

6. Spezielle Aspekte bei der Verarbeitung einer Totgeburt

6.1 Allgemeine Gesichtspunkte

Lange Zeit wurde weder in der medizinischen Praxis noch in der Forschung darauf geachtet, was Frauen und ihre Partner fühlen oder erleben, wenn sie ein Kind in der Schwangerschaft, bei oder kurz nach der Geburt verlieren. Gestützt auf die Überzeugung, dass sich eine Bindung an das Baby erst nach der Geburt entwickelt, sah man es als unnötig schmerzlich an, die Eltern zur Auseinandersetzung mit dem Verlust zu ermutigen. Erste angelsächsische Studien seit dem Ende der 60er Jahre kennzeichneten eine Totgeburt als tragischen und verschwiegenen Tod einer Person ohne Namen und Identität. Erst auf Grund von Untersuchungen zu Beginn der 70er Jahre plädierte man dafür, Frauen die Möglichkeit zu geben, ihr verstorbenes Baby zu sehen und zu berühren. (vgl. Beutel 1993, 18)

In seinen Ausführungen weist Beutel darauf hin, dass sich zwar eine Vielzahl von späteren Studien mit der Frage des klinischen Umgangs von Betroffenen auseinandersetzt, aber die Vergleichbarkeit der Untersuchungen durch die unterschiedlichen Einschlusskriterien⁷ erschwert wird. Übereinstimmend wird in den Studien jedoch festgestellt, dass ein großes Maß an Leid und Schmerz bei der Mehrzahl der Betroffenen besteht. Wird der Tod des Feten oder des Neugeborenen diagnostiziert, reagieren die betroffenen Frauen i.d.R. mit:

- ◆ Schock,
- ◆ Verleugnung,
- ◆ Unglaube,
- ◆ panischer Angst (z.B. von dem toten Feten vergiftet zu werden).

(vgl. Beutel 1993, 19)

„Schwer zu begreifen ist, dass die ersehnte Geburt ihres Kindes, auf die sie monatelang hingeht und für die sie sich in Fantasie und Realität vorbereiteten, gleichzeitig dessen Tod ist“ (Beutel 1993, 19). Üblicherweise ist eine Trauerreaktion zu beobachten, die

⁷ In den Studien wurde der frühe Verlust eines Kindes unterschiedlich definiert, Einschlusskriterien waren z.B. IUFT ab der 20. SSW oder 28. SSW; Neugeborene, die innerhalb von 2 bis 42 Tagen verstarben etc.. Zu weiteren Ausführungen siehe Beutel 1993, 18ff.

von Weinen, Traurigkeit, Sehnsucht und gelegentlich illusionären Verkennungen (z.B. Empfinden von Kindesbewegungen) gekennzeichnet ist.

Häufig sind betroffene Frauen verärgert und wütend über die schwere Enttäuschung. Darüber hinaus leiden betroffene Mütter häufig unter Selbstvorwürfen und Versagensgefühlen, die aus dem Eindruck entstehen, als Mutter und Frau versagt zu haben, da ihr Kind nicht gesund und lebend zur Welt kam. Die Begegnung mit anderen Schwangeren oder Frauen mit kleinen Kindern kann noch lange Zeit nach dem Verlust Trauer und Neidgefühle hervorrufen. (vgl. Beutel 1993, 19) Darüber hinaus kann der intrauterine Tod eines Kindes weitere diffizile und schwer zu handhabende Emotionen bei den trauernden Eltern hervorrufen: Wut, Aggressionen, Babyneid, Hass auf Schwangere und sogar das Bedürfnis, ein Baby stehlen zu wollen, sind gelegentliche emotionale Reaktionen auf den Verlust. (vgl. Internet 1) Die meisten dieser Emotionen treten für die Eltern überraschend auf, sie erkennen sich selbst nicht wieder und reagieren verunsichert.

