließ sich ablesen, wie einzelne Szenen und Atmosphären (s. Petzold 1992a, 900ff) aus der Zeit der Diagnosemitteilung und der Entscheidungsfindung quasi bildhaft vor den inneren Augen der Erzählenden wieder auftauchten und damit auch stimmungsmäßig gegenwärtig waren.

4. Narrationstheoretische Überlegungen in der Integrativen Therapie

Während ich mich in den bisherigen Ausführungen über Narrationen und narrative Interviews auf die Biographieforschung als einen wichtigen Ansatz der Sozialforschung bezog, der in den USA Ende der Sechziger (Glaser/Strauss) und in Deutschland Ende der Siebziger Jahre (Schütze) entwickelt wurde und aus der heutigen Forschungslandschaft nicht mehr wegzudenken ist, stelle ich im folgenden Abschnitt einige ausgewählte Überlegungen zu Biographie, Identität und narrativer Therapie in der Integrativen Therapie vor. Dabei beziehe ich mich schwerpunktmäßig auf Veröffentlichungen von Orth (2003) und Petzold (1991a und 2003).

4.1. Biographieforschung und Biographiearbeit

Offenkundig ist zunächst die inhaltliche Nähe zwischen den Konzepten der Biographieforschung und den narrationstheoretischen Überlegungen, wie Petzold sie für die Integrative Therapie fruchtbar gemacht hat (s. Petzold 1991a, 386ff). Sowohl in Therapie wie in Forschung geht es jeweils um die Befassung mit Ereignissen aus der Lebensgeschichte des Gegenübers und seiner Art der Verarbeitung dieser Ereignisse. Der wesentliche Unterschied zwischen der Handhabung und Nutzbarmachung von erzählter Biographie in Therapie und Forschung liegt in der spezifischen Zielrichtung und Zweckbindung: Während die

Biographieforschung dem Zweck wissenschaftlicher Erkenntnis dient, zielen Narrationen in der Therapie auf „Erkenntnis des Subjektes über sich selbst in Relation zu anderen und aktuellen Lebensgeschehnissen“ (ibid.). Ein weiterer Unterschied besteht in der Rollenverteilung der beteiligten Akteure. Während – wie in meinen Ausführungen unter 2.1 beschrieben – die Rolle der Forschenden von größtmöglicher Zurückhaltung geprägt ist, damit sich die Erzählgestalt frei entfalten kann, geht Petzold in der therapeutischen Interaktion von einem mutuellen Prozess, einem „wechselseitigen Erzählen“ (Petzold 1991 a, 391) aus.

Bei einer divergierenden Zielsetzung und Zweckbindung kann dennoch die therapeutisch ausgerichtete Biographiearbeit von Erkenntnissen der Biographieforschung profitieren: So lenken Ergebnisse der Erzählanalyse wie sie z.B. Hankiss (1981, cit. ibid., 377) erarbeitet hat, die Aufmerksamkeit auf unterschiedliche Strategien der Darstellung und Bewertung der eigenen Lebensgeschichte – also auf die Interpretationsarbeit, die ein Subjekt während des Erzählvorgangs bereits leistet. Über diese Interpretationsleistung erteilen die Erzählenden zugleich Auskunft über Muster und Strukturen der „Inszenierungen“ (ibid., 378) von Lebensereignissen und Lebensgeschichten. Diese Muster und Strukturen stellen in einem therapeutischen Setting mögliche Ansatzpunkte für Interventionen und Neubewertungen dar (ibid., 377).

Ein narrationstheoretisch geschulter Blick sensibilisiert für die Interpretationsleistung und „Sinnerfassungskapazität“ (ibid., 368) der Klientinnen und lenkt die Wahrnehmung der Therapeutin bei der Befassung mit Lebensgeschichten oder Lebensereignissen nicht nur auf die inhaltliche, sondern auch auf die strukturelle Ebene des Erzählten. Folgt man den Erzählanalysen Roeslers (2003, 26 ff.) so erweitert sich mit dem Konzept „archetypischer Geschichtenmuster“ (ibid.) die subjektbezogene Perspektive einer individuellen Erzählung auf subjektübergreifende, kulturell vorgegebene Prägungen und Strukturen.

In diesem Kontext der Erzählforschung und Erzählanalyse steht auch das von Petzold auf den hermeneutischen Ansatz der Integrativen Therapie übertragene terminologische Tandem von Narration und Narrativ. Während er mit dem Terminus der Narration die Reihung von Ereignissen in der im Erzählvorgang dargestellten Biographie meint, die schon eine Chronologisierung und Strukturierung enthält, definiert er Narrative als Muster, Schemata oder Strukturgerüste des Erzählgeschehens (Petzold 1991a: 386 f.), in denen sich früher durchlebte, bereits interpretierte Szenen und Episoden reflektieren.

Der erste Weg der Heilung, der durch den Fokus auf Bewusstseinsarbeit charakterisiert ist, setzt hier praxeologisch an: In dem intersubjektiven Ko-respondenzprozess zwischen Therapeutin und Klientin werden „Interpretationshilfen“ (ibid., 390) für den Lebensweg oder einzelne (kritische) Lebensereignisse erarbeitet. Insbesondere an Stellen, an denen Narrative erstarrt sind oder dominant wirken, können mithilfe von Reinterpretationsprozessen neue Sichtweisen gewonnen und Fixierungen aufgelöst werden. Die rekonstruktive Interpretation der Vergangenheit zielt dabei auf die in dem ersten Weg der Heilung beschriebene Förderung wachsender Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität: „Ziele sind Förderung von Exzentrizität, Einsicht in die Biographie, Übersicht über den Lebenskontext, **Voraussicht auf Entwicklungen** – insgesamt Sinnerleben und Evidenzerfahrungen (Petzold 2003a) sowie ein Bewusstwerden der eigenen Selbstsorge und Selbsttechniken der Subjektkonstitution“ (Petzold 2005, 713). Handlungsleitend für das therapeutische Vorgehen ist dabei das Modell der „hermeneutischen Spirale“ (ibid., 344 ff.), das mit dem Prozessablauf „Wahrnehmen – Erfassen – Verstehen – Erklären“ (ibid.) skizziert ist.

Nicht nur in therapeutischen, sondern auch in pädagogischen, heilpädagogischen oder pädagogischen Arbeitsfeldern wird das Wissen um die identitätsstiftende Wirkung von Erzählungen im Sinne der narrativen Biographiearbeit eingesetzt und weiter entwickelt. Grundlage dieses Ansatzes ist auch hier das Verständnis vom Menschen als Geschichten erzählendes Wesen. Das Erzählen wird dabei als ein Modus der Mitteilung gesehen, der dem Menschen relativ schichtunspezifisch als ein natürlicher Weg der Mitteilung jenseits der therapieschulenspezifischen Kunstform ritualisierter Kommunikation (Petzold 2003) gegeben ist.

4.2. Biographiearbeit als Identitätsarbeit

Narrationstheoretische Überlegungen, wie die von Alheit benannte „Komplementarität der Konzepte ‚Identität‘ und ‚Biographie‘“ Alheit (2003, 7) oder die Annahme „archetypischer Muster in Lebensgeschichten“ (Roesler 2003, 26 ff.) als identifizierbare Geschichtentopoi basieren auf der Vorstellung von Identität als in der Erzählung konstruierte „narrative Identität“ (ibid.). In diesem Verständnis, das von Petzold und Orth für die Integrative Therapie fruchtbar gemacht wurde, kann Identität als ein „permanentes Erzählen und Rekonstruieren von Selbstgeschichten und somit als dialogisches Selbstverstehen betrachtet werden“ (ibid., 29).

Integrative Therapie als „narrative Therapie“ (Petzold 2002, 189) begreift den Modus des Erzählens von „in ‚Verkörperungen‘ begründeter [...] Identität“ (Orth 2003, 133) als ein wichtiges Medium der Bewusstseinsarbeit. Dabei schließt sie einerseits an Entwicklungen in der angloamerikanischen und skandinavischen Psychotherapie an (s. Petzold 2002, 188), die dem Narrativen eine zunehmende Bedeutung zumessen, differenziert und distanziert sich jedoch zugleich über die Einbeziehung von anderen „Erzählformen“ - nämlich der Therapie mit kreativen Medien, der Leibarbeit oder des Psychodramas - von einer rein verbal orientierten Therapie.

Die „Arbeit an der IDENTITÄT von Menschen“ (Petzold 2002, 189), die ein „Kernbereich“ (Petzold 2004a, 413) des Interesses und der Ausrichtung der Integrativen Therapie darstellt, will die KlientInnen in ihrem Verständnis über sich selbst, in ihrer Selbstbesinnung und ihrem Selbsterleben aktiv unterstützen. In Lebenssituationen, die potentiell identitätsgefährdend sind, weil sie die Betroffenen zu überwältigen drohen, stellt bewusste Identitätsarbeit – „eingebettet in die fördernde Umwelt der therapeutischen Beziehung“ (Petzold 2004a, 395ff.) – die Chance zur Besinnung, zum Rückblick auf das bisherige und den Ausblick auf das antizipierte Leben dar. Diese Zeitperspektive, die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft umfasst, spielt gerade im Kontext mit dem Bedürfnis nach Kohärenz und Kontinuität für das eigene Leben eine wichtige Rolle: Identität enthält insofern nicht nur eine retrospektive, sondern immer auch eine „prospektive Dimension“ (Orth 2003, 133), die auch als „innovative Identität“ (Ahler 1993, 91) bezeichnet werden kann.

In dem Verständnis von „Identität als eine Prozesskategorie“ (Alheit 2003, 12) ist der Wandel und der potentielle Neu-Entwurf immer schon mitgedacht. Identität, wie sie sich nach innen und nach außen darstellt, repräsentiert in diesem Sinne lediglich eine „Momentaufnahme“ (Orth 2003, 133), und kein „abgeschlossenes bzw. abschließendes Ergebnis“ (ibid.). Insbesondere in Lebenssituationen, die eine aktive Entscheidung verlangen und mit unwiderrufbaren Weichenstellungen einhergehen, ist neben der Selbstbesinnung und Erinnerungsarbeit die Befassung mit potentiellen Zukunftsszenarien von zentraler Bedeutung. Die Fähigkeit, sich zu verändern und dennoch der- oder dieselbe zu bleiben, beschreibt dabei die Integrationsleistung einer Person, die eigene Identität als ‚Identität im Wandel‘ bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung einer hinlänglichen Kohärenz „immer wieder zu überschreiten“ (Petzold 2002a, cit. Orth 2003, 123).

Narrative Therapie in der Integrativen Therapie anerkennt die Bedeutung von Konstruktionsprozessen von Identität im Erzählvorgang, die mit dem Begriff der „narrativen Identität“ (vgl. Roesler 2003) gekennzeichnet sind. Zugleich verweist jedoch „das konsequente Denken ‚vom Leibe her‘“ (Petzold 2004a, 418), das die Integrative Therapie sowohl auf der metatheoretischen, realexplikativen wie auch praxeologischen Ebene wesentlich geprägt hat, auf ein „mehr“ als die Konstruktion von Identität in Erzählprozessen. Die biographische Arbeit in der Retrospektion wie auch der Entwurf einer „Identität in der Zukunft“ (Orth 2003, 133) umfasst in der Integrativen Therapie immer auch die leibliche Dimension und damit die Aktivierung leiblich gespeicherter Erfahrungen, Erinnerungen sowie leiblich verankerter Imaginationen für die Zukunft.

Biographiearbeit als Identitätsarbeit fokussiert deshalb auch dann, wenn Narrationen ein wichtiges Medium der therapeutischen Praxis darstellen, auf die leibliche Identität und geht gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten der Frage nach, wie sich Gefühle, Konflikte, Sze-

nen, Bilder aus der Kindheit und dem weiteren Lebenslauf leiblich eingepägt haben. Der Ausgangs- und Endpunkt von der Arbeit an sich selbst, an der eigenen Identität ist in der Integrativen Therapie immer ein leiblicher: „Wie man sich erföhlt, wie man sich spürt, bestimmt das persönliche Identitätserleben maßgeblich. Wir stehen in einer ‚Identifikation‘ mit unserem leiblichen Selbstempfinden“ (Orth 2003, 123). Wie Orth betont, nehmen wir diese Form der Selbstidentifikation meist erst dann bewusst wahr, wenn sich durch innere oder äußere Umstände oder Ereignisse Fremdheitsgeföhle einstellen. Sich selbst fremd zu werden oder sich fremd zu föhlen, sich in einem inneren Erleben oder äußeren Verhalten nicht mehr zu (er)kennen, löst Irritationen aus, die eine Vergewisserung der eigenen Identität verlangen. Nicht nur in Situationen der Bedrohung durch eine Krankheit oder Behinderung, sondern auch im Kontext von Entwicklungsaufgaben (z.B. Pubertät) oder Statuspassagen (z.B. werdende Mutterschaft) ist das leibliche Selbstempfinden zentral betroffen.

Veränderungen des Körperschemas, wie sie im Lebenslauf von Frauen insbesondere für Pubertät und Schwangerschaft konstitutiv sind, erfordern ein neues Ausbalancieren der leiblichen Identität durch Akzeptanz und Integration der Wachstums- und Entwicklungsprozesse. Da das „Erleben leiblicher Integrität“ (Orth 2003, 135) in dem Verständnis des Säulenmodells der Integrativen Therapie ein „zentrales Identitätsmerkmal“ (ibid.) darstellt, ist dieser Bereich, immer dann, wenn er durch äußere oder innere Faktoren einer subjektiv als negativ empfundenen Veränderung unterworfen wird, in seiner potentiell identitätsgeföhrenden Bedeutung besonders zu beachten: „Sie [die Biographiearbeit] muss immer zugleich Leibarbeit und Netzwerkarbeit sein – zwischenleibliche Arbeit“ (Petzold 2003, 190). Neben das Moment des Leiblichen tritt das Moment des Sozialen: der soziale und ökologische Kontext, in dem sich Leben und Lebenssituationen ereignen.

Die Einbettung von Lebensereignissen in „Kontext und Kontinuum“ (Petzold 1992a, 906 ff.) stellt sowohl für die eigenreflektorische Identitätsarbeit wie auch für das therapeutische Vorgehen ein Schlüsselkriterium dar. Durch die Einbeziehung des Lebensumfeldes auf Mikro-, Meso- und Makroebene werden Lebensereignisse nicht nur als persönliche Schicksale, sondern auch als Ausdruck einer kollektiven Geschichte, einer Epoche oder einer gesellschaftlichen Entwicklung interpretierbar. Die „Matrix sozialer Netzwerke“ (Petzold 2004a, 421) und die in diesen Netzwerken „vorfindlichen kollektiven mentalen Repräsentationen“ (ibid.) definieren die sozialen Außeneinflüsse auf die Identitätsentwicklung, die auch den Umgang mit und die innere Verarbeitung von biographischen Ereignissen prägen.

4.3. Schlussfolgerungen für Interpretation und Analyse der Entscheidungssituationen

Bei der Interpretation und Analyse der von mir erhobenen Daten zu Entscheidungsprozessen von Frauen nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom gehe ich von dem unter 4.2 skizzierten Verständnis einer narrativen Identität aus, die jedoch – unter Einbeziehung zentraler Grundannahmen der Integrativen Therapie – um den Blickwinkel des leibtheoretischen Ansatzes erweitert wird.

Auf der Grundlage eines Menschenbildes, das den Menschen als ein „Körper-Seele-Geist-Organismus, d.h. ein Leib-Subjekt“ (Petzold 1988, 37) versteht, rekurriere ich auf ein ganzheitliches Konzept von Identität, das annimmt, dass prägende Szenen aus Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter nicht nur kognitiv repräsentiert, sondern als Engramme auch leiblich internalisiert sind. In Erzählungen können solche Szenen bildhaft wieder auftauchen und die Atmosphäre kreieren, die die Szene als subjektiv strukturierte und erlebte Wirklichkeit umgab. Die Biographie der Individuen wird dabei nicht nur hinsichtlich des persönlichen Zeitkontinuums, sondern auch auf dem Hintergrund kollektiver epochaler Entwicklungen wie auch normativer Handlungserwartungen des sozialen und gesellschaftlichen Umfeldes interpretierbar.

Grundsätzlich berücksichtigen werde ich bei der Interpretation der Daten, dass sich in der Narration der einzelnen Fallgeschichte die Identitätsarbeit der Erzählerinnen bis zu dem

Zeitpunkt des Interviews niederschlägt und damit auch Auskunft darüber gibt, wie sie persönlich das kritische Lebensereignis in ihre Biographie integriert haben. Die Konzepte, die sich aus der Datenanalyse ableiten lassen, basieren folglich auf den Konzepten der Erzählerinnen über ihre Identität und den Entscheidungsprozess, wie sie sie für sich selbst bis zu dem Zeitpunkt des Interviews entwickelt haben. Im Erzählen des Erfahrenen kommt eine andere Perspektive zur Geltung als während des unmittelbaren Erlebens selbst. Dies ist ein Unterschied, den die Frauen in ihren Narrationen teilweise selbst mit reflektieren. In der Darstellung des Erlebten drückt sich sowohl die Verarbeitungsleistung wie auch die Sinnstiftungskapazität der Befragten bis zu dem Zeitpunkt des Erzählens aus.

Handlungsleitend bei meinen Reflektionen über Faktoren der Entscheidungsfindung ist das Identitätsmodell der Integrativen Therapie, das als ein Synthesemodell aus intrapsychischen und sozialisationstheoretischen Konzepten sowohl entwicklungspsychologische Erkenntnisse aus der Säuglingsforschung wie auch interaktionistische und postmoderne Reflektionen (s. Petzold 2004a) aus der Soziologie umfasst. Einen zentralen Stellenwert in meinen Ausführungen erhält die Bedeutung der leiblichen Identität und Integrität im Verlauf von Diagnosestellung und Entscheidungsfindung sowie das Bemühen der Frauen um biographische Kohärenz. Dabei werde ich aufzeigen, wie sich die Erzählerinnen in einer Kombination von Retrospektion und Antizipation mit ihrem eigenen Selbstbild und Selbstverständnis intensiv befassten, um zu einer Entscheidung zu gelangen, die aus ihrer Sicht für sie auch langfristig tragbar und in ihren Lebensweg integrierbar erschien.

5. Vom Traumapotentail der Diagnosemitteilung

Die Mitteilung an eine schwangere Frau, dass ihr Ungeborenes von einer genetisch bedingten, als „schwerwiegend“ eingestuften Behinderung betroffen ist, verstehe ich als ein existentielles, kritisches Lebensereignis, das potentiell identitätsbedrohend ist. Insbesondere, wenn es sich bei der Schwangerschaft und erwarteten Mutterschaft um einen bewusst herbeigeführten und hoch erwünschten Zustand handelt, kann die psychisch-emotionale Bedeutung einer positiven Befundmitteilung nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Aus Beschreibungen in der psychosomatisch orientierten Fachliteratur wie auch in journalistisch aufbereiteten Fallgeschichten von Frauen, die sich nach einer solchen Diagnose für den Abbruch der Schwangerschaft entschieden, wird deutlich, wie die Betroffenen auf einer leiblichen Ebene mit massiven Abwehrreaktionen gegenüber dem Ungeborenen reagierten, um den Verlust des erwünschten Kindes zu „ertragen“. Ringler (1991) beobachtete substuporöse bis stuporöse Zustände, die mit einer Empfindungslosigkeit auf der leiblichen Ebene einhergingen sowie eine „Fäkalisierung“ und Dehumanisierung des Ungeborenen.

