

Humboldt-Universität zu Berlin

Dissertation

**Unerwarteter Verlust und neue Hoffnung:
Fehlgeburten, ihre Verarbeitung und die Folgen
für eine neue Schwangerschaft**

zur Erlangung des akademischen Grades
doctor rerum naturalium (Dr. rer. nat.)
im Fach Psychologie

eingereicht an der
Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät II
der Humboldt-Universität zu Berlin

von
Diplom-Psychologin Annekathrin Bergner
geb.10.02.1970, Freital

Prof. Dr. Uwe Küchler

Dekan der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät

Prof. Dr. Jürgen Mlynek

Präsident der Humboldt-Universität zu Berlin

Gutachter:

- 1. PD Dr. Reinhard Beyer**
- 2. PD Dr. Martina Rauchfuß**
- 3. Prof. Dr. Elmar Brähler**

eingereicht: 19.08.2005

Datum der Promotion: 10.02.2006

Abstract

Einleitung: Fehlgeburten können nachhaltige seelische Folgen für die Betroffenen haben. Ihre Folgen für eine nachfolgende Schwangerschaft sind bislang kaum untersucht worden. Untersuchungsmethoden: In einer prospektiven Längsschnittuntersuchung werden 342 Frauen nach Frühabort (bis 16. Schwangerschaftswoche) jeweils wenige Wochen, 6 und 12 Monate nach dem Schwangerschaftsverlust postalisch über standardisierte Erhebungsinstrumente zu ihren Verarbeitungsmustern befragt. Bei 108 Frauen trat im Untersuchungszeitraum eine neue Schwangerschaft ein, sie wurden jeweils in jedem Schwangerschaftstrimenon befragt. Über standardisierte Symptomskalen werden schwangerschaftsbezogene Ängste, State-Ängste und Trait-Angst (STAI) sowie Depressivität dieser Schwangeren erhoben und mit der Symptomatik von jeweils 69 (1. Trimenon), 82 (2. Trimenon) und 97 (3. Trimenon) anamnestisch nicht durch frühere Schwangerschaftsverluste belasteten Schwangeren verglichen. Ergebnisse: Im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft sind Frauen nach Frühaborten signifikant stärker belastet durch schwangerschaftsbezogene Ängste und – vor dem Überschreiten des kritischen Zeitpunktes der zurückliegenden Fehlgeburt(en) – auch durch situative Ängste als anamnestisch nicht belastete Schwangere. Sie haben darüber hinaus ein erhöhtes Risiko für Blutungen in der Frühschwangerschaft. Muster einer depressiven und pessimistisch-traurigen Verarbeitung der Fehlgeburt sagen ausgeprägtere Angst- und depressive Symptome im ersten Trimenon einer nachfolgenden Schwangerschaft vorher. Schlussfolgerungen: Frauen nach Frühabort sind hinsichtlich psychischer Befindensstörungen in einer neuen Schwangerschaft besonders gefährdet. Es lassen sich Risikofaktoren bestimmen, anhand derer besonders gefährdete Frauen schon unmittelbar nach der Fehlgeburt erkannt werden und einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden können.

Schlagworte:

Fehlgeburt

Schwangerschaftsverlust

Bewältigung

Attribution

Schwangerschaftsängste

Abstract

Background: It is well known that miscarriages have enduring mental consequences for the persons affected and may also have implications for the course of a new pregnancy. So far, however, not many studies investigated the physical and mental stress of pregnant women with previous miscarriages. **Methods:** In this study, 342 women who had early miscarriages were interviewed in writing a couple of weeks, half a year and one year after the prenatal loss. 108 of these women became pregnant during the research period and answered further questionnaires in each trimester of the pregnancy. In addition, the data of a comparative group was collected consisting of 69 (first trimester), 82 (second trimester) and 97 (third trimester) women without any previous miscarriages. The symptoms (anxiety and depression) of any new pregnancy were collected by using standardised data collection instruments and specific methods for recording specific pregnancy-related anxieties, subjective pregnancy problems and complications during the pregnancy. **Results:** In the first trimester of a pregnancy, those women who had previous miscarriages are more stressed by pregnancy-related and – before the critical moment of the previous miscarriage – situational (State) anxieties than those women without any anamnesis of miscarriage. Furthermore they show a higher risk of bleedings in early pregnancy. The women's health during the first trimester of a new pregnancy can be predicted based on coping processes after the miscarriage. Women who show depressive or pessimistic-anxious coping styles after the prenatal loss, have a higher risk of anxieties and depressive disorders in their new pregnancy. **Conclusions:** The results are discussed in relation to the care to women after a miscarriage and during a new pregnancy.

Keywords:

miscarriage

pregnancy loss

coping

attribution style

pregnancy related anxiety

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	9
2	Stand der Forschung	11
2.1	Der Kinderwunsch.....	11
2.2	Die Schwangerschaft.....	13
2.2.1	Die entwicklungspsychologische Perspektive.....	13
2.2.2	Die psychoanalytische Perspektive	14
2.2.3	Bindungsbereitschaft und psychische Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft.....	16
2.2.4	Die Schwangerenvorsorge.....	18
2.3	Fehlgeburten.....	19
2.3.1	Begriffsbestimmung und Epidemiologie der Fehlgeburt	19
2.3.2	Diagnostik und Therapie der Fehlgeburt	20
2.3.3	Ätiologie und Ätiopathogenese der Fehlgeburt.....	22
2.3.3.1	Epidemiologische und soziodemographische Faktoren, vorausgegangene Schwangerschaftsverläufe	22
2.3.3.2	Somatische und medizinische Faktoren	23
2.3.3.3	Psychische und psychosoziale Faktoren	24
2.3.3.4	Multifaktorielle Erklärungsmodelle für die Ätiopathogenese der Fehlgeburt	28
2.3.4	Die Folgen einer Fehlgeburt.....	32
2.3.4.1	Psychodynamische Betrachtungen des pränatalen Kindesverlustes	33
2.3.4.2	Kurz- und langfristige Folgen von Fehlgeburten	34
2.3.4.3	Risikofaktoren für psychische Erkrankungen nach Fehlgeburten.....	36
2.3.5	Trauerprozesse nach Fehlgeburten.....	38
2.3.5.1	Stufen des „normalen“ Trauerprozesses	38
2.3.5.2	Muster von Trauerprozessen	39
2.3.5.3	Trauerprozesse nach Fehlgeburten.....	42
2.3.5.4	Beurteilung der empirischen Befunde.....	43
2.3.6	Bewältigungsmuster nach Fehlgeburten.....	44
2.3.7	Attributionsprozesse nach Fehlgeburten	45
2.3.8	Die Folgen für eine neue Schwangerschaft.....	47
2.3.9	Hilfestellungen und Betreuungsangebote für Frauen und Paare nach Fehlgeburten	50
3	Fragestellung und Hypothesen der vorliegenden Untersuchung	53
4	Material und Methoden	58
4.1	Untersuchungsplan	58
4.2	Stichproben.....	60

4.2.1	Schätzung der erforderlichen Stichprobenumfänge	60
4.2.2	Beschreibung der Stichproben der Untersuchung	60
4.2.2.1	Frauen mit Fehlgeburtsanamnese: Untersuchungsgruppe I	61
4.2.2.2	Frauen mit Fehlgeburtsanamnese: Untersuchungsgruppe II	67
4.2.2.3	Frauen ohne vorherige Schwangerschaftsverluste: Die Kontrollgruppen I – III	70
4.3	Untersuchungsmethoden	71
4.3.1	Fragebogenentwicklung im Rahmen einer Pilotstudie	71
4.3.2	Eingesetzte Erhebungsverfahren	73
4.3.2.1	Symptomatik nach der Fehlgeburt	73
4.3.2.2	Verarbeitung der Fehlgeburt	74
4.3.2.3	Symptomatik in einer neuen Schwangerschaft	81
4.3.2.4	Psychische Einstellungs- und Verarbeitungsprozesse in der Schwangerschaft	81
4.3.2.5	Kontrollvariablen	90
4.4	Auswertungsmethoden	90
4.4.1	Die Methode der Faktorenanalyse	91
4.4.2	Die Methode der multiplen Regressionsanalyse	92
4.4.3	Die Methode der logistischen Regressionsanalyse	93
4.5	Zusammenfassung	94
5	Ergebnisse	95
5.1	Anamnestische Daten	95
5.1.1	Krankheitsanamnese	95
5.1.2	Auftreten kritischer Lebensereignisse	96
5.2	Symptomatik, Trauer- und Verarbeitungsprozesse nach der Fehlgeburt	97
5.2.1	Deskriptive Statistiken	97
5.2.1.1	Symptomatik nach der Fehlgeburt	97
5.2.1.2	Ursachezuschreibungen nach der Fehlgeburt	99
5.2.1.3	Trauer nach der Fehlgeburt	99
5.2.1.4	Bewältigungsmuster nach der Fehlgeburt	100
5.2.2	Trauerverläufe nach der Fehlgeburt	101
5.2.3	Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt	103
5.2.3.1	Faktoren, die den Verarbeitungsmodus nach der Fehlgeburt mitbestimmen	105
5.2.3.2	Adaptivität der Verarbeitungsmuster hinsichtlich des Trauerverlaufs	107
5.2.4	Zusammenfassung der bisher dargestellten Ergebnisse	108
5.3	Die neue Schwangerschaft	109
5.3.1	Zeitpunkt einer neuen Schwangerschaft	109
5.3.2	Symptomatik im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft	109
5.3.2.1	Gruppenvergleiche	109
5.3.2.2	Vergleich mit Eichstichproben und Stichproben anderer Untersuchungen	113
5.3.3	Symptomatik im weiteren Schwangerschaftsverlauf	115

5.3.4	Zusammenfassung	117
5.3.5	Psychische Einstellungs- und Anpassungsprozesse in einer Schwangerschaft.....	118
5.4	Vorhersage psychischer und körperlicher Symptome in einer auf eine Fehlgeburt folgenden Schwangerschaft durch Verarbeitungsprozesse nach der Fehlgeburt und Anpassungsprozesse in einer neuen Schwangerschaft	121
5.4.1	Vorhersage von Depressivität im ersten Schwangerschaftstrimenon	123
5.4.2	Allgemeine Körperbeschwerden im ersten Schwangerschaftstrimenon	123
5.4.3	Schwangerschaftsbezogene Ängste im ersten Schwangerschaftstrimenon.....	124
5.4.4	Situative Ängste im ersten Schwangerschaftstrimenon	124
5.4.5	Schwangerschaftsbeschwerden und -komplikationen im ersten Schwangerschaftstrimenon.....	125
5.5	Zusammenfassung der Ergebnisse	126
6	Diskussion der Ergebnisse	129
6.1	Reaktionen auf die Fehlgeburt	129
6.1.1	Die psychische und körperliche Symptomatik nach der Fehlgeburt.....	130
6.1.1.1	Bezug zu Befunden anderer Untersuchungen	130
6.1.1.2	Bedeutung und Funktion der beobachteten Symptomatik	131
6.1.1.3	Zusammenfassung.....	134
6.1.2	Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt.....	135
6.1.2.1	Die aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt	136
6.1.2.2	Die pessimistisch-traurige Verarbeitung der Fehlgeburt.....	138
6.1.2.3	Die depressive Verarbeitung der Fehlgeburt.....	142
6.1.2.4	Zusammenfassung.....	145
6.2	Die neue Schwangerschaft	146
6.2.1	Bewältigungsmuster in einer Schwangerschaft.....	147
6.2.1.1	Die Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft.....	147
6.2.1.2	Die Vermeidung in der Schwangerschaft.....	149
6.2.1.3	Die innere Beziehung zum Kind	150
6.2.1.4	Zusammenfassung.....	151
6.2.2	Symptomatik der Abortpatientinnen im ersten Drittel einer neuen Schwangerschaft.....	151
6.2.2.1	Bezug zu Befunden anderer Untersuchungen	151
6.2.2.2	Ängste in einer neuen Schwangerschaft.....	152
6.2.2.3	Depressivität und allgemeine Körperbeschwerden in einer neuen Schwangerschaft	157
6.2.2.4	Schwangerschaftsbeschwerden und -komplikationen.....	160
6.2.3	Der Zusammenhang zwischen Verarbeitungsmustern nach der Fehlgeburt und der Symptomatik in einer neuen Schwangerschaft	162
6.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	163
6.4	Schlussfolgerungen für die Praxis.....	164
6.4.1	Der Umgang mit Frühaborten im stationären Bereich	166
6.4.2	Das ärztliche Aufklärungsgespräch.....	166
6.4.3	Betreuung der Patientinnen in einer neuen Schwangerschaft	169

6.5 Methodenkritische Überlegungen und Ausblick.....	170
Literaturverzeichnis.....	173
Danksagung	192
Erklärung.....	194
Veröffentlichungen.....	195
Anhang A: Text des ersten Anschreibens an die Frauen	196
Anhang B: Ergänzungen zur Stichprobenbeschreibung (Abschnitt 4.2)	198
Anhang C: Ergänzungen zur Verfahrensentwicklung (Abschnitt 4.3).....	202
Anhang D: Zeitlicher Verlauf der Symptomatik, der Trauer und der Bewältigung nach der Fehlgeburt – ergänzende statistische Angaben (Abschnitt 5.2.1).....	207

Zusammenfassung

Es ist bekannt, dass Fehlgeburten nachhaltige seelische Folgen für die Betroffenen haben und sich auf den Verlauf einer neuen Schwangerschaft auswirken können. Die psychischen und körperlichen Belastungen von Schwangeren mit zurückliegenden Fehlgeburten sind bislang jedoch nur vereinzelt untersucht worden. In der vorliegenden Untersuchung werden 342 Frauen nach Frühaborten jeweils wenige Wochen, ein halbes und ein Jahr nach dem Ereignis der Fehlgeburt schriftlich befragt. 108 dieser Frauen wurden innerhalb des Untersuchungszeitraums erneut schwanger und beantworteten in jedem Schwangerschaftstrimenon einen weiteren Fragebogen. Parallel werden Daten einer Vergleichsgruppe von 248 anamnestic nicht belasteten Gravidae erhoben. Die Symptomatik in der neuen Schwangerschaft wird über standardisierte Erhebungsinstrumente (Depressivitätsskala und Beschwerdenliste von von Zerssen, 1976; State-Trait-Angstinventar, Laux et al., 1989) und spezifische Verfahren zur Erhebung von schwangerschaftsspezifischen Ängsten, subjektiven Schwangerschaftsbeschwerden und Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf erfasst. Knapp ein Fünftel aller Teilnehmerinnen der Untersuchung (17,4%) entwickelt nach dem Schwangerschaftsverlust eine pathologische Trauer mit noch sechs Monate nach der Fehlgeburt anhaltenden depressiven und Trauersymptomen. Im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft sind Frauen nach Fehlgeburten stärker durch schwangerschaftsbezogene und – vor Überschreiten des kritischen Zeitpunktes der zurückliegenden Fehlgeburt(en) – situative (State-) Ängste belastet als Schwangere ohne Fehlgeburtanamnese. Sie haben ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Blutungen und klagen häufiger über Schwangerschaftsbeschwerden. Das Befinden der Frauen im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft lässt sich durch Verarbeitungsprozesse nach der Fehlgeburt und Bewältigungsmuster in der neuen Schwangerschaft vorhersagen. Frauen, die nach einer Fehlgeburt Verarbeitungsmuster in Form einer depressiven oder pessimistisch-traurigen Verarbeitung zeigen, haben ein erhöhtes Risiko, eine pathologische Trauer mit sich etablierender chronischer Symptomatik zu entwickeln, und sind auch in einer neuen Schwangerschaft hinsichtlich Ängsten und depressiven Störungen gefährdet. Eine aktive Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft hingegen hat eine protektive Wirkung hinsichtlich des Befindens der Frauen in einer neuen Schwangerschaft. Vermeidendes Verhalten in der Schwangerschaft steht bei den befragten Frauen in engem Zusammenhang mit einer ausgeprägten psychischen und körperlichen Symptomatik. Die Ergebnisse werden im Hinblick auf die Betreuung der Frauen nach dem Abort und in einer neuen Schwangerschaft diskutiert.