6.2 Die Verarbeitung einer Totgeburt in Partnerschaft und Familie

Systematische Untersuchungen über die Verarbeitung einer Totgeburt durch den **Partner** sind selten und beschränken sich auf kleine Stichproben mit unterschiedlichen Verlusten, wie z.B. Tot- und Fehlgeburten sowie Neugeborene, die innerhalb von wenigen Tagen nach der Entbindung verstarben. (vgl. Beutel 1993, 23) Dennoch sind aus diesen Studien einige Tendenzen ableitbar:

Im Vergleich zu ihren Partnerinnen zeigten die befragten Männer, unabhängig von der Art des Verlustes, eine geringere und kürzer andauernde Trauer, Angst, Niedergeschlagenheit und Einsamkeit. Auch beschäftigten sich die befragten Väter gedanklich weniger lange mit dem Verlust. Keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigten sich hinsichtlich des Ärgers und der Verzweiflung. In Studien wurde beobachtet, dass Männer selten an Beratungsgesprächen teilnehmen und diese anscheinend sogar aktiv meiden. In den Untersuchungen wurden die trauernden Väter häufig als angespannt beschrieben und stets darum bemüht, die Fassung zu bewahren und keine Trauer zu zeigen. In der Folgezeit nach dem Verlust steigerten sie oft ihr berufliches Engagement. (vgl. Beutel 1993, 23) Lothrop betont in diesem Zusammen-

hang, dass Männer eine ‚doppelte Last‘ tragen. Denn sie fühlen ihre eigene Trauer und leiden gleichzeitig, weil ihre Partnerin (sowohl körperlich als auch psychisch) leidet. Die Männer „meinen, ihr die Traurigkeit nehmen zu müssen oder ihr Antworten auf Fragen schuldig zu sein. Dies wird verstärkt durch die Ermahnungen anderer Männer und mancher Gynäkologen, ‚für ihre Frau stark zu sein‘“ (Lothrop 1998, 134). So hält der trauernde Vater – als Zeichen von Stärke – seine eigene Traurigkeit zurück, um seine Partnerin nicht auch noch mit seinem Schmerz zu belasten. Frauen können dies jedoch leicht als Gleichgültigkeit verstehen. (vgl. Lothrop 1998, 134) Eine Studie von Kahmann belegte, dass zwar 87 % der Frauen die Reaktionen des Partners, nach einer Totgeburt, als verständnisvoll beschrieben. Aber nach Angaben der befragten Frauen vermieden dennoch 35,1 % der Männer, über den Tod des Kindes zu reden und wichen einem Gespräch darüber aus. Die Patientinnen, deren Partner nicht gesprächsbereit waren, zeigten deutlich mehr Anzeichen von Depressionen. (vgl. Kahmann 2001, 23)

Nach Beutel ist es bisher ungeklärt, ob die beschriebenen Unterschiede Folge einer geringeren Bindungsbereitschaft der Männer ist, geschlechtsspezifische Unterschiede im Ausdruck von Trauer eine Rolle spielen oder eine Kombination beider Faktoren vorliegt. (vgl. Beutel 1993, 23)

Borg und Lasker führen in ihrer Publikation an, dass die Gefühle trauernder Väter von der Umwelt häufig missverstanden werden. Das Hauptaugenmerk ruhe oftmals auf der trauernden Mutter, die Situation des trauernden Vaters werde weniger beachtet: „Freunde und Familien vergessen oft, dass der Mann nicht nur der Partner einer trauernden Mutter, sondern selbst ein trauerndes Elternteil ist“ (Borg/Lasker 1987, 105).

Durch den Tod eines Kindes verändern sich nicht nur die Verhaltensweisen der betroffenen Personen, sondern auch deren **Beziehung**. „Wie auch immer das Verhältnis eines Ehepaares vor dem Verlust eines Kindes ist, hinterher macht es voraussichtlich einen Wandel durch“ (Borg/Lasker 1987, 78). Der Verlust eines Babys stellt oft eine große Probe für die Beziehung zweier Menschen dar. (vgl. Lothrop 1998, 140) Denn „Trauer ist ein einsamer Vorgang. Manchmal stellen selbst eng verbundene Partner fest, dass sie sich beim Verlust eines Kindes nur beschränkt trösten können“ (Borg/Lasker 1987, 78). Der Grund dafür, dass die beiden Elternteile sich nur in geringem Umfang

gegenseitig Trost spenden können, liegt darin, dass ihre Gefühle niemals die gleichen sein werden.

