

Trauma Fehlgeburt



»ZU KLEIN ODER ZU KRANK, UM MIT UNS ZU LEBEN« Das Denkmal für Fehl- und Frühgeburten auf dem Heidelberger Bergfriedhof erinnert an Kleinstkinder, deren Geburtsgewicht unter 500 Gramm lag. Solche Kinder werden nach deutschem Recht nicht regulär bestattet.



TRAUERBEWÄLTIGUNG

Auch die Eltern pränatal verstorbenen Kinder können eine starke Bindung zu ihrem Ungeborenen entwickeln.

Mindestens jedes zehnte Kind stirbt noch während der Schwangerschaft im Mutterleib. Viele betroffene Frauen leiden lange unter dem Verlust, und auch Väter entwickeln ein innigeres Verhältnis zum Ungeborenen, als Psychologen annahmen. Forscher um **Anette Kersting** von der Universität Münster entwickelten unlängst eine Internettherapie, die Paaren hilft, den Schmerz zu bewältigen.

VON ANETTE KERSTING

»Ich stehe in der Küche und fange plötzlich an zu bluten. Dabei war heute Mittag beim Ultraschall noch alles in Ordnung. Mein Mann ruft den Krankenwagen. Ich sehe die Blutlache unter mir und bekomme eine grausige Ahnung. Ich glaube, dass mein Kind nicht mehr lebt. Ich werde hysterisch. Als mich die Sanitäter auf die Trage legen, bin ich still – alles fühlt sich unwirklich an.

In der Klinik sind alle sehr hektisch. Ein Arzt schiebt ein kaltes Metallinstrument in mich hinein. Der Ultraschall bestätigt, was ich längst wusste. Ich soll jetzt schnell ausgeschabt werden. Der Arzt sagt, dass ich noch viele Kinder bekommen könne. Aber mein Baby ist tot. Es kann durch nichts ersetzt werden.«

So beschrieb eine Patientin des Universitätsklinikums Münster, wie sie ihre Fehlgeburt erlebt hat. Der Tod eines Ungeborenen stürzt die meisten Mütter und Väter in eine tiefe Krise. Gingen Mediziner vor 30 Jahren noch davon aus, dass es für Eltern am besten sei, solch ein Ereignis möglichst schnell zu vergessen, wissen wir heute, dass sich die Reaktionen auf einen vorgeburtlichen Kindesverlust nur unwesentlich von denen bei anderen Trauerfällen unterscheiden. Allerdings wird das Ausmaß vom Umfeld der Betroffenen meist kaum bemerkt.

Je nach Studie sterben zwischen zehn und 30 Prozent aller Kinder, noch bevor sie auf die Welt

kommen. Grundsätzlich kann es zu jedem Zeitpunkt einer Schwangerschaft dazu kommen. Bis zur 16. Schwangerschaftswoche sprechen Ärzte von einem Frühabort, danach von einem Spätabort. Mehr als die Hälfte aller spontanen Abgänge ereignen sich allerdings vor dem dritten Schwangerschaftsmonat. Erst ab einem Körpergewicht von 500 Gramm gelten Babys, die vor oder bei der Geburt sterben, als »tot geborene Kinder«. Kleinere Embryos werden gemäß deutschem Recht nicht in die Personenstandsregister aufgenommen und haben so auch kein Anrecht auf eine Bestattung.

Die psychische Belastung, welche die Fehl- oder Totgeburt eines Babys für die Eltern bedeutet, ist mehrfach wissenschaftlich untersucht worden. Dabei standen die betroffenen Frauen stärker im Fokus als die Männer. 2005 untersuchte unsere Arbeitsgruppe an der Universitätsklinik Münster die Daten von Patientinnen, die zwischen 1995 und 1999 ein Kind vor der Geburt verloren hatten. Er stellte sich heraus, dass zwei Drittel von ihnen noch immer starke Trauer empfanden, als wir sie zwei bis sieben Jahren nach dem Vorfall untersuchten. Die Intensität ihres Schmerzes unterschied sich dabei kaum von den Verlustgefühlen von Frauen, deren Fehlgeburt erst 14 Tage zurücklag.