In der Terminologie der Integrativen Therapie entsprechen die von Ringler beschriebenen Zustände der „Anästhesierung“ (Petzold 1992a, 582) des Leibes. Die Anästhesierung ist dabei als eine Form von Schutzreaktion der Betroffenen interpretierbar, die damit zunächst auf den nicht nur psychisch, sondern de facto auch physisch schmerzhaften Vorgang der durch Prostaglandine künstlich eingeleiteten Geburt des als behindert diagnostizierten Fötus reagieren. Die Anästhesierung des Leibes ist so gesehen eine hilfreiche Reaktion auf das zutiefst emotionale Erleben, ein zuvor gewünschtes und gewolltes Kind durch den eigenen Körper zu Tode gebären zu müssen. Im Verständnis der Integrativen Therapie wird dieses Erleben im memorativen Leib (ibid., 583), im Leibgedächtnis, gespeichert und kann über verschiedene Zugangswege - auch wenn es abgespaltet oder verdrängt wurde - wieder aktualisiert und einer Behandlung zugeführt werden.

Meine eigenen empirischen Daten, die ich ausschließlich bei Frauen erhoben habe, die sich gegen den Abbruch der Schwangerschaft entschieden, weisen darauf hin, dass schon allein von der Mitteilung, dass bei dem heranwachsenden Kind eine Behinderung vorliegt, eine stark traumatisierende Wirkung ausgeht. Mit Begriffen wie „Schock“ oder „Schockzustand“ beschrieben die von mir interviewten Frauen ihr emotionales Erleben. Anhand einer

Auswahl an Erzählsegmenten möchte ich an dieser Stelle einen Eindruck von der emotionalen Tragweite dieses Ereignisses geben:

„Als ich dann die Nachricht bekommen habe, (...) war ich vollkommen geschockt. Ich fand es furchtbar, ich hab' geheult, wir haben dann auch geheult, so gut zwei Tage lang. Nur noch geheult, durch die Buden gelaufen, das war schrecklich für mich.“ (Aurich)

„Trotz allem, obwohl ich mich ja innerlich darauf vorbereitet hab', es könnte so was eintreten, war es schon ein Schock. [] Und ich hatte ja / ich war dann erst mal total am Heulen, auch.“ (Franke)

„Ja, das war schrecklich, das war schrecklich. So, ´ne, als wie wenn / ja, als wie wenn man in so einen Schockzustand versetzt wird.“ (Endres)

„Es war praktisch wie / als wenn Einer / Einer tot ist. Dass man erst mal so „zack“, ne, man baut ab, ne.“ (Dessau)

„Da ist wirklich die Welt zusammengebrochen. Wir wollten eigentlich noch einen Kinderwagen kaufen gehen. Das haben wir dann alles nicht gemacht. Sind wieder zurück nach Hause, haben wirklich beide geweint, und das war dann so alles, wo wir uns gefreut hatten, so total, ja, zerstört worden.“ (Jansen)

Der Kontrast zwischen der großen Freude über das erwartete Kind und dem emotionalen Zustand nach der Diagnose ist in beinahe allen Erzählungen präsent. Der Moment der Diagnosemitteilung erscheint dabei als ein Scheidepunkt, an dem eine als glücklich empfundene Lebensphase abrupt und unwiederbringlich endet und ein neues Zeitalter beginnt. Die Metapher des Todesfalls, der Begriff der Zerstörung der Freude und des Zusammenbruchs einer Welt stehen dabei für die Endgültigkeit und die Intensität des Einschnitts in das eigene Leben.

Selbst für die Frauen, die sich im Vorfeld der Pränataldiagnostik gedanklich bereits mit der Möglichkeit des Vorliegens einer Behinderung auseinandergesetzt hatten und sich insofern vorbereitet fühlten, geht von der Diagnose eine Schockwirkung aus. In der Formulierung des *„trotz allem, obwohl“* wird dabei deutlich, dass die Dimension des Ereignisses weit über die gedankliche Antizipation hinaus geht. Die innerliche Vorbereitung und prinzipielle Offenheit gegenüber einem behinderten Kind kann insofern nur begrenzt vorbeugen. Vorkenntnisse über Pränataldiagnostik, genetisch bedingte Behinderungen, Altersrisiken und die persönliche Einstellung gegenüber behinderten Menschen stellen keinen Schutz vor der emotionalen Betroffenheit dar. Sie bilden jedoch einen ethischen Orientierungsrahmen, auf den sich die Frauen mit zunehmender Distanz wieder beziehen können.

Zunächst aber steht der Verlust des *„gesunden Kindes“* und die damit einhergehenden Kränkungen im Vordergrund:

„Ich hatte schon vorher – ich war ja 40, es ist ja ein geplantes Kind – da hatte ich mir schon Gedanken drüber gemacht, dass eben das Risiko größer für mich ist, ein Kind mit Down-Syndrom zu bekommen. Wobei ich dann auch so die Einstellung hatte, also es spielt für mich keine Rolle, ein behindertes Kind zu haben. Also für mich ist ein behindertes Kind genauso akzeptabel wie ein nicht-behindertes Kind. Aber als ich dann die Nachricht bekommen habe (...) war ich vollkommen geschockt. [] Selbst ein behindertes Kind zu bekommen, das war dann in der Situation drinnen zu stecken, nicht nur „ich hab' mit Behinderten irgendwie zu tun,“ sondern mein eigenes Kind ist behindert. Auch so der Gedanke „mit mir selbst ist irgendetwas nicht in Ordnung, wenn ich/ ´ne, ich bin einfach nicht mehr in der Lage, ein gesundes Kind zu bekommen.“ (...) Das war /das war doch vorherrschend.“ (Aurich)

Der Unterschied zwischen den prinzipiellen Überlegungen vor der Diagnose und der emotionalen Betroffenheit nach der Diagnose wird an dieser Textstelle exemplarisch deutlich. Auf einer übergeordneten Ebene, in welche die grundsätzliche, biographisch gewachsene Lebenseinstellung genauso mit einfließt wie die politische Überzeugung zum Umgang mit von Behinderungen betroffenen Menschen erschien es naheliegend, das Kind akzeptieren zu können. In der konkreten Situation der Diagnosemitteilung tritt allerdings ein unerwarteter und zuvor nicht erfahrbare Aspekt hinzu: die persönliche Kränkung über das ‚fehlerhaf-

te Produkt' des Körpers, über den als körperliche Unfähigkeit interpretierten Umstand, kein ‚gesundes‘ Kind mehr bekommen zu können. Dabei erlebt die Erzählerin die Diagnostizierung ihres Kindes zugleich als Diagnostizierung ihrer selbst und verbindet damit eine Bedrohung der eigenen leiblichen Integrität („mit mir selbst ist irgendetwas nicht in Ordnung“). Vorherrschend in den ersten Reaktionen auf die Diagnose ist die emotionale Gefühlsqualität, auch wenn sie zunächst als Widerspruch zu der grundsätzlichen Lebenseinstellung erscheint.

Wie die Mehrheit der Frauen in den Interviews betonen, waren sie innerlich davon überzeugt, dass bei ihnen und ihrem Baby alles in Ordnung sei und kein pathologischer Befund erhoben werden würde. In den Untersuchungen sahen sie einen vorwiegend bestätigenden und versichernden Charakter, den sie teilweise nicht als notwendig erachteten, da sie sich zuversichtlich fühlten. Dieses Verhalten ist ein in der Medizin bekanntes und mit dem Begriff der „Tendenz zur Selbstüberschätzung“ (Weinstein 1984, zit. n. Wüstner 2000) bezeichnetes Phänomen. „Mir wird das nicht passieren“ ist ein typisches Motto, das auch ein Teil der hier repräsentierten Frauen für sich in Anspruch nahm. Der Regelfall, der in der folgenden Textpassage zum Ausdruck kommt, war die hoffnungsvolle Erwartung, das gute Gefühl zu dem Ungeborenen auch über ein gutes Untersuchungsergebnis objektiv bestätigt zu bekommen:

„Mein Mann war auch dabei, weil uns eben eigentlich gesagt wurde, „da kann man so schön das Kind sehen“, weil er [der Pränataldiagnostiker] ja so ein besonders gutes Ultraschallgerät hat. Ich war froh, dass mein Mann dabei war, bei der Nachricht. Wir haben eigentlich immer gewusst, weil wir beide schon über vierzig waren, dass die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, ein Kind mit Trisomie 21 zu bekommen, aber es war doch immer so, dass wir dachten, „Mensch, aber gewonnen haben wir ja auch noch nie was, dann wird es uns hier ja auch nicht so treffen.“ [] Also, wir haben gefühlsmäßig nicht ganz / also haben beide nicht so damit gerechnet. Da ist man vielleicht zu sehr Optimist, freut sich zu sehr.“ (Jansen)

Aus dieser optimistischen Grundhaltung heraus entwickelt sich Momente später mit der Diagnose des Herzfehlers der schon zitierte Zusammenbruch der Welt. Gerade bei dem Diagnoseverfahren des Fehlbildungs-Ultraschalls, der in der Regel zwischen der 19. und 22. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird, kann praktisch übergangslos der eine Zustand von dem anderen abgelöst werden: Innerhalb einer extrem komprimierten Zeitachse wechseln die Frauen von dem Zustand freudiger Vorerwartung in den Zustand bitterer Realität. Auch die anderen Betroffenen aus der Untersuchungsgruppe, bei denen Parameter des Down-Syndroms durch den Fehlbildungsultraschall entdeckt worden waren, beschreiben diesen Wechsel als extrem:

„Ja, also das war erst mal so, dass ich überhaupt nicht davon ausgegangen bin, mein Kind (((lacht))) / ich bin davon ausgegangen / ich mein, das ist naiv, aber ich bin davon ausgegangen, mein Kind ist gesund, normal. [] Ich hatte eher Angst, ich verliere das Kind. [] Und dann war eben dieser Termin, die große Sonographie. Und ich bin dann da hingegangen. [] Also, ich hatte so ein inneres Gefühl, „ich will da gar nicht hingehen!“ [] Also, es war mir irgendwie unangenehm. [] Und, ehm, ja dann war da so etwas wie ein Bruch oder eine Stille. Wo er dann auf einmal aufhörte und, ehm, und mir dann sagte, dass, also so ernst, und dann eben sagte, „es gäbe wohl verschiedene Anzeichen, die darauf hinweisen, also sozusagen sieben, dass Ihr Kind das Down-Syndrom hat.“ (...) Und, ehm, tja (((kurzes Lachen))) (...) Ja, das war schrecklich, das war schrecklich. [] Und dann setzen die Gedanken ein und kreisen dann. Und, ehm, also ich denk' in mir war auch so ein „um Himmels willen nein!“ Also, ich wollte das ganz klar nicht.“ (Endres)

Deutlich wird an den zitierten Textbeispielen, dass aufgrund der unmittelbaren leiblichen Involviertheit bei der Diagnose des Ungeborenen wie auch in der Zeit danach es für die betroffenen Frauen kaum möglich ist, die Abwertung des Fötus durch die entdeckte Behinde-

nung nicht zugleich als eine Abwertung der eigenen Person zu erleben: Der Fötus ist ein Teil ihrer selbst, ein Teil ihres Leibes, der sich durch die Schwangerschaft bereits deutlich verändert hat. Mit der Abwertung des Fötus als „behindert“ oder „defekt“ fühlt sich die Frau selbst in ihrem Wert als fruchtbare und vitale Frau abgewertet und empfindet sich ob der „Fehlproduktion“ ihres Körpers als Versagerin.

„Ich fühlte mich auch in dem Augenblick irgendwie so, als hätte ich versagt. ‚Wieso kriege ich kein gesundes Kind?’ [...] Ne, obwohl das absoluter Schwachsinn ist. Aber das ist es doch, es wird von einem erwartet, dass man ein gesundes Kind bekommt“ (Clemens).

Von Seiten der Mediziner wird dieser Prozess teilweise noch verschärft: Indem sie zum Beispiel andere Merkmale des Ungeborenen, wie die seines Geschlechts, gar nicht mehr wahrnehmen, sondern es lediglich als „Trisomie 21“ handhaben. Dadurch verschärft sich die Entpersonalisierung und Neutralisierung des Kindes, das in der Vorstellung der Frauen oftmals schon sehr konkrete Züge angenommen hatte. Das Ausblenden des Geschlechts steht dabei in der Sichtweise von Frau Clemens für ein professionelles Fehlverhalten, das die betroffene Frau noch zusätzlich unter Druck setzt:

Ja, und dann auf meine Nachfrage, „welches Geschlecht?“ halt: „habe ich jetzt gar nicht mehr nachgeguckt“, so! Das war für mich dann schon so, „ei, so macht man das doch nicht, oder?“ (Clemens)

Dieses „gar nicht mehr nachgeguckt“ transportiert die Botschaft, dass das Geschlecht nicht mehr relevant ist. Im Vordergrund steht die diagnostizierte „Trisomie 21“. Das heranwachsende Kind, das für die werdende Mutter ein absolutes Wunschkind war, das das Glück einer neuen Partnerschaft besiegeln sollte, wird quasi neutralisiert, gekennzeichnet durch ein Syndrom, das in den allermeisten Fällen den Abbruch der Schwangerschaft nach sich zieht. Der Pränataldiagnostikerin mag dies nicht bewusst gewesen sein. Bei Frau Clemens kommt jedoch als Botschaft an, dass das Geschlecht deshalb keine Rolle mehr spiele, weil diese Schwangerschaft ja jetzt auf einen Abbruch hinauslaufe. Frau Clemens erlebt dieses Verhalten als Regelverletzung: „so macht man das doch nicht, oder?“

5.1. Das Fremdwerden des Ungeborenen im eigenen Körper

Nicht nur Reaktionen der MedizinerInnen, sondern auch eigenleibliche Reaktionen auf die Diagnosestellung erschweren den betroffenen Frauen auf einer unmittelbaren Ebene, den zuvor als positiv und sicher erlebten Kontakt zum Ungeborenen aufrecht zu erhalten. Das leibliche Erleben von Verbindung, Vorstellung und Kommunikation mit dem Ungeborenen wird durch das Wissen um die Chromosomenanomalie erschüttert. Die Frauen, die zuvor „guter Hoffnung“ waren und auf ihre Intuition vertrauten, fühlen sich durch die neue Ausgangslage in ihrer eigenen Wahrnehmungsfähigkeit tief verunsichert. Das Ungeborene ist nicht mehr das vitale rosige Baby (vgl. Schade 1998, 76), das sie sich in ihrer Phantasie ausgemalt hatten, sondern ein Down-Syndrom-Kind mit einer Reihe von markanten Parametern, die im Ultraschall visualisierbar waren. Anstelle des positiv besetzten Bildes des erwünschten Kindes tritt das Imago des „Prototyp des behinderten Kindes“ (Schade 1998, 33), das bei der Mehrheit der Frauen mit negativ getönten Erinnerungsbildern an frühere Szenen der Begegnung verknüpft sind.

Die besondere Vulnerabilität im Kontext mit dem Down-Syndrom besteht dabei in der Kombination von multiplen „Normverletzungen“: Neben der intellektuellen Beeinträchtigung, die mit dieser Behinderung einhergeht, ist es die Sichtbarkeit der Behinderung, die an spezifischen Parametern, die von einer starken Symbolwirkung sind, festgemacht wird. Menschen mit Down-Syndrom können in aller Regel recht eindeutig als solche identifiziert werden. Mit ihrem scheinbar homogenen Aussehen sind häufig klischeehafte Vorstellungsbilder verbunden, von denen auch die in meiner Studie befragten Frauen nicht frei sind. In mehreren Textpassagen schildern einige von ihnen, wie sehr sie sich durch das Wissen um das als „fremdartig“ erlebte Aussehen von den in ihrem Körper heranwachsenden Ungeborenen

entfremdet fühlten. Die Diagnosemitteilung ruft demnach auch auf einer sehr direkten Ebene ein leibliches Erschrecken hervor, das soweit gehen kann, dass das Ungeborene als Fremdkörper erlebt wird.

Symbolhaft für die Beschreibung des Erschreckens stehen Assoziationen einzelner Frauen zu einem „Monster“ oder „Scheusal“, das in dieser Extrembezeichnung in konträrer Position zu dem zuvor imaginierten Wunschkind steht:

„In dem Moment, wo ich die Diagnose hatte, eh, war dieses Gefühl eben, ‚das ist vollkommen fremd und, ja eben ganz schrecklich, also ein Monster‘“ (Aurich).

In der Retrospektive ordnet die Erzählerin dieses Phänomen als den entscheidenden qualitativen Unterschied zwischen der prinzipiellen Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen und der emotionalen Bedeutung, selbst ein Kind mit einer Behinderung im eigenen Leib zu tragen, ein. Während sie sich zu jeder Zeit kognitiv eindeutig von einer Gleichsetzung von Menschen mit Down-Syndrom mit der Assoziation ‚Monster‘ distanziert, beschreibt sie, wie sich diese Assoziation nach der Diagnose ungefragt einstellte, *„einfach so vom Gefühl da“* war:

„Ja, mit dem / mit dem Monster, das war ja einfach / das war ja das Gefühl / ich mein, ich kenn' ja Menschen mit Down-Syndrom. Ich empfinde die durchaus / ich sehe die nicht als Monster. Trotzdem hatte ich in dem Moment das Gefühl, ein Monster zu haben. Das bedeutet auch was Fremdes. Ich / ich / fremd, schrecklich, ehh, auch etwas, so, was ich nicht haben will. Und das muss ja einfach auch so schrecklich sein. Weil vorher war es ja irgendwo mein Kind. Dass es eben so / das muss einfach so krass auch wechseln, um / um ja vielleicht sich auch irgendwo zugestehen zu können, dass man es auch töten darf. Denn ein Kind darf ich ja nicht töten. Aber Monster darf ich ja / Monster ist ja was Schreckliches, das muss ja sozusagen auch vernichtet werden. Das darf ich ja auch. Dass es ja einfach, so vom Gefühl da war. Ich hab' mir ja jetzt nicht diese Gedanken gemacht. [] Und dass dann aber schon so, eh, eben in dieser Vorstellung, je mehr ich mich wieder dem annähern konnte, das zu bekommen, ja, umso weniger Monster musste es ja auch dann sein. [] Je mehr ich akzeptieren konnte, dass Toni eben ein Mensch mit Down-Syndrom ist, umso weniger musste er dann auch Monster sein.“ (Aurich)

Aus der Textpassage geht der komplexe Erklärungs- und Analyseprozess hervor, den Frau Aurich zur Verarbeitung des Erlebten bereits vollzogen hat. Mit ihrer Interpretationsarbeit gelingt es ihr, das emotionale Empfinden retrospektiv in ihr eigenes Selbstbild zu integrieren und ihm Sinn abzugewinnen. Damit legitimiert sie dieses Empfinden auch vor sich selbst. Denn an anderer Stelle des Interviews hatte sie dargelegt, dass sie vorher immer der Überzeugung gewesen sei, auch ein behindertes Kind fraglos annehmen zu können.