Jeder leidet auf seine Weise. Und da jeder mit seinem eigenen Schmerz allein ist, findet er wenig Zeit für den anderen. Eine Autorin formuliert dies folgendermaßen: „In ihren verborgensten Gedanken glauben sie, dass sie sich auch in der Trauer auf die Hilfe des anderen verlassen können. Doch du kannst dich nicht an jemanden anlehnen, der schon von seiner eigenen Last niedergedrückt ist“ (Schiff zitiert nach Borg/Lasker 1987, 78).

In manchen Fällen können Partnerschaften deshalb in eine schwere Krise geraten. Dies zeigt auch die hohe Scheidungsrate unter trauernden Eltern. (vgl. Internet 1) In anderen Fällen können sich Beziehungen durch den tragischen Verlust eines Kindes aber auch vertiefen. Viele Paare beschreiben das erste Jahr, nach dem Tod des Babys, als eine große Hürde für die Partnerschaft.

Missverständnisse und Krisen nach dem Verlust eines Babys entstehen häufig durch die bereits angesprochenen Differenzen in den Trauerreaktionen zwischen Mann und Frau und in dem Unvermögen der beiden Partner, diese Kluft zu überwinden. Männer und Frauen leben ihre Emotionen nicht auf die gleiche Art und Weise aus. Während der eine versucht, zu funktionieren und die Gefühle möglichst nicht zu zeigen, hat der andere Partner das Bedürfnis seine Trauer zu zeigen und auszuleben. Es gehört viel Reife und Geduld dazu, den anderen in seinem So-Sein zu verstehen und anzunehmen. (vgl. Lothrop 1998, 142) Das Wissen um diese Unterschiede kann eine große Hilfe für das Elternpaar sein, um Verständnis für die Reaktionen des Partners aufbringen zu können und Enttäuschungen zu vermeiden.

Aber nicht nur die Unterschiede in den Trauerreaktionen können ein Paar nach dem Verlust eines Kindes verunsichern. Auch das Bedürfnis der Elternteile nach **Sexualität** kann sich durch solch ein tragisches Ereignis stark verändern, was zu Diskrepanzen zwischen dem trauernden Paar führen kann. Lothrop weist darauf hin, dass manche Frauen und Männer zunächst eine Abneigung gegenüber Sexualität entwickeln. Denn in ihren Augen hat durch das sexuelle Beisammensein das jetzige Leid seinen Anfang genommen. „Manchmal kann auch Sexualität dazu missbraucht werden, sich den Gefühlen der Trauer nicht stellen zu müssen. Vielleicht hindern Schuldgefühle Trauernde daran, einander zu genießen, oder die Freude aneinander wird von ihnen oder gar von anderen als unpassend empfunden“ (Lothrop 1998, 143ff).

Man geht davon aus, dass vorübergehende sexuelle Störungen bei Mann und Frau, nach dem Tod eines Kindes, normal sind. Es ist jedoch von großer Bedeutung, dass die PartnerInnen über die eigenen Ängste und Emotionen miteinander reden können, damit sie die Reaktionen des anderen nicht missverstehen. (vgl. Lothrop 1998, 144)

Bisher wurde darauf eingegangen, welche Bedeutung eine Totgeburt in der Partnerschaft zweier Menschen hat. Allerdings hat der Tod eines Kindes auch tiefgreifende Auswirkungen auf mögliche **Geschwisterkinder**. Es ist davon auszugehen, dass bereits die Schwangerschaft einer Mutter für Geschwisterkinder eine vulnerable Entwicklungsphase darstellt. Kommt ein Kind tot zur Welt oder verstirbt es um die Geburt herum, kann es bei den vorhandenen Kindern deshalb leicht zu psychischen Schwierigkeiten kommen, da sie – je nach Alter – nicht abschätzen können, ob sie möglicherweise auch die Mutter verlieren werden. Neben diesen Verlustängsten besteht die Gefahr, dass die Geschwisterkinder Entwicklungsstörungen, wie z.B. übermäßig aggressives Verhalten, ausbilden.