1 Einführung

Gynäkologen und Gynäkologinnen sehen sich in ihrer Praxis relativ häufig mit frühen, ungewollten Schwangerschaftsverlusten in Form von Fehlgeburten konfrontiert, denn ungefähr jede fünfte bis sechste Schwangere ist davon betroffen. Obwohl bekannt ist, dass auch so frühe Schwangerschaftsverluste nachhaltige seelische Folgen für die Betroffenen haben können, steht bislang keine ausreichende Betreuung zur Verfügung, die auch die emotionale Situation der Frauen aufgreift. Das gilt vor allem für die Betreuung und Behandlung der Frauen in einer nachfolgenden Schwangerschaft, auf die sie weitaus häufiger als andere Schwangere mit Störungen des psychischen Gleichgewichts reagieren.

In Hinblick auf die Folgen von Fehlgeburten für das seelische und körperliche Befinden der Frauen in einer neuen Schwangerschaft und deren Verlauf besteht großer Forschungsbedarf. Um Schwangeren mit früheren Fehlgeburten neben der rein somatisch ausgerichteten Behandlung eine ausreichend gute psychologische Begleitung mit gezielten Interventionen anbieten zu können, ist es wichtig, die psychische Situation dieser Frauen genauer zu erfassen und Faktoren zu bestimmen, die wesentlichen Einfluss auf das psychische Befinden der Frauen in einer neuen Schwangerschaft ausüben. Dies ist ein wesentliches Ziel der vorliegenden Arbeit. Dabei werden neben anamnestischen und soziodemographischen Merkmalen der Schwangeren auch ihre Bewältigungsmuster und inneren Einstellungen zur Schwangerschaft untersucht.

Der frühe Verlust der Schwangerschaft durch eine Fehlgeburt kann bei den betroffenen Frauen eine starke emotionale Krise auslösen, die hohe Anforderungen an ihre psychischen Anpassungsleistungen stellt. So kann die Verarbeitung einer Fehlgeburt in Abhängigkeit verfügbarer Anpassungsmechanismen mehr oder weniger gut gelingen. Wenngleich Verarbeitungs- und Trauerprozesse nach frühen Schwangerschaftsverlusten empirisch in großer Zahl dokumentiert sind, wurde ihr Einfluss auf eine *neue Schwangerschaft* bislang in keiner der uns bekannten Studien berücksichtigt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der Erfolg solcher Anpassungs- und Verarbeitungsstrategien nach einer Fehlgeburt eine große Bedeutung für das Erleben und das psychische Gleichgewicht der Frauen in einer neuen Schwangerschaft hat. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wird daher auch der Frage nachgegangen, inwieweit die psychische und körperliche Symptomatik von Schwangeren mit vorausgegangenen Fehlgeburten abhängig ist von Merkmalen des Verarbeitungsprozesses nach der Fehlgeburt.

Unter Kenntnis von Risikofaktoren und protektiven Faktoren lassen sich Interventionen ableiten, die schon unmittelbar nach der Fehlgeburt wirksam werden können und präventiv-prophylaktisch auf den Verlauf einer neuen Schwangerschaft gerichtet sind. Zudem können schon sehr früh Risikogruppen von Schwangeren festgestellt werden, die aufgrund maladapti-

ver Bewältigungsversuche hinsichtlich ihres psychischen und körperlichen Befindens in einer nachfolgenden Schwangerschaft besonders gefährdet sind.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Im Rahmen der theoretischen Abhandlungen werden wir einen Überblick über den derzeitigen Forschungsstand zu Schwangerschaft und Fehlgeburten geben und versuchen, dem Leser einen Einblick in die spezifische Situation der Frauen nach einer Fehlgeburt zu vermitteln (Abschnitt 2.3).

Die Darstellung der von uns durchgeführten empirischen Untersuchung wird den größeren Teil der vorliegenden Arbeit einnehmen. Nach der Ausführung von Hypothesen (Abschnitt 3), eingesetzten Untersuchungsmethoden (Abschnitt 4) und Ergebnissen (Abschnitt 5) unserer Studie werden diese unter verschiedenen Gesichtspunkten diskutiert und in den bisherigen Forschungsstand eingeordnet (Abschnitt 6). Vorschläge für eine adäquate Betreuung der Frauen nach dem Abort und in einer neuen Schwangerschaft werden erarbeitet (Abschnitt 6.4).

Personenbezeichnungen wie Ärzte, Gynäkologen oder Betreuer sollen im Folgenden geschlechtsneutral verstanden werden und schließen die weibliche Form mit ein.

2 Stand der Forschung

Für das Verständnis der Situation von Frauen nach frühen, ungewollten Schwangerschaftsverlusten erscheint es unerlässlich, sich zunächst mit gesellschaftlichen, gesundheitspolitischen und v. a. innerpsychischen Aspekten der Schwangerschaft selbst zu befassen. Prozesse der Auseinandersetzung mit einer Schwangerschaft setzen in der Regel nicht erst mit der Feststellung der Schwangerschaft ein. Vielmehr sind sie oftmals schon viel früher bei der Formulierung des Kinderwunsches und der eventuellen Planung einer Schwangerschaft zu beobachten. Der folgende Abschnitt gliedert sich deshalb in zwei Kapitel. In einem ersten Kapitel werden verschiedene intrapsychische sowie sozial determinierte Motive des Kinderwunsches diskutiert. Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit psychologischen Themen der Schwangerschaft aus entwicklungspsychologischer, psychoanalytischer und bindungstheoretischer Perspektive sowie mit Fragen der medizinischen Versorgung Schwangerer. Der Schwerpunkt der Darstellungen liegt dabei auf der Beschreibung des ersten Schwangerschaftstrimenons, welches für die Frauen mit Frühaborten besonders bedeutsam ist.

2.1 Der Kinderwunsch

Viele Autoren beschreiben nicht nur das – wie später ausgeführt wird – Erleben einer Schwangerschaft als konflikthaft, sondern auch bereits den Wunsch nach einem Kind (Hertz & Molinski, 1986; Schmedders & Wlotzka, 2000). Denn die Sehnsucht nach einem Kind wird häufig begleitet von der Angst vor den Anforderungen und Belastungen durch das Kind. Durch die Einführung der oralen Kontrazeptiva Mitte der 60er Jahre wurde Frauen die Möglichkeit gegeben, selbst zu entscheiden, ob und wie viele Kinder sie haben wollen. So kam es allein in den Jahren 1963-1978 zu einem Geburtenrückgang von 18,3 Geburten pro 1000 Einwohner auf 9,4 (Schenk, 1998). Damit ist eine Frau heute nicht mehr zwingend dem „Schicksal Mutter“ ausgeliefert. Mutterschaft ist nur eine von verschiedenen Rollen und Lebensentwürfen der Frau geworden (Frick-Bruder, 1993).

Hertz & Molinski (1986) und Bauer (1996) benennen in ihren Arbeiten verschiedene bewusste und unbewusste Motive des Wunsches nach einem Kind. So gelte die Tatsache, Kinder zu haben, als kulturelle Norm. Während in den letzten Jahrhunderten Kinder allein schon aus ökonomischen Gründen gezeugt wurden (Versorgung der Familie), ist dieses Motiv seit Ende des letzten Jahrhunderts in den Hintergrund getreten. Durch den Mangel an Betreuungsangeboten für Kinder und den dadurch bedingten Ausfall des Einkommens eines Partners zur Pflege der Kinder, durch die Bevorzugung kinderloser Paare auf dem Arbeitsmarkt sind Eltern aus ökonomischer Sicht eher benachteiligt (vgl. Gloger-Tippelt, 1985). Viele Frauen erfahren aus ihrer

beruflichen Verwirklichung enormen Selbstwertzuwachs und Zufriedenheit. Ein Kind bedeutet für eine Reihe von ihnen nicht nur eine Unterbrechung der Berufstätigkeit, sondern sogar eine Gefährdung ihrer beruflichen Laufbahn. Kann eine Frau ihre Berufstätigkeit trotz Kindern fortsetzen, gerät sie häufig in Rollenkonflikte zwischen dem heutigen Ideal einer selbstlosen, aufopfernden, zugleich kreativen und bewusst handelnden Mutter (Leeners, 2000) und ihrem egoistischen Wunsch, sich im Beruf zu verwirklichen und ein Stück Unabhängigkeit zurückzugewinnen. Persönliche Kinderwunschmotive müssen daher auf dem Hintergrund stark gesellschaftlich bedingter allgemeiner Einstellungen zum Kinderwunsch interpretiert werden (Stöbel-Richter & Brähler, 2000).

Ein Kind ermöglicht es den Eltern, an Lebensprozessen wie der Befruchtung, Schwangerschaft, Entbindung und dem Aufziehen der Kinder teilzuhaben. Darüber hinaus können über Vererbung Anteile der Eltern im Kind über ihren Tod hinaus weiterleben. Die Frau beweist mit der Tatsache, ein Kind zu bekommen, die eigene Fruchtbarkeit, Reife und Unabhängigkeit. So kann ein Kind der Beweis für die Geschlechtsidentität der Frau, ihre körperliche Integrität, ihre soziale Funktion und ihre Kontrolle über das Leben sein (Tubert, 1994).

Bei Frauen mit psychischen oder Partnerschaftsproblemen kann das Kind als Lösung intra- oder interpsychischer Konflikte ersehnt werden. So wünschten sich manche depressive Frauen ein Kind, um das eigene Leergefühl auszufüllen. Und manche konfliktbeladene Partnerschaft soll durch ein Kind gefestigt werden (Hertz & Molinski, 1986). Nach Tubert sind es narzisstische Motive, die in unserer Gesellschaft den Kinderwunsch dominieren: "Wenn das Kind in der Geschichte ein ökonomisches Kapital gewesen ist, ist es heute ein affektives und narzisstisches Kapital, ..." (Tubert, 1994, S. 668).

Stöbel-Richter & Brähler (2000) können auf der Grundlage einer großen empirischen Datenbasis persönliche Kinderwunschmotive anhand von vier Faktoren kategorisieren: dem Wunsch nach einer emotionalen Stabilisierung durch ein Kind und dem Wunsch nach sozialer Anerkennung als positive Motive für sowie der Angst vor persönlicher Einschränkung und der Angst vor materieller Beeinträchtigung als negative Motive gegen ein Kind.

Eine Frau unserer Gesellschaft ist durch die Möglichkeit der autonomen Handhabung von Verhütungsmitteln und die bestehende Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs stärker mit der Notwendigkeit einer bewussten Entscheidung für oder gegen ein Kind konfrontiert, als dies vor Einführung der Pille der Fall war. Daraus erhebt sich für Frauen oft der Anspruch, das geplante Kind müsse wirklich gewollt sein. Der Kinderwunsch selbst wird idealisiert und lässt ambivalenten Einstellungen weniger Spielraum. Die Möglichkeit, sich für oder gegen Mutterschaft zu entscheiden, bedeutet für viele Frauen einen enormen Freiheitsgewinn. In Anbetracht des heutigen hohen gesellschaftlichen Mutterideals kann diese Entscheidungsmöglichkeit aber auch zu Konflikten bezüglich des Kinderwunsches und der Rollenidentität führen. Der Zwiespalt zwi-

schen dem Wunsch nach beruflicher und sozialer Selbstverwirklichung und dem Wunsch nach Mutterschaft lässt viele Frauen den Kinderwunsch zeitlich hinausschieben. Das zunehmende Alter der Mutter birgt jedoch ein Risiko zunehmender Unfruchtbarkeit, häufigerer Fehlgeburten und anderer Schwangerschaftskomplikationen.

2.2 Die Schwangerschaft

2.2.1 Die entwicklungspsychologische Perspektive

Stellt eine Frau fest, dass sie schwanger ist, so beginnt für sie damit der neue Lebensabschnitt der Mutterschaft. Er erfordert von der werdenden Mutter (und vom werdenden Vater) eine Neuorientierung und Neuordnung der Persönlichkeit und des Lebensalltags. In empirischen Studien wurden neben den einschneidenden körperlichen Veränderungen der Schwangeren Veränderungen in den Bereichen Partnerschaft, Einstellungen, Persönlichkeit und Selbstkonzept der Frauen beobachtet (vgl. Gloger-Tippelt, 1985). Eine Schwangerschaft stellt daher immer eine große Herausforderung an die Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen der zukünftigen Eltern dar. Der Übergang zur Elternschaft kann als normative Entwicklungskrise betrachtet werden, die im günstigen Falle in einer Reifung der Persönlichkeit der Eltern mündet. Im ungünstigen Falle besteht wie bei jeder Entwicklungskrise die Gefahr der Stagnation und Dekompensation (Ringler, 1991; Wimmer-Puchinger, 1992; Brüderl, 1988).

Gloger-Tippelt beschreibt in einem Prozessmodell zusammenfassend fünf Phasen des Übergangs zur Elternschaft, die jeweils durch verschiedene Anforderungsmuster und Veränderungsprozesse gekennzeichnet sind. In der „Verunsicherungsphase“ (Eintritt der Schwangerschaft bis ca. 12. Schwangerschaftswoche) tritt eine starke Verunsicherung des Paares auf. Veränderungen des Hormonhaushalts der Frau führen zu körperlichen Beschwerden wie Müdigkeit, Übelkeit und Erbrechen, die eine psychische Verarbeitung durch die Frau erfordern und Auswirkungen auf die Partnerschaft haben. Typisch für diese Phase sind emotionale Labilität, Ängste und Befürchtungen zukünftiger Veränderungen. Ob die Verunsicherung des Paares positiv oder negativ getönt ist, ist v. a. von der Geplantheit der Schwangerschaft abhängig. Ab ca. der 12. Schwangerschaftswoche folgt eine ruhigere Zeit der kognitiven und emotionalen Anpassung („Anpassungsphase“). Kennzeichen dieser Phase sind die Akzeptanz und positive Bewertung der Schwangerschaft und eine Herausbildung des mütterlichen Selbstkonzeptes. Die darauf folgende „Konkretisierungsphase“ wird durch erste spürbare Kindesbewegungen (ca. 19.-22. Schwangerschaftswoche) eingeleitet. Es dominieren jetzt positive Bewertungen der Mutterschaft. Die Zuversicht über den weiteren Schwangerschaftsverlauf steigt und Schwangerschaftsängste nehmen ab. Jetzt wird die Schwangerschaft der Frau auch für andere sichtbar. Durch die beginnende Interaktion mit dem Kind kann das Kind zunehmend als selbständiges

Wesen wahrgenommen werden. In dieser Phase steht die Auseinandersetzung mit der Rolle als zukünftige Mutter/zukünftiger Vater im Vordergrund. In der Phase der „Antizipation und Vorbereitung auf die Geburt und das Kind“ erleben die Frauen erneut zunehmende Ängste und negative Schwangerschaftseinstellungen. Das Paar bereitet sich zum Ende der Schwangerschaft hin handelnd auf das Kind vor. Die Autorin beschreibt fortführend eine „Geburtsphase“ und eine „Erschöpfungsphase trotz erstem Glück über das Kind“, welche an dieser Stelle nicht näher ausgeführt werden (Gloger-Tippelt, 1985).