Von Erinnerungsbildern, auch wenn sie nur schlaglichtartige Eindrücke von Kindern/Menschen mit Down-Syndrom widerspiegeln, geht eine eigene Wirkmacht aus, die zu einer Entfremdung zwischen Mutter und Ungeborenem führen kann. Zwei weitere Frauen berichten von solchen Erlebnissen, die für sie in der damaligen Lebenssituation bedrängend waren, sich aber im nachhinein als ein vorübergehendes Phänomen entpuppten:

„Und das ist immer, wie ich gehört habe ‚Down-Syndrom‘, da ist es mir sofort wieder eingefallen, das ist immer so `rumgelaufen, hat immer die Zunge so draußen gehabt. Da hab' ich mir gedacht, mein Gott, hoffentlich hat das die Hanna nicht (((lacht)))“ (Huber).

„Die Nachricht selber war eben Trisomie 21, das kannten wir auch nicht so. Wir hatten richtig `ne Vorstellung, dass, eh, eh, dass das also sehr stark geistig behinderte Menschen sind, die so die Zunge raushängen lassen und halt / also wie wir das halt so kannten. „So doof wie sie sind“, hat mein Mann auch gesagt, also. Bei ihm war das im Dorf eben, dass da jemand war mit Down-Syndrom, ein Junge, und der konnte halt auch nicht reden und war auch nicht weiter gefördert worden und eher versteckt worden. Bei mir war es auch so,

dass ich auch nur (((atmet ein))) von einer anderen Familie so ein Kind wusste, was halt so ein bisschen, also auch so vom Gang her schwierig, also immer an der Hand der Mutter geführt wurde. [] Also, das waren alles für uns solche Sachen, wo wir uns nicht so viel vorstellen konnten und wo wir immer ein bisschen Angst hatten, dass wir halt auch so ein kleines Monster (((lacht))) halt bekommen.“ (Jansen).

Der Perspektivenwechsel, der sich in der Beziehung zum heranwachsenden Kind vollzieht, ist deutlich: Das Kind nimmt in der eigenen Vorstellung eine schemenhafte Gestalt an, die ein inneres ‚Zurückschrecken‘ bewirkt. Das Eigene am Kind, eine Ähnlichkeit mit seinen Eltern etc. wird dadurch das typisierte Fremde überlagert.

Ein zweiter Aspekt der Distanzierung von dem Ungeborenen wird von Frau Endres berichtet. Sie erzählt zwar nicht von stereotypen Vorstellungen oder negativ besetzten Erinnerungsbildern. Sie nennt es ein „Sich-Abkoppeln“ von dem Kind, das mit der Vergegenwärtigung der eigenen Gefühlslage zu der diagnostizierten Behinderung des Kindes einhergeht. Die Perspektive auf das Ungeborene verändert sich durch das Heraustreten aus dem zuvor symbiotischen Zustand, der von einer Distanz einnehmenden Haltung – einer Außenperspektive – abgelöst wird. Das Kind wird emotional phasenweise abgekoppelt, um es damit vor den negativen Gefühlen zu schützen. Diese Gefühle können auf diese Art und Weise zugelassen werden, ohne das Ungeborene an sie preiszugeben:

„Das war wie eine abgekoppelte Ebene, als wenn ich mich von dem Kind abkopple und das Kind wächst weiter in mir und ist ja auch weiter in mir, aber ich kopple mich ab und stell’ mich dahin und sag, „ich will das nicht“, um einfach klar zu machen, wie meine Gefühlslage dazu nun aussieht zu dieser neuen Wahrheit. Das war ja etwas wie eine neue Wahrheit, `ne, dass mir jemand sagt: „Guck, das ist so, Du kriegst so und so ein Kind.“ Und das war so, als wenn ich mich innerlich abkopple und die Schwangerschaft und alles lief natürlich weiter, aber gefühlsmäßig habe ich mich abgekoppelt und hab’ gesagt, „ich will das nicht“. Und trotzdem war mir natürlich klar, das ist nur ein künstliches Sich-Abkoppeln (((lacht))). Das Kind ist ja in mir drin, es wächst jede Sekunde weiter, es atmet; es atmet nicht, aber es wird ernährt und es wird am Leben erhalten und das mache ich ja auch.“ (Endres)

Die Gedanken, die Behinderung des Kindes nicht zu wollen, finden statt, während dasselbe Kind weiter wächst, sich bewegt, mit seinen Bewegungen spürbar ist etc. Diese Situation ist paradox: Mit den autonom ablaufenden Wachstumsvorgängen im eigenen Körper ein Kind weiter zu ernähren, das man in seiner jetzt bekannt gewordenen Verfasstheit eigentlich nicht mehr will. Die „neue Wahrheit“ annehmen zu können, bedeutet deshalb in einem ersten Schritt, diese Paradoxie aushalten zu können.

Die Frauen aus meiner Studie berichten phasenweise Unterbrechungen und qualitative Verschiebungen in dem Kommunikations- und Bindungsprozess mit dem Ungeborenen. Ein Beispiel für die phasenweise Abschwächung der Kommunikation mit dem Ungeborenen berichtet Frau Jansen, die diese qualitative Veränderung auch bei ihrem Partner in einer veränderten Zuwendung zu ihrem schwangeren Bauch wahrnimmt:

„Vorher, da hatte er [der Vater, Anm. d. Verf.] dann schon immer mal so mitgehört, ob er auch was wahrnimmt von den Bewegungen und so. Und da fand ich auch, dass es ein bisschen weniger geworden war und also auch wieder mehr so das vernunftmäßige Planen und weniger die Freude bei ihm auch so mit rauskam. Das muss man von uns beiden wirklich dazu sagen, dass das viel gedämpfter dann war, zurückgenommen war.“ (Jansen)

Der komplette Kommunikationsabbruch zwischen prospektiven Eltern und Ungeborenen wurde von Ringler im Kontext von Beratungen und Therapie nach selektivem Abbruch beschrieben und von ihr als „Ergebnis der unverarbeiteten Kränkung“ (Ringler 1991, 170) und nicht unbedingt als tatsächlich „vollzogene Trennung“ (ibid.) gedeutet. Im Umkehrschluss

kann daraus abgeleitet werden, dass der Bindungsvorgang zwischen Schwangerer und Ungeborenem bei den hier porträtierten Frauen nach einer unterschiedlich ausgeprägten Phase der Unterbrechung unter einer veränderten Perspektive fortgesetzt wird und mit einer sukzessiven Verarbeitung der Kränkung korreliert.

5.2. Normalität der Belastungsreaktionen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass für die hier skizzierten Frauen die Mitteilung der Diagnose Down-Syndrom eine starke emotionale Belastung mit teilweise weitreichenden Auswirkungen auf die psychische und physische Verfasstheit darstellte. Keine der Frauen hatte – auch bei intensiver Befassung mit der Thematik im Vorfeld – de facto mit dem Eintreten dieses Ereignisses gerechnet, sondern wurde von der Überzeugung geleitet, ein „normales“ Kind zu erwarten. Auch die antizipatorische Vorwegnahme einer möglichen Behinderung konnte in der Datenanalyse nicht als protektiver Faktor für das Traumatopotential der Befundmitteilung identifiziert werden. Vielmehr ging für alle Frauen von der pränatalen Diagnose eine Schockwirkung aus, die sich über unterschiedlich lange Zeiträume beeinträchtigend auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität auswirkte.

5.3. Überwindungserfahrungen

Innerhalb der Lebensereignisforschung wird Wert darauf gelegt, dass im Kontext einer Krise nicht automatisch von einer pathogenen Wirkung ausgegangen wird. In der Auseinandersetzung mit einem kritischen Lebensereignis ist immer auch eine Chance des Wachstums (Filipp 1990, 8) und der Überwindung (Petzold 2005, 721) enthalten. In welcher Form eine Bewältigung und Neuorientierung geleistet werden kann, hängt dabei nicht nur von biographischen Einflüssen, sondern auch von der Einbindung in ein soziales Beziehungsgefüge und dem Ausmaß an sozialer Unterstützung ab (s. Petzold 2002).

Petzold spricht im Kontext der Bewältigung von krisenhaften Situationen von „Überwindungserfahrungen“ (Petzold 2005, 721). Übertragen auf die Situation der Diagnosemitteilung und dem Entscheidungskonflikt, der damit für die Frauen verbunden war, lässt sich die zunächst traumatisierende Wirkung dieses Lebensereignisses in zweierlei Hinsicht als bewältigbar einordnen: Sowohl mit der Option des Abbruchs der Schwangerschaft als auch mit der Option des Austragens gehen potentielle Überwindungserfahrungen einher: In dem ersten Falle ginge es darum, sich für die Entscheidung ausreichend Zeit zu nehmen, sie ausreifen zu lassen, um sie auch auf lange Sicht psychisch integrieren zu können. In dem zweiten Falle kann die Bewältigung der Traumatisierung, die sich auf leiblicher Ebene insbesondere in der oben geschilderten Entfremdung vom Ungeborenen äußerte, als Überwindungserfahrung definiert werden.

In der Retrospektive lassen sich so betrachtet die Phasen der Entfremdung und der Wieder-Annäherung als Durchgangsstadien zu der notwendigen Neuorientierung interpretieren, die das Hineinwachsen in die zukünftige Lebenssituation erfordert. Voraussetzung dafür ist die Bereitschaft der Frauen, Ambiguität und Ambivalenz über einen längeren Zeitraum auszuhalten und in einen neuen Beziehungsmodus zu dem Kind zu treten. Indem es den in dieser Studie repräsentierten Frauen möglich war, entgegen leiblicher Abwehrreaktionen den Kontakt zu dem Ungeborenen nie ganz aufzugeben, sondern wieder aufzunehmen, verfügen sie über eine wesentliche, nämlich leibliche Ressource, die für die postnatale Akzeptanz des Kindes eine sichere emotionale Basis bildet.

Bei aller Traumatisierung durch die Diagnosestellung beinhaltet sie auch den positiven Aspekt, den eigenen Willen heraus differenzieren zu können und zu überprüfen, welchen der beiden möglichen Wege sie als den persönlich richtig erscheinenden einschlagen wollen. Die Entscheidungssituation kann insofern mit einer „Weggabelung“ (Petzold 2005, 120) verglichen werden, an der sich der weitere Lebensweg aktiv gestalten lässt. Dieses Moment der deutlichen Willensklärung und bewussten Entscheidung ermöglicht es den Beteiligten, das anfängliche Gefühl des hilflosen Ausgeliefertseins zu überwinden und sich selbst

wieder als AkteurInnen zu erleben. In der Retrospektive wird deshalb der durchaus schmerzhaft und zeitweise unerträglich erscheinende Entscheidungsprozess von den Frauen selbst als eine positive und konstruktive Lebenserfahrung eingeordnet, mit der sie sich in hohem Maße identifiziert fühlen:

„Weil, ich muss jetzt sagen, jetzt, wenn ich halt unser Kind kenne und derartig gern habe und auch mein Mann und mit ihm spielt, spricht und flunkert und so, dann ist es ja schon so, dass man fast ein schlechtes Gewissen haben müsste, dass wir da so stark drüber nachgedacht haben und überhaupt auf die Idee gekommen sind, eh, das abzutreiben. Dann ist es halt schon so, damals mussten wir uns die Frage so sehr stellen, so sehr das hin- und herwägen und abarbeiten „Was wollen wir?“ irgendwie so über die Situation herauswachsen. Und jetzt ist es irgendwie un-/ja schon gar nicht mehr vorstellbar.[] Ich bin also ganz froh, dass alles so hervorragend ist, dass mein Mann Julia auch so gerne mag.“
(Jansen)

In dem vorherigen Wissen um die Behinderung liegt die Chance zur antizipatorischen Bewältigung begründet. Anpassungsleistungen an die veränderte Ausgangslage, den Abschied vom imaginierten Wunschkind und die Vorbereitung auf das Leben mit einem behinderten Kind können schon in der Zeit der Schwangerschaft in Gang gesetzt werden. Auch wenn sie nicht wirklich wissen können, was sie nach der Geburt des Kindes tatsächlich erwartet, gelingt es den zukünftigen Eltern, mit der Ungewissheit und Unwägbarkeit der weiteren Zukunft umgehen zu lernen. In dieser „preparedness“ (Petzold 2005, 725) liegt eine Chance zur „sekundären Kontrolle“ (Heckhausen/Schulz 1995), die das Gefühl für die eigene Handlungsfähigkeit zurück bringt und das Unwägbarere weniger bedrohlich erscheinen lässt. Zum Zeitpunkt des ersten Kontaktes mit dem Kind verfügen die Eltern über eine wieder gewonnene Stabilität, die sie bei der Bewältigung der alltäglichen Anforderungen als Familie mit einem behinderten Kind unterstützt.

6. Entscheidungsfindung als Identitätsarbeit

In dem folgenden Kapitel werden zwei ausgewählte Handlungsfelder der Identitätsbildung vorgestellt und hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Entscheidungsverhalten der Frauen und ihrer Partner analysiert. Neben Erfahrungen in der Herkunftsfamilie sind dies Erfahrungen aus dem beruflichen Kontext.

Bei der Darstellung der Ergebnisse orientiere ich mich an der Identitätstheorie der Integrativen Therapie, die zum einen den Wechselprozess zwischen Identifikationen und Identifizierungen, also externen und internen Typisierungs- und Zuschreibungsprozessen, anerkennt und zum anderen auf die Integrationsleistung des Individuums durch „persönliche und gemeinschaftliche Hermeneutik“ (Petzold, zit. n. Orth 2003, 132) fokussiert. Identität als „Synergem von ‚social identity‘ und ‚ego identity‘ wirkt dabei“, wie in dem Abschnitt 4.2 bereits dargelegt, „formend auf das Leibselbst zurück“ (ibid).

Die Integrationsleistung der von mir interviewten Frauen sehe ich insbesondere in ihrem ausgeprägten Bemühen, sich zugunsten einer tragfähigen Entscheidungsfindung mit ihrem bisherigen Lebensweg und ihrer grundsätzlichen Lebenseinstellung zu befassen und sich darin selbst zu verstehen. Der Rückgriff auf früher geleistete Gedankenarbeit sowie auf innere ethische Überzeugungen und leibliche Sensibilitäten, die von den Frauen mit den Begriffen „Intuition“ und „innerer Stimme“ bezeichnet werden, dienen ihnen dabei als Orientierungsmarker für den einzuschlagenden Weg. Mit dem Rückbezug auf ihre biographisch gewachsene Identität und dem Entwurf ihrer zukünftigen Identität stellen sie das zunächst punktuelle Lebensereignis in einen größeren sinnstiftenden Zusammenhang. Für die Bewältigung dieser konflikthafter Lebensphase stellt aber gerade die Sinndeutung und Sinnstiftung eine „außerordentlich wichtige Strategie“ (Schmitz 2005, 143) dar: „Dem belastenden Ereignis sollte eine Erklärung beigelegt werden, die seine Einordnung in die Kontinuität des bisherigen Lebens bzw. in den eigenen Lebensentwurf ermöglicht. Ein wichtiger Schritt

scheint uns dazu in der Reflektion zu liegen, was man eigentlich will und was wichtig für die eigene Person ist“ (ibid.).

6.1. Handlungsfelder der Identitätsbildung

Bei der synoptischen Betrachtung der narrativen Interviews fallen zwei biographische Merkmale besonders markant auf: bei dem ersten Merkmal handelt es sich um die überhäufig repräsentierte frühe Erfahrung von „De-Normalisierungsprozessen“ (vgl. Rösner 2002), die sich in den Biographien von der Mehrheit der Frauen auffinden lässt. Mit dem Begriff De-Normalisierungsprozesse charakterisiere ich die durch konkrete Lebensumstände gegebenen Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten im Umgang mit Abweichungen und Variationsformen vom ‚Normalitätsmuster‘ im eigenen Nahumfeld. De-Normalisierungsprozesse können sowohl durch das Zusammenleben mit einem Familienmitglied, das von einer Behinderung oder Beeinträchtigung betroffen ist, wie auch durch die Erfahrung, selbst zu einer Minorität zu gehören, ausgelöst werden.

Diese speziellen Sozialisationsbedingungen halten Erfahrungsmöglichkeiten bereit, die in der Regel unhinterfragt und als allgemeingültig akzeptierten Definitionen von Normalität, Gesundheit und Krankheit auf einer persönlichen Ebene mit der eigenen Lebensrealität zu kontrastieren und zu relativieren. Damit einher gehen kann eine Sensibilisierung für Themen gesellschaftlicher Ausgrenzung und normativer Interpretation. Anhand der persönlichen Begegnung oder eigenen Betroffenheit stehen den Frauen im Kontext der Entscheidungsfindung „counterstories“ (Clapton 2003, 540) zur Verfügung, die für einen Erfahrungsbereich jenseits der Normalitätsmuster stehen. Dieser Erfahrungsbereich wird durch die Entscheidungsnotwendigkeit reaktiviert und zwar im Sinne des „integralen Leibgedächtnis[s]“ (Petzold 1992a, 715) als visuelle und atmosphärische Szenen aus Kindheit und Jugend.

Das zweite Merkmal, das sich als markante Parallele aus den Erzählungen der Frauen herausfiltern lässt, bezieht sich auf die berufliche Orientierung und Sozialisation: von zehn Frauen haben sieben einen Beruf ergriffen, der im Sozial- und Gesundheitswesen angesiedelt ist: neben dem Beruf der Krankenschwester und Ärztin sind es sozialpädagogisch-therapeutische Berufe sowie Tätigkeiten im Bereich von medizinischem Monitoring und medizin-technischer Assistenz. Nur drei der zehn Frauen gehören Berufsgruppen an, die außerhalb des Sozial- und Gesundheitswesens liegen.

Diese beiden Merkmale, die Erfahrung von Denormalisierungsprozessen einerseits und die berufliche Orientierung und Sozialisation andererseits, sind aus meiner Sicht von herausragendem Interesse. In ihnen verknüpfen sich zwei grundlegende Handlungs- und Erfahrungsbereiche der Identität, die den Ausgangspunkt für den Umgang mit pränataldiagnostischen Maßnahmen sowie die Bewältigung der Entscheidungsaufgabe definieren. In der eigenen Begrifflichkeit der Frauen gesprochen, handelt es sich um Erfahrungen, die sie „geprägt“, also einen wesentlichen Einfluss auf die eigene Persönlichkeitsentwicklung und das eigene Selbstverständnis genommen haben.

6.2. Die Rolle der Herkunftsfamilie: Verortungen in einem ‚normativen Koordinatensystem‘

Die Familie stellt im Regelfall die erste Sozialisationsinstanz im Leben eines Menschen dar. Wesentliche Erfahrungen des Zusammenlebens, der Aufnahme und Gestaltung von emotionalen Beziehungen und des Eingebundenseins in einen größeren soziokulturellen Zusammenhang werden in dieser sozialen Gruppe eingeübt.

