

## **5. Die Verarbeitung des Verlustes einer nahestehenden Person und daraus resultierende gesundheitliche Folgen**

„Die Zeit heilt Wunden“ heißt es im Volksmund. Die Zeit allein heilt aber keine Trauer. Entscheidend ist, wie Trauernde in dieser Zeit mit ihrem Schmerz umgehen. Dabei geht es nicht darum, den Toten möglichst schnell zu vergessen, Erinnerungen an ihn zu verdrängen und den Schmerz durch Aktivitäten zu ersticken, sondern es geht um eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Trauerprozess.

Schon die Trauerreaktionen von FreundInnen und Verwandten zeigen, dass jeder Mensch seine eigene Art zu trauern hat. Es gibt Menschen, die nach dem Tod einer nahestehenden Person eher verstummen und sich zurückziehen, andere dagegen verspüren den Drang, mit Mitmenschen über den Verlust zu sprechen. Keiner dieser Wege ist besser oder schlechter als der andere. „Von Virginia Klein, einer amerikanischen Psychotherapeutin, stammt der Satz: ‚Feelings are healings!‘ – Gefühle sind heilsam! Dies gilt für Familien, in denen ein Kind gestorben ist, ganz besonders. Jeder in der Familie hat ein Recht auf seine Gefühle, auf seine Art des Trauerns“ (Internet 2).

Wenn sich aber übermäßige Trauer auch nach längerer Zeit nicht stillen lässt, kann die Trauer in eine Depression umschlagen.

In diesem Kapitel soll auf die Erscheinungsformen und den Verlauf von Trauerreaktionen eingegangen werden. Es handelt sich hierbei um eine Übersicht zum momentanen Stand der Forschung und Theoriebildung in diesem Bereich.

### **5.1 Die Methodenproblematik in der Trauerforschung**

Zu Beginn der Ausführungen dieses Kapitels soll auf die bestehende Methodenproblematik im Bereich der Trauerforschung hingewiesen werden. Die Hauptprobleme sind der Mangel an spezifischen Messverfahren für Trauer und die Repräsentativität der Studien. (vgl. Beutel 1993, 5)

WissenschaftlerInnen stehen bei der Untersuchung von Trauer u.a. vor der Frage, wann Trauer in Depression übergeht und durch welche ‚Kategorien‘, also durch welche Ausprägungen, sich die Variable ‚Trauer‘ messen lässt. (vgl. Rosenkranz 1999, 12) Am gebräuchlichsten ist die Messung von Konstrukten, die mit dem Erscheinungsbild der Trauer verwandt sind.

Als ‚verwandte Konstrukte‘ werden z.B. **Depressivität** und **Angst** gesehen. Neuere Studien legen meist, in Anlehnung an das DSM-IV<sup>6</sup>, Kriterien für eine ‚**Major Depression**‘ zugrunde. (vgl. Beutel 1993, 5ff) Hierbei handelt es sich um eine mindestens zwei Wochen andauernde Zeitspanne mit schwermütiger Stimmung und/oder Verlust der Freude an fast allen Aktivitäten.

Des Weiteren müssen mindestens vier Symptome vorliegen, die in einem ‚Symptomenkatalog‘ enthalten sind. Diese Krankheitszeichen müssen während des zweiwöchigen Zeitraums täglich und permanent vorliegen. In dem Katalog sind z.B. Merkmale enthalten wie fehlendes Interesse und Freude an normalen Aktivitäten, sozialer Rückzug, gravierende Veränderungen des Essverhaltens (wenig Appetit bzw. erhöhter Appetit), Schuldgefühle oder wiederkehrende Gedanken über Tod, Selbstmordgedanken und Selbstmordversuche. (vgl. Internet 17)

## **5.2 Verlauf und Erscheinungsformen einer Trauerreaktion**

### **5.2.1 Der mehrphasige Verlauf von Trauer**

„Unter Trauer sind diejenigen psychischen Reaktionen, die nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen, durch dessen Tod auftreten können, zu verstehen“ (Internet 13). Manfred Beutel spricht davon, dass „Trauer die normale und universelle Reaktion auf einen Verlust“ (Beutel 1993, 2) darstellt. Es liegt stets ein Konflikt zwischen Aufgeben und Festhalten des verlorenen Objektes vor.