Diese Ergebnisse deuten nicht auf außergewöhnliche oder gar pathologische Trauerver-

AUF EINEN BLICK

Früher Kindesverlust

1 Zwei Drittel der Frauen, die eine Fehlgeburt erleben, leiden noch Jahre danach unter den psychischen Folgen.

2 Männer trauern stärker, wenn sie zuvor ein Ultraschallbild des Ungeborenen gesehen haben.

3 Ärzte und Psychologen der Universitätsklinik Münster entwickelten eine Internettherapie für betroffene Eltern.

§ 31 Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt

Laut deutschem Recht liegt eine *Lebendgeburt* vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. War keines dieser Lebensmerkmale gegeben, betrug das Körpergewicht des Embryos jedoch mindestens 500 Gramm, gilt er als *tot geborenes Kind*. Wiegt die Leibesfrucht weniger als 500 Gramm, handelt es sich um eine *Fehlgeburt*.

DEN SCHMERZ ERTRÄNKEN
Bei Männern äußert sich die Trauer über einen Kindesverlust oft anders als bei Frauen: Sie greifen eher zu Alkohol, anstatt über den Tod des Babys zu reden.



FOTODIA - FELIGNORE/HORROT

läufe hin; sie zeigen jedoch, dass schon vor der Geburt eine intensive Beziehung zwischen Mutter und Kind besteht. Frauen, die ihr Baby im letzten Drittel der Schwangerschaft verlieren, tragen im Vergleich zu Müttern gesunder Säuglinge ein besonders hohes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Das fanden Jesse Cougle und Kollegen von der University of Texas in Austin 2003 heraus. 2007 beendeten wir eine eigene Studie zu den psychischen Folgekrankheiten von Patientinnen, deren Schwangerschaft aus medizinischen Gründen in der Spätphase unterbrochen werden musste: Knapp 17 Prozent der Frauen litten noch 14 Monate danach an Depressionen oder Angststörungen.

Ein weiteres, häufig unterschätztes Risiko betrifft das nächste Kind, das nach einer Fehlgeburt gezeugt wird. Zwar beeinflusst der Verlust eines Babys in der Regel nicht die Wahrscheinlichkeit, einen gesunden Säugling zu gebären. Aber die gescheiterte Schwangerschaft kann sich auf die Bindung der Mutter zum nachfolgenden Kind auswirken, wie Forscher vom Department of Psychiatry der St George's Hospital Medical School in London 2001 herausgefunden haben. So gehen viele Frauen aus Angst vor einem weiteren Verlust eine weniger intensive Beziehung zu ihrem Ungeborenen ein, wenn sie erneut schwanger werden. Auch zeigten die betroffenen Babys im Alter von zwölf Monaten im Vergleich zu Kindern einer Kontrollgruppe durchschnittlich ein gestörtes Bindungsverhalten, was später etwa zu Selbstwertproblemen oder Verhaltensauffälligkeiten führen kann.

Auf den ersten Blick könnte man meinen, dass Väter ein weniger enges Verhältnis zu ihren ungeborenen Kindern entwickeln als Mütter. Neuere Untersuchungen sprechen gegen diese Annahme. So beobachteten etwa die britischen Psychologen Martin Johnson und John Puddifoot, dass Männer, die ein Ultraschallbild ihres ungeborenen Kindes gesehen und seine Herz-töne gehört hatten, den Verlust ihres Babys intensiver betrauernten als Väter, die keine solche Erinnerungen hatten. Offenbar unterstützen die verbesserten medizinischen Untersuchungsmöglichkeiten die Vater-Kind-Bindung.