2.2.2 Die psychoanalytische Perspektive

Bibring und ihre Mitarbeiter waren nach der Analyse von Interviews mit schwangeren Frauen überrascht darüber, dass diese sehr häufig mit einer gewissen Unbeschwertheit über eine ernsthafte psychische Symptomatik berichteten und dass psychische Symptome auch bei Frauen auftraten, die vor der Schwangerschaft keine Auffälligkeiten zeigten. Gering gehaltene, supportive Interventionen schienen Besserungen herbeizuführen, für die bei nichtschwangeren Patientinnen lange psychoanalytische Behandlungen notwendig gewesen wären. Die Autoren leiten daraus ab, dass die Schwere der auftretenden Symptomatik – ähnlich wie in der Pubertät oder Menopause – durch eine Entwicklungskrise bedingt sein müsse, in deren Folge unbewusste Konflikte früherer Entwicklungsstadien wachgerufen werden (Bibring et al., 1962; vgl. auch Deutsch, 1954; Benedek, 1970; Besch-Cornelius, 1987; Pines, 1997).

Im Zuge von Schwangerschaft, Geburt und Stillen werden alle Phasen der psychosexuellen Entwicklung der Frau neu belebt. Dabei besteht die Möglichkeit des Erreichens einer neuen Integrationsstufe der Persönlichkeit, aber auch die Gefahr der Regression und Symptombildung. Mit Kerstenberg (1977) kann man in diesem Zusammenhang von einer integrativen Krise sprechen, die zu einer Veränderung der gesamten Ich- und Triebkonstellation führt (Hertz & Molinski, 1986). Schwangere besitzen in der Regel eine größere Fähigkeit, den Zugang zum Unbewussten herzustellen und Es-Impulse zu tolerieren. Einige Autorinnen sprechen daher von einer „Regression im Dienste des Ichs“. Die Regression befähigt die Frauen, triebhafte Impulse, die z. B. die Geburt bestimmen, zu ertragen (Benedek, 1970; Gambaroff, 1984).

Die im Zuge des Mutterwerdens wieder aufflammenden Bedürfnisse, Triebe und damit verbundene Konflikte können anhand der psychosexuellen Entwicklungsstadien systematisiert werden. Gambaroff (1984) unterscheidet fünf Ebenen des Erlebens von Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit: die narzisstische, orale, anale, urethrale und sexuell-genitale Ebene. Auf der *narzisstischen Ebene* des Erlebens kommt es in der Schwangerschaft zu einer Verstärkung der libidinösen Besetzung des Selbst und einem Rückzug von der Objektwelt. Allein die körperlichen Veränderungen führen zu stärkerer libidinöser Besetzung der inneren Genitale und der Brüste. Der Fötus wird in der Frühschwangerschaft als Teil des Selbst wahrgenommen. Er repräsentiert

gute und schlechte Anteile des eigenen Selbst. Die Erfahrung der Fähigkeit, Leben zu spenden und – bei erwünschter Schwangerschaft – die Sehnsucht nach Harmonie und Symbiose in Identifizierung mit dem Fötus können das Selbstwertgefühl der Schwangeren erhöhen. Zugleich werden Impulse von ohnmächtiger, narzisstischer Wut, die oft mit Tötungs- oder Zerstörungsphantasien verbunden sind, wiederbelebt. Diese können, wenn sie nicht mit allzu großer Angst verbunden sind, eine Bereicherung der Frau sein, da sie zu einer Erweiterung ihrer Toleranzgrenzen gegenüber aggressiven Trieben in ihren primitiven Formen führen. Nach Frick-Bruder (1993) ist gerade die Fähigkeit zur Toleranz der primitiven Wut und der frühen Abhängigkeitsgefühle Voraussetzung für das, was Winnicott (1976) „primäre Mütterlichkeit“ nennt: den Säugling in seinen Bedürfnissen zu erkennen, ihn aber auch in seiner archaischen Aggression und seinem inneren Chaos zu halten.

Ist eine Schwangere bereits durch neurotische Fixierungen aufgrund frühkindlicher Entwicklungskonflikte vorbelastet, können die wiederbelebten narzisstischen Themen zu massiven Störungen des psychischen Gleichgewichts führen. Beispielsweise kann der Fötus von schizoid strukturierten Müttern als Fremdkörper, von depressiv strukturierten Müttern als „auffressender Parasit“ erlebt werden. Unerträgliche archaische Wut kann auf den Fötus projiziert und der Fötus dann als zerstörerisch erlebt werden. Verfügt die werdende Mutter über ein sehr fragiles Körper-Selbst, so kann die Wahrnehmung körperlicher Veränderungen massive Ängste vor Auflösung des Selbst erzeugen. Im Extremfall kann eine Überflutung durch Ängste, die durch diese unbewussten Phantasien hervorgerufen und über Somatisierungsmechanismen abgewehrt werden, zur Ausstoßung der Frucht führen (vgl. Kapitel 2.3.3.4).

Auf der *oralen Ebene* des Erlebens der Schwangerschaft kommt es v. a. zum Wiederbeleben oraler Wünsche und Frustrationen gegenüber der eigenen Mutter. Auftauchende Wünsche nach Schonung und Versorgung werden von der Umwelt stärker toleriert. In dem Schwangere dazu neigen, sich selbst zu verwöhnen, lösen sie sich innerlich ein weiteres Stück von der eigenen Mutter und übernehmen mütterliche Versorgung. Auch auf dieser Ebene können bei entsprechender Vorbelastung Störungen auftreten. Der Fötus kann beispielsweise als oraler Konkurrent erlebt werden, der bisherige orale Befriedigungsmöglichkeiten (z. B. Berufstätigkeit) bedroht.

Das Erleben von Bedürfnissen bzw. Konflikten der narzisstischen und oralen Ebene kennzeichnet insbesondere die Frühschwangerschaft. Objekttheoretiker sehen es als wesentliche Aufgaben der Schwangeren, sich einerseits mit der eigenen Mutter als versorgendem, lebensspendenden Objekt und sich andererseits mit dem Fötus als hilflosem, abhängigen Wesen zu identifizieren (Bibring, 1962; Pines, 1997). Nur eine Frau, die durch ihre eigene Mutter ausreichend versorgt wurde, könne das Erleben ihrer eigenen Bedürftigkeit tolerieren und dadurch zu Mütterlichkeit finden. Beides – mütterliche Gefühle und die starke Bedürftigkeit der Schwange-

ren – gehören daher zusammen. Und beides, mütterliche und kindliche Bedürfnisse, kann die Frau durch die Bemutterung ihres Säuglings befriedigen (Leon, 1986).

Auf *analer Erlebnisebene* werden unbewusste Konflikte um Macht und Kontrolle wachgerufen. Die Beziehung zur Mutter aus der analen Entwicklungsphase wird wieder belebt. Hierzu gehören Gefühle des Ausgeliefertseins, magische Phantasien in der Begegnung mit Macht über Leben und Tod und Schuldgefühle, die aus der Inbesitznahme des eigenen Körpers und damit dem Entzug der Kontrolle durch die Mutter, herrühren können. Auf der *urethralen Ebene* des Erlebens von Schwangerschaft und Geburt stehen Bedürfnisse der Kontrolle oder des Loslassens, der Schau- und Zeigelust im Vordergrund. Diese spielen im letzten Trimenon der Schwangerschaft und bei der Geburt eine wesentliche Rolle. Die *sexuell-genitale Erlebensebene* ist bestimmt durch eine Neuorientierung an inneren Objekten, eine Erweiterung der Zweier- zu einer Dreierbeziehung. Dieser Prozess kann v. a. durch ödipale Fixierungen gestört werden. Zum Beispiel können bei starken Fixierungen an den Vater Inzestphantasien und Schuldgefühle auftreten, die aus unbewussten Triumphgefühlen der Mutter gegenüber resultieren.

Die Vielfältigkeit der genannten potentiellen Störungen darf nicht zu dem Schluss führen, alle neurotisch vorbelasteten Schwangeren entwickelten Psychopathologien aufgrund der in der Schwangerschaft aktualisierten unbewussten Konflikte. Sicher sind neurotisch vorbelastete Frauen hinsichtlich psychopathologischer Entwicklungen in einer Schwangerschaft stärker gefährdet. Die integrative Krise der Schwangerschaft bietet jedoch für viele dieser Frauen auch die Möglichkeit, bisher abgewehrte Bedürfnisse und Impulse in ihr Erleben zu integrieren und damit in ihrer Persönlichkeit weiter zu reifen.

Charakteristisch für die Schwangerschaft ist nach Meinung aller zitierten Autoren die Wiederbelebung der frühen Beziehung zur eigenen Mutter und die daraus resultierende, besonders für das erste Trimenon typische, ambivalente Gefühlseinstellung gegenüber der Schwangerschaft. Gerade die Fähigkeit zur Toleranz ambivalenter Gefühle ist Voraussetzung für eine gesunde Bewältigung der psychischen Anforderungen der Schwangerschaft (Frick-Bruder, 1993). Pines sieht die Schwangerschaft als höchste Stufe der Identifikation mit der eigenen Mutter. Sie sei ein wesentlicher Schritt zur Individuation und Separation von der eigenen Mutter und damit wesentlicher Schritt weiblicher Identitätsfindung (Pines, 1997).

2.2.3 Bindungsbereitschaft und psychische Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft

In Lehrbüchern der Entwicklungspsychologie beginnt die Darstellung der Entwicklung des Menschen oft erst mit seiner Geburt. Seine vorgeburtliche Entwicklung wird meist nur auf rein organischer Ebene beschrieben. Doch wohl kaum eine werdende Mutter spricht von ihrem Kind als „Fötus“ oder „Embryo“. Dem Kind werden sehr bald ein eigener Wille, Wahrnehmungssen-

sibilität und Charaktermerkmale zugeschrieben. Die zukünftige Mutter entwickelt bereits in der Schwangerschaft eine emotionale Beziehung zu ihrem Kind. Eine Reihe von Veröffentlichungen weist darauf hin, dass solche früh entstehenden, pränatalen Mutter-Kind-Bindungen die Interaktion der Mutter mit ihrem Kind nach der Geburt beeinflussen (vgl. Schleske, 1993; Pines, 1972; Leifer, 1977).

Die Beziehung der Mutter zum ungeborenen Kind verändert sich qualitativ im Laufe der Schwangerschaft und unterliegt einer Reihe von Faktoren: u. a. dem Verlauf der Schwangerschaft (Auftreten von Schwangerschaftskomplikationen), den mütterlichen Vorerfahrungen aus früheren Schwangerschaften, psychosozialen Faktoren wie Partnerschaft und sozialer Unterstützung, der psychischen Gesundheit der Mutter und – aus psychodynamischer Perspektive – ihrer Persönlichkeitsstruktur (Schleske, 1993; Beutel, 1994; Gloger-Tippelt, 1991). Die Entwicklung des Bildes der Mutter von ihrem Kind und ihrer Beziehung zu ihm während der Schwangerschaft ist aus verschiedenen Perspektiven untersucht worden. Gloger-Tippelt untersucht aus eher kognitiver Sicht das mütterliche Schema vom heranwachsenden Kind. In dem mütterlichen Schema seien sowohl abstraktes Wissen über Schwangerschaft und Säuglinge allgemein als auch spezifische Erfahrungen mit dem sich entwickelnden Kind in einer ganzheitlichen Struktur integriert. Dieses Schema differenziert sich mit zunehmender Schwangerschaftsdauer. Während in der Frühschwangerschaft die Erwünschtheit des Kindes und Sorgen um seine Gesundheit im Vordergrund stünden, entwickle sich ab dem ersten Ultraschallbild (ca. 11. Schwangerschaftswoche) eine Vorstellung vom Kind als getrenntem Wesen mit eigenen physischen und psychischen Merkmalen. Das Spüren der ersten Kindesbewegungen führe zu einer weiteren Ausdifferenzierung dieser Merkmale bis hin zu einer Vorstellung der vollständigen Persönlichkeit des Kindes (Gloger-Tippelt, 1991).

Aus eher bindungstheoretischer und psychoanalytischer Sicht beschreiben Autoren wie Pines (1972), Schleske (1993), Condon (1993) und Stern et al. (2000) die pränatale Mutter-Kind-Beziehung. Bowlby nennt die pränatale Mutter-Kind-Beziehung eine „Bindungsbereitschaft“ der Mutter an den heranwachsenden Fötus. Die Bindungsbereitschaft unterscheidet sich von der mütterlichen Bindung an ihren Säugling nach der Geburt dadurch, dass während der Schwangerschaft noch keine Beziehung zu einem klar von der eigenen Person unterscheidbaren Kind existiere (Bowlby, 1987). Bereits ab Feststellung der Schwangerschaft besetzen Frauen den Fötus mit bewussten oder unbewussten Phantasien. Das Kind erscheint in Tagträumen und Träumen der Frauen, hat oft schon eine körperliche Gestalt und Geschlechtsidentität. Dabei ist der Fötus besonders in der Frühschwangerschaft aufgrund der mangelnden Interaktionserfahrungen häufig eine Projektionsfläche für unbewusste Hoffnungen und Befürchtungen der Mutter. Das Kind wird als Teil des Selbst erlebt und Vorstellungen über das Kind tragen oft ideale Züge (vgl. Pines, 1972; Beutel, 1994; Condon, 1993). Andererseits können gerade in der Früh-

schwangerschaft Aggression und Feindseligkeit gegenüber dem Kind noch offen und ohne Schuldgefühle geäußert werden, während in der Spätschwangerschaft nur mehr verdeckte Feindseligkeit, gepaart mit starken Schuldgefühlen, auftaucht (Schleske, 1993).

Spätestens ab dem Spüren der ersten Kindesbewegungen verstärkt sich die Bindungsbereitschaft der Mutter. Das Ungeborene wird stärker als eigenständige Person wahrgenommen, mit dem die Mutter in Zwiesprache treten kann. Das kann bei der Mutter Trennungs- und Verlustängste hervorrufen. Nach Stern et al. (2000) etabliert sich ab dem 3. Schwangerschaftsmonat eine bildhafte Vorstellung vom Kind, die im 7. Schwangerschaftsmonat voll entwickelt sei. Nach dem 7. Schwangerschaftsmonat verblassen diese Bilder wieder –nach Stern et al. ein psychischer Schutzmechanismus, um Enttäuschungen aufgrund großer Differenzen zwischen Idealbild und Realerscheinung des Säuglings nach der Geburt vorzubeugen.

Besonders die flexiblen Schwangerschaftsphantasien und die Fähigkeit der Frauen, mehrere Phantasien nebeneinander bestehen zu lassen, wirken sich nach Schleske günstig auf die spätere Mutter-Kind-Beziehung aus. Prognostisch ungünstig hingegen seien starre Vorstellungen über das Kind, das Vorherrschen negativ getönter Tagträume und eine Kargheit der inneren Bilder vom Kind (Schleske, 1993).

2.2.4 Die Schwangerenvorsorge

Die Anzahl der medizinischen Vorsorgeuntersuchungen ist nach Brockmann & Reichard (2000) in den letzten zwei Jahrzehnten um ca. 500% gestiegen. Schnelle Fortschritte in Forschung und medizinischer Versorgung haben zu einer starken Medikalisierung und Technisierung von Schwangerschaft und Geburt geführt. Durch diese Entwicklung gelang es, die perinatale Sterblichkeit deutlich zu senken. Allerdings führen die gesetzlichen Richtlinien der Schwangerenvorsorge auch zu einer Normierung der Schwangerschaft. In den Mutterschaftsrichtlinien ist die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung festgelegt. Bei unauffälliger Schwangerschaft sind zehn Vorsorgeuntersuchungen vorgesehen. Bei drei dieser Untersuchungen wird eine Sonographie (Ultraschall) durchgeführt. Es ist genau geregelt, ab wann eine Schwangere zur Risikoschwangeren wird und intensiverer medizinischer Betreuung bedarf. U. a. ist das der Fall, wenn die Schwangere älter als 35 Jahre ist oder sie bereits eine Schwangerschaft durch Früh- oder Totgeburt bzw. zwei Schwangerschaften durch Fehlgeburten verloren hat (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, 2002). Die Vielzahl der Kriterien für Risikoschwangerschaft hat zur Folge, dass über die Hälfte der Schwangeren als Risikoschwangere eingestuft wird.