Vorliegende Studien ergaben übereinstimmend, dass sich affektive, kognitive, verhaltensbezogene und körperliche Merkmale von Trauer in drei bis vier **Phasen** verändern. (vgl. Beutel 1993, 2) „Trauer ereignet sich nicht in linear aufeinanderfolgenden Phasen, sondern drückt sich in einer Reihe von Prozessen aus, die einander überlappen und die sich wiederholen können. Unterschiedliche Facetten des Trauerprozesses können sich gleichzeitig zeigen“ (Davidson zitiert nach Nijs 1999, 21).

Die erste Phase der **Betäubung** (bei anderen AutorInnen als Schock oder Protest bezeichnet) dauert mehrere Stunden bis zu einigen Tagen an. (vgl. Kuse-Isingschulte 2000, 17) Die erste Reaktion beim Erhalt der Todesnachricht kann gekennzeichnet sein

---

<sup>6</sup> DSM-IV ist die Abkürzung von *Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders*; es handelt sich hierbei um einen amerikanischen Leitfaden zur diagnostischen und statistischen Kategorisierung psychischer Störungen. (vgl. Internet 17)

durch die Unfähigkeit, die Nachricht überhaupt zu verstehen und zu akzeptieren.

„Unter Umständen führt der Betroffene aus Verunsicherung sein gewohntes Alltagsleben in einer angespannten Grundstimmung weiter“ (Kuse-Isingschulte 2000, 17).

Nach dem ersten Schock beginnt der/die Trauernde die Endgültigkeit des Verlustes anzuerkennen, was in einem Zeitrahmen von etwa zwei Wochen geschieht. Diese zweite Phase bezeichnet man als Zeit der **Auflehnung**. (vgl. Kuse-Isingschulte 2000, 18) Es erfolgt eine intensive Beschäftigung mit der verstorbenen Person, und zwar in Gedanken, Träumen und Tagträumen. Der/die Hinterbliebene beschäftigt sich mit Erinnerungen und realen oder vermeintlichen Versäumnissen.

Weinen, ruhelose ‚suchende‘ Aktivitäten und Rastlosigkeit werden in dieser Phase als Versuch verstanden, das verlorene Objekt der Trauer wiederzugewinnen. Die trauernde Person weint, empfindet vorübergehend wenig Bedürfnis zu schlafen oder zu essen. Sie empfindet ein Engegefühl im Hals und Leere im Bauch. (vgl. Beutel 1993, 2ff) Am Ende dieser Phase steht immer die traurige Erkenntnis, dass die Trennung von der verstorbenen Person endgültig ist.

Die dritte Phase wird in der Literatur mit den Begriffen ‚**Desorganisation und Verzweiflung**‘ beschrieben. Nach Kuse-Isingschulte wird in dieser Zeit die eigentliche Trauerarbeit geleistet. Die trauernde Person hält die starken Emotionen allmählich aus und akzeptiert nach und nach, dass der Verlust dauerhaft ist und das Leben neu eingerichtet werden muss. Allerdings steht zu Anfang noch eine Verunsicherung im Vordergrund, die sich aus der immer deutlicher werdenden Erkenntnis ergibt, dass das bisherige Lebensgefüge nicht mehr der Realität entspricht. In dieser Phase überwiegen die Gefühle der Niedergeschlagenheit und Verzweiflung. (vgl. Kuse-Isingschulte 2000, 19)

Die Akzeptanz der Dauerhaftigkeit des Verlustes erfolgt in der Zeit der **Reorganisation**. Die trauernde Person erkennt, dass die alten Verhaltensmuster nicht mehr greifen und das Leben verändert werden muss. „Der Verlust der zuvor innegehabten Rolle als Ehepartner, Kind, Elternteil, etc. ist schmerzlich bewusst und kann zu dem depressiven Gefühl des Verlorenseins führen“ (Kuse-Isingschulte 2000, 19). Die erforderliche Neuorganisation und Neudefinition des Selbst erfolgt in dieser Phase als kognitiver Akt,

in dem Verhaltensmuster der neuen Situation angepasst werden. (vgl. Kuse-Isingschulte 2000, 20)