Vor allem junge Geschwisterkinder können Fehlvorstellungen dahingehend entwickeln, dass sie durch Rivalitäts- und Neidgefühle am Tod des erwarteten Babys schuld sind. Ein weiterer Risikofaktor für die altersentsprechende Entwicklung liegt dann vor, wenn die unzugänglichen, trauernden oder gar depressiven Eltern die vorhandenen Kinder nicht ausreichend auffangen und diese so Gefühle des Verlassen-seins entwickeln. Das Verständnis für den Verlust und die Verarbeitung des Ereignisses hängt vor allem vom Entwicklungsstand und der Unterstützung durch die Eltern oder anderer Bezugspersonen ab. (vgl. Beutel 1993, 23)

6.3 Zur Bedeutung der Beziehung zwischen Geburtshilfe-Personal und Patientin – Aspekte in der Begleitung Betroffener

6.3.1 Die Beziehung zwischen ÄrztIn/Hebamme und Patientin

Da man lange Zeit annahm, die Bindung zum Kind entwickle sich erst nach der Geburt, wurden die betroffenen Eltern von ÄrztInnen und Hebammen nicht dazu ermutigt, sich mit dem Verlust und seinen Folgen auseinander zu setzen.

Allerdings diene diese Einstellung des medizinischen Betreuungspersonal auch dazu, sich eigene schmerzliche Gefühle zu ersparen, sich nicht der Trauer und möglicherweise dem Gefühl der Schuld und des Verlusts stellen zu müssen.

Dies zeigte auch schon eine Pionierstudie von Bourne im Jahre 1968: Hausärzte antworteten zu den psychosozialen und medizinischen Umständen einer Totgeburt signifikant seltener, ungenauer und unvollständiger als nach einer Lebendgeburt. Die Interpretation der AutorInnen, dass sich die ÄrztIn-Patientin-Beziehung verschlechtere, wenn die behandelnden ÄrztInnen die Auseinandersetzung mit dem Verlust vermieden, wurde durch die Beobachtung gestützt, dass es in diesen Fällen häufiger zu einem Arztwechsel kam. (vgl. Beutel 1993, 18)

Auch heute noch wird in vielen Kliniken der Tod im Mutterleid und das Sterben nach der Geburt totgeschwiegen. Neuere Studien belegen, dass dem Verlust des Kindes in der Schwangerschaft von der Umwelt, inklusive den behandelnden ÄrztInnen, nicht die Bedeutung beigemessen wird, die sich die betroffene Mutter erhofft. Das medizinische Betreuungspersonal redet, in Bezug auf das tragische Ereignis oftmals von einem ‚Missgeschick‘, von einer Fehlleistung der Natur.

Fleck-Bohaumilitzky spricht in diesem Kontext von einer ‚narzisstischen Kränkung‘ für ÄrztInnen und Hebammen, die schnell ungeschehen gemacht werden soll. Denn bei dem behandelnden Krankenhauspersonal bleibt oft ein Gefühl des Unvermögens zurück, da sie nicht in der Lage waren, das Leben des Kindes zu retten. (vgl. Internet 4)

Es wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass auch professionelle HelferInnen die Möglichkeit haben sollten, über ihre Schuldgefühle reden zu können, um das Erlebte in einer sinnvollen Art und Weise verarbeiten zu können. (vgl. Internet 4)

Eine Ursache für diesen Umgang mit der Problematik, seitens der professionellen HelferInnen, ist möglicherweise ihr Bestreben, die Patientin schützen zu wollen, sowohl physisch als auch psychisch. Hinter dieser Schutzhaltung verbirgt sich jedoch die Gefahr, dass ÄrztInnen und Hebammen es vermeiden, die PatientInnen mit unangenehmen oder schmerzlichen Realitäten zu konfrontieren. Dieser gutgemeinte Schutz der Eltern und Geschwister, kann allerdings zur Entwicklung eines krankhaften Trauerprozesses führen. (vgl. Kahmann, 2001, 34ff)