Die schwangere Frau ist zur Patientin geworden, deren Gesundheitszustand durch den behandelnden Arzt regelmäßig kontrolliert wird. Dabei hat sich die Kompetenz, Entscheidungen über Maßnahmen in der Schwangerschaft zu treffen, von der werdenden Mutter auf den behandelnden

den Arzt verschoben. Während noch vor einigen Jahrzehnten die Frau allein durch Selbstbeobachtung den Zustand ihres Körpers und ihres Kindes beurteilen konnte, ist es heute der Arzt, der mit medizinischen Technologien den Zustand der Schwangeren beurteilt. Bereits die Feststellung einer Schwangerschaft wird heute dem Schwangerschaftstest des Arztes oder der Ärztin überlassen. Der engmaschige Einsatz moderner Technologien gepaart mit unbewusst kommunizierten Omnipotenzgefühlen mancher Mediziner erweckt in vielen Schwangeren das Bild, fast alle Schwangerschafts- und Geburtsrisiken seien kontrollier- und behandelbar. Eine Reihe von Erkrankungen und Fehlbildungen des Fötus kann tatsächlich schon perinatal erkannt werden. Bei entsprechender Indikation kann die Schwangere sich gegen das Kind entscheiden. So besteht oft die Erwartung, dass ein gesundes Kind mit den heutigen Untersuchungsmethoden technisch machbar sei (vgl. Hohenstein, 1998; Brockmann & Reichard, 2000; Beutel, 1998).

Eine erste Ultraschalluntersuchung erfolgt in der Regel in den ersten Wochen der Schwangerschaft (9. bis 12. Schwangerschaftswoche). Der Fötus wird für die Frauen auf dem Bildschirm sichtbar gemacht. Das fördert die Wahrnehmung des Fötus als eigenständigen Wesens noch lange, bevor erste Kindesbewegungen von den Frauen zu spüren sind. Gleichzeitig wird es den Frauen erschwert, ambivalente Gefühle gegenüber dem Feten bewusst werden zu lassen und zu tolerieren. Das nun optisch wahrgenommene Kind werde von vielen Frauen idealisiert und negative Impulse würden abgewehrt. Damit sei das Durchgangsstadium der Ambivalenz in der Schwangerschaft verkürzt (Frick-Bruder, 1993). Schleske stellte in ihren Interviews mit schwangeren Frauen fest, dass eine Ultraschalluntersuchung in der Frühschwangerschaft von den meisten Schwangeren als bindungsförderlich empfunden werde. Allerdings könne die Untersuchung auf die Frauen, die ihrer Schwangerschaft ambivalent gegenüberstehen, traumatisierend wirken (Schleske, 1993). Der Anblick des Embryos im Ultraschall erweckt bei vielen Eltern die Illusion, ein gesundes Kind zu bekommen. Um so schockierter sind Eltern, wenn es danach dennoch zu einem Spontanabort kommt (Beutel, 1996).

2.3 Fehlgeburten

2.3.1 Begriffsbestimmung und Epidemiologie der Fehlgeburt

Die aus dem Jahre 1977 stammende Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO beschreibt eine Fehlgeburt als frühzeitige und unbeabsichtigte Schwangerschaftsbeendigung mit „Ausstoßung oder Entfernung eines toten Feten bzw. Embryos mit einem Gewicht von 500g oder weniger“. Das entspricht Schwangerschaftsverlusten mit einer maximalen Gestationszeit von 20 bis 22 vollendeten Schwangerschaftswochen (Hatasaka, 1994). Synonym für eine Fehlgeburt werden im deutschsprachigen Raum die Begriffe „Spontanabort“ und „Abort“ verwendet. Eine Fehlgeburt ist abzugrenzen von einem induzierten Abort (Schwangerschaftsabbruch).

Kommt ein Fötus mit einem Gewicht von mehr als 500g vorzeitig zur Welt, so spricht man bei Vorliegen von Lebenszeichen des Feten von einer Frühgeburt. Bestehen keine Lebenszeichen, handelt es sich um eine Totgeburt.

Eine Fehlgeburt bis zur 16. vollendeten Schwangerschaftswoche wird in der Regel als Frühaborte, eine Fehlgeburt nach der 16. Schwangerschaftswoche als Spätaborte bezeichnet. Mindestens zwei aufeinander folgende Fehlgeburten werden als rezidivierende oder rekurrente Aborte bezeichnet, drei und mehr aufeinander folgende Spontanaborte als habituelle Aborte. Treten Fehlgeburten bereits ab der ersten Schwangerschaft ein, wird von primären Aborten gesprochen. Folgen die Spontanaborte auf eine oder mehrere normale Schwangerschaften, spricht man von sekundären Aborten (Stirrat, 1990a).

Etwa 10 bis 15% aller klinisch nachgewiesenen Schwangerschaften enden in einem Spontanaborte (Wilcox et al., 1988; Regan, 1988). Weit mehr als die Hälfte aller Spontanaborte ereignen sich vor der 12. Schwangerschaftswoche. Danach nimmt das Risiko eines ungewollten Schwangerschaftsverlustes kontinuierlich ab. Auch innerhalb des ersten Schwangerschaftstrimenons sinkt mit zunehmendem Schwangerschaftsalter die Wahrscheinlichkeit eines Spontanabortes. Während bis zur siebenten Schwangerschaftswoche noch ca. 15% der Frauen ihre Schwangerschaft durch eine Fehlgeburt verlieren, sind es in der 14. Schwangerschaftswoche nur noch 4% aller Schwangeren (Berle, 1988).

Die Prävalenzrate für Frühest-Aborte, das sind Spontanaborte, die bereits vor der klinischen Feststellung der Schwangerschaft eintreten, wird auf 30 bis 50% aller Konzeptionen geschätzt (Wilcox et al., 1988; Regan, 1988). Frühest-Aborte bleiben von den Frauen meist unbemerkt.

Rezidivierende und habituelle Aborte sind weitaus seltener anzutreffen: Für rezidivierende Aborte liegt die Prävalenzrate bei 3%, für drei aufeinander folgende (habituelle) Aborte bei 0,4 bis 1,0% aller Schwangerschaften (vgl. Hatasaka, 1994).

Das Risiko, nach einem einzelnen Spontanaborte eine folgende Schwangerschaft erneut zu verlieren, ist nur geringfügig erhöht (12 bis 20%). Nach zwei aufeinander folgenden Spontanaborten steigt das Risiko für erneute Schwangerschaftsverluste jedoch deutlich an. Nach zwei aufeinander folgenden Fehlgeburten werden Spontanabortraten zwischen 20 und 35% berichtet, nach drei aufeinanderfolgenden Aborten 36 bis 47%, und nach vier erlittenen Fehlgeburten wird das Abortrisiko auf ca. 54% geschätzt (Regan, 1988; Poland et al., 1981; Parazzini et al., 1988; Knudsen et al., 1991).

2.3.2 Diagnostik und Therapie der Fehlgeburt

Spontanaborte werden anhand klinischer Merkmale in folgende Gruppen unterteilt: Abortus imminens (drohender Abort), Abortus incipiens (in Gang befindlicher, unaufhaltsamer Abort),

Abortus incompletus (inkompletter Abort), Abortus completus (kompletter Abort), missed abortion (verhaltener Abort) und habitueller Abort (wiederholte Aborte).

Bei ca. 20% aller Schwangerschaften treten vaginale Blutungen in den ersten Wochen der Schwangerschaft auf. Man spricht von einem drohenden Abort, wenn über eine vaginale Sonographie trotz Blutung die Intaktheit der Schwangerschaft festgestellt werden kann (ab 5. Schwangerschaftswoche Darstellung der intrauterinen Fruchthöhle, ab 6. Schwangerschaftswoche der fetalen Herzaktion). Bei einem Viertel bis der Hälfte der von Vaginalblutungen betroffenen Frauen endet die Schwangerschaft in einem Abort. Therapeutisch werden den Schwangeren Schonung und Ruhe (allerdings nicht notwendigerweise Bettruhe) empfohlen, bei Nachweis von Infektionen eine antibiotische Behandlung (Trautmann et al., 2004).

Regel- bis überregelstarke Blutungen, begleitet von Unterleibsschmerzen, die Eröffnung der Zervix und das Fehlen von Vitalitätskriterien der Schwangerschaft sind Merkmale des Abortus incipiens. Die Schwangerschaft kann dann nicht mehr erhalten werden. Ähnliche Symptome bestehen bei dem Abortus incompletus, bei dem sich noch Reste der Schwangerschaft im Uterus befinden, wodurch eine vollständige Kontraktion der Gebärmutter verhindert wird. Die Diagnostik erfolgt ebenfalls über eine Vaginalsonographie. Die Schwangere und ihr Partner müssen einfühlsam über den bevorstehenden bzw. eingetretenen Schwangerschaftsverlust aufgeklärt werden. Bei starken Blutungen und sonographisch nachgewiesenen Schwangerschaftsresten im Uterus ist eine Abortkürrettage (Ausschabung) indiziert. Bei Abortus incipiens oder incompletus in einer frühen Schwangerschaftswoche kann eventuell ein spontaner Abort abgewartet werden. Frauen mit spontaner Ausstoßung des Abortgewebes haben geringere Komplikationsraten als kürettierte Frauen (Nielsen et al., 1995).

Bei einem verhaltenen Abort (missed abortion) verbleibt die bereits abgestorbene Schwangerschaft im Uterus. Symptomatisch klingen nach anfänglich normal erscheinender Schwangerschaft bei fehlendem Uteruswachstum die Schwangerschaftssymptome trotz anhaltender Amenorrhoe ab. Über vaginale Sonographie können keine Vitalitätskriterien festgestellt werden. Nach entsprechender Aufklärung der Patientin und ihres Partners ist in der Regel eine Abortkürrettage indiziert.

Bei komplettem Abort werden Embryo bzw. Fötus, Plazenta und Eihäute vollständig ausgestoßen. Die Untersuchung erfolgt wiederum durch vaginale Sonographie. Eine sichere Diagnose kann eigentlich nur dann gestellt werden, wenn das Abortmaterial auf Vollständigkeit überprüft werden kann. Eine über ein Beratungsgespräch hinausgehende Behandlung ist in diesem Falle nicht notwendig (Trautmann et al., 2004).

2.3.3 Ätiologie und Ätiopathogenese der Fehlgeburt

Die von betroffenen Frauen am häufigsten gestellte Frage nach dem meist sehr unerwartet eingetretenen Schwangerschaftsverlust ist die nach der oder den Ursachen der Fehlgeburt. Die Ursachen für Spontanaborte sind sehr vielfältig und können im Einzelfall nur selten bestimmt werden. Bei 50% der Frühaborte kann trotz eingehender Diagnostik keine Ursache für die Fehlgeburt gefunden werden (Schwarzenau et al., 1992). In der Vergangenheit wurde eine Vielzahl pathologischer Faktoren, die das Abortgeschehen beeinflussen sollen, untersucht. Die Befunde der zahlreichen Veröffentlichungen sind z. T. uneinheitlich bis widersprüchlich, da verschiedene Patientinnenkollektive und Diagnosemethoden eingesetzt wurden. Einen Überblick geben hierzu Trautmann et al. (2004), Hatasaka (1994) und Hinney (2001).

Hinsichtlich Ätiologie und Pathogenese von Spontanaborten müssen Frühaborte von Spätaborten sowie einmalig auftretende Aborte von rezidivierenden bzw. habituellen Aborten unterschieden werden. Während Frühaborte häufig chromosomale, endokrine oder immunologische Ursachen haben, sind bei Spätaborten häufiger uterine oder zervikale Ursachen festzustellen. Einzelne Spontanaborte können häufiger mit chromosomalen und, seltener, mit infektiösen Ursachen in Verbindung gebracht werden, während uterine oder zervikale Veränderungen häufiger bei wiederholten Spontanaborten zu beobachten sind (Rauchfuß, 1999).

Die bislang diskutierten ätiologischen Faktoren des Abortgeschehens werden im folgenden kurz umrissen.

2.3.3.1 Epidemiologische und soziodemographische Faktoren, vorausgegangene Schwangerschaftsverläufe

Das Abortrisiko steigt mit zunehmendem mütterlichen Alter (Berle, 1988). Ein Einfluss der Parität auf die Abortrate ließ sich nur bei Frauen unter 25 Jahren nachweisen. Bei diesen Frauen war die Abortrate um das Dreifache erhöht, wenn sie bereits ein Kind entbunden hatten (Berle, 1988). Frauen mit zwei und mehr zurückliegenden Fehlgeburten haben ein erhöhtes Risiko für erneute Schwangerschaftsverluste (vgl. 2.3.1). Zurückliegende Schwangerschaftsabbrüche scheinen keinen Einfluss auf die Auftretenshäufigkeit von Frühaborten zu haben. Allerdings scheint die Fehlgeburtenrate im zweiten Trimenon (Spätaborte) nach Schwangerschaftsabbrüchen erhöht zu sein (vgl. Trautmann et al., 2004).

Der Einfluss soziodemographischer Faktoren wie des sozialen Status oder des Familienstandes auf das Abortgeschehen ist umstritten. Läßle & Lukesch (1988) benennen zwar Ledigkeit und soziale Schichtzugehörigkeit als Risikofaktoren für Schwangerschaftsverluste. Sie räumen jedoch selbst ein, dass diese Faktoren in engem Zusammenhang zu anderen Faktoren wie Alter, Partnerschaftsqualität und Anzahl von Schwangerschaften stehen und somit nicht allein als ursächlich für Fehlgeburten angesehen werden können.

2.3.3.2 Somatische und medizinische Faktoren

Genetische Faktoren

Bis zu 70% der Frühaborte sind mit Chromosomenaberrationen assoziiert, wobei autosomale Trisomien überwiegen (Ohno et al., 1991). Es wird vermutet, dass solche chromosomalen Anomalien zu schweren fetalen Entwicklungsstörungen führen, die mit einem weiteren intrauterinen Leben nicht zu vereinbaren sind, und dass die Frucht dann im Sinne eines „natürlichen Regulativs“ ausgestoßen wird. Chromosomale Aberrationen entstehen meist spontan und sind nicht im Erbmaterial der Paare enthalten, weshalb ein Wiederholungsrisiko im Falle rein chromosomaler Ursachen relativ gering ist (Rauchfuß, 1999).

Uterine und zervikale Ursachen

Angeborene oder erworbene uterine Fehlbildungen (uterus unicornis, bicornis, duplex und subseptus, intrauterine Synechien und Myome) sowie Zervixinsuffizienz sind häufig als Ursachen für Spätaborte zu benennen. Bei 15 bis 23% der Frauen mit wiederholten Fehlgeburten werden uterine oder zervikale Veränderungen festgestellt (Campo & Schlösser, 1988).

Endokrine Faktoren

Schilddrüsen-Autoantikörper, Corpus-Luteum-Insuffizienz sowie LH-Hypersekretion scheinen zur Genese von Spontanaborten beizutragen (Stagnaro-Green et al., 1990; Regan et al. 1990; vgl. Trautmann et al., 2004).

Infektionen

Die Rolle viraler bzw. bakterieller Infektionen beim Abortgeschehen ist noch weitestgehend umstritten (Stirrat, 1990b; Summers, 1994). Es wird vermutet, dass Infektionen einzelne Spontanaborte hervorrufen können, in der Ätiopathogenese von rezidivierenden und habituellen Aborten jedoch eine untergeordnete Rolle spielt.