Bei einem ‚normalen‘ Verlauf der Trauer verringern sich diese Symptome innerhalb von sechs bis zwölf Monaten. Von ‚Auflösung‘ spricht man, wenn der/die Hinterbliebene beginnt, wieder Interessen zu gewinnen oder neue Bindungen einzugehen. Nach Manfred Beutel ist ein wichtiges klinisches Kriterium die Fähigkeit, Erinnerungen ohne intensiven Schmerz, mit positiven Gefühlen der Wertschätzung oder Dankbarkeit durchleben zu können, ohne dass diese Erinnerungen zum Ersatz für reale Beziehungen werden. (vgl. Beutel 1993, 3)

Traurigkeit kann noch Jahre später, anlässlich von persönlich und kulturell festgelegten Gedenk- und Feiertagen, wieder hervortreten. Manche Verluste, *vor allem der Tod der eigenen Kinder*, werden nach diesen Kriterien allerdings nie überwunden, und Traurigkeit kann lebenslang anhalten.

Die Erscheinungsformen und der Verlauf von Trauer werden essenziell durch kulturelle Institutionen, Erwartungen und Rituale geprägt. Ein Beispiel hierfür sind die bestehenden Geschlechterunterschiede hinsichtlich des offenen Ausdrucks von Traurigkeit: Bei Männern wird Weinen in der Öffentlichkeit, in unserem Kulturkreis, auch heute noch als deplaciert betrachtet. Wenn der Verlust im Voraus betrauert wurde oder Erleichterung über den Tod einer ungeliebten Person vorherrscht, kann eine Trauerreaktion vollständig ausbleiben. (vgl. Beutel 1993, 3)

## **5.2.2 Erscheinungsarten von Trauer – Formen gestörter Trauerreaktionen**

### **5.2.2.1 Die Abgrenzung zwischen Trauerreaktion und depressiver Reaktion**

Verschiedene AutorInnen betrachten Depression als einen notwendigen Bestandteil der Trauer. VertreterInnen dieser Sichtweise bestreiten die Möglichkeit einer qualitativen Unterscheidung von Trauer und Depression. Dagegen betonen Beutel et al. in diesem Zusammenhang die Auffassung, dass Trauer und Depression von unterscheidbaren Reaktionsmustern gekennzeichnet sind, die unterschiedliche physiologische Veränderungen und Gesundheitsrisiken zur Folge haben. (vgl. Kuse-Isingschulte 2000, 22)

„Charakteristisch im Kontakt mit Betroffenen ist, dass ein Trauernder beim Untersucher Gefühle von Traurigkeit und Mitleid erweckt, während beim Depressiven eher Distanz, Ungeduld und Gereiztheit überwiegen“ (Kuse-Isingschulte 2000, 22).

Zur Unterscheidung von Trauer und depressiver Reaktion stellt Beutel ein Verzeichnis klinischer Kriterien vor:

<b>Trauer</b>	<b>Depressive Reaktion</b>
- universelle und spezifische mimische Ausdrucks muster	- komplexe Mischung aus Angst, Bitterkeit, Ärger und Ekel
- Patient weckt Mitgefühl und Traurigkeit	- Patient weckt Distanziertheit, Ungeduld, Gereiztheit
- gute, kostbare Erinnerungen an den Verstorbenen	- enttäuschende Erinnerungen oder Überschätzung des Verstorbenen
- intensive Beschäftigung mit dem Verstorbenen	- selbstbezogen, Beschäftigung mit eigenen Leiden oder Selbstmitleid
- die Welt scheint leer	- das Selbst scheint leer und wertlos
- Selbstvorwürfe (oft Scham) bezogen auf spezifische Versäumnisse dem Verstorbenen gegenüber	- Selbstanklagen (Schuldgefühle) bzgl. Verfehlungen gegenüber dem Verstorbenen
- vorübergehend verminderte Befriedigung	- vermindertes Interesse an geschätzten Aktivitäten
- zuversichtliche Zukunftsperspektive, Fähigkeit Trost zu suchen	- Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Patient ist untröstlich
- Trauer wird subjektiv als normaler Zustand erlebt	- Betroffener fühlt sich „anders als sonst“, „krank“