Bereits 1995 versuchten Psychologen von der University of Rochester im US-Bundesstaat New York die Frage zu beantworten, ob Mütter und Väter unterschiedliche Symptome zeigen, wenn sie mit dem Tod ihres Babys nicht zurechtkommen. Sie untersuchten 194 Mütter und 143 Väter nach dem Verlust ihres ungeborenen Kindes. Ergebnis: Die Frauen litten häu-

figer unter Depressionen und Ängsten, während die Männer überdurchschnittlich oft zu Alkohol griffen.

Eine Studie von 2003 unter Leitung von Kirsten Swanson von der University of Washington in Seattle spricht ebenfalls dafür, dass Männer und Frauen mit ihrem Schmerz unterschiedlich umgehen. Demnach haben Frauen oft das Bedürfnis, über den Tod ihres Kindes zu sprechen, während Männer dazu neigen, länger zu arbeiten oder sich mit anderen Aktivitäten abzulenkten.

Swanson untersuchte auch, ob solche geschlechtsspezifischen Bewältigungsstrategien die Partnerschaft betroffener Eltern zusätzlich belasten. Tatsächlich kommt es oft zu Missverständnissen, wie die Forscherin feststellte. Etwa dann, wenn Frauen das Schweigen und die Zurückhaltung ihres Partners als Mangel an Betroffenheit und Mitgefühl interpretieren. Männer hingegen fühlen sich oft hilflos angesichts der intensiven Trauer ihrer Partnerin. Um sie nicht noch zusätzlich zu belasten, kontrollieren sie ihre eigenen Gefühle und vermeiden eine offene Kommunikation darüber.

Geteiltes Leid

Es gibt aber auch Hinweise darauf, dass sich Mutter und Vater intuitiv helfen, wenn sie ein Baby verlieren. Forscher um Marijke Korenromp vom University Medical Center in Utrecht analysierten 2005 zahlreiche Studien über das Trauerverhalten von Eltern nach einem medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch. Überraschenderweise zeigten die Partner nur selten gleichzeitig intensive Trauerphasen. Die niederländischen Psychologen vermuten, dass sich die Eltern unbewusst bei der Bewältigung des Schmerzes abwechselten, damit der jeweils besonders Belastete in dieser Zeit unterstützt und von alltäglichen Aufgaben entbunden wird.

Bisher wurden nur wenige spezifische Behandlungskonzepte für Eltern nach Verlusten in der Schwangerschaft entwickelt und auf ihre Wirksamkeit untersucht. Das stellten wir 2007 in einer Überblicksstudie fest. Gemeinsam ist all diesen Ansätzen, dass sie eine offene Kommunikation unter den Familienmitgliedern anregen. Das vorrangige Therapieziel besteht zunächst darin, die Betroffenen ihren Verlust realisieren und ihre seelischen Schmerzen in Worte fassen zu lassen, damit sie schließlich von dem verstorbenen Baby und den damit verbundenen Hoffnungen und Wünschen Abschied nehmen können.



ELTERN-KIND-BINDUNG

Schon ein Ultraschallbild des eigenen Nachwuchses stärkt die emotionale Beziehung zum Ungeborenen.

Basierend auf unseren klinischen Erfahrungen bei der Begleitung und Behandlung von Eltern nach einem Kindesverlust entwickelten wir 2008 ein Präventionsprogramm, das fünf Therapiesitzungen umfasst. Bei den Treffen werden Themen angesprochen, die für viele trauernde Eltern bedeutsam sind, etwa der Rückblick auf die Zeit der Schwangerschaft und Geburt, der Abschied vom Kind, die Partnerschaft oder die Rolle des sozialen Umfelds.

Um auch solchen Eltern helfen zu können, die weit weg wohnen oder aus anderen Gründen nicht an einer ambulanten Therapie teilnehmen können, suchten wir nach einer Alternative zur gewohnten Gesprächstherapie von Angesicht zu Angesicht. Also entwickelten wir ein Internetbehandlungskonzept für Eltern, die ein Kind während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt verloren haben. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend für einen Zeitraum von drei Jahren gefördert. Daher entstehen den Patienten keine Kosten.