Immunologische Faktoren

Vor allem in der Gruppe von Frühaborten, für die keine Ursachen festgestellt werden können, werden immunologische Mechanismen als Ursache für den Schwangerschaftsverlust in Erwägung gezogen. Es werden autoimmunologische Mechanismen, hier vor allem das Antiphospholipidsyndrom (APS, Pattison et al., 1993) und alloimmunologische Mechanismen, so zum Beispiel fehlende mütterliche Antikörper (Coulam, 1992; Reagan et al., 1991) oder eine abnorme zelluläre T-Helferzell-Reaktion (Hill et al., 1995), vermutet.

Metabolische und toxische Faktoren

Nikotin-, Alkohol- und Koffeingenuss erhöhen das Abortrisiko. Verschiedene chemische und physikalische Noxen können ebenfalls ursächlich für einen Spontanabort sein (z. B. Blei, Quecksilber, Vinylchlorid, Anästhesiegase, radioaktive Strahlung). Ernährungsfaktoren wie Folsäuremangel sowie Zink- und Selenmangel wurden ebenfalls gehäuft bei Frauen mit Spontanabort festgestellt (vgl. Trautmann et al., 2004).

2.3.3.3 Psychische und psychosoziale Faktoren

Während bis zu 70% der einmaligen Spontanaborte mit Chromosomenaberrationen assoziiert sind, lassen sich bei einem hohen Prozentsatz der wiederholten Aborte keine somatischen Ursachen nachweisen. Coulam (1991) berichtet, dass bei 15% der untersuchten Frauen mit habituellen Aborten keine somatischen Ursachen festgestellt werden können, bei Hatasaka (1994) betrifft das sogar 79% der Frauen nach habituellem Abort. Diese Befunde legen nahe, dass neben rein somatischen Ursachen auch andere Faktoren wie psychische und psychosoziale Belastungen das Fehlgeburtsgeschehen verursachen oder zumindest mit beeinflussen könnten. Obgleich diese Erkenntnis eine lange Geschichte hat – schon seit dem vorletzten Jahrhundert liegen Berichte vor, denen zufolge Frauen nach Traumatisierungen durch Explosionen, Kriege, Inhaftierung in Konzentrationslager oder Naturkatastrophen gehäuft Fehlgeburten erlitten (vgl. hierzu Rauchfuß, 1999; Jakobovits & Szekeres, 2002; Rajab et al., 2000) – sind solche Faktoren in nur wenigen Studien systematisch, d. h. in einem prospektiven Untersuchungsansatz, erfasst worden.

Stress und belastende Lebensereignisse

Eine Reihe empirischer Studien widmet sich der Untersuchung des Zusammenhanges zwischen psychischem Stress, der aus beruflicher, Alltags- bzw. sozialer Belastung oder belastenden Ereignissen (live events) resultiert, und dem Abortgeschehen. Eine Erwerbstätigkeit der schwangeren Frauen an sich scheint kein Risiko für Schwangerschaftsverluste darzustellen. Einige Studien belegen jedoch beruflichen Stress als Risikofaktor für Aborte. Läßle (1990) beobachtete bei 41% der berufstätigen Frauen mit Spontan- und rezidivierenden Aborten eine subjektive Belastung durch Zeitdruck und Verantwortung im Beruf. Brandt & Nielsen (1992) bestätigen diese Befunde. Schwere körperliche Arbeit, stehende Tätigkeit und Akkordarbeit wurden als weitere Risikofaktoren für Spontanaborte eruiert (Läßle & Lukesch, 1988; Gerl, 1980).

Empirische Untersuchungen, die multivariate Analysemethoden anwenden, um neben dem Einfluss von Stress weitere Parameter zu berücksichtigen, kommen zu widersprüchlichen Erkenntnissen. Eine syrische Studie von Bashour & Salam (2001) an über 1000 Schwangeren belegt psychischen Stress als Risikofaktor für Spontanaborte. Fenster et al. können in ihrer Untersu-

chung keinen direkten Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und Abortgeschehen herstellen. Allerdings hatten Frauen, die älter als 32 Jahre und zum ersten Mal schwanger waren, dann ein erhöhtes Risiko für einen Spontanabortion, wenn sie starkem Arbeitsstress ausgesetzt waren (Fenster et al., 1995). Den Studienergebnissen von Hjollund et al. (1999) zufolge erhöht psychischer Stress das Risiko für Fehlgeburten nur bei Frauen mit verlängerter Periode (Menstruationszyklen > 35 Tage). Nelson et al. erfassten bei 326 schwangeren Frauen in einer prospektiven Untersuchung neben dem Kortison- und Progesteronspiegel und Sexualhormonen auch aktuelle psychosoziale Belastungen und subjektiv erlebten Stress. Ein Spontanabortion lässt sich nur durch einen geringen Progesteronspiegel voraussagen. Psychosozialer Stress eignet sich hingegen nicht als Prädiktor für das Eintreten einer Fehlgeburt. Allerdings geben Schwangere, die Stressoren ausgesetzt sind, häufiger einen Zigaretten- oder Cannabiskonsum an (Nelson et al., 2003).

Interessante Befunde der letzten Jahre scheinen das Auftreten belastender Lebensereignisse als einen Faktor zu belegen, der eine Fehlgeburt wahrscheinlicher macht. O'Hare & Creed erfassen in einem kontrollierten Studiendesign die im Laufe des Jahres vor der Fehlgeburt aufgetretenen belastenden Lebensereignisse und sozialen Konflikte. Im Vergleich zu Frauen, die ihre Schwangerschaft erfolgreich austragen konnten, geben Frauen, deren Schwangerschaft mit einer Fehlgeburt endete, um ein Vielfaches häufiger belastende Ereignisse und soziale Konflikte an (O'Hare & Creed, 1995). Neugebauer et al. bestätigen diese Befunde. Die Autorengruppe berichtet bei Frauen, die in den fünf Monaten vor dem Abortion ein negatives Lebensereignis angeben, ein zweifach erhöhtes Risiko, einen nicht chromosomal verursachten Abortion zu erleiden. Während 70% der Frauen mit nicht chromosomal verursachten Aborten belastende Ereignisse in den Monaten vor der Fehlgeburt angeben, berichten nur 52% der Frauen mit chromosomal verursachten Aborten belastende Lebensereignisse. Diese Ergebnisse sind unabhängig vom Zigaretten-, Kaffee- und Alkoholkonsum der Frauen (Neugebauer et al., 1996). Die von Beutel et al. (1996) befragten Abortionpatientinnen berichten ebenfalls häufiger belastende Ereignisse im Jahr vor der Fehlgeburt als Frauen mit positivem Schwangerschaftsverlauf. O'Hare & Creed interpretieren ihre Ergebnisse dahingehend, dass das Einwirken von chronischem Stress auf die Frauen eine Disposition für Fehlgeburten darstellt und das Auftreten stark belastender Stressoren Spontanaborte auslösen kann. Sie selbst warnen jedoch vor zu schnellen Schlüssen auf Kausalität, denn sie räumen ein, wesentliche Mediatoren zwischen Stress und Erkrankung wie psychische Störungen, Gesundheitsverhalten und soziale Unterstützung nicht kontrolliert zu haben.

Emotionale Belastungen, psychische Störungen und Persönlichkeitsmerkmale

Neben von außen einwirkenden Stressoren sind es emotionale Belastungen, psychische Störungen und z. T. Persönlichkeitsmerkmale, die hinsichtlich der Ätiopathogenese von Spontanabortionen diskutiert werden.

Von meist psychoanalytisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten stammen die ersten Beobachtungen neurotischer Merkmale bei den von ihnen untersuchten Abortpatientinnen. So werden Abortpatientinnen in der älteren Literatur als Frauen beschrieben, die auf der Suche nach Aufmerksamkeit und Zuwendung sind, sich von ihrer Umgebung abhängig fühlen und dazu neigen, auf psychische Probleme mit körperlichen Beschwerden zu reagieren (Berle & Javert, 1954; Mann, 1959; Grimm, 1962). Tupper und Weill (1962) interviewten 19 Frauen mit habituellen Aborten und fanden zwei Persönlichkeitstypen: so genannte unreife Persönlichkeiten, die die Mutterrolle nur schwer akzeptieren können, oder aber unabhängige, frustrierte Frauen, die sich in der männlichen Welt behaupten und die Frauenrolle als unbefriedigend empfinden.

Die Autoren sehen die beschriebenen Persönlichkeitsmerkmale als Folge erschwerter lebensgeschichtlicher Entwicklungsbedingungen. So werden in den Anamnesen der Frauen häufig schwache oder abwesende Väter (Tod des Vaters, Trennung der Eltern, Alkoholismus des Vaters) und dominante, besitzergreifende Mütter, die ein Gefühl der Abhängigkeit erzeugten, beschrieben (Grimm, 1962; Mann, 1959). Die von O'Hare & Creed (1995) untersuchten Abortpatientinnen berichteten aus ihrer Kindheit deutlich häufiger längerfristige Trennungen von der Mutter als die Frauen mit normalen Schwangerschaften. Diese Entwicklungsbedingungen und die beschriebenen Persönlichkeitscharakteristika stellen eine erhöhte Vulnerabilität für ausgeprägte, unbewusste Konflikte nach Eintritt einer Schwangerschaft dar, die bei diesen Frauen über die Symptomatik des Abortes ausgetragen werde. Einzelne psychoanalytische Modelle hierzu werden in einem eigenen Kapitel vorgestellt (siehe Kapitel 2.3.3.4).

In den letzten Jahren rückte die Rolle psychischer Störungen wie ausgeprägter Angst, depressiver Störungen oder psychosomatischer Erkrankungen stärker in den Mittelpunkt des Interesses vereinzelter, kontrollierter Studien. Mandelbrote & Monro fanden bereits 1964 in einer epidemiologischen Studie an 560 Frauen deutlich höhere Abortraten unter den als neurotisch klassifizierten Frauen als bei nicht neurotisch klassifizierten Frauen. Sugiura-Ogasawara et al. beobachteten den Schwangerschaftsverlauf von 61 Patientinnen mit rezidivierenden Aborten. Frauen, die eine neue Schwangerschaft durch einen Abort verloren, waren zuvor deutlich depressiver eingeschätzt worden als Frauen, die eine neue Schwangerschaft austrugen (Sugiura-Ogasawara et al., 2002). Allerdings veröffentlichten Nelson et al. auf der Grundlage der Daten von 174 Frauen gegenteilige Befunde. Weder erhöhen depressive Symptome während der Schwangerschaft das Risiko für Spontanaborte noch verringert sich das Risiko durch eine optimistische Haltung der Frauen (Nelson et al., 2003).

Die Rolle von Angst beim Fehlgeburtsgeschehen wird kontrovers diskutiert. Während die Bedeutung von Ängsten für die Ätiopathogenese von Frühgeburtsbestrebungen in einer größeren Zahl empirischer Untersuchungen nachgewiesen wurde (vgl. Rauchfuß, 2004; Mulder et al., 2002), liegen unseres Wissens keine gesicherten Befunde über einen Zusammenhang

zwischen Ängsten und Frühaborten vor. In der – allerdings retrospektiv durchgeführten – Befragung von 47 Abortpatientinnen durch Läßple & Krumbacher (1988) ist das Auftreten von Spontanaborten mit stärkerem psychischen Stress in der Schwangerschaft in Form von Ängsten und Depressivität sowie mit ineffizienten Stressbewältigungsstrategien verbunden. Bei Rauchfuß & Trautmann weisen zwar Schwangere mit früheren Aborten stärkere schwangerschaftsbezogene Ängste in den ersten Monaten ihrer Schwangerschaft auf. Allerdings fand sich ein Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsängsten und der Auftretenshäufigkeit von Schwangerschaftskomplikationen nur unter anamnestisch nicht durch frühere Schwangerschaftsverluste belasteten Schwangeren. Die Autorinnen interpretieren ihre Ergebnisse dahingehend, dass durch die zurückliegende Erfahrung eines Schwangerschaftsverlustes begründete Schwangerschaftsängste protektiv zu werten seien, da die Frauen sich vermutlich stärker schonten und schwangerschaftsgefährdendes Verhalten vermieden. Bei anamnestisch nicht belasteten Schwangeren handele es sich hingegen um unbegründete, „neurotische“ Ängste, die eher mit Schwangerschaftskomplikationen assoziiert seien (Rauchfuß & Trautmann, 1997).

Trotz der schlechten Befundlage wird Schwangerschaftsängsten von mehreren Autoren ein zentraler Stellenwert bei der Auslösung von Fehlgeburten zugeschrieben (z. B. Molinski, 1988). Vor allem aus der klinischen Erfahrung mit diesen Patientinnen werden verschiedene Argumente genannt. Wie schon beschrieben, werden bei den Abortpatientinnen häufig unsichere, ängstliche und abhängige Persönlichkeitsmerkmale beobachtet. In einer auf eine Fehlgeburt folgenden Schwangerschaft sind die Betroffenen deutlich ängstlicher als Schwangere ohne Fehlgeburtsanamnese (Rauchfuß & Trautmann, 1997; Theut et al., 1988; Bergner et al., 2000). Von verschiedenen Autoren wird ein Kreislauf aus Angst und erneuter Fehlgeburt beschrieben. Sie stützen ihre Vermutungen u. a. auf die Tatsache, dass Fehlgeburten – falls sie sich wiederholen – häufig in der Schwangerschaftswoche eintreten, in der die letzte Fehlgeburt stattgefunden hat. In dieser Zeit ist in der Regel die Angst der Frauen, die Schwangerschaft erneut zu verlieren, am stärksten (Rauchfuß, 1993). Studien, die bei Patientinnen mit habituellen Aborten höhere Erfolgsraten nach einer Schwangerschaftsbegleitung durch beruhigende Gespräche beschreiben, führen die Wirkung ihrer Interventionen ebenfalls auf eine Angstreduktion zurück (Stray-Pedersen & Stray-Pedersen, 1988; Liddell et al., 1991; siehe Kapitel 2.3.9).

Einzelne Veröffentlichungen der letzten Jahre kommen zu dem Schluss, dass psychische Faktoren keine bzw. nur eine untergeordnete Rolle als Ursachen im Fehlgeburtsgeschehen spielten. So befragten Milad et al. 40 Frauen nach erfolgter In-Vitro-Fertilisation u. a. nach ihren Ängsten und ihrer psychischen Belastung. Die Gruppe der Frauen, die später eine Fehlgeburt erlitten, unterschied sich in Bezug auf psychischen Stress und Ängste nicht von der Gruppe der Frauen, die ihre Schwangerschaft austrugen (Milad et al., 1998). Bergant et al. befragten 36 Frauen mit rezidivierenden Aborten über einen Zeitraum von 2 Jahren. Einzig das Vorhandensein eines

körperlichen pathologischen Befundes ließ sich als Risikofaktor für weitere Spontanaborte extrahieren. 12 der 15 Frauen ohne pathologischen Befund (75%) konnten innerhalb von zwei Jahren erfolgreich eine Schwangerschaft austragen. Psychische Befindensstörungen und die Lebenszufriedenheit der Frauen waren keine geeigneten Prädiktoren, um einen Spontanabort bzw. eine erfolgreiche Schwangerschaft vorherzusagen. Die Autoren schlussfolgern, dass psychische und psychosoziale Belastungen bei rezidivierenden und habituellen Aborten kaum eine Rolle spielen und nehmen Abstand vom psychosomatischen Modell habitueller Aborte (Bergant et al., 1997). Angesichts einer Stichprobe von 36 Frauen, die die von den Autoren angewandte Methode der logistischen Regression nicht durchführbar erscheinen lässt, sind solche Konsequenzen zu weit reichend. Ein überwiegend psychosomatisches Geschehen wird zudem eher bei Aborten ohne nachweisbaren pathologischen Befund angenommen. Bei Bergant et al. sind das 12 Frauen, eine der Größe nach zu urteilen nicht repräsentative Stichprobe.