Quelle: Beutel 1996, 32

**Abb. 4**

#### **5.2.2.2 Formen gestörter Trauer**

In seiner Betrachtung über Trauer und Depression beschreibt Bowlby zwei Formen problematischer Trauerreaktionen. Beiden Bewältigungsstrategien gemeinsam ist der Versuch der betroffenen Person, an der Existenz des/der Verstorbenen festzuhalten und die Lösung vom verlorenen Objekt zu vermeiden. (vgl. Bowlby 1991, 179)

Zur problematischen Form von Trauer, also zur sog. **„pathologischen Trauer“**, gehört zum einen die **verzögerte Trauer**. Hier verharrt die hinterbliebene Person in einem „Zustand ausbleibender oder geringer affektiver Reaktion, verleugnet den Verlust oder dessen Bedeutung oder flüchtet sich in rastlose Überaktivität“ (Beutel 1993, 3).

Zum anderen wird unter dieser Begrifflichkeit eine anhaltende (**chronische**) **Trauer** verstanden. In diesem Fall besteht eine komplexe Mischung aus Liebe zur verlorenen Person, Sehnsucht, Wut, Schuld- und Rachegefühlen, Vergeltungsangst und Wiedergutmachungswünschen. (vgl. Beutel 1993, 3)

### **5.3 Mögliche gesundheitliche Folgen nach dem Verlust einer nahestehenden Person**

Durch zahlreiche Untersuchungen liegt nach dem heutigen Stand der Forschung das gesicherte Ergebnis vor, dass der Tod einer nahestehenden Person ein wesentlicher Faktor für die Entstehung von Krankheiten ist.

Für Eltern stellt der Tod eines Kindes, egal ob es vor oder nach der Geburt verstarb, einen entscheidenden Einschnitt in ihr Leben dar. Und obwohl in etwa jede fünfte Schwangerschaft frühzeitig durch einen Spontanabort endet, wurde diesem Verlust in Forschung und ärztlicher Praxis bisher wenig Beachtung geschenkt.

Es war die Vorstellung verbreitet, dass in der frühen Schwangerschaftsphase, in der weder körperliche Veränderungen sichtbar noch Kindesbewegungen spürbar sind, nicht mit einer intensiven Bindung an das Kind zu rechnen sei. (vgl. hierzu auch Kap. 4)

Eine Untersuchung von Manfred Beutel zeigte jedoch, dass die Mehrzahl der befragten Frauen ihren Spontanabort als bedeutsamen Verlust empfanden. Etwa jede fünfte Frau erlitt infolgedessen gravierende psychische und körperliche Beeinträchtigungen. (vgl. Beutel 1993, 1)

#### **5.3.1. Physische Erkrankungen und Mortalität**

Durch großangelegte epidemiologische Studien wurde belegt, dass durch soziale Isolierung (die häufig durch Tod oder Trennung ausgelöst wird) vielfältige gesundheitliche Folgen entstehen können. In den folgenden Ausführungen soll kurz auf die Ergebnisse verschiedener Studien eingegangen werden.

Der Verlust einer nahestehenden Person wird in der psychosomatischen Medizin als Auslöser für das Auftreten oder die Verschlimmerung unterschiedlicher Krankheiten gesehen. Hierzu gehören z.B. Erkrankungen wie Colitis ulcerosa (eine kontinuierliche

Entzündung der Dickdarmschleimhaut), funktionelle Darmerkrankungen, Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwür) und verschiedene Schmerzsyndrome.

(vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 1994; 276, 1588.; vgl. Beutel 1993, 3ff)

Bei beiden Geschlechtern besteht, nach dem Verlust einer nahestehenden Person, eine stark **erhöhte Mortalität** innerhalb der ersten zwei Wochen nach dem Versterben des geliebten Menschen. Hauptsächlich ist diese erhöhte Mortalitätsrate auf koronare Herzkrankheiten zurückzuführen.