Auch wenn die familiäre Sozialisation, der Verlauf der Kindheit und Jugend, kein expliziter Untersuchungsgegenstand war, spielt die Herkunftsfamilie in der narrativen Darstellung der Frauen doch in spezifischer Hinsicht eine wichtige Rolle: als Ort des Zusammenlebens und Aufwachsens, an dem erste Erfahrungen im Umgang mit Fragen des Anderssein, des Beeinträchtigt- oder Behindertseins stattfinden konnten. Im Kern der erzählten Segmente stehen Erlebnisse und Erfahrungen, die mit der Reflektion normativer Zuschreibungen und Etikettierungen einhergehen. Es handelt sich um frühe Erfahrungen, also aus der Zeitspan-

ne der Kindheit, die von den Frauen erinnert und in Kontext mit der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft gestellt werden. Die Auswahl der Erlebnisse oder Lebensumstände nach eigenen Relevanzkriterien erteilt Aufschluss darüber, welche Verbindungslinien, Verknüpfungen und Zusammenhänge die Erzählerinnen zu ihrem eigenen Entscheidungsverhalten sehen. Die Familiengeschichte, die in der Erzählung als ‚Vorgeschichte‘ eingeführt und durch die Auswahl subjektiv relevanter Aspekte pointiert wird, ermöglicht einen Blick auf das ‚normative Koordinatensystem‘, innerhalb dessen sich die Frauen selbst verorten:

„Was sicher noch aus meiner Vorgeschichte eine große Rolle spielt, ich habe einen geistig behinderten Bruder. Der ist ein Geburtsschaden. Der ist jetzt 37 Jahre alt. Und deswegen hatte ich ja auch gedacht, so, Behinderung ist für mich akzeptabel, das spielt überhaupt gar keine Rolle, weil ich ja mit einem geistig behinderten Bruder aufgewachsen bin, Wo ich dachte, das ist für mich okay. [] Wo ich dann aber gemerkt habe, dass da für mich schon ein Unterschied ist. Und zu diesem Unterschied stehe ich auch. Das ist für mich einfach/die eigene Betroffenheit war da eine andere.[] Und mein Bruder, da war nie die Diskussion drüber, darf der leben oder hat der ein Recht zu leben oder nicht zu leben, weil da eben nach der Geburt oder während der Geburt der Schaden aufgetreten ist. [] Da ist auf einmal eine Möglichkeit vorhanden, einen Abbruch zu machen. (...) Wobei ich sagen muss, ich verstehe, wenn andere das machen. Aber da war für mich auch schon `mal das Grundsätzliche. Und das eben aus meiner Biographie heraus schon die grundsätzliche Einstellung, behindertes Leben ist genauso akzeptabel wie nicht-behindertes.“ (Aurich)

Diese Textpassage verdeutlicht, wie das Großwerden mit einem behinderten Bruder bei der Erzählerin zu einer Grundposition und Grundeinstellung gegenüber dem Lebensrecht von Menschen mit Behinderungen geführt hat – zu einer bejahenden und akzeptierenden Position – die jedoch in der Situation der aktuellen persönlichen Betroffenheit und dem emotionalen Ausgeliefertsein noch einmal hinterfragt und auf ihre Stabilität hin abgeklopft wird. Die Verortung im ‚normativen Koordinatensystem‘ als eine Person, für die Behinderung akzeptabel ist, stellt einerseits eine feste, lebensgeschichtlich gewachsene Größe dar. Andererseits rückt mit der Diagnose des eigenen, erwünschten Kindes das Thema ‚Behinderung‘ so nah auf den Leib, dass damit eine neue Ausgangslage gegeben ist: trotz der vorherigen Annahme, eine Behinderung auch beim eigenen Kind annehmen zu können, treten in dem Moment der konkreten Betroffenheit ebenso Zweifel, Kränkungen und Ambivalenzen auf. Insbesondere der Fakt, durch das vorherige Wissen in die Situation versetzt worden zu sein, über das Lebensrecht des heranwachsenden Kindes diskutieren und entscheiden zu können, stellt für die Erzählerin eine veränderte Ausgangslage dar, die sie mit einer neuen, unerwarteten Dynamik konfrontiert: die Möglichkeit des Abbruchs übt auch auf sie – bei grundsätzlicher Bejahung des Lebens von Menschen mit Behinderungen – in der unmittelbaren Betroffenheit eine Sogkraft aus.

Das gemeinsame Großwerden mit einem Familienmitglied, das durch eine Behinderung oder Beeinträchtigung aus dem Normalitätsmuster herausfällt und damit auch das Normensystem der Familie beeinflusst, identifizieren zwei weitere Frauen für sich als eine basale Erfahrung, auf die sie in Entscheidungssituationen im Kontext pränataler Diagnostik zurückgreifen. Die Wichtigkeit der berichteten Erfahrungen und die Dauerhaftigkeit ihrer Einflussnahme drückt sich dabei in mehreren Fällen auch auf der sprachlichen Ebene aus: mit der Verwendung des Begriffes der „Prägung“ oder des „geprägt seins“ wird die Eindringlichkeit der Erfahrung festgehalten:

„Und gut, dann hatte ich einen Bruder, der, hmh, eine Lernbehinderung hatte. Ja, und dann auch so in der Nachbarschaft, da gibt es einen Jungen, aus einer Familie, die haben fünf Kinder, und der eine Sohn ist auch/auch geistig behindert, also ist sehr auffällig. Und wo ich merke, da wird auch einfach relativ normal damit umgegangen. []. Und damit bin ich groß geworden. Da ist niemand wegen einer Behinderung oder wegen einer Auffälligkeit ausgegrenzt worden. Man hat auch nicht über den geredet. Und mein Bruder/ich mein, ich hab‘

schon/das war sicherlich schwierig mit ihm, aber mein Bruder ist irgendwie auch zurecht gekommen in seinem Leben, und ich denke, das hat mich schon geprägt.“ (Gabriel)

Mit dieser Terminologie markiert die Erzählerin den Stellenwert dieser Kindheitserfahrungen für das eigene Leben und weist auf die Kontinuität zwischen ihrer Biographie und ihrem späteren Entscheidungsverhalten im Kontext pränataler Diagnostik hin. Dass es jedoch nicht allein der Fakt ist, mit einem lernbehinderten Bruder aufgewachsen zu sein, sondern dass die Haltung der Eltern zu diesem Fakt und zu Perfektheitsansprüchen generell Auswirkungen auf die eigene Haltung hat, illustriert ein weiteres Erzählsegment:

So/weil/ja, ich bin/meine Eltern sind beide so, dass ich denke, es sind so keine perfekten Menschen, also, die so einen Perfektheitsanspruch haben. Sie sind eher so, ja Arbeiterfamilie, so Bauernfamilie, wo ich denke, so im Vergleich zu der Familie meines Mannes, da darf einfach ganz viel sein. Und es ist/es ist normal. Also eher so etwas Handfestes auch anstatt so Ansprüche zu haben, dass man so und so sein muss.“ (Gabriel)

Die Formulierung am Satzanfang, „*ich bin/meine Eltern sind*“ weist auf die Verbindungslinie zwischen dem, was die Eltern vorgelebt haben und eigenen Vorstellungen und Anschauungen hin. Der Verzicht der Eltern auf Perfektheit setzt sich in dem Leben der Tochter fort als Verzicht auf die Durchführung pränataldiagnostischer Maßnahmen zur vermeintlichen ‚Qualitätssicherung‘ des eigenen Nachwuchses. Die grundsätzlich offene Haltung der Eltern gegenüber ‚nicht-perfekten‘ Menschen und die Erfahrung, dass der eigene Bruder, auch wenn es schwierig war, in seinem Leben zurecht gekommen ist, bildet eine Basis dafür, auch dem eigenen Kind gegenüber eine offene und abwartende Haltung einzunehmen. Damit führt die Erzählerin Faktoren aus ihrer Lebensgeschichte ein, die im Verbund mit anderen Faktoren – ihrem beruflichen Erfahrungswissen und ihrer reproduktiven Biographie - ihr Entscheidungsverhalten in einen schlüssigen und kohärenten Gesamtkontext stellen.

Aufgrund spezieller Sozialisationsbedingungen steht den zitierten Frauen ein Repertoire von Erfahrungswissen zur Verfügung, das sie schon vor Anwendung oder Ablehnung von Pränataldiagnostik einbeziehen und in dem Moment der konkreten Betroffenheit neu aktivieren. Die Definition von Normalität und der Umgang mit Normen wird von ihnen elastisch gehandhabt und differenziert betrachtet. Vor dem eigenen Erfahrungshintergrund kann normal auch das sein, was auf einer individuellen Ebene als normal – im Sinne der vorgefundenen Lebensbedingungen – empfunden wird, weil es den Alltag in einer Familie widerspiegelt und damit Normalität konstituiert:

„Wir hatten in der Nachbarschaft ein Kind, die war geistig behindert. Und mit der haben wir auch schon mal gespielt, ich fand das auch nie so/nicht so schlimm. Es war für mich eigentlich normal. [] Ja, Behinderung ist/war für mich sowieso nie so ein Sondermerkmal, weil mein Vater behindert war. Ich bin halt damit aufgewachsen, dass man halt Einschränkungen hat. War irgendwie nie für mich so der Schrecken.“ (Baumann)

Der Umstand, mit einem Familienmitglied aufgewachsen zu sein, das von einer Behinderung betroffen war, trifft auf insgesamt drei der zehn interviewten Frauen zu. Das entspricht einem Prozentsatz von 30%, was – bezogen auf den statistischen Durchschnitt – einer überproportionalen Häufigkeit gleichkommt.

Nicht nur die quantitative Korrelation, sondern insbesondere die von den Erzählerinnen selbst wahrgenommene inhaltliche Korrelation zu ihrer Entscheidung, weist auf die Bedeutung dieses biographischen Faktors hin.

Der „*Schrecken*“ oder die Angst vor Behinderung, die Frauen als häufigen Grund für die Inanspruchnahme pränataler Diagnostik angeben (vgl. Willenbring 1999) und die als ein „Ergebnis spezifischer kultureller Bedeutungsproduktion von Behinderung“ (Pieper 1995, 229) analysiert wurde, ist aufgrund der lebensgeschichtlichen Erfahrung der hier zitierten Frauen gemildert: Negativzuschreibungen und Stereotypen oder der Gleichsetzung behinderten Lebens mit leidvollem Leben setzen sie die Vertrautheit gelebter Realität entgegen

und zeichnen dadurch ein wesentlich differenzierteres und ausgewogeneres Bild. Mit den selbst gelebten „counterstories“ verfügen sie über Alternativen zu der kulturellen Bedeutungsproduktion von Behinderung, die sie zum Ausgangspunkt für die ethische Reflektion über gesellschaftlich offerierte Handlungsmöglichkeiten nehmen. Diese „counterstories“ sind dabei nicht nur kognitiv abgespeichert, sondern als „archivierte leibliche Erfahrung“ (Petzold 2005, 721), die „vergegenwärtigt werden kann und für Aufgaben in der Gegenwart oder für ein absehbares Problem in der Zukunft genutzt werden kann“ (ibid.) inkorporiert.

Die familiäre Vorgeschichte und ihre Auswirkungen auf das eigene Selbstverständnis und die eigene Identität thematisiert auch Frau Dessau, bei der nicht das Aufwachsen mit einem behinderten Familienmitglied, sondern das Aufwachsen in einer Adoptionsfamilie eine basale Sozialisationserfahrung darstellt, die ihre Lebenseinstellung geformt hat. Vor diesem Hintergrund zieht sie eine Verbindung zwischen der bedingungslosen Annahme ihres Kindes und der eigenen Biographie. Das damalige Verhalten ihrer leiblichen Mutter dient ihr – unter veränderte Vorzeichen – als Leitbild für ihr eigenes Verhalten:

„Dann bin ich von meiner Biographie her selber mit dreieinhalb Jahren adoptiert worden, weil meine Mutter hat mich auch ungewollt bekommen. Das hat mich sicherlich geprägt, dass sie mich also unter schwierigen Umständen trotzdem bekommen hat und nicht abgetrieben hat []. Ja, wie gesagt, die Adoption, dass meine Mutter eben mich trotz aller widrigen Umstände bekommen hat. Und das saß bei mir auch immer irgendwie so drin, dass ich/also, dass es nicht selbstverständlich ist, dass ich da bin.“ (Dessau)

In diesem Textausschnitt findet wiederum der Begriff „geprägt“ Anwendung und wird weiter unten noch einmal umschrieben mit der Aussage „das saß bei mir auch immer irgendwie so drin“. Auch in dieser Formulierung wird die Internalisierung dieser Daseinserfahrung deutlich und verbindet sich mit der kognitiven Erklärung, dass die eigene Existenz nicht selbstverständlich ist, zu einer konsistenten Argumentation für die Annahme des ebenfalls ungewollten Kindes, wobei sich ungewollt in diesem Fall auf das Vorliegen der Behinderung bezieht. Die biographische Erfahrung, ungewollt gewesen zu sein und dennoch das Leben geschenkt bekommen zu haben, ist in dem eigenen Bewusstsein tief verankert und bildet das Fundament für die ethische Plattform, auf der Leben insgesamt und das Lebenlassen des eigenen Kindes bewertet und reflektiert wird.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in den Erzählungen immer dann Exkurse in die eigene frühe Biographie erfolgen, wenn es um die Plausibilisierung tieferliegender Verbindungslinien, Verknüpfungspunkte und Begründungen für das eigene Entscheidungsverhalten und eigene Handlungsmaximen geht. Dabei konnte herausgearbeitet werden, dass die dargestellten familiären Szenen und Atmosphären spezifische Sozialisationsbedingungen beinhalteten, die eine kritische Auseinandersetzung mit normativen Zuschreibungen und Typisierungen befördert und für den Umgang mit Stigmatisierungen sensibilisiert haben. Ihre Verortung in einem ‚normativen Koordinatensystem‘ nehmen die Erzählerinnen eigeninitiativ als eine Klassifizierung jenseits des Mainstreams vor und demonstrieren damit zum einen ihre kritische Haltung gegenüber ausgrenzenden Normierungen und zum anderen ihre prinzipielle Offenheit gegenüber einem Kind, das Normerwartungen nicht erfüllt. Mit dem Rückgriff auf eigengelebte, leiblich archivierte Erfahrungen steht den Entscheidungsträgerinnen eine in hohem Maße private, kollektiv kaum teilbare Ausgangsbasis für ethische Reflektionen und Handlungsmaximen im Kontext des selektiven Schwangerschaftsabbruchs zur Verfügung.

6.3. Berufliche Sozialisation und berufliche Identität: Insider-Wissen und Kompetenzerwerb

Das Handlungsfeld Beruf ist neben Familie und Schule eine wichtige Sozialisationsinstanz und ein Kernbereich personaler und sozialer Identität (vgl. Beck u.a. 1976, 40; Heinl/Petzold 1981). Nicht nur in der Präsentation gegenüber der Außenwelt, sondern auch in dem eigenen Selbstverständnis und Selbstbild nimmt der Beruf einen hohen Stellenwert

ein. Neben dem Aspekt der sozialen Identität spielt der Aspekt der Akkumulation von Wissen und spezifischer Erfahrung eine Rolle. Erst durch die aktive Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe ist der direkte Zugang zu professionsspezifischen Kenntnissen sowie charakteristischen Denk- und Handlungsweisen möglich. Exakt in dieser Doppelfunktion – als eine tragende „Säule der Identität“ (s. Petzold 1991a., 596) und als ein Zugangsweg zu spezifischen Wissens- und Erfahrungsbereichen – ist das Thema Beruf und Berufserfahrung in den Narrationen repräsentiert. Anhand einiger Textbeispiele werden diese beiden Funktionsbereiche und ihre Relevanz für die Entscheidungen im Kontext pränataler Diagnostik erörtert.

Die direkteste und unmittelbarste Nähe zu einem die Pränataldiagnostik tangierenden Arbeitsbereich hat Frau Gabriel. Sie arbeitet nach ca. 20 Jahren Berufstätigkeit als Kinderkrankenschwester in der Gynäkologie, wo sie auch Frauen bei selektiven Schwangerschaftsabbrüchen betreut und begleitet. Die spezifischen Erfahrungen, die sie dort macht, tragen entscheidend dazu bei, dass sie in einen frühzeitigen Auseinandersetzungsprozess über ihre eigene Einstellung zu Pränataldiagnostik und Spätabbrüche eintritt:

„Das Eindrücklichste/da in dem Haus, wo ich arbeite, geht man so damit um, dass die/dass man den Frauen anbietet, die Kinder nachher noch anzuschauen. Und wir haben dann halt die Kinder oft nach/ ja wir haben die in so eine Nierenschale gebettet. Und ich habe die dann oft noch gesehen und dann sind das einfach normale/das sind ausgebildete Kinder/das sind fertige Kinder, und das ist einfach/also das ist halt sehr eindrücklich dann. (...) Diese Erfahrung an der Klinik war sicherlich etwas, das mich am meisten zum Nachdenken gebracht hat, von vorneherein. Vielleicht hätte ich mich sonst damit auch nicht so auseinander gesetzt. Das kann ich mir gut vorstellen.“ (Gabriel)

Über die Begleitung der Frauen beim Spätabbruch erhält sie Zugang zu einem hoch spezifischen Erfahrungsbereich, der gesellschaftlich tabuisiert ist und im Regelfall auch von den Betroffenen selbst über einen ‚inner circle‘ hinaus nicht kommuniziert wird (vgl. Schindele 1995, Rapp 1999). Beruflich bedingt wird Frau Gabriel zu einer ‚Insiderin‘, die im direkten Umgang mit Frauen, die für einen Spätabbruch auf die Station aufgenommen wurden, das konkrete Procedere und damit verbundene Details kennen lernt. Durch dieses Insider-Wissen fühlt sie sich aufgefordert, die potentielle Anwendung von Pränataldiagnostik bis zum Ende durchzudenken und auf ihre eigene Lebenssituation zu übertragen. In der Auseinandersetzung darum wird ihr deutlich, dass sie zusätzliche Information benötigt, die sie aus dem Klinikalltag alleine nicht gewinnen kann und sie erweitert ihr Wissen durch gezielte Lektüre, z. B. über die Zuverlässigkeit von Amniozentesen und die psychische Bewältigung von Spätabbrüchen. Am Ausgangspunkt dieses Reflektionsprozesses stand die eigenerlebte Erfahrung in einem hoch spezifischen und gesellschaftlich tabuisiertem Arbeitsfeld.