6.3.2 Die Begleitung von Betroffenen

6.3.2.1 ÄrztInnen und Hebammen – Betreuung in der Klinik

Bei dem frühen Verlust eines Kindes stellt sich für die in der Geburtshilfe Tätigen die besondere Aufgabe betroffenen Eltern und Geschwister zu betreuen. Eine empirische Untersuchung von Kahmann zeigte jedoch, dass es um die emotionale Begleitung trauernder Eltern häufig nicht zum besten steht: Zwar waren 59,9 % der von ihm befragten Frauen mit der somatischen Behandlung im Krankenhaus zufrieden, aber mit der psychischen Betreuung unmittelbar nach der Geburt eines toten Kindes waren über die Hälfte der Betroffenen (52,4 %) unzufrieden und nur 35 % zufrieden. 12,6 % der Probandinnen waren diesbezüglich unentschieden.

Wenn ÄrztInnen und Hebammen die Familie auf diesem schmerzhaften Stück ihres Lebensweges begleiten wollen, müssen sie ‚WeggefährtIn‘ sein und nicht nur professionelle(r) HelferIn. Das bedeutet, dass das Betreuungspersonal sich nicht hinter einer Maske der Professionalität verstecken sollte, sondern ein Dialog zwischen PatientIn und HelferIn anstrebsam wäre, in dem Raum ist für Ängste, Zweifel und Emotionen beider Seiten. Als Voraussetzung, um diese Art des Gesprächs führen zu können, muss der/die Professionelle sich mit persönlichen Verlusten und der eigenen Trauer auseinander gesetzt haben. (vgl. Internet 2)

6.3.2.2 Psychosoziale Fachkräfte

Die emotionale Begleitung betroffener Familien kann i.d.R. nicht alleine durch ÄrztInnen und Hebammen geleistet werden. Auch andere professionelle HelferInnen, wie beispielsweise PsychologInnen oder SozialarbeiterInnen, können AnsprechpartnerIn sein. Allerdings stellte Kahmann in seiner Studie fest, dass lediglich 12,5 % der be-

fragten Frauen von einer psychologischen Fachkraft betreut wurden. Von diesen Patientinnen erlebten 82,5 % dieses Unterstützungsangebot als hilfreich bzw. sehr hilfreich.

Von den Probandinnen ohne psychologische Betreuung gaben 95,3 % an, dass ihnen dieses Angebot nicht gemacht wurde. Ein Einzelgespräch mit einer psychotherapeutischen Fachkraft wünschten sich 71,4 % der Patientinnen. (vgl. Kahmann, 2001, 26ff)

Zur Unterstützung Betroffener durch SozialarbeiterInnen lagen, zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit, keine empirischen Studien vor.

6.3.2.3 Nachbetreuung

Für Frauen und Paare, die ein Kind verloren haben, wäre eine kontinuierliche, ganzheitliche Nachbetreuung über den Zeitraum eines Jahres hinweg wichtig, um einen gesunden Trauerverlauf gewährleisten zu können. (vgl. Lothrop 1998, 257)

Auch würden so problematische Trauerreaktionen früher erkannt und eine Intervention könnte früher einsetzen. „Doch unser Gesundheitssystem macht es schwer, dass die Nachbetreuung trauernder Eltern, sofern sie überhaupt angeboten wird, ‚in einer Hand‘ bleibt. Allzu selten können dieselben Menschen, die zum Zeitpunkt des Verlustes anwesend waren, Trauernde weiter begleiten“ (Lothrop 1998, 257).

Da die Nachbetreuung betroffener Eltern durch verschiedene Fachkräfte geleistet werden kann, soll im Folgenden auf die einzelnen Aspekte eingegangen werden.