Weitere Haupttodesursachen sind in der Folgezeit Suizid, Unfälle und Infektionskrankheiten. Darüber hinaus wurde beobachtet, dass vor allem im ersten Jahr, nach dem Tod der nahestehenden Person, ein vermehrter Gebrauch von **Suchtmitteln** (Alkohol, Nikotin) und **Medikamenten** (Beruhigungs- und Schlafmitteln) besteht, was zu längerfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen beiträgt. (vgl. Beutel 1993, 4)

### ***5.3.2 Depressive Symptome und Erkrankungen***

Neueren Längsschnittstudien zufolge treten depressive Symptome nach dem Verlust einer nahestehenden Person verstärkt auf. Unter anderem zeigten die ProbandInnen, die an den Untersuchungen teilnahmen, ein hohes Maß an Rastlosigkeit, Unentschlossenheit, ein Verlust von Interesse, u. U. einen lang anhaltenden sozialen Rückzug und Konzentrationsstörungen.

Des Weiteren treten bei den Hinterbliebenen vermehrt Schlafstörungen, Erschöpfung und Störungen von Appetit bzw. Gewichtsabnahme auf. Bisweilen leiden die Hinterbliebenen unter Schuldgefühlen und wünschen sich den eigenen Tod. (vgl. Beutel 1993, 4)

### ***5.3.3 Risikomerkmale für psychische und physische Folgeerkrankungen***

Risikomerkmale für körperliche und psychische Folgeerkrankungen sind am detailliertesten untersucht worden bei Depressionen nach dem Verlust einer nahestehenden Person. In der Forschung geht man generell von vier Risikogruppen aus:

<b>Risikomerkmale für Folgeerkrankungen:</b>	<b>Ausprägung des jeweiligen Risikomerkmals:</b>
<i>Todesart und Todesumstände</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unerwartet, unzeitig (z.B. der Tod eigener Kinder)</li> <li>▪ Ungewöhnlich (z.B. gewaltsamer Tod, Suizid)</li> </ul>
<i>Soziale Begleitumstände</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine vertrauensvolle Beziehung zum Partner</li> <li>▪ Niedrige soziale Schicht</li> <li>▪ drei und mehr Kinder unter 14 Jahren im Haus</li> <li>▪ frühe Scheidung oder Verwitwung</li> <li>▪ geringe soziale Unterstützung</li> </ul>
<i>Eigenschaften der Beziehung zum Verstorbenen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ängstlich-abhängig</li> <li>▪ ambivalent-konflikthaft</li> <li>▪ kurze Ehedauer</li> </ul>
<i>Eigenschaften der hinterbliebenen Person</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ jung verwitwet</li> <li>▪ geringes Selbstwertgefühl</li> <li>▪ geringe internale Kontrollüberzeugung</li> <li>▪ ungelöste Kindheitsverluste</li> <li>▪ eingeschränkte Fähigkeit, Gefühle auszudrücken</li> <li>▪ Verlust der Mutter vor dem 17. Lebensjahr</li> <li>▪ psychische Vorerkrankung (z.B. depressive Verstimmung)</li> </ul>

Quelle: Vgl. Beutel 1993, 5

### **Abb. 5**

Der Autor Kuse-Isingschulte untersuchte in seinen Studien explizit, welche Risikomerkmale bei Müttern eine problematische Verarbeitung des Kindsverlustes erwarten lassen. Wie er beschreibt, gibt es zwei Arten von mütterlichen Risikofaktoren, die die psychische Verarbeitung der Totgeburt erschweren können. Zum einen spricht er von „individuellen Risikomerkmalen“.