Zum heutigen Stand der Forschung existieren aufgrund der uneindeutigen Befunde noch keine sicheren Belege für die Wirksamkeit psychischer und psychosozialer Faktoren in der Ätiopathogenese von Fehlgeburten. Behandlungserfolge durch eine psychologische Betreuung dieser Frauen (Kapitel 2.3.9) legen jedoch nahe, diese Faktoren dennoch nicht zu vernachlässigen. Multivariate Analysen geben im Rahmen größerer Studien erste Hinweise darauf, dass psychische Ursachen des Abortgeschehens offenbar nur im Zusammenhang mit weiteren genetischen Faktoren beurteilt werden können (Fenster et al., 1995; Neugebauer et al., 1996; Hjollund et al., 1999).

2.3.3.4 Multifaktorielle Erklärungsmodelle für die Ätiopathogenese der Fehlgeburt

In den vorangegangenen Kapiteln wurden mögliche Ursachen für Fehlgeburten der empirischen Befundlage entsprechend getrennt dargestellt. Für die Pathogenese des Abortgeschehens ist jedoch ein multifaktorielles Bedingungsgefüge anzunehmen, in welchem persönlichkeitspezifische und psychosoziale Faktoren gemeinsam mit genetischen, endokrinen und immunologischen Determinanten wirksam werden. Welchen Beitrag dabei die einzelnen Faktoren zum Abortgeschehen tatsächlich leisten, kann momentan schwer beurteilt werden (Hatasaka, 1994). Einige Autoren haben versucht, Modelle zu formulieren, die die Wirkzusammenhänge der verschiedenen Determinanten des Fehlgeburtsgeschehens beschreiben.

Das psycho-biologische Stressmodell nach Läßle

Das psycho-biologische Modell zu Ätiopathogenese von Spontan-, rezidivierenden und habituellen Aborten nach Läßle versucht, die Mechanismen, die den Auswirkungen von Stress und Ängsten auf den Schwangerschaftsverlauf zugrunde liegen, anhand neuroendokriner Vorgänge zu beschreiben. Es ist bekannt, dass die Einwirkung von Stressoren zur Freisetzung des Corticotropin-Releasing-Faktors CRF bzw. CRH im Hypothalamus führt. Dieses Hormon stimuliert

die Sekretion des adrenokortikotropen Hormons (ACTH) im Hypophysenvorderlappen und darüber die Ausschüttung der Stresshormone Adrenalin und Kortisol in Nebennierenmark und -rinde. Außerdem fördert das CRH die Produktion des follikelstimulierenden Hormons FSH und des luteinisierenden Hormons LH im Hypophysenvorderlappen. Letztere wirken an den Ovarien und erhöhen die Sekretion von Östrogen, Prostaglandin und Oxytocin. Diese Hormone sowie der erhöhte Adrenalin- und Kortisolspiegel fördern im uterinen Bereich eine Vasokonstriktion der Blutgefäße und Muskelkontraktionen, welche zu vorzeitiger Wehentätigkeit, Blutungen, fetaler Hypoxie und intrauterinem Fruchttod beitragen können. Eine Abstoßung der Frucht kann darüber hinaus ebenso – vermittelt über den erhöhten Kortisolspiegel – über eine Immunreaktion ausgelöst werden. Eine sympathikotone Hyperaktivität der Frau, erhöhte Uterussensibilität und fetale Reaktivität können zu einer verstärkten Abortneigung der Schwangeren beitragen. Bewältigungsweisen der Schwangeren und Unterstützung durch das soziale Umfeld werden im Modell als stressmodulierende Faktoren beschrieben (Läpple, 1988).

Psychoimmunologische Modelle

Zusammenhänge zwischen der Einwirkung von Stress und Verschiebungen des immunologischen Gleichgewichts können auch bei Frauen mit Fehlgeburten nachgewiesen werden (vgl. Arck et al., 2001). Die im vorangegangenen Kapitel beschriebene stressbedingte Kortisolausschüttung hat bekanntlich eine immunsuppressive Wirkung auf den Organismus und kann daher auch das immunologische Gleichgewicht zwischen Schutzmechanismen, die den Feten als „Fremdkörper“ schützen, und der allgemeinen Immunabwehr in der Schwangerschaft stören. In diesem Zusammenhang wird eine veränderte Aktivität von Lymphozyten (T-Helferzellen), NK-Zellen, sowie weiteren Zytokinen als abortauslösende Faktoren diskutiert (vgl. Arck et al., 2001, Läpple, 1988).

Stress, endokrinologische Mechanismen und Chromosomenaberrationen

Einige Autoren sehen Zusammenhänge zwischen psychischen Faktoren, endokrinologischen Mechanismen und chromosomalen Veränderungen (vgl. Rauchfuß, 1999; Jakobovits & Iffy, 1996; Jakobovits & Szekeres, 2002). Eine stressinduzierte Freisetzung des luteinisierenden Hormons (LH) kann in der follikulären Phase des Menstruationszyklus zu einer Verspätung bzw. zu einem Ausbleiben des Eisprungs führen. Dabei entstehe ein überreifes Ovum, welches durch beginnende degenerative Prozesse besonders anfällig für chromosomale und anatomische Anomalien sei. Kommt eine solche Eizelle zur Befruchtung, so sei das Risiko für Aborte aufgrund chromosomaler Störungen erhöht (Jakobovits & Iffy, 1988; Jakobovits & Szekeres, 2002).

Über den Mechanismus des verspäteten Eisprungs könne Stress auch zu einer verzögerten Implantation führen. In diesem Falle könnte trotz befruchteter Eizelle eine Pseudo-Blutung zum

Zeitpunkt der erwarteten Menstruationsblutung eintreten, wodurch sich das Risiko für Frühst-
aborte und extrauterine Implantationen erhöhe (Jakobovits & Szekeres, 2002).

Psychoanalytische Theorien

Psychoanalytische Theorien zum Abortgeschehen sehen die Fehlgeburt als einen Konfliktlö-
sungsversuch für unbewusste Konflikte, die mit Eintritt der Schwangerschaft reaktualisiert
werden. Das Abortgeschehen wird als Somatisierung verstanden, d. h. der Körper wird dazu
gebraucht, unbewusste, stark bedrohliche und ängstigende Affekte und Phantasien zu vermei-
den. Die unbewussten Affekten führen – so die Vermutungen – über Kontraktionen der Ute-
rusmuskulatur und eine Aktivierung des vegetativen Nervensystems zu einer Ausstoßung der
Frucht.

In Kapitel 2.2.2 wurden die psychischen Anforderungen, die mit dem Eintreten einer Schwan-
gerschaft verbunden sind, aus psychodynamischer Sicht dargestellt. Während die innere Bezie-
hung zur eigenen Mutter reaktualisiert wird, erfordern Identifizierungsprozesse mit dem heran-
wachsenden Kind eine Fähigkeit zur Regression, eine Toleranz symbiotischer Wünsche und die
Fähigkeit, stark ambivalent gefärbte Affekte tolerieren zu können. Diese Voraussetzungen kön-
nen bei Vorliegen einer neurotischen Disposition – in der Psychoanalyse spricht man von laten-
ten ungelösten Konflikten oder einer neurotischen Persönlichkeitsstruktur – in mannigfaltiger
Hinsicht gestört werden. Eine neurotische Disposition kann in der frühkindlichen Entwicklung
durch Störungen der Eltern-Kind-Beziehung, v. a. der Mutter-Kind-Beziehung, entstehen. Bei
Frick-Bruder (1993) und Pines (1997) sind es im Falle der Patientinnen mit habituellem Abort
v. a. versagende Mütter, die in ihrem Kind hoch ambivalente Gefühle gegenüber der Mutter
hervorrufen und später gegenüber dem eigenem Selbst manifestieren.

Wird bei der mittlerweile erwachsenen Tochter die negativ oder ambivalent besetzte Beziehung
zur Mutter durch den Eintritt einer Schwangerschaft wieder wachgerufen, so drohen negative,
aggressive Affekte ihr Selbst zu überschwemmen. Die Schwangere erleide dann Vernichtungs-
und Zerstörungsängste in Form von „archaischen Seelenqualen“ (Winnicott, 1990), denen sie
mit dem Abwehrmechanismus der Spaltung begegne. Vordergründig idealisierten die Patientin-
nen ihre Schwangerschaft und das Kind. Unbewusst gehaltene bedrohliche Affekte führten
letztendlich zur Ausstoßung der Frucht (Frick-Bruder, 1993).

Nach Pines werden in der Schwangeren wachgerufene negative Gefühle der eigenen Mutter
gegenüber auf den Feten projiziert, der dadurch zu einem bedrohlichen, potentiell zerstöleri-
schen inneren Objekt wird. Dies löse massive unbewusste Ängste aus, die zu Uteruskontraktio-
nen und zum Abort führten (Pines, 1997). Deutsch (1954), Bibring (1962) und Pines (1997)
sehen eine starke Abhängigkeit der Patientinnen von ihren Müttern als Ursache des unbewuss-
ten Konfliktes, der in der Fehlgeburt ende. Der Fetus selbst werde als Konkurrent wahrgenom-

men. Aber auch die Schwangerschaft stelle eine bedrohliche Konkurrenz zur eigenen Mutter dar, ist die Schwangere doch dabei, selbst mütterliche Verantwortung zu übernehmen und damit den – nach Pines letzten – Schritt in die Autonomie zu wagen.

Die gerade beschriebenen Prozesse gehen von sehr frühen, präödpalen Störungen der Persönlichkeitsentwicklung in der oralen und analen Phase aus. Pines und andere Autorinnen beschreiben jedoch auch ödipale Konflikte, deren Disposition in späteren Entwicklungsphasen entsteht, als abortauslösend. Besonders Schuldkonflikte spielen dabei eine tragende Rolle. Richten sich beispielsweise sexuelle Wünsche und Phantasien der Patientinnen unbewusst an das verbotene väterliche Objekt (Inzestphantasien bei Fixierung an den Vater), so könne dies bei Eintritt einer Schwangerschaft zu grenzenloser Schuld führen. Die normale Ambivalenz der Schwangerschaft werde in diesem Falle durch schuldbeladene Wünsche verstärkt, die Fehlgeburt habe dann die Funktion der Selbstbestrafung (Pines, 1997; Deutsch, 1954).

Die beschriebenen Theorien basieren überwiegend auf Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Behandlung von Abortpatientinnen und den Ergebnissen meist retrospektiv nach erlittenem Abort durchgeführter Befragungen (vgl. Kapitel 2.3.3.3). Es scheint unstrittig, dass eine Reihe von Abortpatientinnen von psychoanalytischen bzw. tiefenpsychologischen Behandlungskonzepten profitieren. Die Konzepte der Ambivalenz gegenüber dem Kind in der Frühschwangerschaft, der Reaktivierung unbewusster Konflikte und die objekttheoretischen Überlegungen zur Schwangerschaft (Identifizierungsprozesse mit dem abhängigen Kinde, der eigenen Mutter) erweitern das Verständnis der Situation von Frauen nach Fehlgeburten ungemein. Allerdings raten verschiedene Autoren zu Recht davon ab, Aborten ungeklärter Ursache zu schnell und ausschließlich abortauslösenden unbewussten psychischen Konflikten zuzuschreiben. Man laufe dann Gefahr, Frauen mit habituellem Abort psychologisch zu stigmatisieren und die Schuldthematik, die die Frauen nach dem Verlust ohnehin beschäftigen, mit diesen Erklärungsansätzen zu verstärken (vgl. Rauchfuß, 1999).

Neurotische Störungen oder auffällige Persönlichkeitsmerkmale vor der ersten Schwangerschaft der Frauen sind empirisch nicht sicher belegt, hier besteht nach wie vor großer Forschungsbedarf. Die in Kapitel 2.3.3.3 beschriebenen Störungen könnten ebenso Folge der erlebten Schwangerschaftsverluste sein. So beschreibt Deutsch aus ihren Beobachtungen heraus, dass die Fehlgeburt, egal welcher Ursache, für manche Frauen zu einem „unüberwindlichen Trauma“ (Deutsch, 1945, S. 120) werde, das zu einer Art Wiederholungszwang führe: Mit jedem Abort steigere sich fast suchtartig der Wunsch nach einem Kind und damit aber auch die Tendenz, das traumatische Erlebnis zu wiederholen und zu abortieren. Unserer Meinung nach sind psychische Aspekte des Abortgeschehens, unabhängig davon, ob sie Ursache oder Folge der Fehlgeburt sind, wesentliche Elemente für eine ganzheitliche Betrachtungsweise und Behandlung des Abortes.

2.3.4 Die Folgen einer Fehlgeburt

Für fast alle Frauen tritt eine Fehlgeburt sehr unerwartet ein (Schuth et al. 1992). Frühaborte ereignen sich in einem Stadium der Schwangerschaft, in dem das heranwachsende Kind weder für die Schwangere spürbar noch ihr Zustand für die Umwelt sichtbar ist. Auch wenn das heranwachsende Kind in den Phantasien der Frau bereits einen wesentlichen Platz eingenommen hat, fehlen ihr konkrete Beziehungserfahrungen mit dem Kind und Erinnerungen, die den Prozess des Abschiednehmens und Trauerns erleichtern bzw. erst ermöglichen. Von Seiten des medizinischen Personals wird die Bedeutung des Verlustes für die betroffenen Paare meist verdrängt (vgl. Kapitel 2.3.9). Häufig geht sie in der routinemäßigen Behandlung der Frauen – immerhin erleidet jede fünfte Schwangere einen Frühabort – unter. Gerade das macht es den betroffenen Frauen schwer, ihre oft heftigen emotionalen Reaktionen auf den Abort zuzulassen. Schuth und Mitarbeiter sprechen von der Fehlgeburt als einem „non-normativen“ Ereignis: Im Gegensatz zu den Trauerritualen nach dem Verlust einer nahestehenden Person existieren keine sozial anerkannten Verhaltensweisen für die Bewältigung früher Schwangerschaftsverluste. Entsprechend stark fühlen sich die Frauen, werden sie nicht durch medizinisches Personal, den Partner oder Freunde unterstützt, auf sich selbst gestellt (Schuth et al., 1992).

Da man früher annahm, eine emotionale Bindung der Schwangeren an das Kind würde sich erst mit der Wahrnehmung der Kindesbewegungen entwickeln, wurde der Fehlgeburt auch von Seiten der empirischen Forschung lange Zeit wenig Bedeutung beigemessen. Eine Pionierarbeit stellt die Studie von Peppers & Knapp (1980) dar, die schwere emotionale (Trauer-) Reaktionen auf pränatale Verluste auch bei Frauen mit Fehlgeburten feststellten. Seit den 80er Jahren wurde bis heute eine Vielzahl empirischer Untersuchungen veröffentlicht, die sich mit den psychischen Folgen einer Fehlgeburt, mit Trauer- und Verarbeitungsmustern beschäftigen. Das hat – zumindest unter Wissenschaftlern – zu einer dramatischen Wende in der Betrachtung früher Schwangerschaftsverluste geführt: Wurden zuvor den Frauen emotionale Reaktionen auf den Abort abgesprochen, so ist er jetzt ein „traumatisches“ Ereignis, ein Verlust eines ungeborenen Kindes, welcher starke Trauerreaktionen nach sich ziehe.¹ Auch wenn das heutige Bild der emotionalen Situation vieler Frauen nach der Fehlgeburt viel gerechter wird als das frühere, kritisiert Madden zu recht, das es wiederum ein Extrem darstelle. Nicht alle Frauen erlebten einen Frühabort als tragisches Ereignis. Bei jeder Frau eine ausgeprägte emotionale oder Trauerreaktion zu erwarten, sei übertrieben (Madden, 1994).