Ebenfalls eng an den Themenbereich der Pränataldiagnostik angelehntes Erfahrungswissen trägt Frau Aurich in ihre persönliche Entscheidungssituation hinein. Als Ärztin arbeitet sie in der Schwangerschafts-Konfliktberatung in einer politisch und konfessionell unabhängigen Beratungsstelle. Das Procedere eines Abbruchs sowie eines Spätabbruchs sind ihr aus dem beruflichen Kontext bekannt:

„Es war mir ja klar als Ärztin, wie so ein Abbruch funktioniert, ’ne, dass eine Geburt eingeleitet werden muss. Ich hatte ja nicht diese Informationen nötig, wie das abläuft, das war mir vollkommen klar.“ (Aurich)

Nicht nur die Klarheit über den Verfahrensablauf eines selektiven Schwangerschaftsabbruches, sondern auch die Kenntnis und Sicherheit in rechtlichen Fragen und Regulierungen bezieht sie aus ihrer Tätigkeit als Beraterin. Damit mobilisiert sie ein Wissen, das sie vorher in ihrer professionellen Rolle in der Beratungsarbeit mit Frauen angewendet hat, für sich in einer privaten Situation, in der sie von ihrem Ex-Mann wiederholt dazu aufgefordert wird, die Schwangerschaft abzuberechnen:

„Und beim dritten Mal, wo er damit anfing, ob ich jetzt schon so quasi den Termin zum Abbruch hätte, da hab' ich gesagt, „also, weißt Du was: es gibt den Straftatbestand der Nötigung zum Schwangerschaftsabbruch und das, was Du jetzt hier machst, das empfinde ich als Nötigung. Und wenn ich jetzt noch einmal einen Ton von Dir höre in der Richtung, dass ich einen Abbruch machen soll, dann kriegst Du eine Anzeige wegen Nötigung zum Schwangerschaftsabbruch!“ Dann war gut. Aber so knallhart musste ich also werden, 'ne, damit der nicht jedes Mal [] davon anfing, dass ich da einen Abbruch zu machen habe.“ (Aurich)

Im Rückblick bezeichnet sie ihr eigenes Verhalten als „knallhart“, worin sich noch einmal ausdrückt, wie massiv sie die Aufforderungen des Ex-Mannes, der nicht der Vater des zukünftigen Kindes ist, empfunden hat und welcher Gegenmaßnahmen es bedurfte, ihn ‚ruhig zu stellen‘. Ein Verhalten, das an dieser Stelle den Forderungen nachgegeben und sich an dem Willen des Ex-Mannes orientiert hätte, wäre konträr zu dem – auch beruflich gewachsenen – Selbstverständnis als eigenständige und emanzipierte Frau gestanden, die nicht für einen Mann – weder für den Ex-Mann, noch für den neuen Lebenspartner – einen Abbruch macht, sondern diese Entscheidung – unter Einbeziehung multipler Faktoren – in erster Linie an sich selbst orientiert. Nicht nur die professionelle Identität als Beraterin für Frauen in Schwangerschaftskonfliktsituationen, sondern auch ihr fachspezifisches Wissen sind handlungsleitend. Dabei geht es auch um das Vermeiden von einem konfligierenden Verhältnis zwischen beruflichem Selbstverständnis und privatem Handeln. Einsichten, Kenntnisse und Überzeugungen, die aus dem beruflichen Kontext als Ärztin und Beraterin stammen, wendet sie auf sich selbst und ihre Entscheidungssituation an und bemüht sich dabei, eigenen Prinzipien und Maximen treu zu bleiben.

Das Bemühen, persönliches Verhalten in einer privaten Situation mit der beruflichen Identität in Übereinstimmung zu bringen, manifestiert sich auch in der Erzählung von Frau Endres. Auch sie bezieht sich indirekt auf mögliche Konflikte und Ambiguitäten, die aus beruflich gewonnenen Überzeugungen und dem eigenen Verhalten resultieren könnten. In ihrer körpertherapeutischen Praxis hat sie über ein Jahrzehnt hinweg mit ihren KlientInnen daran gearbeitet, einen tieferen Zugang zum Körper zu finden, Empfindungen wahrzunehmen, auf Körperreaktionen zu achten und Blockaden aufzulösen. Diese Arbeit hat ihr Selbstbild und Selbstverständnis maßgeblich geprägt:

„Und ich mein', ich bin Körpertherapeutin. [] Ja, also, ich hab' Leute dazu gebracht, dass sie ihren Körper mehr fühlen, nicht dass sie ihn mehr abtöten.“ (Endres)

„Ich bin Körpertherapeutin“ steht dabei wie eine Chiffre für die eigene Identität. Mit der sich anschließenden Erläuterung betont sie auf den Punkt gebracht, worum es ihr in dieser Arbeit primär ging und stellt zugleich die Verbindung dazu her, was aus ihrer Sicht ein später Abbruch der Schwangerschaft für sie bedeutet hätte: den Körper – statt ihn mehr zu fühlen, mehr abzutöten. Mit der sprachlichen Einleitung *„und ich mein', ich bin Körpertherapeutin“* drückt sie den Selbsterklärungsgehalt dieser Aussage aus.

Letztendlich geht es um die ‚Lebenseinstellung‘, auf die sich die zitierten Erzählerinnen beziehen, wenn sie familiär oder beruflich gewachsene Überzeugungen, Leitbilder und Handlungsmaximen in ihren Erzählungen biographisch verankern. Ihre Erzählungen erhalten dadurch eine „evaluative Botschaft“ (Lucius-Hoene/Deppermann 2002, 24), durch die eine Verortung im „Universum moralischer Ordnungen und sozialer Normen“ (ibid.) erfolgt. Die Lebenseinstellung unterliegt multiplen Einflüssen und Faktoren und wird in einem dynamischen Prozess durch Erfahrungen und die Interpretation dieser Erfahrungen geformt. Vergangene Ereignisse und Erlebnisse werden dabei im Sinne der „Identitätsarbeit“ (Petzold 1991a, 368) entsprechend den Erfordernissen einer gegenwärtigen Situation restrukturiert (ibid., 375). Die Auswahl der dargestellten Inhalte stellt insofern eine Restrukturierungs- und Interpretationsleistung der Erzählerin dar.

Mit dem Rückbezug auf die Lebenseinstellung werden Linien der Kontinuität gezogen und der Ereignisentwicklung subjektive Sinnhaftigkeit verliehen. „Vergangenheit [wird] von einer Gegenwart her auf ihren Sinn hin ausgeleuchtet“ (Petzold 1991a, 370):

„Was die Lebenseinstellung/man muss auch wissen, dass ich, bevor ich Röntgenassistentin geworden bin, eigentlich Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin werden wollte und, und in unheimlich viele Bereiche und Dinge schon 'reinegeguckt habe. Ich hab' zwar direkt längere Zeit mit Down-Syndrom-Kindern nichts zu tun gehabt, hab' aber in Behindertenwerkstätten so dreimonatige Praktika gemacht. Ich hab' in der Drogenentziehung gearbeitet, ich hab' in der Geriatrie gearbeitet, ich habe einfach klinisch Kontakt mit den unterschiedlichsten, ja, Behinderungen und Ausfällen schon gehabt, dass das für mich im Grunde genommen, wenn jemand nicht der Norm entspricht, irgendwo kein Problem ist.“ (Franke)

Über den zwischenleiblichen Kontakt mit Menschen mit Behinderungen hat sie Erfahrungswerte gesammelt, die ihr im Kontext mit dem eigenen Kind einen angstfreien Umgang ermöglichen:

„Weil ich grundsätzlich keine Angst vor Behinderungen habe.“ (Franke)

Auch die nachfolgende Aussage dokumentiert noch einmal eindrücklich, wie es den betroffenen Frauen gelingt, aus der „Interpretation der eigenen Geschichte [...] Sinn für eine Gegenwart“ (Petzold 1991a, 373) abzuleiten und damit das belastende Ereignis in die Kontinuität der eigenen Biographie einzuordnen:

„Die Freundin meines Vaters, während dessen wir irgendwo im See schwammen, sagte, „und was machst Du, wenn das Kind nicht gesund ist?“ Und dann habe ich ihr geantwortet, „ja, wir sehen, wir sehen, was kommt“. Ich habe während des Studiums viel mit Behinderten gearbeitet. [...] Tja, also in nachhinein war mir das alles nicht fremd oder denke ich, es ist auch nicht komisch, dass ich gerade so ein Kind gekriegt habe (Krause).

6.4. Leibbezogenheit, Intuition und Antizipation

In beinahe allen Erzählungen weisen Textsegmente auf die Bedeutung der Ressource Leibbezogenheit und Leiblichkeit hin. Die leibliche Sensibilität für das Ungeborene ist ein entscheidender Faktor, mit der sich die Frauen – entweder bereits im Vorfeld oder im Anschluss an die Diagnose – beschäftigten. Der besondere emotionale Stellenwert der Schwangerschaft zum Zeitpunkt der Diagnosestellung hing für einen Großteil der Frauen mit der Entstehungsgeschichte der Schwangerschaft zusammen. So waren alle Schwangerschaften ausnahmslos Wunschwangerschaften, die insbesondere von einer Subgruppe von Frauen, die in einem bereits fortgeschrittenen Reproduktionsalter (38-43 Jahre) zum ersten Mal in ihrem Leben schwanger oder gewollt schwanger wurden, mit dem Gefühl eines besonderen Glücks verbunden waren. Aufgrund ihres biologischen Alters gingen sie nicht mehr selbstverständlich davon aus, ein Kind bekommen zu können.

Bei einigen der Frauen ging eine lange Geschichte der Vermeidung und Verhütung von Schwangerschaft und Elternwerden voraus: Entweder gelang es nicht, in einer bestehenden Partnerschaft Synchronizität über den Kinderwunsch herzustellen oder aber der ‚richtige‘ Partner fehlte zu dem als ‚richtig‘ erlebten Zeitpunkt der Gründung einer Familie. Durch eine längere Phase des aufgeschobenen Kinderwunsches wird die dann eingetretene Wunschwangerschaft zu einem besonders wertvollen ‚Gut‘, das mit besonderer Aufmerksamkeit und Fürsorge wahrgenommen und begleitet wird.

Aber auch für die jüngeren Frauen aus meiner Untersuchungsgruppe (29-34 Jahre) war das Eintreten der Schwangerschaft als ein glücklicher und hoch willkommener Umstand begrüßt worden. Für zwei der Frauen stellte es in einer noch relativ frischen Beziehung zu einem neuen Partner die emotionale Besiegelung des neuen Lebensglücks und Lebensab-

schnitts dar. Mit den Begriffen „Wunschkind“ und „geplantes Kind“ verdeutlichen die Frauen, dass die Schwangerschaften von Anfang an positiv besetzt waren:

Textbeispiele:

„Und vorher hatten wir uns ja so ganz riesig auf unser Kind gefreut. Das waren sicher Vorschusslorbeeren, die bei der Entscheidung geholfen haben, dass wir ja das Kind trotzdem so nehmen müssen wie es ist.“ (Jansen)

„Ja, das war eben vorher schon richtig mein Kind – war ja 14. Woche. Und wir hatten uns überlegt, mit Namen/wir hatten uns Gedanken gemacht, schon ganz früh in der Schwangerschaft, war ja ein geplantes Kind. Ich wusste dann schon auch nach wenigen Wochen, dass ich schwanger bin. [] Da haben wir uns in der siebten oder achten Woche schon auf Toni festgelegt. [] Und deswegen war das so in der siebten, achten Woche war das schon Toni.“ (Aurich)

„Und ja, dann war ich schwanger. Und ja, es war immer noch so ein Unglauben. Und wir haben uns beide sehr gefreut, sehr gefreut.“ (Krause).

„Und man muss auch noch vorausschicken, das war eigentlich auch noch ein Wunschkind.“ (Huber)

„Also ich hatte ja eine Beziehung zu dem Kind und (..) ehm, also, ich hatte mich so darauf eingestellt, dieses Kind ins Leben zu bringen.“ (Endres)

Die frühe Auseinandersetzung mit dem heranwachsenden Kind, die bei mehreren Frauen auch in der frühzeitigen Befassung mit seinem vermeintlichen Geschlecht und der Namensgebung zum Ausdruck kommt, verdeutlicht, dass bereits zu einem Zeitpunkt ein Kindkonzept besteht, in der das Ungeborene weder durch Kindsbewegungen leiblich spürbar noch in Form einer kindlichen Gestalt per Ultraschall visualisierbar ist. In dem prospektiven Lebensentwurf existiert das Kind als „Drittes“ schon sehr früh und die werdenden Mütter gehen mit ihm eine emotionale Bindung ein, auf die sie sich in dem Entscheidungsprozess zurück beziehen.

Die durch die Diagnose erlebten Entfremdungsprozesse werden in ihrer Wirkungsmacht durch die vorher bereits vorhandene Bindung an das Ungeborene sukzessive überwunden. Das Anknüpfen-Können an die erste Zeit der Schwangerschaft, in der die Frauen voller ‚guter Hoffnung‘ waren und sich das Ungeborene bereits als menschliches Gegenüber mit bestimmten Charaktereigenschaften vorgestellt hatten, hilft ihnen nach der Diagnose, die Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach einem ‚gesunden‘ Kind und dem Wissen um dessen Behinderung auszuhalten:

Textbeispiele:

„Und da bin ich einfach davon ausgegangen, wie mein Verhältnis zu dem Kind war. Ich hatte das Kind gefühlt, ich wollte das Kind, ich hatte eine Beziehung zu diesem Kind. Und dann habe ich mir vorgestellt, ich entscheide mich jetzt/ich sag’ jetzt dem Kind, „ich will Dich nicht, Du bist jetzt nicht das, was ich will, ich will Dich jetzt nicht und jetzt, ehm, wirst Du getötet!“ [] Und ich fühl’ das Kind sich bewegen, ich plan’ mein Leben, ich fang’ an, mein Leben so einzurichten, dass Raum für das Kind da ist, `ne. (Endres).

„Das ist Intuition. Und ich hatte von Anfang an, was mir jetzt bestätigt wird, ein unheimlich positives Gefühl zu meinem Kind im Bauch.“ (Franke)

„Und ich denke `mal, genau so ist irgendwie die innere Stimme.“ (Baumann)

„Ich habe meine Entscheidung aus dem Herzen und dem Menschenverstand geschlossen.“ (Dessau)

„Also das Kind fühlte immer sehr eigensinnig, aber auch, dass es sehr viel care und sehr viel Sorge nötig hat. Also, als ob man sich umstellen muss, hier nach (((zeigt auf ihren Bauch))), zum Bauch.“ (Krause).

„Aber dieses Positive, dieses ‚ich weiß zwar, Du bist behindert, aber irgendwie habe ich das Gefühl, es geht uns beiden/es geht uns beiden gut miteinander’, `ne, das ist geblieben, das

war einfach auch da. [...] Einfach dieses positive Gefühl dem Kind gegenüber, das war wirklich da. [...] Ich hab' wahnsinnig viel mit meinem Bauch gesprochen in der Zeit 'ne, innerlich. Ich weiß nicht, wie das funktioniert, das ist nach wie vor ein Rätsel für mich. Aber wir haben unheimlich viel miteinander in irgendeiner Form kommuniziert. Und Florian war auch ein ziemlich ausgeglichenes, ruhiges Kind da drin.“ (Franke)

„Und was mir auch immer klar war, das, ehm, dass ich so gedacht habe, ich kann das nicht, ein Kind, das sich schon in mir bewegt hat, abtreiben. Das geht nicht.“ (Gabriel)

Der Bezug auf den eigenen Leib war für die Frauen in zweifacher Hinsicht gegeben: in der Antizipation der physisch-psychischen Grenzen und Möglichkeiten hinsichtlich beider Optionen und in der Orientierung an der Sensibilität des Leibes für das entstehende Leben. In der Antizipation des persönlichen Erlebens nach einem potentiellen Abbruch entziehen die zitierten Frauen der verbreiteten Anschauung, dem Ungeborenen, sich selbst und der Gesellschaft als Solidargemeinschaft ‚Leid‘ zu ersparen, indem dieses Kind nicht geboren wird, auf einer individuellen Ebene die Argumentationskraft. Appelle von Professionellen wie nahestehenden Angehörigen wie *„Überlegen Sie sich das gut, das zweite Kind wird garantiert gesund!“* (Humangenetische Beraterin, Frau Dessau) oder *„Überleg' Dir das, willst du Dir das für's Leben antun?“* (Verwandte, Frau Dessau) und *„Da musst Du einen Abbruch machen!“* (Mutter und Ex-Mann, Frau Aurich) werden entkräftet durch die Gegenüberstellung mit dem befürchteten Verlust der biographischen Kohärenz und leiblichen Identität als Konsequenz eines Abbruchs. Die antizipierten Folgen dieses Entscheidungsschrittes für den eigenen Leib, im Sinne einer Einheit von Körper, Seele, Geist, werden für das persönliche Leben als die schwerwiegendere Konsequenz eingestuft:

Textbeispiele:

„Ich hatte das Gefühl, ich kann das nicht. Ich hatte das Gefühl, das überlebe ich nicht. Also, ich hatte das Gefühl, wenn ich das Kind töte, dann kann ich mich als nächstes töten. Ich hatte das Gefühl, ich ertrage das mein ganzes Leben lang nicht, das werde ich mein ganzes Leben lang nicht ertragen können, dass ich das gemacht habe.“ (Endres)

„Und dann war für mich eigentlich, ja nach so ein paar Tagen klar, dass ich den Abbruch nicht machen kann. Also, dass ich es rein von mir persönlich psychisch nicht machen kann. Dass da einfach eine Barriere ist und, ja, dass es halt unmöglich ist, das dann auch in die Tat umzusetzen.“ (Aurich)

“Und bei uns muss man in Wirklichkeit auch sagen, dass wir zwar immer kein Kind jetzt/also das wollten wir ja gar nicht, haben wir uns ja bestimmt nicht gewünscht. Würden das Rad ganz gerne zurückdrehen, geht ja auch nicht, dann lieber keins genommen zu haben. Aber so abtreiben war auch zu schwierig. Das haben wir beide nicht fertig gebracht, richtig deutlich zu sagen, „wir versuchen das noch mal, war ehm, die Schwangerschaft brechen wir ab“, so, das ging nicht. Da haben wir genau gewusst, da töten wir ja das Kind, auf das wir uns so arg gefreut haben. Und da stürzen wir uns irgendwie ins Unglück. Das war für uns beide so ein Punkt, wo wir den Entschluss so nicht geschafft hätten, deswegen da los zu gehen.“ (Jansen)

Dieses Moment der ethischen Reflektion und Orientierung an der leiblichen Identität, zu der das Ungeborene als ein Teil dazu gehört, der nur über die aktive Beteiligung bei der frühzeitigen Geburt separiert werden könnte, stellt für die Mehrheit der Frauen während und nach der Entscheidung für das Kind eine wichtige Ressource dar. Dabei versuchen sie sich – trotz teilweise massiver Ambivalenzkonflikte – in Rekurs auf ihre Intuition und Antizipation Gewissheit über die von ihnen eingeschlagene Wegrichtung zu verschaffen. Zielweisend ist dabei das Bemühen darum, lebensgeschichtliche Stimmigkeit zu erlangen. In der Bezugnahme auf das Innenleben, die *„innere Stimme“* oder den inneren Dialog verweisen die Akteurinnen auf die private Dimension dieses Prozesses und plausibilisieren ihr Handeln als folgerichtige Konsequenz der Selbstreflexion. Damit gelingt der Spagat zwischen der Mehr-

heitsmeinung („Das hätte ich abgetrieben, das verstehe ich nicht, dass Du das ausgetragen hast!“ (Kollegin von Frau Franke) und ihrer „Privatmoral“ (Neitzke 1999), der den Entscheidungsträgerinnen abverlangt wird. Von „Konformitätszwängen, mit ihren Normierungen, normativen Identitätszuschreibungen bis hin zur Stigmatisierung“ (Orth 2003, 124-125) versuchen sich die Frauen durch diesen konsequenten Selbstbezug zu befreien.

6.5. Von der Funktion ‚vitaler Evidenz‘ bei der Entscheidungsfindung

Aus der Perspektive einer zusammenfassenden Betrachtung der prozessualen Dynamiken der Fallgeschichten nehmen Augenblicke „vitaler Evidenz“ (Petzold/Sieper 1977; Petzold 2003, 151) eine Schlüsselposition ein: In ihnen wird in höchst komprimierter und intensiver Form auf mehreren Wahrnehmungsebenen das Entscheidungsergebnis greifbar. In den eigenen Worten der Frauen werden solche Momente mit Formulierungen wie „in dem Augenblick wurde mir das sonnenklar“ oder: „es gibt Momente, wo man sehr klar ist und auf einmal weiß, das ist der Weg“ skizziert.