Hierunter fasst er folgende Aspekte zusammen:

- ♦ bestehender Mangel an Ressourcen aus dem sozialen Umfeld, v.a. eine mangelnde Gesprächsbereitschaft des Partners
- ♦ Kinderlosigkeit

- ♦ psychische Vorbelastungen, ggf. eine psychotherapeutische Vorbehandlung
- ♦ berufliche Probleme

Zum anderen weist Kuse-Isingschulte auf Aspekte bei der Behandlung durch das medizinische Betreuungspersonal hin, die die psychische Verarbeitung der Totgeburt negativ beeinflussen. Er nennt in diesem Zusammenhang

- ♦ mangelnde Gesprächsangebote seitens des Pflegepersonals
- ♦ kein Kontakt der Mutter zum Kind oder
- ♦ die Unkenntnis über den Verbleib des Kindes (z.B. keine Beisetzung).

(vgl. Kuse-Isingschulte 2000, 57ff)

## **5.4 Der Verlust eines Kindes – Die besondere Situation trauernder Eltern**

### ***5.4.1 Die wissenschaftliche Betrachtung der Situation betroffener Eltern in den letzten Jahrzehnten***

Wie bereits dargelegt, nahm man bis zum Ende der 60er Jahre an, dass eine Bindung der Eltern zum Kind erst im direkten Kontakt mit Säugling nach der Entbindung entsteht. Daher wurden Tot- und Fehlgeburten in Wissenschaft und Praxis möglichst wenig beachtet, um den Eltern eine ‚unnötige Belastung‘ zu ersparen. Das Geschehen wurde damit zu einem ‚Nicht-Ereignis‘ (non-event), ohne Spuren und ohne Namen zu hinterlassen, so dass ‚niemand betrauert werden muss‘. (vgl. Bowlby 1992, 160; Kuse-Isingschulte 2000, 25)

Erst durch verschiedene Untersuchungen ab den 70er Jahren kam man zu dem Ergebnis, dass die Reaktion auf den Verlust eines Kindes vor der Geburt sich nicht grundsätzlich unterscheidet von der Reaktion nach dem Verlust eines nahestehenden Erwachsenen. Wenn Kinder sterben, bevor sie geboren werden, müssen betroffene Eltern nach Monaten der Vorbereitung und Vorfreude die schwere Enttäuschung hinnehmen, dass der erhoffte Beginn des neuen Lebens mit dessen Tod zusammenfällt. Nachfolgende Untersuchungen zeigten, dass dieses ungewöhnliche Zusammentreffen von Anfang und Ende des Lebens zu einem schwierigen Trauerverlauf führen kann. (vgl. Kuse-Isingschulte 2000, 25ff)

Anhand der Fachliteratur der letzten Jahre zeigt sich, dass auf die Problematik von Fehl- und Totgeburten tendenziell stärker eingegangen wird. So beschreibt z.B. Kahmann in einer aktuellen Studie, dass das Erleben der Totgeburt für die meisten Frauen, auch nach längerer Zeit, noch sehr präsent ist. Rund 60 % der befragten Frauen gaben an, im Monat vor der Befragung häufig oder sehr häufig an das verstorbene Kind gedacht haben. Der Tod des Babys lag zum Zeitpunkt der Erhebung durchschnittlich 38 Monate zurück. (vgl. Kahmann 2001, 19)

#### ***5.4.2 Einflussfaktoren auf den Trauerverlauf bei betroffenen Eltern***

In verschiedenen Untersuchungen über den Verlust eines Kindes, vor dessen Geburt wurden Faktoren untersucht, die den Trauerverlauf der Eltern beeinflussen. Der Autor Kuse-Isingschulte fasst in seiner Publikation die Ergebnisse internationaler Studien zusammen und betont in diesem Zusammenhang, dass die Resultate der Untersuchungen in den meisten Fällen übereinstimmen. Zum Teil ergeben sich aber auch offensichtliche Widersprüche:

- ◆ Man geht davon aus, dass die Trauerreaktion der Eltern um so ausgeprägter ist, je später der Zeitpunkt des Kindsverlustes in der Schwangerschaft eintritt.
- ◆ Die Existenz weiterer Kinder wird in einigen Untersuchungen als vorteilhaft für den Trauerverlauf angesehen. Andere AutorInnen dagegen fanden keinerlei Einfluss.
- ◆ Eine positive Unterstützung durch verständnisvolle Gespräche wurde von allen ForscherInnen gefunden. Eine vertrauensvolle Partnerschaft nimmt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle ein. Ebenfalls günstig wirkt sich ein unterstützender Beistand seitens der Familie und des weiteren sozialen Umfelds aus.
- ◆ Die Untersuchungen ergaben, dass die medizinische Betreuung einen entscheidenden Einfluss auf den Trauerverlauf nimmt. Eine bewusst unterstützende Betreuung führt zu einem positiveren Befinden bei den betroffenen Frauen, die gezielten Interventionen eines Trauerbegleitungsteams waren v.a. für Frauen mit geringerer sozialer Unterstützung besonders hilfreich. Blieb die Betreuung durch das medizinische Betreuungspersonals im Rahmen der üblichen Klinikroutine, war das für den Trauerprozess der Patientinnen nachteilig. Ebenso ungünstig wirkte sich eine falsch verstandene Anteilnahme bzw. unnötige beruhigende Worte seitens des medizinischen Personals und der Angehörigen aus.

- ♦ Während bei einer Studie ein vorausgegangener perinataler Verlust ohne Einfluss war, fanden andere AutorInnen heraus, dass nach einer früheren glücklosen Schwangerschaft die Trauer ausgeprägter war.
- ♦ Die Ergebnisse dazu, wie ein direkter Kontakt mit dem verstorbenen Baby die psychische Verarbeitung der Situation beeinflusst, sind widersprüchlich. Manche AutorInnen gehen davon aus, dass der Kontakt zum toten Kind keinen Einfluss auf den Trauerprozess hat, andere vertreten die Auffassung, dass nach dem Kontakt eine erhöhte Traurigkeit bestand. Falls aber kein Zusammensein mit dem verstorbenen Säugling erfolgt ist, wurde bei den betroffenen Frauen eine deutlichere Ausprägung an Depressivität festgestellt.

„Um jedoch den Verlust des Kindes als real akzeptieren zu können, wird ein Kontakt als wesentliche Voraussetzung betrachtet und damit als unterstützender Faktor“ (Kuse-Isingschulte 2000, 29)

Unter dem Gesichtspunkt, dass nach dem Kontakt zum verstorbenen Kind zwar eine temporär erhöhte Traurigkeit auftreten kann, in der Folge jedoch ein eher positiver Trauerverlauf mit geringerer Depressivität, empfehlen die AutorInnen übereinstimmend einen direkten, taktilen Kontakt. Allerdings wird in den Studien auch kritisch angemerkt, dass im Einzelfall, also wenn die Eltern das Kind nicht sehen möchten, ein komplizierterer Trauerverlauf ausgelöst werden kann. Aus diesem Grund sollte immer auf die Wünsche und Bedürfnisse der Eltern eingegangen werden.

- ♦ Es ist festzustellen, dass die Situation der betroffenen Väter nur in einigen Untersuchungen aufgegriffen wird. Beutel spricht in diesem Kontext vom „vergessenen Vater“ (Beutel 1996, 72). Sofern die Reaktion des Mannes untersucht wurde, musste festgestellt werden, dass es zwischen den Reaktionen der Väter und der Mütter Abweichungen gibt. Demzufolge neigen Männer eher dazu, das Ereignis zu verdrängen, was sich z.B. an einem vermehrten Engagement außerhalb der Familie und Partnerschaft zeigt.

Man geht davon aus, dass die Trauerphase bei Männern meist von kürzerer Dauer und weniger intensiv ist.