Ambulante Weiterbetreuung durch die Klinik

Ein Nachgespräch mit den Menschen, die die Familie während ihres Verlustes betreut haben, gibt die Gelegenheit, noch offene Fragen stellen zu können. Dies kann helfen, Lücken in der Erinnerung der trauernden Eltern zu schließen und das Geschehene weiterzuverarbeiten. So ist es für die Betroffenen möglich, in ihrem Trauerprozess voranzuschreiten. (vgl. Lothrop 1998, 257) Eine Befragung zeigte, dass 74 % der Patientinnen sich Zusatzinformationen über die Ursache ihrer Tot-/Fehlgeburt wünschten. (vgl. Kahmann 2001, 27) Da viele Fragen erst dann entstehen bzw. artikuliert werden können, wenn das Erlebte bereits einige Zeit zurückliegt, erscheint gerade ein Nachgespräch äußerst sinnvoll.

In diesem Zusammenhang äußert Lothrop, dass eine kontinuierliche Weiterbetreuung durch die Klinik wünschenswert wäre. Hierfür sollte ein Team aus verschiedenen Fach-

kräften eingesetzt werden, die mit Trauerarbeit und –prozessen vertraut sind und speziell für die geburtliche und nachgeburtliche Betreuung Betroffener zuständig sind. (vgl. Lothrop 1998, 257)

Weiterbetreuung durch niedergelassene GynäkologInnen

Nach einer Fehl- oder Totgeburt ist die medizinische Nachbetreuung durch den/die FrauenärztIn üblich. Es werden die ordnungsgemäße Rückbildung der schwangerschaftsbedingten Veränderungen und die Heilungsprozesse eventueller operativer Eingriffe überwacht. Es wird darauf hingewiesen, dass zum Aufgabenbereich der weiterbehandelnden ÄrztInnen aber nicht nur die medizinischen Aspekte gehören sollten, sondern auch der Trauerverlauf der Patientin zu beachten ist. Denn „verdrängte, unverarbeitete Trauer kann und wird Folgeschwangerschaften pathologisieren“ (Lothrop 1998, 258). Zudem ist unbewältigte Trauer die Ursache vieler psychosomatischer Erkrankungen. Nach den Ergebnissen aus der Studie von Kahmann ist jedoch davon auszugehen, dass der medizinische Blickwinkel bei den weiterbehandelnden GynäkologInnen im Vordergrund steht. Denn 39,4 % aller befragten Frauen haben, im Zusammenhang mit der Totgeburt, ihren Gynäkologen/ihre Gynäkologin gewechselt und ganze 55,4 % hätten sich mehr Hilfe von ihm/ihr gewünscht. (vgl. Kahmann 2001, 26)

Häusliche Betreuung durch niedergelassene Hebammen

Wie in Kapitel 3.9 bereits beschrieben, haben Frauen, die ein Kind tot zur Welt gebracht haben, Anspruch auf Hebammenhilfe. Die Inanspruchnahme dieser Unterstützungsmöglichkeit wird als sinnvoll erachtet. „Bei einem häuslichen Besuch kann die Bedeutung und Auswirkung der Erfahrung viel besser ermessen werden und die gesamte Familie in die Betreuung integriert werden“ (Lothrop 1998, 259).

Seelsorgerische Betreuung

Auch PfarrerInnen und Priester können wichtige Bezugspersonen für trauernde Eltern sein. Vor allem wenn es um Fragen der Taufe oder Beerdigung des verstorbenen Babys geht, sind sie die primären AnsprechpartnerInnen. Es gehört zu ihrem seelsorgerischen

Aufgabenbereich, für trauernde Familien dazusein. Wie die niedergelassenen Hebammen sind auch SeelsorgerInnen in der Lage, Hausbesuche durchzuführen. (vgl. Lothrop 1998, 259)

Psychotherapeutische Begleitung

Auch PsychotherapeutInnen können die betroffenen Mütter und Väter in ihrem Trauerprozess begleiten. Das gilt natürlich nicht nur für die Zeit in der Klinik, sondern auch im Anschluss daran, in Form einer Nachbetreuung. Dies ist vor allem dann sinnvoll, wenn viele erschwerende Faktoren zusammen kommen und sich ein schwieriger Trauerverlauf abzeichnet.