Aus der vergleichenden Betrachtung der Prozessdynamiken wird deutlich, dass das Zustandekommen der Evidenzmomente im Kontext zu emotionalen Tiefenerlebnissen steht. Das ist ein Indikator dafür, dass emotionalen Faktoren bei der Entscheidungsfindung der Frauen eine herausragende Bedeutung zukommt.

Textbeispiele:

„Da im Krankenhaus, da war auf einmal alles sonnenklar. Aber ich musste erst auch da hin, um das zu wissen irgendwie. Da, da habe ich wirklich so einen Blick in die Zukunft getan, „ja, was ist, wenn Du das jetzt hier machst?“ Erst mal diese Vorstellung, dass ich mein Kind gebäre, damit es stirbt. Dann soll ich es auch noch in die Hand nehmen, angucken, eventuell noch Sterbebegleitung machen, wenn es noch atmet, ne. Wer kann das? Ich kann es nicht. Also, das wäre für mich was gewesen/genau, ganz klar wurde es dann an dem Punkt, als sie sagte, „ja hinterher wird schon ein bisschen Ausschabung gemacht, dafür werden Sie dann kurz narkotisiert.“ Und da habe ich gesagt, „ne, das geht nicht“, „ja wieso denn nicht?“ „Ja wenn ich narkotisiert werde, dann wache ich nicht wieder auf.“ „Wieso denn nicht?“ „Ja, ich/ich kann doch dann nicht leben, mein Kind ist tot, das geht doch nicht, das ist doch nicht richtig.“ Das heißt, ich hätte dann gedacht, ich will dann gar nicht mehr aufwachen, weil ich mich schuldig fühle und denke, ich habe was getan, was ich nicht hätte tun dürfen. „Ja, wenn Sie das denken, warum wollen Sie es dann tun?“ „Ja ich will es ja gar nicht tun.“ „Ja warum sind Sie dann hier?“ „Ja, tschüß“, so ungefähr war das dann. In dem Augenblick wurde mir das sonnenklar. Ne, das wäre für mich nicht richtig gewesen. Aber vorher, ich habe hier wirklich zwei Wochen gesessen, habe die Wände angestarrt und nur geheult und kam nicht einen Schritt weiter. Weil es war halt irgendwo Kopf und Bauch und beides rotierte. Dann hörte man immer nur hier und da von irgendwelchen Leuten irgendwelche Horrorstories.“ (Clemens)

„Ich war so durcheinander. Also, wie er das gesagt hat, habe ich gedacht, „ja“. Aber (...) Ja (...) ich denke, es gab einen Punkt bei Herrn Müller [dem Pränataldiagnostiker] und es gab den Punkt im Wald. Und das waren die Punkte, dass ich mich selber richtig tief fühlen konnte. [...] Also, durch alle Angst, durch alle die Neins. [...] Ja, ich denke, das kennt jeder. Es gibt Momente, wo man sehr klar ist und wo man auf einmal weiß: ‚Das ist der Weg!‘. Und der Rest ist mehr Unsinn, lauter Unsinn. Aber tief unten ist da/da kommt man auf einmal an emotional und denkt, ja, das wusste ich schon immer, ich wusste es bei Herrn Müller schon und ich wusste es eigentlich schon in der Schwangerschaft.“ (Krause)

„Ich bin immer so weit gekommen, dass ich zum Arzt gehe, mir eine Indikation ausstellen lasse, dass ich meinen Koffer packe, dass ich mich ins Auto setzt und ins Krankenhaus fahre. Aber ich bin nie in meiner Vorstellung in das Krankenhaus reingekommen. Und dann war für mich eigentlich, ja nach so ein paar Tagen klar, dass ich den Abbruch nicht machen kann. Also, dass ich es rein von mir persönlich psychisch nicht machen kann. Dass da ein-

fach eine Barriere ist und, ja, dass es halt unmöglich ist, das dann auch in die Tat umzusetzen“ (Aurich).

Für die eigene Entscheidung stellt die Imagination des Procederes des Spätabbruchs für die hier zitierten Frauen einen Moment der Klarheit und Kontrastierung in einem von ambivalenten und diffusen Gefühlen geprägten Entscheidungsprozess dar. Die Suche nach der Entscheidung kommt einer Suche nach den eigenen Grenzen gleich: Es geht um die Grenzen der vermeintlichen physisch-psychischen Belastbarkeit in beiderlei Hinsicht: Zum einen hinsichtlich der antizipierten Belastungen und Herausforderungen durch die Geburt des Kindes, zum anderen hinsichtlich der antizipierten Auswirkungen und Belastungen durch die bewusste Entscheidung gegen das Kind und die damit verbundene Maßnahme des späten Abbruchs der Schwangerschaft. Für die in meiner Interviewstudie erfassten Frauen stellte sich im Kontrast beider Optionen das Leben mit dem Kind als die für ihr Selbstbild und Selbstverständnis besser zu integrierende Alternative dar.

Bei der Vorstellung, durch das Abbruchprocedere hindurch gehen zu müssen, empfanden die von mir befragten Frauen hingegen eine spürbare Barriere, die sie für nicht überwindbar hielten. Die Vorstellung, eine künstliche Geburt einleiten zu lassen und das zuvor erwünschte und hoffnungsvoll erwartete Kind zu Tode zu gebären, konnten sie nicht bis zu Ende denken. In der konkreten Antizipation und Imagination dieses Szenarios resultierte für sie daraus Klarheit über den eigenen Entscheidungsweg.

Darüber hinaus interpretiere ich die Erlebnisse vitaler Evidenz auch als einen Hinweis darauf, dass es einer starken und eindeutigen Selbstvergewisserung bedarf, sich angesichts des gesellschaftlich verankerten Selektionsimperativs konträr zu diesem zu entscheiden. Die Frauen wissen ja selbst um die rationalen Argumente dafür, dieses Kind nicht auszutragen. Sie haben erfahren, dass nicht nur auf einer generellen Ebene die Gesellschaft das Austragen einer solchen Schwangerschaft weder fördert noch gutheißt, sondern dass diese Meinung auch in ihrem eigenen privaten Umfeld dominiert. Die Konformitätszwänge haben sie in den Reaktionen von MedizinerInnen, aber auch in der Mehrheit aller Fälle von eigenen Familienangehörigen gespiegelt bekommen. Sich diesen normativen Vorerwartungen zu entziehen, benötigt ein sicheres Referenzsystem, auf das sie sich auch noch im Nachhinein beziehen können, um in ihrem Identitätserleben nicht wiederholt in Bedrängnis gebracht zu werden (vgl. Orth 2003, 124-125).

Durch das Erleben von Evidenzmomenten entsteht in diesem Amalgam von Konformitätserwartungen, rationalen Abwägungen und emotionalem Empfinden ein Orientierungssystem außerhalb des gesellschaftlich-öffentlichen Diskurses. Die eigenen, als hoch persönlich und individuell erfahrenen Erkenntnis- und Klarheitsmomente bilden so ein Gegengewicht zu den von außen auf die Frauen einwirkenden Argumentationskaskaden und Handlungserwartungen.

Mit der Erfahrung und dem späteren Rekurreren-Können auf die emotionale Dimension der Entscheidung gelingt es, dem Schwergewicht der rationalen Logik etwas entgegenzusetzen, das außerhalb des eindimensionalen Bewertungskontext einer distanzierteren und von ökonomischen Interessen dominierten Gesellschaft steht und sich damit Legitimation – vor sich selbst und vor anderen – verschaffen kann. Die Sicherheit, die in den Momenten der vitalen Evidenz für die eigene Entscheidung gewonnen wird, erfüllt also zugleich zwei Funktionen: die Funktion der Orientierung und Selbstvergewisserung in der aktuellen Entscheidungsnotwendigkeit sowie die Funktion des retrospektiven Rückbezugs auf die Intensität und Prägnanz der einmal getroffenen und insofern nicht mehr rückgängig zu machenden Entscheidung.

Eine Aufspaltung in rationale Argumente und emotionale Parameter wie sie für Modelle der Entscheidungstheorie üblich ist, erweist sich bei der Analyse der Entscheidungsprozesse als künstlich. Die markanten Momente des Prozessverlaufs sind vielmehr ganzheitliche – Körper, Seele und Geist umfassende – Erlebnisse: „**Vitale Evidenz** ist die Synergie von leiblichem Erleben **und** Handeln, emotionalem Erfahren **und** Ausdrücken, rationalem Er-

fassen/Begreifen **und** Aussagen in dem Verbundensein **und** dem Sich-Verbinden mit wichtigen Menschen des sozialen Weggeleits (convoy)“ (Petzold 2003, 151).

Speziell für die Frauen, die sich nicht auf eine religiös gestützte Moral beziehen und die Entscheidung mit einem „höersymbolischen Sinnsystem“ (Pieper 1995, 384) begründen, bedarf es einer starken und eindeutigen Selbstvergewisserung, sich konträr zu dem gesellschaftlichen Mehrheitstrend zu verhalten.

6.6. Partnerschaft

In Studien zu einem „systemorientierten Untersuchungsansatz“ (Bodenmann 1997, 85) wird angenommen, dass „eine Person in Abhängigkeit ihres subjektiven Belastungsgrades im Stressbewältigungsprozess sequentiell unterschiedliche Copingressourcen in Anspruch nimmt“ (ibid.). Bodenmann hat ein sog. „Kaskadenmodell“ (ibid.) entwickelt, das von einer Aufeinanderfolge von verschiedenen Bewältigungsstrategien ausgeht. Eingangs kommen, so der Autor, vorwiegend individuelle Bewältigungsstrategien zum Einsatz, die dann durch ein „dyadisches Coping“* (ibid.) unterstützt werden und erst im dritten Schritt durch paarexterne Personen – Laien oder Professionelle – flankiert werden. Bodenmann geht von einer „Vorrangstellung des individuellen Copings vor dyadischem Coping“ (ibid.) aus.

Bei dem kritischen Lebensereignis der pränatalen Diagnosestellung handelt es sich fraglos um ein Ereignis des dyadischen Stress. Beide Partner sind annähernd gleich betroffen und von ihnen wird mit Blick auf die Zukunft eine möglichst gemeinsame Auflösung bzw. Bewältigung der Stresssituation erwartet. Beide Partner sind von der Belastung und dem Schock betroffen, wenn auch mit unterschiedlichen Konsequenzen. Im Kontext der Entscheidungssituation wird von ihnen erwartet, optimaler Weise eine gemeinsame „Zieldefinition“ (ibid., 83) zu finden, d.h. denselben Entscheidungsweg einzuschlagen bzw. am Ende ein gemeinsames Entscheidungsergebnis zu erlangen.

Diese Aufgabe beinhaltet die Gefahr, dass sich asymmetrische Machtstrukturen, eventuelle finanzielle Abhängigkeiten oder auch emotionale Abhängigkeiten in der Entscheidung reflektieren und Druck auf die Partnerin/den Partner ausüben. Die Biographieforschung hat uns für Dominanzstrukturen und „subtile Wechselwirkungen in Macht-Ohnmachts-Konstellationen“ (Orth 2003, 127) sensibilisiert und uns auf die Fragilität weiblicher Lebensläufe aufmerksam gemacht. Die „strukturelle Unplanbarkeit“ (Krüger et al. 1991, cit. Alheit 2003, 10) und „biographische Unsicherheit“ (Wohlrab-Sahr 1993, ibid.) sind typisch für Lebensverläufe von Frauen, was sich insbesondere an Statuspassagen wie werdender Elternschaft auch Anfang des 21. Jahrhunderts regelmäßig manifestiert. Nach wie vor ist ‚Elternzeit‘ vor allen Dingen ‚Frauenzeit‘: Lediglich „4,9% der Väter nahm im Jahr 2003 Elternzeit in Anspruch, nur 0,2% kümmerte sich ausschließlich um Kind und Haushalt“ (Notz 2005, 14).

Auf einer generellen Ebene ist schon deshalb davon auszugehen, dass der Löwenanteil der Sorge für das Kind bei den Frauen liegen wird. Neue Rollen- und Arbeitsteilungskonzepte zu verwirklichen, bei denen der Mann stärker eingebunden und die Frau besser entlastet wird, ist prinzipiell unter den strukturellen Bedingungen der Bundesrepublik, insbesondere der alten Bundesländer kaum möglich. Die Betreuung und das Aufwachsen eines Kindes mit Down-Syndrom erfordert zudem einen erhöhten zeitlichen und finanziellen Aufwand, bedingt durch gesundheitliche Risiken und notwendige Fördermaßnahmen.

Die von mir interviewten Frauen reflektierten dies sehr wohl während der Entscheidung, dass die Betreuung und Sorge um das Kind hauptsächlich bei ihnen liegen würde. Gleichzeitig reflektierten sie jedoch auch, dass wiederum sie es seien, die in erster Linie – am eigenen Leib – mit dem Prozedere und den möglichen Folgen eines Spätabbruchs fertig werden müssten – und nicht ihr Partner, der sie dabei lediglich würde begleiten können.

Zusätzlich stellen die unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen und eine unterschiedliche Einschätzung der Fähigkeit, mit einem ‚behinderten‘ Kind zurecht zu kommen, potentielle Hürden bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung dar. Im Sinne der individuellen

Bewältigung müssen beide Partner versuchen, für sich die eigene Position und die eigene Zielsetzung herauszukristallisieren und sich gleichzeitig in Rückkopplungsprozessen mit dem Gegenüber über dessen Position und Zielsetzung zu verständigen. Das Risiko asymmetrischer Bewältigungsversuche liegt auf der Hand. Auf der anderen Seite beinhaltet die Entscheidungsaufgabe die Chance, bei dem Gelingen eines gemeinsamen Copings die Partnerschaft zu stärken und auch als zukünftig tragfähige Lebensgemeinschaft zu bestätigen. Beispiele für beide Ereignisentwicklungen fand ich in den Erzählungen der Frauen gegeben.

Nicht in allen Fällen stellt also die Partnerschaft in dem Entscheidungsprozess und nach der Entscheidung aus Sicht der Frauen eine Ressource dar. Die Paardynamik kann gerade durch eine asymmetrische Konstellation zu einem erhöhten Belastungsprofil beitragen und den Prozess der Entscheidungsfindung verzögern. Für die überwiegende Zahl der interviewten Frauen übernimmt die Partnerschaft jedoch die Funktion einer Ressource. Indem es den meisten Paaren gelingt, sich auf eine von beiden getragene Entscheidung zu verständigen, erleben sie die Belastung als eine gemeinsame Bewältigungsaufgabe, in der beide Partner Verantwortung übernehmen und sich gegenseitig zu unterstützen versuchen. Gelingt diese Bewältigungsaufgabe, in dem sich beide Partner gegenseitig als ‚significant other‘ haben und auf einander verlassen können, so steht ihnen damit auch längerfristig ein wichtiger protektiver Faktor für die Aufrechterhaltung ihrer bio-psycho-sozialen Gesundheit zur Verfügung: „Der wichtigste Schutzfaktor für Menschen ist ein bedeutsamer, sorgender Anderer, bei Kindern ist dies ein „significant caring adult“, also ein umsorgender Erwachsener. Die Erwachsenen dagegen brauchen sich selber – also andere Erwachsene – als bedeutsame Andere [...]“ (Petzold 2003, 180).

Zu dieser ‚Schutzgemeinschaft‘ gelangen die Paare auf unterschiedlichem Wege. Während bei einer Minderheit von Paaren mit der Diagnosemitteilung ad hoc eine gleichgerichtete Zielorientierung vorhanden ist und sie sich von Anfang an gegenseitig stützen, stellt sich für die meisten anderen Paare diese Parallelität erst im Laufe der Zeit ein. Im Sinne eines kontinuierlichen Überprüfens und Einholens der Position des Gegenübers versuchen diese Paare mit Feedbackprozessen sich des Anderen zu versichern und mit zu verfolgen, an welcher Stelle in dem Entscheidungsverlauf er/sie gerade steht.

Bei allen Frauen meiner Studie stand das Bemühen und der Wunsch, gemeinsam mit ihrem Partner zu demselben Entscheidungsergebnis zu gelangen, im Vordergrund, auch wenn die Überlegung, ob sie das Leben mit einem behinderten Kind auch alleine bewältigen könnten, von einigen von Anfang an mit einbezogen wurde.

Textbeispiele für eine zunächst asymmetrische Ausgangslage:

„Und ich wusste, dass ich nicht für meinen Mann einen Abbruch mache. Das hätte ich ihm ewig vorgeworfen. Und ich denke, unsere Partnerschaft wäre auch kaputt gegangen dadurch. Also, das war meine Vorstellung. Und deswegen habe ich gedacht, das muss meine Entscheidung sein. Er muss sich entscheiden, ob er das mittragen will oder nicht.“ (Gabriel)

“Und es war schon, denke ich, ein anderes Empfinden bei Albert. Also, er hat sicherlich die Tendenz gehabt zum Abbruch hin. Also, wobei ich sagen muss, er hat also nie zu mir gesagt, „Du musst einen Abbruch machen!“ Das hätte ich ihm nämlich nie verzeihen können. Wenn er so gesagt hätte, „Du musst!“ Sondern er hat immer so gesagt, „ich/mir geht es nicht gut damit, also, ich komme damit nicht klar, das Kind zu haben. Ich möchte lieber gar kein Kind als so ein Kind.“ Er ist also immer bei sich geblieben. Das konnte ich auch akzeptieren, weil mir ging es ja auch dreckig, ich wollte ja auch nicht so ein Kind haben. [] Und er hat dann schon also auch eher zum Abbruch hin tendiert. Und er war ja auch bei der Humangenetikerin dabei und, ehh, was dann auch sehr hilfreich war/waren die Gespräche, auch so für uns klar zu machen, so sieht er das und so sehe ich das.“ (Aurich)

Textbeispiele für eine als symmetrisch empfundene Ausgangslage:

„Mein Mann hat immer von vorneherein komplett dahinter gestanden, Und dass wir das schaffen werden, [] Wir haben ein sehr gutes/`ne sehr gute Ehe und wir verstehen uns auch in solchen Dingen sehr gut und dadurch ging's, dass wir eine Einheit waren – waren und auch noch sind.“ (Baumann)

„Von meinem Mann – ist auch wieder Intuition, weil er redet ja nicht so viel – da wusste ich, der steht hinter mir, `ne, das ist einfach so. [] Ich kenne erstens meinen Mann lange genug und/und auch meine ganze Familie. Ich kann mich da wirklich drauf verlassen, 'ne.“ (Franke)

„Aber mein Mann hat eben zu mir gestanden und das war von vorneherein klar, da gab es keine Krise in der Ehe oder so. [] Und da hatte ich aber, Gott sei Dank, die Gewissheit, mein Mann verlässt mich deswegen nicht. Also das haben wir wirklich zu zweit so durchgestanden.“ (Dessau)

„Und haben dann eben versucht, eben diese ganzen Infos einzuholen, aber waren eigentlich beide in der Hinsicht, eh so/also auch mein Mann – das war natürlich sehr wichtig, das war ganz ganz wichtig, dass er/da habe ich auch immer wieder so nachgefragt, nachgebohrt, ob er wirklich auch so denkt. Aber es ging ihm genauso, das würde er auch von der Kraft her nicht fertig bringen, das Kind zu töten, auch so.“ (Jansen)

„Es war wirklich so, ich habe die Entscheidung alleine zu Hause getroffen. Es war aber auch so, dass er vollständig damit einverstanden war. Er hat dann noch am Telefon gesagt, „dass er mich dafür nur noch mehr liebt. [] Und das war dann auch für mich klar/also das war zwischen uns kein Thema mehr. Also das war/ist auch heute, das sagt er heute, ‚das ist für mich überhaupt kein Thema‘.“ (Endres)

Nicht immer, so geht aus den Beispielen hervor, finden die Entscheidungen zusammen mit dem Partner statt, im Sinne von verbalen Feedbackprozessen. Gerade am Beispiel von Frau Endres wird deutlich, dass sie sich auf ihre intuitive Einschätzung verlässt, ihren Partner nicht aktiv mit einbezieht, was aber zum Teil der Situation geschuldet ist, dass sie bei der Diagnosemitteilung und die ersten zwei Tage danach alleine war. Die Haltung, die Entscheidung als ureigene Entscheidung zu definieren, die prioritär mit der eigenen Identität und Integrität vereinbar sein muss, kommt in ihrer Erzählung – ähnlich wie schon bei Frau Aurich, Frau Krause und Frau Gabriel – deutlich zum Ausdruck. Jede der genannten Frauen wählt ihren eigenen Weg, dieses Ziel nicht aus den Augen zu verlieren. Die Orientierung an der eigenen Position ist für die Frauen zentral und notfalls riskieren sie dafür die Auflösung der Partnerschaft.