(vgl. Kuse-Isingschulte 2000, 27ff)

Festzuhalten ist, dass es eine Reihe von Einflussfaktoren auf den Trauerverlauf betroffener Eltern gibt. Doch mit großer Sicherheit ist davon auszugehen, dass bisher noch nicht alle Einflussgrößen wissenschaftlich untersucht wurden. Zudem wird die Interpretation der vorliegenden Studien erschwert durch die ungenaue Abgrenzung von Trauer und Depression, wodurch die widersprüchlichen Ergebnisse zum Teil erklärbar sind. (vgl. Kuse-Isingschulte 2000, 31)

#### ***5.4.3 Die Dauer der Trauerreaktion und der Einfluss des Verlustes auf die weitere Lebensgestaltung***

Man geht davon aus, dass es in manchen Fällen keinen endgültigen Abschluss der Trauer gibt, vor allem, wenn Eltern um die eigenen Kinder trauern. Die Autorin Michaela Nijs weist in ihrer Veröffentlichung auf eine Studie hin, die zeigt, dass Eltern 6 bis 12 Monate nach dem Tod ihres Kindes nochmals verstärkt Trauer erlebten. Die Eltern nahmen jedoch an, dass die Trauer und der Schmerz mit der Zeit weniger werden würden, und drückten deshalb ihre Angst davor aus, ‚verrückt‘ zu werden. Die Inkongruenz zwischen der Erwartung und dem tatsächlichen Erleben verstärkt demnach die negativen Folgen des Verlusts.

In einer anderen Untersuchung über langfristige Folgen eines perinatalen Todes wurde festgestellt, dass 25 % der betroffenen Eltern gelegentliche oder häufige, zum Teil sehr intensive, Gefühle von Trauer erlebten. Die Zeit seit dem Verlust des Babys lag zwischen zwei und 46 Jahren. (vgl. Nijs 1999, 21)

An diesen Ergebnissen zeigt sich, in welchen Dimensionen die Trauer Raum im Leben der betroffenen Eltern einnimmt. Eine trauernde Person kann sich nicht in kurzer Zeit mit allen Hoffnungen, Erinnerungen und Gefühlen auseinandersetzen, mit denen sie sich auseinandersetzen muss.

„Trauern hat seine Zeit – ein Leben lang leben wir mit unserer Trauer. (...) Und: wir müssen der Trauer Zeit und Raum geben; uns bewusst entscheiden, den Prozess zu durchleben. Eltern können nicht über den Tod ihres Kindes ‚hinweg‘ kommen. Sie können niemals dorthin zurückkehren, wo sie vor diesem Verlust waren. Sie können sich auf dem Weg zu einem anderen, einem neuen, bisher unbekanntem Ort machen. Ihre Trauer ist zu einem Teil der Fäden geworden, aus denen ihre Identität gewebt ist“ (Nijs 1999, 21).

Die Zeit, die Eltern brauchen, um die Trauer über den Verlust ihres Kindes in ihr Leben einzubeziehen, ist vollkommen unterschiedlich und hängt von der Persönlichkeit der/des einzelnen ab. „Es ist nicht die quantitativ messbare Zeit, sondern die ganz individuelle Zeit jedes Trauernden. Jeder hat seinen eigenen Rhythmus, seine eigene Geschwindigkeit“ (Nijs, 1999, 21).

Der Wandlungsprozess, den der Tod eines Kindes bei den Eltern auslöst, dauert für den Rest ihres Lebens an und verläuft spiralförmig. Auf neuen ‚Ebenen‘ der Spirale werden die Eltern mit neuen Aspekten und neuen Auslösern, sog. ‚reminders‘ (vgl. Nijs 1999, 22) konfrontiert, die in das weitere Leben integriert werden müssen. (vgl. Internet 2) Wenn Menschen zum ersten Mal davon hören, dass Trauern in manchen Fällen ein nicht abzuschließender Entwicklungsverlauf sei, bekommen sie möglicherweise Angst.

Aber Trauer als einen lebenslangen Prozess zu sehen bedeutet nicht, dass die Eltern für den Rest ihres Lebens ständig traurig und niedergeschlagen sein werden. „Wenn wir Trauer als einen Prozess sehen, der sich durch den Lebenszyklus hindurch entwickelt, dann erlaubt diese (neue) Sichtweise Eltern und Geschwistern ihre Gefühle so zu fühlen, wie sie sie fühlen: zu jeder Zeit, an jedem Ort, mit jeder Intensität. (...) Dies ist eine gesunde Weise, im Lebenszyklus weiter zu gehen“ (Nijs 1999, 22).