Anders als herkömmliche Behandlungen erlaubt unsere Onlinetherapie ausschließlich den schriftlichen Austausch. Die nonverbale Kommunikation zwischen Patient und Therapeut – etwa durch die Körperhaltung, den Blickkontakt oder die Stimme – findet bei dieser Methode nicht statt. Allerdings können und sollen wichtige emotionale Informationen durch die Verwendung von unterschiedlichen Schrifttypen oder Variationen des Bildschirmhintergrunds hervorgehoben werden.

Ein weiteres Merkmal dieser Therapieform sind die Kommunikationspausen. Ein Vorteil: Der Patient kann in Ruhe über die Fragen des Therapeuten nachdenken, bevor er antwortet. Dabei werden Hemmungen abgebaut, die ihn möglicherweise daran hindern würden, schmerzhaft oder schambesetzte Gedanken mitzuteilen. Allerdings kann die Zeitverzögerung auch zu Missverständnissen führen, die durch die schriftliche Kommunikation schwerer zu bemerken sind. Der Therapeut orientiert sich daher am Ausdruck und Stil des Patienten, formuliert möglichst eindeutig und fasst regelmäßig wesentliche Inhalte zusammen.

Das Ziel der Behandlung besteht darin, dem Kind durch die Verarbeitung des traumatischen

Ursachen und Symptome

In vielen Fällen sind genetische Defekte schuld an einer Fehlgeburt. Das Baby wäre nicht lebensfähig und wird vom Körper der Mutter abgestoßen. Manchmal kann auch ein Mangel des Hormons Progesteron den Abort auslösen. Ist das der Fall, nistet sich die Eizelle nicht richtig in der Gebärmutter-schleimhaut ein. Infektionen und mütterliche Krankheiten begünstigen ebenfalls eine Fehlgeburt. Frauen, die Mehrlinge erwarten, haben ein höheres Risiko für einen Kindesverlust.

Die Anzeichen einer drohenden Fehlgeburt reichen von vaginalen Blutungen bis hin zu starken Schmerzen in Unterleib und Rücken. Sobald derartige Symptome auftreten, sollten Schwangere einen Arzt aufsuchen. Oftmals kann mit Medikamenten oder einem chirurgischen Eingriff der Abort abgewendet werden.

QUELLEN

Kersting, A. et al.: Complicated Grief after Traumatic Loss. A 14-Month Follow up Study. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 257(8), S. 437–443, 2007.

Kersting, A. et al.: Die Verarbeitung von Trauer nach einer Totgeburt. In: Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie 2, S. 69–73, 2008.

Kersting, A. et al.: Psychological Impact on Women after Second and Third Trimester Termination of Pregnancy Due to Fetal Anomalies Versus Women after Preterm Birth – a 14-Month Follow up Study. In: Archives of Women's Mental Health 12(4), S. 193–201, 2009.

Kersting, A. et al.: Internettherapie: Möglichkeiten und Grenzen. Eine Übersicht. In: Der Nervenarzt 80(7), S. 797–804, 2009.

Weitere Quellen unter:
www.gehirn-und-geist.de/artikel/1010660

WEBLINKS

www.internettherapie-trauerndeeltern.de
Virtuelle Beratungsstelle der Universitätsklinik Münster

Hilfe zur Bewältigung einer Fehl- oder Totgeburt sowie beim Säuglingstod bieten:
www.initiativeregenbogen.de
www.veid.de
www.maximilianprojekt.de



GEHIRN&GEIST / ANNETTE KERSTING

Verlustes einen angemessenen Platz im Leben der Eltern einzuräumen, so dass sie sich nach und nach wieder stärker anderen Lebensaufgaben zuwenden können. Im Lauf der Behandlung bekommen die Patienten zehn strukturierte Schreibübungen à 45 Minuten. Diese verteilen sich über einen Zeitraum von fünf Wochen, wobei die Teilnehmer anfangs einen Stundenplan für die einzelnen Einheiten erstellen. Nachdem sie die jeweiligen Aufgaben erfüllt haben, schicken sie ihre Texte per E-Mail zu einem geschützten externen Server. Der Therapeut ruft sie ab und übermittelt den Patienten innerhalb eines Werktags seine Rückmeldung sowie Instruktionen für die nächsten Aufgaben.