Während für acht der zehn Frauen auch Monate und Jahre nach der Geburt des Kindes die Partnerschaft noch besteht und als belastbar und unterstützend erlebt wird, war es in zwei Fällen nicht möglich, sie aufrecht zu erhalten.

Für diese beiden Frauen, die letztendlich – gegen ihre eigene Intention und Hoffnung – alleinerziehend sind, sind die Belastungen im Alltag stark erhöht. Beide Frauen berichten über den Mangel an Entlastungsphasen und Solidarität durch den Kindsvater. Die Alleinverantwortung für das Kind ist besonders in Krisensituationen, bei Krankheit oder Entwicklungskomplikationen, eine schwere Bürde. Die Frauen empfinden ihre Situation dabei als eine ‚doppelte Stigmatisierung‘ (vgl. Orth 2003, 127): als Mutter eines Kindes mit einer Behinderung und als Alleinerziehende:

„Also ich bin in doppelter Hinsicht einsam. Weil ich eben alleinerziehend bin und weil ich eine behinderte Tochter habe.“ (Endres)

Die Kriterien einer ‚Normalfamilie‘ werden von den Frauen gleich in zweifacher Hinsicht nicht erfüllt (vgl. Petzold 2003, 182). Das kann zu einer Situation führen, in der der Mangel an sozialem und emotionalem Rückhalt die eigene Belastbarkeit und Gesundheit tangiert. Der Aufbau sozialer Netzwerke in Form von Freundschaften, Laienorganisationen und externen Betreuungsformen für das Kind kann dem partiell entgegen wirken. „Externe Unterstützung, Förderung, Ermutigung“ (vgl. Petzold et al. 1993, cit. Müller/Petzold 2002, 185)

können „Gefühle der Ohnmacht“ (ibid.) reduzieren und „den Einfluss adversiver Ereignisse und Ereignisketten“ (ibid.) ausgleichen. Der Zugang zu sozialen Ressourcen wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen oder Elternvereine stellt deshalb eine Einflussgröße für die Entwicklungschancen nicht nur des Kindes, sondern auch der Mutter, des Vaters und – wo vorhanden – der Geschwister dar. Von den interviewten Frauen selbst wurde insbesondere die positive Aufnahme und Akzeptanz des Kindes in integrative Einrichtungen als sehr entlastend und unterstützend erlebt. Neben den „internalen protektiven Faktoren“ (ibid.) spielen „externale - spezifische und unspezifische Einflussgrößen des sozioökologischen Mikrokontextes (Familie, Freunde, significant caring adults, Wohnung) - “ (ibid.) eine für die längerfristige Bewältigung der herausfordernden Lebenssituation eine markante Rolle.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Mehrheit der Frauen auf die emotionale Unterstützung durch den Lebenspartner zurückgreifen konnte. Für diese Frauen stellte sich die tragfähige Partnerschaft als eine wesentliche soziale Ressource und ein protektiver Faktor heraus, der ihnen half, die Belastungen und Herausforderungen der Entscheidung für die Geburt eines Kindes mit Behinderung positiv zu bewältigen. Emotionale Nähe zwischen den Partnern und der Zusammenhalt erwies sich für sie als eine extrem wichtige soziale Ressource. Dass es acht von zehn Partnerschaften gelungen ist, sich durch die Entscheidungsaufgabe und die Geburt des Kindes nicht auseinander dividieren zu lassen, ist eine Erfahrung, die ihnen wahrscheinlich auch zukünftig hilft, ihre Lebensgemeinschaft durch potentielle weitere Krisen hindurch zu navigieren.

7. Ansatzpunkte für ein Modell der Begleitung und Beratung

Mit der Neufassung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes 1995 wurde ein Rechtsanspruch auf Beratung in allen eine Schwangerschaft betreffenden Fragen festgeschrieben. Dies betrifft auch Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik. Im Bewusstsein der Öffentlichkeit sowie bei den FrauenärztInnen ist dieser Rechtsanspruch aber bisher wenig verankert. Viele Frauen erhalten jenseits der medizinischen Aufklärung keinerlei Beratung und werden sogar dann, wenn bei ihnen ein auffälliger Befund diagnostiziert wurde, weder auf ihr Recht auf Beratung hingewiesen noch an eine kompetente Stelle weiter geleitet (vgl. Feldhaus-Plumin 2005, 300).

Auch die Frauen meiner Studie haben nur unzureichenden Zugriff auf eine psychologisch orientierte Beratung gehabt. Lediglich in drei von zehn Fällen wurde eine Beratung vermittelt. Zwei Paare initiierten Beratungsgespräche selbst. Alle anderen Beteiligten hatten jenseits des Gesprächs mit dem Pränataldiagnostiker oder dem Gynäkologen keinerlei weiterführende Begleitung oder Beratung. In einer Mischung aus selbstinitiiierter Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen, Stiftungen, Hebammen und anderen betroffenen Familien bemühten sich diese Paare um eine eigenständige Bewältigung ihrer Lebenssituation. Dies kostete ihnen viel Kraft und Energie und im nachhinein bedauerten sie es sehr, dass es ihnen an dieser Stelle nicht leichter gemacht wurde. Das zentrale Bedürfnis der Frauen und ihrer Partner lag dabei darin, auf kompetente Professionelle zu treffen, die sie in ihrer ambivalenten Konfliktsituation annehmen, nicht be- oder verurteilen würden und Verständnis für ihre Situation entgegen brächten.

Genau diesem Bedürfnis könnte eine soziotherapeutisch fundierte psychosoziale Beratung entgegen kommen. Ihre Stärke würde darin liegen - in Abgrenzung zu einer medizinisch orientierten Beratung - insbesondere den psychodynamischen Aspekten des Wissens um die Behinderung Raum und Zeit zu geben, um sie einer Bearbeitung zugänglich zu machen. Ambivalenzen und Unsicherheiten, Zuneigungen und Abwehrreaktionen, Ängste und Kränkungen wie sie die Frauen in den Interviews selbst beschrieben, könnten dadurch Würdigung und Beachtung erhalten, ohne sie vorschnell als Indizien für die Notwendigkeit des schnellen Abbruchs der Schwangerschaft zu interpretieren, wie das im System der Medizin häufig geschieht (vgl. Rauchfuß 2001).

Neben dem Eingehen auf emotionale Aspekte der Diagnosestellung und Entscheidungssituation wäre im Rahmen einer soziotherapeutischen Beratung die Reflektion der Einstellungen, Werte und Ressourcen der KlientInnen sinnvoll. Es ist wichtig, die Optionen des Austragens wie auch des Abbruchs der Schwangerschaft dabei vor dem Hintergrund des individuellen Lebenskontinuums der Klientin zu reflektieren (Retrospektion und Antizipation) und weder die eine noch die andere Entscheidung zu präjudizieren.

Der in der Datenanalyse herausgearbeiteten Bedeutung ganzheitlicher Erkenntnismomente (vitale Evidenz) könnte in dem Beratungsgeschehen Rechnung getragen werden, indem die Klientinnen ermutigt werden, konkrete Szenen der jeweiligen Zukunftsentwürfe zu imaginieren und sich mit dem emotionalen Gehalt dieser Entwürfe zu befassen. Dies kann durch den Einsatz kreativer Medien sinnvoll unterstützt werden.

Eckpunkte für ein Beraterisches Vorgehen

Im folgenden stelle ich konkrete Eckpunkte für ein Beraterisches Vorgehen nach positivem Befund dar. Die aufgeführten Eckpunkte habe ich aus den Ergebnissen über die Verlaufsanalyse der Entscheidungsprozesse abgeleitet und versuche, diese auf einer praxeologischen Ebene fruchtbar zu machen. Dabei beschränke ich mich hier auf den Zeitraum während der Entscheidungsfindung. Ausgehend von einer umfassenden Qualifikation der Beraterin in Integrativer Therapie, skizziere ich stichpunktartig ein mögliches Vorgehen:

- Kontakt herstellen und tragfähig gestalten
- emotionale Akzeptanz signalisieren
- Ergebnisoffenheit und ergebnisoffene Unterstützung seitens der Beraterin sicherstellen
- psychische Verfassung wahrnehmen und berücksichtigen: das ‚Trauma‘ der Diagnosemitteilung unabhängig von evtl. bereits signalisierten Entscheidungstendenzen anerkennen und Raum für emotionale Entlastung gewähren
- Beratungsanliegen und Beratungsauftrag herausfiltern: Was ist der Status Quo? Welche Unterstützung in welchen Bereichen braucht/sucht die Klientin/das Paar? Wo waren sie schon, welche Informationen und Botschaften bringen sie mit? Haben sie ein spezielles Beratungsanliegen? Wie war ihr Zugang und ihre Vorgeschichte zur PND?

Besteht das Beratungsanliegen in dem Bedürfnis, eine Unterstützung für den Entscheidungsprozess zu erhalten, ergeben sich daraus folgende Ansatzpunkte:

- Zeithorizonte für die Entscheidungsfindung und potentiellen Zeitdruck aufgreifen und thematisieren
- bedarfsgerechte Informationen vermitteln
- Paardynamik/Paarkonstellation wahrnehmen und berücksichtigen
- Koalitionen mit einem Partner/Partnerin vermeiden
- ‚Normalität‘ der psychischen und leiblichen Reaktionen, der Ambivalenzen, der Entfremdungsgefühle, der Trauer, Enttäuschung etc. vermitteln und als ein normales Stadium des ‚Krisenverlaufs‘ verstehen helfen; evtl. anhand eines Modells von prototypischen Krisenverläufen die Hoffnung auf das ‚Durchschreiten der Talsohle‘ und die Bewältigung aktivieren (vgl. Schnyder 1993).
- personale und soziale Ressourcen analysieren/mobilisieren
- dabei verschiedene Identitätsbereiche beachten (Petzold 1992a, 596):
 - Leiblichkeit
 - Soziales Netzwerk/Freunde/Familie
 - Arbeit und Leistung
 - Materielle Sicherheit
 - Werteund die KlientInnen bei der Reflektion und Erarbeitung dieser Identitätsaspekte unterstützen
- mit den Fähigkeiten der KlientInnen zur Imagination und Antizipation arbeiten

- die eigene Fähigkeit zur Wahrnehmung von Ambiguitäten und Diskrepanzen einsetzen
- eine systemisch-ökologische Sichtweise praktizieren: den gesellschaftlichen und familiären Kontext nicht ausklammern, sondern mit einbeziehen
- Leitstellenfunktion anbieten (Case Management): für die Entscheidungsfindung evtl. noch einzuholende Informationen, Kontakte, Recherchen etc. vermitteln und eine kontinuierliche Rückkoppelung ermöglichen (setzt interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kenntnis der diesbezüglichen Versorgungsstruktur voraus)
- Kontinuität der Hilfe-/Unterstützungsleistungen zusichern, auf Wunsch auch für die Zeit nach der Entscheidungsfindung
- Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu anderen Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen etc. anbieten

Eine Begleitung des Entscheidungsprozesses und die Ermutigung zu einer Auseinandersetzung mit sehr persönlichen Themen und Gefühlen rechtfertigt sich allein aus dem Auftrag der Klientin. Deshalb ist es unablässig, den Punkt der Auftragsklärung einzuhalten, auch in dem Wissen darum, dass dies in einer emotional belastenden Situation nicht leicht umzusetzen ist.

Ein Berücksichtigen der verschiedenen Identitätsbereiche der KlientInnen entlang des Modells der „fünf Säulen der Identität“ (ibid.), bietet die große Chance zu einem angeleiteten strukturierten Reflektionsprozess. Es bringt Übersichtlichkeit in die komplexe Textur von potentiell widerstreitenden Aspekten und bezieht den zentralen Identitätsbereich der Leiblichkeit in die Betrachtungen aktiv mit ein. Vor dem Hintergrund meiner Interpretationsergebnisse sehe ich in diesem Konzept ein hochgradig geeignetes praxeologisches Modell, das in als einer existentiell empfundenen Entscheidungssituation eine qualifizierte Klärungshilfe darstellen kann.

Sehr positive Erfahrungen habe ich in meiner eigenen Tätigkeit mit dem Einsatz kreativer Medien (s. Petzold/Orth 1990; Baer 2004; Richter 1997) gemacht. Besonders in Entscheidungs- und Konfliktsituationen bietet sich die Arbeit mit gestalterischen Medien an, um Ambivalenzen, Polaritäten und Verwicklungen auch visuell darzustellen. Thematische Schwerpunktsetzungen wie die Arbeit mit „Gefühlssternen“ (Baer 2004, 96 f.) „Konfliktogrammen“ (Petzold/Orth 1990, 624) „Das Selbst im Konflikt“ (ibid.), „Ressourcenfeldern“ (ibid.), „Säulen der Identität“ (ibid.) oder – in Anlehnung an das „Lebenspanorama“ (ibid.) das Erstellen von „Lebensphasenpanoramen“ (Schwangerschaft, Entscheidungsphase) - stellen aus meiner Erfahrung, wertvolle Ansatzpunkte für eine ganzheitliche Befassung mit der Konfliktsituation dar.

Die Fähigkeit der KlientInnen, zum „Blick zurück nach vorn“ (Petzold 2005, 721), die Reflektion ihrer Vergangenheit in einem „reflektierenden Gegenwartsvollzug“ (ibid.) und ihre Kompetenz, „Ziele in den Blick zu nehmen und Willensentscheid zu fällen, Pläne zu machen, Ziele zu stecken“ (ibid.), wird durch das Eintauchen in ein non-verbales Medium wie den kreativen Ausdruck mit Farben und Formen ganzheitlich gefördert und gestärkt.

Neben der Unterstützung in der Phase der Konflikt- und Entscheidungssituation sehe ich einen Auftrag der Soziotherapie auch darin, die Klientin oder das Paar in der Zeit nach der Entscheidung auf Wunsch weiter zu begleiten. Entscheiden sie sich gegen das Kind, so wird diese Begleitung auf den Abschied und die Verarbeitung des späten Abbruchs fokussiert sein. Entscheiden sie sich für das Kind, so kann schon während der Schwangerschaft die Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen, Elternverbänden, Stiftungen und spezifischen Beratungsstellen sinnvoll sein. Die Unterstützung beim Aufbau von Netzwerken, die auch nach der Geburt des Kindes tragen können und den Eltern Hoffnung geben, mit der Aufgabe der Betreuung und Erziehung des Kindes nicht allein gelassen zu werden, hilft ihnen, trotz der Behinderung des Kindes eine „gute Zukunft“ (Petzold 2003, 196) zu antizipieren und das Kind „in ihren eigenen biographischen Prozess“ (ibid.) hineinzunehmen.

Die Vernetzung mit anderen Betroffenen, die für die Eltern wichtige Solidargemeinschaften und Informationsbörsen darstellen, kann die Eltern dabei unterstützen, „neue Zielsetzungen i.S. einer neuen Sinnfindung“ (Schmitz 2005, 139) für sich und ihr Kind zu entdecken und ihre Erwartungen an Entwicklung und Möglichkeiten des Kindes anzupassen. Die Fähigkeit, die eigenen Zielsetzungen flexibel zu verändern, stellt aber eine gute Voraussetzung für die positive Bewältigung kritischer Lebensereignisse dar.

8. Ausblick und Perspektiven

Die Notwendigkeit, sich für oder gegen die Geburt eines Kindes mit Behinderung entscheiden zu müssen, konfrontiert Menschen mit einem Grenzbereich des Lebens, in dem sich „der Leib [...] - als eine unveräußerliche, ureigene Dimension unserer Existenz -“ (Alheit et al. 1999, 9) zurück meldet.

Mit dem theoretischen und praxeologischen Bezugsrahmen der Integrativen Therapie steht für diesen und vergleichbare Grenzbereiche und Grenzerfahrungen ein hochgradig geeignetes Referenzsystem zur Verfügung, das sich bei meiner Zielsetzung, aus narrativen Interviews zentrale Entscheidungsfaktoren heraus zu kristallisieren und in einen biographischen Kontext zu stellen, in mehrfacher Hinsicht als hilfreich erwiesen hat.

Die Anerkennung des Menschen als ein „Körper-Seele-Geist-Organismus, d.h. ein Leib-Subjekt“ (Petzold 1988, 37), das sich in der „Matrix sozialer Netzwerke“ (Petzold 2004a, 421) entwickelt, verändert und immer wieder neu zu verorten sucht, bildete dabei den Ausgangspunkt für die Interpretation der Entscheidungen der Frauen als Ergebnis ihrer je spezifischen Identitätsarbeit.

Das „konsequente Denken ‚vom Leibe her‘“ (Petzold 2004a, 418), das ein Kernstück der Integrativen Therapie ausmacht und sie zugleich wesentlich von anderen Therapieschulen unterscheidet, hat mich in meinen Reflektionen in besonderer Weise für die leibliche Dimension der Entscheidungsprozesse sensibilisiert. Die Fähigkeit der Frauen, sich auf leiblich gespeicherte Szenen und Erfahrungswerte aus familiärer und beruflicher Sozialisation im Umgang mit Menschen mit Behinderungen zurück zu beziehen, dabei nach ihrem eigenen Selbstverständnis zu fahnden und aus der Antizipation und Imagination ihres zukünftigen Lebens eine Stimmigkeit für die ‚richtige‘ Entscheidung abzuleiten, hat mich tief beeindruckt.