Es zeigt sich, dass der persönliche Stellenwert einer Fehlgeburt für die Betroffenen schwer einzuschätzen ist. Werden damit Hoffnungen enttäuscht, Zukunftspläne zerstört? Erlebt die Betrof-

¹ Beispielsweise lauten die Überschriften der Übersichtsartikel von Lee & Slade (1996) und Engelhard (2004): „Miscarriage as a traumatic event“.

fene den Schwangerschaftsverlust als körperliches Versagen, stellt er für sie eine narzisstische Kränkung dar? Oder empfindet sie die Fehlgeburt als Verlust ihres Kindes, dem sie schon einen Namen gegeben, mit dem sie schon innerlich kommuniziert hatte? Kann die eine oder andere Frau eine Fehlgeburt gar als Erleichterung erleben (z. B. Pines, 1997)? Reinharz (1988, zit. nach Madden, 1994) stellt fest, dass die persönliche Bedeutung, die eine Fehlgeburt erlangt, weniger von ihren medizinischen Implikationen oder der Schwangerschaftsdauer abhängig ist, sondern vielmehr von persönlichen, familiären, kulturellen und politischen Faktoren, die sich um die Elternschaft gruppieren.

Die folgenden Kapitel geben einen Überblick über den derzeitigen Forschungsstand zu den möglichen Folgen einer Fehlgeburt. Diese werden hier, entsprechend dem Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung, überwiegend aus der Sichtweise der Frauen dargestellt. Es ist mittlerweile unumstritten, dass frühe, ungewollte Schwangerschaftsverluste auch seelische Folgen für die Partner der Frauen nach sich ziehen (Beutel, 1995; Johnson & Puddifoot, 1996; Conway & Russell, 2000). Die Analyse der Trauerreaktionen von Partnern wird Schwerpunkt einer weiteren Dissertation unserer Forschungsgruppe sein.

2.3.4.1 Psychodynamische Betrachtungen des pränatalen Kindesverlustes

Wie in Abschnitt 2.2 dargestellt wurde, ist die Frühschwangerschaft einer Frau gekennzeichnet durch eine Vielzahl körperlicher, emotionaler und kognitiver Veränderungen. Im Sinn einer Entwicklungskrise kann eine Schwangerschaft zu einer psychischen Reifung der Frau, aber auch zu Stagnation oder Dekompensation führen. In dieser besonders vulnerablen Lebensphase der Frau (Grossmann, 1988) tritt nun eine Fehlgeburt ein. Die spezielle Situation eines frühen Schwangerschaftsverlustes erfordert nicht nur die Bewältigung der Krise, welche durch den Verlust hervorgerufen wird, sondern auch der Krise der Frühschwangerschaft.

Es wurde an früherer Stelle beschrieben, dass das Wiederaufflammen unbewusster Konflikte in der Frühschwangerschaft immer auch zu Konflikthaftigkeit und Ambivalenzgefühlen führt. Sie werden durch die Identifikation mit dem versorgenden mütterlichen Objekt einerseits und dem hilflosen und abhängigen Feten andererseits hervorgerufen. Der pränatale Verlust eines Kindes verhindert die Befriedigung der aus mütterlichen und kindlichen Identifikationen heraus entstandenen Bedürfnisse.

Im ersten Trimenon der Schwangerschaft, also zu einem Zeitpunkt, zu dem die Frau den Feten schon in ihr Körperbild integriert hat, jedoch noch keine Differenzierung zwischen ihr und dem heranwachsenden Kind erfolgt ist, wird von der Mutter eine Fehlgeburt oft als ein Verlust eines Teiles ihrer selbst – als ein narzisstischer Verlust – empfunden. Der Verlust einer Schwangerschaft kann den sich gerade entwickelnden mütterlichen Selbstwert einer Frau zerstören; die positive mütterliche Identifikation verwandelt sich durch die Geburt eines toten Kindes in eine

Form von Versagen. Sie fühlt sich, wie eine Mutter, die Sorge um ihr Kind trägt, verantwortlich für den Tod ihres Kindes, was die starken Schuldgefühle und Selbstanklagen, die nach Fehlgeburten oft beobachtet werden, erklären kann (Leon, 1986).

Sind der Frau ihre ambivalenten Gefühle, die sie gegenüber der Schwangerschaft hatte, bewusst, können starke Schuldgefühle daraus entstehen, durch die Ablehnung der Schwangerschaft zum Tod des Kindes beigetragen zu haben (Beutel, 1995). Die unbefriedigten mütterlichen Gefühle der Betroffenen verlangen nach einem Kind, woraus nicht selten Neid und Groll auf andere Schwangere und Mütter resultieren. Viele Frauen versuchen, so schnell wie möglich wieder schwanger zu werden, um das verlorene Kind durch ein neues zu „ersetzen“ und so ihre mütterlichen Bedürfnisse stillen zu können. Wenngleich ein neues Kind das verlorene nicht ersetzen kann, so kann die Geburt eines gesunden Kindes das zerstörte mütterliche Selbstwertgefühl wiederherstellen.

Nach Meinung einiger Autoren müsse sich die Betroffene in einem Trauerprozess vom verlorenen Kind ablösen, bevor der Aufbau einer neuen Bindung an ein Kind in einer neuen Schwangerschaft gelingen könne. Die betroffene Frau müsse sich nach erlittener Fehlgeburt mit dem toten Kind identifizieren. Indem sie ihre Phantasien, Gefühle und Wünsche über ihr Kind mit dem toten Kind verbinde, werde sie in der Lage sein, ihr Kind und dessen Tod realistischer werden zu lassen, den Verlust zu begreifen und um es zu trauern (Leon, 1986).

2.3.4.2 Kurz- und langfristige Folgen von Fehlgeburten

Frauen, die einen ungewollten Verlust der Schwangerschaft erleiden, zeigen gewöhnlich in den darauf folgenden Tagen und Wochen Gefühle von Schock und Betäubung, Traurigkeit, Ärger, Enttäuschung und widerfahrener Ungerechtigkeit, nicht selten auch Groll oder Neid auf andere Schwangere (vgl. Madden, 1994; Leppert & Pahlka, 1984; Graham et al. 1987; Keye, 1994; Peppers & Knapp, 1980; Beutel et al., 1992; Lin & Lasker, 1996). Sie leiden häufig unter Depression, Ängsten und Gefühlen des Kontrollverlustes. Oft werden Grübeleien darüber, was die Fehlgeburt verursacht haben könnte, beobachtet. Hinzu kommen körperliche Symptome wie Appetit- und Schlafstörungen. Der erlebte Verlust führt nicht selten zu Desorientierung und Überforderung bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben (Peppers & Knapp, 1980; Beutel et al., 1992). Schuldvorwürfe und Selbstanklagen können die Gedanken und Gefühle der betroffenen Frauen dominieren (Graham et al., 1987; Madden, 1988). Selten werden im Falle einer unerwünschten Schwangerschaft Gefühle der Erleichterung berichtet (Läpple, 1991).

Ein großer Teil der Frauen gibt nach 4 bis 6 Monaten an, den Schwangerschaftsverlust gut verarbeitet zu haben (Madden, 1994; Beutel, 1996). Bei einem nicht zu unterschätzenden Teil der Abortpatientinnen können die genannten Beschwerden jedoch Formen ausgeprägter psychischer Störungen annehmen. In jüngster Zeit ist aus der Forschungsgruppe um Neugebauer

(Klier et al., 2002; Geller et al., 2004) sowie von Brier (2004) und Engelhard (2004) eine Reihe von Übersichtsartikeln erschienen, die empirische Befunde zu psychischen Erkrankungen, die auf eine Fehlgeburt folgen können, kritisch zusammenfassen.

Das Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, ist nach einer Fehlgeburt deutlich erhöht. An dieser Stelle sollen nur exemplarisch einige ausgewählte Untersuchungsergebnisse zitiert werden. So fanden Neugebauer und Mitarbeiter bei 229 Frauen mit einer Fehlgeburt (bis einschließlich der 28. Schwangerschaftswoche) wenige Wochen nach dem Ereignis eine gegenüber Schwangeren um das rund Dreifache und gegenüber nichtschwangeren Frauen um das rund Vierfache erhöhte Depressivität (Neugebauer et al., 1992a). Ergebnisse der Untersuchungen von Thapar & Thapar (1992), Beutel et al. (1995) und Janssen et al. (1996) bestätigen die Befunde erhöhter Depressivität bei Frauen unmittelbar nach dem Schwangerschaftsverlust. Die Auftretenshäufigkeit für klinisch bedeutsame depressive Symptome nach Fehlgeburten liegt zwischen 10 und 33% (Craig et al., 2002; Klier et al., 2000; Neugebauer et al., 1997; Hori et al., 2002; Prettyman et al., 1993; Lee et al., 1997; Klock et al., 1997; Nikcevic et al., 1998). Die Prävalenz für depressive Erkrankungen bei Frauen der Normalbevölkerung liegt im Vergleich dazu zwischen 4 und 7% (vgl. Hautzinger & De Jong-Meyer, 2003).

Nach einem ungewollten Schwangerschaftsverlust ebenfalls häufig zu beobachten sind Befindensstörungen mit einer ausgeprägten Angstsymptomatik. Sie können isoliert oder gemeinsam mit depressiven Befindensstörungen auftreten. Erhöhte Ängste nach Fehlgeburten, verglichen mit Frauen der Normalbevölkerung, können die Untersuchungen von Lee et al. (1997), Janssen et al. (1996) und Beutel et al. (1992) nachweisen. Klinisch bedeutsame Angstsymptome treten mit einer Häufigkeit zwischen 21 und 43% auf und sind damit häufiger zu beobachten als depressive Störungen (Craig et al., 2002; Prettyman et al., 1993; Lee et al., 1997; Engelhardt et al., 2001). Die Prävalenzrate für Angsterkrankungen in der Allgemeinbevölkerung (Männer und Frauen) liegt bei 1,4 bis 11% für Panikstörungen und Agoraphobien (vgl. Michael et al., 2003) und bei 1,2 bis 12 % für soziale und spezifische Phobien (vgl. Reinecker, 2003). Engelhardt et al. (2001) zufolge entwickelten 25% der 113 von ihnen untersuchten Frauen nach Frühabort Symptome, die den Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV (Saß et al., 2003) entsprechen. Geller et al. stellen bei 3,5% der nach einer Fehlgeburt untersuchten Frauen eine Zwangsstörung fest. Demgegenüber werden bei nur 0,04% Frauen der Normalbevölkerung Zwangserkrankungen diagnostiziert (Geller et al., 2002).

Nicht wenige der Frauen zeigen nach der Fehlgeburt nicht nur kurzfristige Trauerreaktionen, sondern leiden auch längerfristig unter psychischen Beschwerden. Pines berichtet aus ihrer psychoanalytischen Behandlung von Frauen mit mehreren Fehlgeburten über „Gefühle des Verlustes, fortdauerndem Gram, selbst noch viele Jahre nach dem Geschehen. Man stößt häufig auf eine schon lange bestehende Depression, geringe Selbstachtung und Hass auf ihren weiblichen

Körper, der keine lebendigen Kinder austrägt wie der der eigenen Mutter. Ihre Selbstrepräsentanz ist beschädigt.“ (Pines, 1990, S. 311)

Diese Beobachtungen können durch mehrere empirische Befunde bestätigt werden. Noch ein Jahr nach dem Spontanabort zeigte ein Fünftel der von Beutel und seinen Mitarbeitern (1992) befragten Frauen depressive Verstimmungen, Schuldgefühle und körperliche Allgemeingeschwerden. Die Studie von Neugebauer et al. (1997) berichtet über eine gegenüber Nichtschwangeren um das Dreifache erhöhte Depressivität bei den Frauen noch sechs Monate nach der Fehlgeburt. Den Ergebnissen von Stirtzinger et al. (1999) zufolge sei noch ein Jahr nach der Fehlgeburt bei ca. der Hälfte der Abortpatientinnen das Risiko für depressive Störungen erhöht.

Längsschnittstudien, die psychische Erkrankungen nach Fehlgeburten über mehrere Zeitpunkte nach dem Verlust erfasst haben, weisen allerdings nach, dass die Häufigkeit psychischer Symptome und Störungen innerhalb des ersten Jahres nach der Fehlgeburt deutlich abnimmt (Janssen et al., 1996; Prettyman et al., 1993; Beutel, 1996).

2.3.4.3 Risikofaktoren für psychische Erkrankungen nach Fehlgeburten

Eine Reihe empirischer Studien widmete sich der Untersuchung von Risikomeerkmalen, die die psychische Verarbeitung einer Fehlgeburt erschweren könnten.

Peppers & Knapp (1980) überraschten zu ihrer Zeit die Leser mit der Feststellung, dass in ihrer Studie Frauen nach Frühaborten eine ebenso starke Trauerreaktion um den Kindesverlust zeigten wie Frauen, die ihr Kind durch Totgeburt oder Neugeborenentod verloren haben. Spätere Untersuchungsergebnisse, durchgeführt mit standardisierten Erhebungsinstrumenten, relativieren diese Aussage. Beutel (1996) betont die Notwendigkeit, systematisch zwischen Trauer- und depressiven Symptomen zu unterscheiden. So zeigten sich hinsichtlich depressiver Störungen nach dem Schwangerschaftsverlust kaum Unterschiede zwischen Früh- und Spätaborten (vgl. Klier et al., 2002). Die Intensität der Trauerreaktion jedoch nimmt mit zunehmendem Gestationsalter, in dem der Verlust eintrat, zu (vgl. Theut et al., 1989; Janssen et al., 1997; Lin & Lasker, 1996; Madden, 1994). Nur bei Janssen et al. (1997) erhöht sich das Risiko für langfristige Erkrankungen mit zunehmendem Schwangerschaftsalter des Kindesverlustes.

Die Frage des Einflusses der Schwangerschaftsdauer auf die Verarbeitung einer Fehlgeburt knüpft sich eng an die Frage, inwieweit die betroffene Frau bereits eine Bindungsbereitschaft an das Kind entwickelt hat. Eine stärkere emotionale Bindung der Frauen an das Kind ging nach Madden (1994) mit einer stärkeren emotionalen Reaktion auf den Abort einher. Interessanterweise waren in dieser Untersuchung Bindungsbereitschaft und Gestationsdauer unabhängig voneinander.

Frauen, deren Schwangerschaft erwünscht bzw. geplant war, scheinen den Verlust schwerer zu verarbeiten (Lasker & Toedter, 1991; Neugebauer et al., 1992a). Allerdings hat in der Studie von Hori et al. (2002) Erwünschtheit und Geplantheit der Schwangerschaft keinen Einfluss auf die Stärke der emotionalen Reaktion nach der Fehlgeburt und bei Madden et al. (1988) ist eine geplante Schwangerschaft mit geringerer Depressivität, bei Prettyman et al. (1993) mit geringen Ängsten nach der Fehlgeburt assoziiert. Beutel (1996) und Stirtzinger et al. (1999) zufolge sind es nicht die erwünschten Schwangerschaften, die eine Verarbeitung des Schwangerschaftsverlustes erschweren. Vielmehr sind ambivalente Einstellungen gegenüber der Schwangerschaft mit depressiven Störungen nach der Fehlgeburt assoziiert.

Kinderlosigkeit wird ebenfalls als Risikofaktor für eine erschwerte Verarbeitung des Schwangerschaftsverlustes diskutiert (Neugebauer et al., 1992; Lasker & Toedter, 1991; Janssen et al., 1997; Lin & Lasker, 1996).