Dem Grauen ins Gesicht sehen

Die Therapie besteht aus drei Behandlungsphasen. Zu Beginn, in der Phase der Selbstkonfrontation, setzen sich die Patienten in vier Texten detailliert mit ihrem Verlusterlebnis auseinander. Sie sollen konkret und ausführlich eine Situation schildern, die sie mit dem traumatischen Ereignis verbinden. Wir bitten die Teilnehmer, spontan zu schreiben, was ihnen einfällt, ohne auf Orthografie und Sprachstil zu achten.

Im Mittelpunkt der zweiten Behandlungsphase – der »kognitiven Umstrukturierung« – bitten wir die Patienten, einen unterstützenden Brief an eine fiktive Freundin oder einen fiktiven Freund zu schreiben, die oder der das Gleiche erlebt hat wie sie selbst. Dadurch stellen die Teilnehmer eigene belastende Gedanken und Annahmen in Frage und betrachten die Verlusterfahrung aus einer anderen Perspektive.

In der abschließenden Phase soll das soziale Netzwerk der Eltern reaktiviert werden, um die Unterstützung durch das Umfeld zu verbessern. Darüber hinaus werden die Eltern gebeten, einen Abschiedsbrief an ihr Baby oder eine fiktive Person zu schreiben, in dem sie auf das Erlebte zurückblicken, aber auch den Blick in die Zu-

ABSCHIED NEHMEN

Nach dem Tod eines Kindes in der Schwangerschaft müssen Eltern lernen, dem Verlust einen Platz in ihrem Leben einzuräumen. Ein Gedenkstein oder ein Brief an das Verstorbene können helfen, die Trauer zu bewältigen.

kunft und auf die sie erwartenden Aufgaben richten.

Die therapeutische Beziehung ist zwar virtuell, aber dennoch wirksam. Dass die räumliche und zeitliche Distanz der Kommunikationspartner nicht mit einer emotionalen Distanz gleichzusetzen ist, zeigt eine Untersuchung der Psychotherapeuten Christine Knaevelsrud von der Freien Universität Berlin und Andreas Maercker von der Universität Zürich. Wie sie 2007 ermittelten, erlebten Patienten, die via Internet wegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung behandelt wurden, die Beziehung zum Therapeuten als zufrieden stellend.

Auch wir fanden, dass die Internettherapie von Eltern nach dem Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft die Trauersymptome der Betroffenen deutlich linderte. 2009 hatten 54 Patienten (52 Frauen und 2 Männer) die Behandlung beendet. Alle zogen ein positives Fazit. Erfasst wurden die Intensität der Trauergefühle, das traumatische Erleben, aber auch das Ausmaß an Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung sowie allgemeine psychische Belastungen. Darüber hinaus waren die erzielten Verbesserungen auch drei Monate nach Beendigung der Therapie noch nachweisbar.

Eine Teilnehmerin beschrieb ihre Erfahrungen nach der Therapie so: »Anfangs glaubte ich, wenn ich nicht daran denke, werde ich es schon irgendwie vergessen. Das hat aber nicht geklappt. Ich hatte vielmehr vergessen, dass ich noch ein lebenswertes Leben und eine liebe Familie habe. Erst als ich mich bewusst den Bildern gestellt habe, konnte ich die Trauer um das verlorene Kind an mich heranlassen.« ☺

Anette Kersting leitet den Bereich Psychotherapie an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster.

 www.gehirn-und-geist.de/audio