Die konsequente Orientierung an ihrer leiblichen Identität und Integrität - daran, wie sie sich bei und nach der Diagnosestellung fühlten, wie sie ihre Bindung zu dem Ungeborenen wahrnahmen und wie sie die Vorstellung, diese Bindung durch eine vorzeitige Geburt dauerhaft zu beenden, erspürten - konnte ich vor diesem Hintergrund als ihr ganzheitliches Bemühen interpretieren, Gewissheit und Eindeutigkeit in ihrer Entscheidungsfindung herzustellen. Die Bedeutung von Klarheitserlebnissen, die als eigene, hoch persönliche und individuell erfahrene ganzheitliche Evidenzmomente in den Fallverläufen identifizierbar waren, überzeugte mich nicht nur von dem Konzept der „vitalen Evidenz“, sondern illustrierte auch, wie schwierig es für die Frauen war, sich mit ihren Entscheidungswegen gegenüber ihrem gesellschaftlichen Umfeld durchzusetzen. Durch das Erleben von Evidenzmomenten standen den Frauen eigenerlebte Orientierungspunkte außerhalb des utilitaristisch geprägten öffentlichen Diskurses über Lebenswert und Lebensrecht von Menschen mit Behinderungen zur Verfügung.

Bei der Konzeption und Durchführung meiner qualitativen Untersuchung zu den Entscheidungsprozessen der Frauen war mir die ‚Schulung‘ meines eigenen „leiblichen Selbstempfinden[s]“ (Orth 2003, 123), wie ich sie über viele Ausbildungsjahre am Fritz-Perls-Institut erfahren habe, ein wertvolles und unverrückbares Fundament. In der Rezeption und Interpretation der narrativen Interviews achtete ich – in der Tradition der Integrativen Therapie stehend – deshalb immer auch auf eigene leibliche Resonanzen in meiner Rolle als Interviewerin.

Die Entscheidungen der von mir befragten Frauen haben mich tiefgehend berührt: Nicht nur durch ihre Stringenz und Konsequenz, sondern auch durch den Mut, sich dem Konformitätsdruck und den indirekten Handlungsimperativen des Umfeldes zu widersetzen. Auf der gesellschaftlichen Ebene repräsentieren sie für mich ein Symbol der Gegenkraft. Als ein solches Symbol sind sie ein Appell, die ‚Normalität‘ des Gegebenen und Selbstverständlichen noch kritischer zu hinterfragen und aus der Perspektive von ‚Dissidentinnen‘ wie in einem Prisma aufzufächern. Zugleich erschließt sich aus ihren Narrationen, wie es ihnen gelungen ist, ein kritisches Lebensereignis, das gesellschaftlich als zu vermeidende Katastrophe apostrophiert wird, von einem Defizit- in einen Ressourcenkontext zu transferieren.

Mit diesem Transformationsprozess wird meines Erachtens der Diskurs um ‚Leid‘, ‚Leidvermeidung‘ und ‚Lebenswert‘ um eine wichtige Dimension bereichert. Angewiesen sind Eltern mit einem behinderten Kind allerdings auf die Unterstützung und Bestärkung ihrer praktizierten Haltung durch ihr soziales und gesellschaftliches Umfeld. Nicht nur in der Phase der Entscheidungsfindung, sondern auch nach der Geburt des Kindes kann die Integrative Therapie hier wesentliche Beiträge leisten, indem sie „mit den Eltern und mit dem Netzwerk als ‚Weggeleit‘ (*convoy*) des Kindes“ (Petzold 2003, 196) arbeitet und sich für Differenz und Vielfalt menschlichen Seins einsetzt.

9. Zusammenfassung:

Ausgehend von der aktuellen gesellschaftlichen Praxis pränataler Diagnostik und Selektion analysiert die Autorin Entscheidungsprozesse von Frauen für das Austragen der Schwangerschaft nach der Diagnose Down-Syndrom. Datengrundlage bilden narrative Interviews, die nach den Prinzipien der Erzählanalyse ausgewertet wurden. Bei der Interpretation exemplarischer Interviewausschnitte arbeitet die Autorin das Bemühen der Frauen um biographische Kohärenz und leibliche Identität sowie die Bedeutung vitaler Evidenz heraus. Anhand der Darstellung narrationstheoretischer Überlegungen in der Integrativen Therapie werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Biographiearbeit als Forschungsansatz und Biographiearbeit als Therapieform aufgezeigt. Abschließend wird ein Modell der Beratung für vergleichbare Entscheidungssituationen skizziert.

Summary:

The Importance of Identity Work in Conflictual Decision Making Processes. Reflections on Central Factors of Deciding to Carry on Pregnancy after the Prenatal Diagnosis of Down's Syndrome

Referring to the recent practice of prenatal screening and prenatal selection the author analyses decision making processes of women getting the diagnosis of Down's syndrome. The analysis is based on interviews conducted exclusively with women who decided to give birth to their diagnosed child. Selected passages of these interviews are being portrayed to point out the importance of basic concepts of Integrative Therapy. Of special interest are the concepts of sense of coherence, female identity and vital evidence. Parallels and differences between biography work as a method of research and as a method of therapy are also being discussed. Finally a model of counselling is presented to support clients during similar critical life events to help them making sustainable decisions.

Key Words:

Erzählanalyse
Pränatale Diagnose
Kritisches Lebensereignis
Entscheidungsfindung
Leiblich begründete Identitätsarbeit

narration analysis
prenatal diagnosis
critical life event
decision making process
identity

10. Literaturverzeichnis:

- Ahler, S. (1993): Identität durch Wort und Bild. Entwurf einer Kunst- und Kreativitätstheorie für behinderte Jugendliche. Münster: LIT Verlag.
- Alheit, P. et al. (Hgg.)(1999): Biographie und Leib. Gießen.
- Alheit, P. (2003): Identität oder „Biographizität“? Beiträge der neueren sozial- und erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung zu einem Konzept der Identitätsentwicklung. In: Petzold,

- H.G. (Hg.): *Lebensgeschichten erzählen, Biographiearbeit - narrative Therapie – Identität. Sonderausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermann: 6-25.
- Appelsmeyer, H. (1998): Typus und Stil als forschungslogisches Konstrukt in der narrativen Biographieforschung. In: Jüttemann, G.; Thomae, H. (Hg.): *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*. Weinheim: Beltz.
- Baer, U. (2004). *Gefühlssterne; Angstfresser, Verwandlungsbilder. Kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und Modelle*. Neukirchen-Vluyn: Affenkönig.
- Baldus, M. (2006): *Von der Diagnose zur Entscheidung – Eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Bodenmann, G. (1997): Stress und Coping als Prozess. In: Tesch-Römer, C.; Salewski, C.; Schwarz, G.: *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union: 74-92.
- Bohleber, W. (1996): Identität und Selbst. Die Bedeutung der neueren Entwicklungsforschung für die psychoanalytische Theorie des Selbst. In: *Psyche* 46, 1-6: 336-365.
- Charmaz, K. (2000): *Grounded theory. Objectivist and constructivist methods*. In: Denzin, N.K.; Lincoln, Y.S. (Eds.): *Handbook of qualitative research*. 2nd edition. Thousand Oaks: Sage: 509-535.
- Deppe-Wolfinger, H. (2004): Zur gesellschaftlichen Dimension der Integrationspädagogik. In: Forster, R. (Hg.): *Soziologie im Kontext von Behinderung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt: 244-263.
- Feldhaus-Plumin, E. (2005): *Versorgung und Beratung zu Pränataldiagnostik*. Göttingen: V&R.
- Filipp, S.-H.; Ferring, D. (2002): Die Transformation des Selbst in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen. In: Jüttemann, G.; Thomae, H.(Hg.) (2002): *Persönlichkeit und Entwicklung*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Filipp, S.-H. (1990): *Kritische Lebensereignisse*. München: Psychologie-Verlag, 2. erw. Aufl.
- Fischer-Rosenthal, W. (1999): *Biographie und Leiblichkeit. Zur biographischen Arbeit und Artikulation des Körpers*. In: Alheit, P. et al. (Hgg.): *Biographie und Leib*. Gießen: 15-43.
- Glaser, B.G.; Strauss, A.L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory – Strategies for Qualitative Research*. New York: de Gruyter.
- Glinka, H.-J., (1998): *Das narrative Interview: eine Einführung für Sozialpädagogen*. Weinheim: Juventa.
- Habermas, J. (2001): *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?* Frankfurt: Suhrkamp.
- Hahlweg-Widmoser, B.C. (1998): *Pränatale Diagnose – Fetale Fehlbildung – Schwangerschaftsverlust – ein vorbestimmter Weg?* In: Hawighorst-Knapstein, S.; Schönefuß, G.; Knapstein, P.; Kentenich, H. (Hg.): *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 1998*. Gießen: Psychosozial: 147-153.
- Hanses, Andreas (1999): *Das Leiberleben als biographische Ressource in der Krankheitsbewältigung*. In: Alheit, P. et al. (Hgg.): *Biographie und Leib*. Gießen
- Heinl, H.; Petzold, H.G. (1981): *Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention bei Störungen aus der Arbeitswelt*. In: *Integrative Therapie* 1 (1981): 20-58.
- Henze & Stemann-Acheampong (2000): *Eine unmögliche Entscheidung. Psychosoziale Folgen und Voraussetzungen der Pränataldiagnostik*. In: *EKFuL: Materialien zur Beratungsarbeit* Nr. 15/2000: 24-45.
- Hoffmann-Riem, C. (1980/1994): *Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie – Der Datengewinn*. In: Dies.: *Elementare Phänomene der Lebenssituation: Ausschnitte aus einem Jahrzehnt soziologischen Arbeitens*. Hrsg. Von W. Hofmann-Riem, Weinheim; Deutscher Studien Verlag: 20-70.
- Jüttemann, G.; Thomae, H. (Hg.)(1998): *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*. Weinheim: Beltz
- Kettner, M. (Hg.) (1998): *Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft*. Frankfurt/Main; New York.
- Leppin, A. (1997): *Stresseinschätzungen, Copingverhalten und Copingerfolg: Welche Rollen spielen Ressourcen?* In: Tesch-Römer, C.; Salewski, C.; Schwarz, G.: *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union: 196-208.
- Lindenlaub, S.; Kraak, B. (1997): *Bewältigen und Entscheiden. Theoretische und empirische Beiträge zur Copingforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Lucius-Hoene, G.; Deppermann, A. (2002): *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Opladen: Leske + Budrich.

- Mansfield, C. et al. (1999): Termination Rates After Prenatal Diagnosis of Down Syndrome, Spina Bifida, Anencephaly, Turner and Klinefelter Syndromes: A Systematic Literature Review. In.: Prenat. Diagn. 19: 808-812.
- Maier, B. (2000): Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe: Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele. Berlin, Heidelberg.
- Müller, L.; Petzold, H.G. (2002): Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen. Grundlagen für eine Integrative Praxis (Teil I). In: Integrative Therapie 1/2002, 28. Jg.: 52-90. Paderborn: Junfermann.
- Müller, L.; Petzold, H.G. (2004): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. In: Petzold (Hg.): Mit alten Menschen arbeiten. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta: 108-154.
- Neitzke, G. (1999): Pränataldiagnostik aus gesellschaftlicher Sicht. In: Pro Familia Magazin 2/99: 14-15.
- Notz, G. (2005): Im Blick: Frauenarmut. Geschlechtsspezifische Aspekte von Armut und Armutsrisiken. In: Pro Familia Magazin 01/2005: 13-16.
- Orth, I. (2003): Weibliche Identität und Leiblichkeit. Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung. Überlegungen für die Praxis. In: Petzold, H.G. (Hg.): Lebensgeschichten erzählen, Biographiearbeit - narrative Therapie – Identität. Sonderausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann: 119-140.
- Petzold, H.G. (1985): Die modernen Verfahren der Bewegungs- und Leibtherapie und die „Integrative Bewegungstherapie“. In: Petzold, H. (Hg.): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann: 347-390.
- Petzold, H.G. (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1991a): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 1. Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 u. 2 Sonderausgaben von Gestalt und Integration. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (2002): Narrativität und Identität. In: Integrative Therapie 3-4/2002: 187-189.
- Petzold, H.G. (2003)(Hg.): Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen. Polyloge collagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. In: Petzold, H.G. (Hg.): Lebensgeschichten erzählen, Biographiearbeit - narrative Therapie - Identität. Paderborn: Junfermann: 148-232.
- Petzold, H.G. (2004a): Transversale Identität und Identitätsarbeit (Teil I). Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In: Integrative Therapie 4/2004: 395-422.
- Petzold, H.G. (2004b): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. In: Petzold: Mit alten Menschen arbeiten. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta: 108-154.
- Petzold, H.G. (2005): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ – „Wegcharakter“ uns „Sinndimension“ des menschlichen Lebens aus Integrativer Perspektive. Hommage an Kant. In: Petzold, H.G.; Orth, I. (Hgg.): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Bielefeld und Locarno: Aisthesis, Band II: 689-792.
- Petzold, H.G.; Orth, I. (Hg.)(1991): Die neuen Kreativitätstherapien: Handbuch der Kunsttherapie. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl.
- Petzold, H.G. ; Sieper, J. (1977): Quellen und Konzepte Integrativer Agogik. In: Petzold, H.; Brown, G.: Gestalt-Pädagogik. München: Pfeiffer.
- Pieper, M. (1995): Zwischen Risikoszenarien und guter Hoffnung – Werdende Elternschaft im Zeichen invasiver Pränataldiagnostik. Habilitationsschrift, Magdeburg.
- Pritz, A.; Petzold, H.G. (Hg.)(1992): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie, Paderborn.
- Rahm, D. (1990): Gestaltberatung. Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit. Paderborn: Junfermann, 6. Auflage.

- Rapp, R. (1999): Testing women, testing the fetus: the social impact of amniocentesis in America. New York: Routledge.
- Rauchfuß, M. (2001): Beratung zu Pränataldiagnostik aus medizinischer Sicht. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50: 704-722.
- Ringler, M.; Langer, M. (1991): Das Wiener Modell. Ein interdisziplinäres Betreuungskonzept für werdende Eltern bei Diagnose „fetale Missbildung“. In: Brähler, E.; Meyer, A. (1991); Psychologische Probleme in der Humangenetik. Berlin, Heidelberg, New York
- Rohde, A.: Psychologische Begleitung werdender Mütter in der Pränatalmedizin – eine unterschätzte Notwendigkeit. Manuskript zum Kongressband 9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin, Bonn (ohne Jahreszahl).
- Roesler, C. (2003): Archetypische Muster in Lebensgeschichten. Der Einfluss archetypischer Geschichtenmuster auf die narrativen Identitätskonstruktionen chronisch Kranker und Behinderter. In: Petzold, H. C. (Hg.): Lebensgeschichten erzählen, Biographiearbeit - narrative Therapie - Identität. Paderborn: Junfermann: 26-53.
- Roughley, N. (1999): Selbstverständnis und Begründung. Zum Status von Bezugnahmen auf die Identität des Handelnden bei moralischer Rechtfertigung. In: Barkhaus, A. et al. (Hg.): Identität, Leiblichkeit, Normativität. Frankfurt: Suhrkamp: 245-273.
- Schade, S. (1998): Zur Entwicklung des Kindkonzeptes: Eine empirische Untersuchung an Paaren bei unterschiedlichen Möglichkeiten der Pränataldiagnostik. Dissertation, Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Schindele, E. (1995): Schwangerschaft. Zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko. Hamburg.
- Schnyder, U. (1993): Krisen in der Psychiatrie. Bern.
- Schmitz, E. (2005): Sinnkrisen, Belastung, Lebenssinn – psychologische Perspektiven, Konzepte und Forschung. In: Petzold, H.G.; Orth, I. (Hgg.): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Bielefeld und Locarno: Aisthesis, Band II: 123-155.
- Schröder, K.E.E.; Schwarzer, R. (1997): Bewältigungsressourcen. In: Tesch-Römer, C.; Salewski, C.; Schwarz, G. (Hg.): Psychologie der Bewältigung. Weinheim: Psychologie Verlags Union: 174-195.
- Schütze, F. (1978): Strategische Interaktion im Verwaltungsgericht – eine soziolinguistische Analyse zum Kommunikationsverlauf im Verfahren zur Anerkennung als Wehrdienstverweigerer. In: Hassemer, W., Hoffmann-Riem, W., und Weiss, M. (Hg.): Schriften zur Vereinigung für Rechtssoziologie. Bd. 2: Interaktion vor Gericht. Baden-Baden: 19-100.
- Schütze, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis, Heft 3: 283-293.
- Schütze, F. (1987): Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien I. Studienbrief der Fernuniversität Hagen, Fachbereich Erziehungs- und Sozialwissenschaften.
- Smith, D.K.; Shaw, R.W.; Marteau (1994): Informed consent to undergo serum screening for Down's syndrome: the gap between policy and practice. In: BMJ 309: 776.
- Strauss, Anselm L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. München: Fink.
- Tesch-Römer, C.; Salewski, C.; Schwarz, G. (Hg.)(1997): Psychologie der Bewältigung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Thomae, H. (1974): Konflikt, Entscheidung, Verantwortung. Ein Beitrag zur Psychologie der Entscheidung. Stuttgart, Berlin.
- Waldenfels, B. (1985): Das Problem der Leiblichkeit bei Merleau-Ponty. In: Petzold, H. (Hg.): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann: 149-172.
- Waldschmidt, A. (2002): Normalität, Genetik, Risiko: Pränataldiagnostik als „government by security“. In: Bergemann, U. ; Berger, C.; Nusser, T. (Hg.): Techniken der Reproduktion. Königstein: Helmert Verlag.
- Will, H. (2005): Über die Fähigkeit, Sinn zu schaffen und Sinn zu erleben. Eine psychoanalytische Skizze. In: Petzold, H.G.; Orth, I. (Hgg.): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Bielefeld und Locarno: Aisthesis, Band II: 535-560.
- Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind: ein psychosozialer Konflikt aus systemischer Sicht. Heidelberg.
- Wocken, H. (2000): Der Zeitgeist: Behindertenfeindlich? Einstellungen zu Behinderten zur Jahrtausendwende. In: Albrecht, F./ Hinz, A. / Moser, V. (Hg.): Perspektiven der Sonderpädagogik.

Disziplin- und professionsbezogene Standortbestimmungen. Neuwied/Kriftel/Berlin: Luchterhand: 283-306.

Wüstner, K. (2000): Genetische Beratung. Risiken und Chancen. Bonn.

Zaepfel, H.; Metzmacher, B. (1996): Postmoderne Identitätsbildung, ein Leben mit riskanten Freiheiten oder: Psychotherapie und Macht der Verheißung. In: Integrative Therapie 22/4, 451-488.

Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung (2001): Psychosoziale Aspekte der Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft. Schlussbericht. Bern. Zitierweise: (ZfTA 2001).

* „Unter dyadischem Coping werden Bemühungen eines oder beider Partner verstanden, bei (individuellen) Belastungen des anderen Partners bzw. bei dyadischem Stress (bei dem beide Partner annähernd gleich betroffen sind) bei der Stressbewältigung mitzuwirken und durch gezielte Bewältigungshandlungen bzw. -versuche, eine erneute Homöostase des vom Stress primär Betroffenen, des Gesamtsystems bzw. der Beziehung zwischen dem Paar und seiner Außenwelt herbeizuführen“ (Bodenmann 1997:80–81). Dyadisches Coping wurde bisher an rund 600 Paaren erforscht. Bodenmann hält die Validität und Brauchbarkeit des Konstrukts durch die Studienergebnisse belegt (s. Bodenmann 1997, 84).