6.4 Die Reaktionen der Umwelt auf den frühen Verlust eines Kindes

Es wurde bereits beschrieben, dass früher eine Totgeburt von MedizinerInnen kaum beachtet wurde, um so den betroffenen Eltern unnötigen Kummer und Schmerz zu ersparen. Aber nicht nur bei dem medizinischen Betreuungspersonal ist diese Sichtweise auch heute noch weit verbreitet:

Fachleute weisen darauf hin, „dass sich das Thema Totgeburt nur sehr langsam in der Bevölkerung herumspricht“ (Internet 8). Da das Kind meist für die Umwelt noch nicht richtig sichtbar war, scheint es für die Menschen aus dem sozialen Umfeld auch noch nicht real gewesen zu sein. Die Mitmenschen können nur selten verstehen, dass das Baby für die werdenden Eltern existierte, dass ihre Wünsche und Hoffnungen für die Zukunft durch den Verlust zerstört wurden und dass die Trauer über den Tod des Kindes sehr groß sein kann.

Häufig besteht eine große Unsicherheit im Freundes- und Verwandtenkreis, da kaum jemand weiß, wie man mit den betroffenen Eltern umgehen soll. Deshalb wird der Verlust des Kindes oft ignoriert. Man tut so, als sei nichts geschehen. Vielfach möchten nahe stehende Personen die Trauernden durch gut gemeinte Worte trösten. Doch Sätze wie ‚Besser, das Kind ist gestorben, vielleicht wäre es sonst behindert‘ oder ‚Du kannst ja noch andere Kinder bekommen‘ verletzen die Eltern mehr, als dass sie ihnen helfen. (vgl. Lothrop 1998, 229)

„Viele Frauen empfinden es auch als großen Widerspruch, dass alle Welt von ihnen Jubel erwartet, wenn der Schwangerschaftstest positiv ist, ihnen aber gleichzeitig die Trauer abgesprochen wird, wenn sie das Kind Monate später verlieren“ (Internet 8).

Häufig wollen nahe stehende Personen den ‚Vorfall‘ herunterspielen und die Eltern beschwichtigen, damit sich die Trauernden besser fühlen. Sie möchten sie vor der Wirklichkeit abschirmen oder ungebeten Entscheidungen für die betroffenen Mütter und Väter treffen. Beides behindert jedoch den normalen Trauerprozess und kann sich nachteilig auf den Trauerverlauf auswirken. Die gleichen Auswirkungen können entstehen, wenn FreundInnen oder Familienmitglieder dem Elternpaar schmerzliche Konfrontationen ersparen wollen, z.B. indem sie die bereits gekauften Babysachen wegräumen; das liebevoll gestaltete Kinderzimmer ausräumen, solange die Mutter noch in der Klinik ist oder dieses Thema in Gesprächen vermeiden. (vgl. Lothrop 1998, 229)

In der Literatur wird immer wieder festgestellt, dass das Thema „Totgeburt“ ein Tabuthema in unserer Gesellschaft ist. Manche AutorInnen sprechen hierbei von einer „Verschwörung des Schweigens“ (Nijs 1999, 15), denn „Eltern berichten immer wieder, dass die Menschen in ihrer Umgebung nach dem Tod des Kindes so getan haben, als sei nichts geschehen. Dieses Schweigen über das Ereignis und die damit verbundene Trauer empfinden viele Familien als sehr schmerzhaft.“ (Nijs 1999, 15)

Öffentlichkeitsarbeit kann eine Möglichkeit darstellen, um einen anderen – einen sensibilisierten – Umgang mit der vorliegenden Problematik in der Bevölkerung zu erreichen. Doch selbst solche Medien, die i.d.R. keine Gelegenheit auslassen, menschliche Dramen und heftige Emotionen zu präsentieren, scheuen vor diesem Thema zurück. (vgl. Internet 8) Eine sachliche, informierende Aufarbeitung durch die heutigen Medien findet in diesem Bereich kaum statt.