Während in einigen Untersuchungen vorausgegangene Fehlgeburten das Risiko für psychische Störungen nach dem aktuellen Verlust nicht zu erhöhen scheinen (Craig et al., 2002; Klock et al., 1997; Klier et al., 2002), weisen Stirtzinger et al. (1999), Lin & Lasker (1996) und eine eigene Untersuchung (Bergner et al., 2000) ausgeprägtere Trauer- und depressive Symptome bei Frauen mit rezidivierenden bzw. habituellen Aborten ein Jahr nach der Fehlgeburt bzw. in einer neuen Schwangerschaft nach. In der Studie von Nikcevic et al. (1999) haben Frauen mit früheren Aborten oder früheren Schwangerschaftsunterbrechungen ein erhöhtes Risiko für Angststörungen nach der Fehlgeburt.

Psychische Vorerkrankungen scheinen die Wahrscheinlichkeit für langfristige Störungen nach der Fehlgeburt zu erhöhen (Janssen et al., 1997; Neugebauer et al., 1997; Friedman & Gath, 1989). In der Studie von Beutel, Deckardt und Mitarbeitern waren es Niedergeschlagenheit in der Schwangerschaft und mangelhafte Bewältigung von Belastungen in der Schwangerschaft, die zu langfristiger Symptomatik nach dem Abort führten (Deckardt et al., 1994).

Eine gute soziale und partnerschaftliche Unterstützung wirkt sich positiv auf die Verarbeitung einer Fehlgeburt aus (Hori et al., 2002; Lasker & Toedter, 1991; Janssen et al., 1997; Deckardt et al., 1994).

Kontroverse Angaben werden zum Einfluss des Lebensalters der Frauen auf die Verarbeitung von Aborten gemacht. Keinen Einfluss des Alters beobachteten Neugebauer et al. (1997), Craig et al. (2002) und Hori et al. (2002). Frauen mit wiederholten Fehlgeburten unter 30 Jahren scheinen Stirtzinger et al. (1999) zufolge ein höheres Risiko für depressive Störungen zu haben als Frauen mit wiederholten Aborten, die älter als 30 Jahre sind.

2.3.5 Trauerprozesse nach Fehlgeburten

Peppers und Knapp definieren mütterliche Trauer als „stark variierende emotionale, psychische, körperliche und soziale Antwort auf den ungewollten Verlust ihres Feten oder Kindes. Sie kann in Form von Einstellungen und Verhalten wie Weinen, Schreien oder Feindseligkeit offen zum Ausdruck kommen oder verdeckt und unausgesprochen bleiben in Form von Gefühlen wie Schuld, Verbitterung und Traurigkeit.“ (Peppers und Knapp, 1980, S. 156, Übersetzung der Autorin)

2.3.5.1 Stufen des „normalen“ Trauerprozesses

Die Trauer um eine nahe stehende Person läuft nach der Beobachtung vieler Autoren in der Regel in vier Phasen ab (Langenmeyer, 1999; Lin & Lasker, 1996; Leppert & Pahlka, 1984; Beutel & Weiner, 1993). Ihre Reihenfolge ist dabei nicht obligatorisch. Vielmehr können einzelne Phasen im Wechsel auftreten oder sich überschneiden.

1. *Schock und Betäubung*: Hinterbliebene, denen der Tod einer nahe stehenden Person mitgeteilt wird, reagieren oft mit einem Gefühl des Nichtwahrhabenwollens, mit Unglauben und Verleugnung; hinzu kommen Hilflosigkeit, Lähmung, nicht selten ein Zustand des Benommen-seins.

2. *Sehnsucht und Protest*: In dieser Phase, die nach Stunden bis Tagen einsetzt, werden besonders suchende Aktivität und Rastlosigkeit sowie Ärger und Klagen als Zeichen der langsamen Realisierung des Verlustes beobachtet. Sie wird dominiert durch schmerzliche Sehnsucht nach dem Verlorenen, Weinen und Grübeleien und verschiedene körperliche Symptome wie Erschöpfungszustände und Schlafstörungen.

3. *Desorganisation und Verzweiflung*: Nach einigen Monaten erkennen die Trauernden allmählich die Endgültigkeit des Verlustes an und reagieren darauf mit Traurigkeit, Verzweiflung, Hilflosigkeit, Selbstvorwürfen oder Ärger. Symptome wie Gewichtsverlust, Schlaf- und Appetitstörungen, Konzentrationsschwäche und Energielosigkeit begleiten häufig diese Phase.

4. *Auflösung der Trauer und Erneuerung*: Nach ca. ein bis zwei Jahren stellt sich allmählich wieder ein Gefühl der Normalität beim Hinterbliebenen ein. Er beginnt, alten Interessen nachzugehen, neue Beziehungen zu knüpfen, körperliche Symptome verschwinden. Erinnerungen an den Verstorbenen können jetzt ohne intensiven Schmerz aufgesucht werden.

Trauernde sind nicht ausschließlich mit Trauerarbeit beschäftigt. Im Gegenteil: Tägliche Anforderungen erfordern oftmals den Verzicht auf emotionales Trauern. Die Trauer wird zurückgedrängt, taucht jedoch bei passender Gelegenheit wieder auf („kompartimentierte“ Trauer, vgl. Znoj, 2004). Gesellschaftliche Normen erleichtern einerseits durch Rituale das Trauern, erfordern aber andererseits auch das Zurückstellen der Trauer bei Bedarf. Nach dem dualen Pro-

zessmodell von Stroebe & Shut (1999) ist es gerade die Dosierung der Trauer, eine Balance zwischen Trauerarbeit und Zuwendung zu alltäglichen Aufgaben, die eine erfolgreiche Verarbeitung des Verlustes ermöglicht.

2.3.5.2 Muster von Trauerprozessen

Wie in Kapitel 2.2.1 ausgeführt wurde, zeigt ein hoher Prozentsatz der Frauen, die ungewollt ihr Kind während der Schwangerschaft verlieren, noch Jahre nach dem Verlust psychische Beschwerden, die auf die Fehlgeburt zurückzuführen sind. Diese Beschwerden sind Ausdruck eines pathologisch verlaufenden Trauerprozesses. Synonym werden häufig die Begriffe „chronische“ oder „ungelöste Trauer“ verwendet.

Pathologische Trauer ist hinsichtlich ihres Verlaufes und ihrer Symptomatik und Psychodynamik von einer einfachen oder normalen Trauer abzugrenzen. In den Phasen 1 bis 3 normaler Trauer ist zwar oft ein vollständig ausgeprägtes depressives Syndrom mit der für eine Depression typischen Gefühlslage sowie ein Gewichtsverlust, Appetit- und Schlaflosigkeit zu beobachten. Unter Umständen auftretende Schuldgefühle beziehen sich jedoch nur auf die verstorbene Person oder Dinge, die der Überlebende zum Zeitpunkt des Todes getan bzw. unterlassen hat. Sind hingegen bei einer Person nach dem Verlust eine krankhafte Beschäftigung mit Gefühlen der Wertlosigkeit, anhaltende Einschränkungen der Funktionsfähigkeit oder eine psychomotorische Verlangsamung zu beobachten, so ist dies laut DSM-IV ein Hinweis darauf, dass die Trauer durch die Entwicklung einer Major Depression kompliziert wird (Saß et al., 2003). Die meisten Autoren sprechen in diesem Fall von pathologischer Trauer (u. a. Lin & Lasker, 1996; Beutel et al., 1992; Lasker & Toedter, 1991).

Die beiden Autorengruppen um Horowitz et al. (1997) und Prigerson et al. (1999) kritisieren, dass die im Diagnosemanual DSM-IV zur Verfügung stehenden Diagnosen ungeeignet seien, eine pathologische Trauer zu diagnostizieren. Sie schlagen ein eigenständiges Krankheitsbild der „komplizierten“ (Horowitz, 1997) oder „traumatischen Trauer“ (Prigerson et al., 1999) vor, welches von einer depressiven Störung sowie einer Angst- bzw. posttraumatischen Belastungsstörung abzugrenzen sei. Eine komplizierte oder traumatische Trauer sollte ihnen zufolge dann diagnostiziert werden, wenn noch Monate nach dem Verlust intrusive Gedanken an den Verstorbenen und eine schmerzhaft Sehnsucht nach ihm bestehen sowie die Schwierigkeit, seinen Tod zu akzeptieren. Weitere Kriterien sind Gefühle von Einsamkeit, Leere und Sinnlosigkeit sowie Reizbarkeit und heftige Emotionen (Horowitz, 1997; Prigerson et al., 1999).

Freud (1917) hat in seinem noch heute bedeutsamen Aufsatz „Trauer und Melancholie“ wesentliche Unterschiede zwischen normaler Trauerreaktion und depressiver Verarbeitung beschrieben. Die wichtigste Aufgabe der *Trauerarbeit* sieht Freud darin, alle Libido (psychische Energie) aus den Verknüpfungen mit dem verstorbenen Objekt abzuziehen. Dies geschehe, indem

zunächst die Existenz der Person in der Vorstellung aufrechterhalten werde und anhand jeder einzelnen Erinnerung an die Person die Lösung der Objektbesetzungsenergie vollzogen werde. Nach Auflösung der Trauer werde das Ich des Zurückgebliebenen frei und könne nun neue Objekte besetzen, neue Beziehungen eingehen. Im Falle der Melancholie (heute: Depression oder pathologische Trauer) misslinge die Ablösung vom Objekt aufgrund stark ambivalenter Einstellungen zum Objekt. Die vom verstorbenen Objekt abgezogene Libido werde nicht frei, sondern ins Ich zurückgezogen und diene dazu, eine Identifizierung des Ichs mit dem Objekt herzustellen. Das Objekt bleibt dadurch wie ein Fremdkörper im Ich erhalten. Auf das verlassende (verstorbene) Objekt gerichtete Wut und Hassgefühle werden im Falle der depressiven Verarbeitung über den Mechanismus der Wendung gegen das Selbst abgewehrt: Die Aggression richtet sich gegen das Selbst. Selbstanklagen, Selbstentwertung und Selbstverachtung sind die Folgen. Während somit im Falle einer depressiven Verarbeitung ein völliger Selbstwertverlust eintritt, beziehen sich bei normalen Trauerprozessen Schuldgefühle auf einzelne Aspekte des Verlustes (Stirtzinger et al., 1999).

Das *duale Prozessmodell der Trauer* von Stroebe & Shut (1999) betont im Gegensatz zu den psychoanalytischen Theorien der Trauer die Notwendigkeit, dass neben der zu leistenden Trauerarbeit auch eine Abwendung vom Verlust hin zu neuen Aufgaben stattfinden müsse. Aus psychoanalytischer Sicht werde Letzteres zu stark unter dem Aspekt der Abwehr von Trauer gesehen. Die Zuwendung zu neuen Aufgaben diene der Kontrolle von stressreichen Emotionen, die durch den Trauerfall ausgelöst werden und die es zu dosieren gelte. Nach dem dualen Prozessmodell ist eine erfolgreiche Anpassung von einer gelungenen Balance der beiden Aspekte – Trauer um den Verlust und Beschäftigung mit neuen Aufgaben bzw. Zulassen positiver Gefühle – abhängig. Eine exzessive gedankliche Beschäftigung mit dem Verstorbenen stelle ebenso wie das starke Unterdrücken von emotional belastenden Gedanken ein Risiko für eine pathologisch verlaufende Trauer dar (Stroebe & Shut, 1999; Znoj, 2004).

Znoj beschreibt aus verhaltenstheoretischer Sicht ein *Aufschaukelungsmodell*, über welches sich eine komplizierte (pathologische) Trauer erklären lasse. So könne der für alle Trauerreaktionen typische Schmerz zu dysfunktionalen Erklärungen und Kognitionen führen, die ihrerseits aversive und stressvolle Emotionen hervorrufen. Die dysfunktionalen Kognitionen und aversiven Emotionen führten zu einer verstärkten Verleugnung der Realität. Letzteres habe oftmals die paradoxe Wirkung von plötzlichen und schockierenden Realisierungen des Verlustes, die erneut zu unkontrollierbaren emotionalen Reaktionen führten und den Kreislauf von Vermeidung und Intrusionen aufrechterhielten. Dieser Reaktionskreis werde durch die fortlaufende Aktivierung stärker und könne sich verselbständigen, so dass er bereits durch kleinste Hinweisreize aktiviert wird. Dysfunktionale Kognitionen zu den emotionalen Folgen des Trauerschmerzes (Überzeugungen wie „Ich werde verrückt“ oder „Richtiges Trauern ist mit Schmerz und Tränen verbun-

den“) sind der wesentlichste Faktor, welcher den Aufschaukelungsprozess aufrechterhält (Znoj, 2004).

Dysfunktionale Kognitionen spielen auch in den *kognitiven Theorien* der Entstehung depressiver Symptome nach Beck (1991, nach Comer, 1995) und Abramson et al. (1978) eine wesentliche Rolle. Nach Beck entstehen depressive Störungen vor dem Hintergrund realitätsverzerrender kognitiver Prozesse. So hätten Depressive im Laufe ihrer Sozialisation eine negative Sicht von der Welt, von sich selbst und der Zukunft entwickelt (so genannte kognitive Triade). Traumatische Ereignisse könnten vor dem Hintergrund dieser kognitiven Triade negative Gedankenketten auslösen und zu einer depressiven Symptomatik führen. So werde die kognitive Triade immer wieder in automatischen Gedanken belebt, die an die eigene Unzulänglichkeit und Hoffnungslosigkeit der Lage erinnerten. Für Depressive typisch seien realitätsverzerrende Denkfehler, die die kognitive Triade aufbauten und verfestigten. Zum Beispiel zögen sie oft willkürliche, negative Schlussfolgerungen aus unzureichendem Beweismaterial (willkürliches Schlussfolgern) oder weitreichende Schlussfolgerungen aus einem eher unbedeutenden Ereignis (Übergeneralisierung) und betrachteten nur negative Einzelheiten einer Situation (selektive Abstraktion). Sie unterschätzten häufig das Gewicht positiver Ereignisse und überschätzten demgegenüber das Gewicht negativer Ereignisse (Maximierung und Minimierung). Darüber hinaus suchten sie die Ursache negativer Ereignisse überwiegend bei sich (Personalisierung). Diese kognitiven Verzerrungen wertet Beck als depressogen, d. h. aus ihnen ließen sich depressive Symptome wie Selbstzweifel, Hoffnungslosigkeit, Grübeleien oder sozialer Rückzug erklären. Depressive Symptome ihrerseits verstärkten die negativen Gedankenketten, was zu einer Verfestigung und Aufrechterhaltung der Depression führe.

Seligmans *Theorie der gelernten Hilflosigkeit* wurde ursprünglich aus tierexperimentell gewonnenen Beobachtungen abgeleitet und später durch attributionstheoretische Annahmen erweitert. Erfährt eine Person, dass für sie ein subjektiv bedeutsames Ereignis nicht kontrollierbar ist, so lerne sie, dass ihr Verhalten und die Konsequenzen in der Umwelt unabhängig voneinander seien. Die Nichtkontrollierbarkeit von bedeutsamen Ereignissen führe zu Hilflosigkeit, welche mit kognitiven, emotionalen, motivationalen und physiologischen Veränderungen einhergehe, die denen einer Depression ähnlich seien. Entscheidend sei dabei die subjektive Erwartung, hilflos zu sein, auch wenn in einer neuen Situation Kontrolle bestünde. Nicht der Kontrollverlust selbst, sondern die kognitive Verarbeitung des Kontrollverlustes sei bestimmend dafür, ob sich eine depressive Erkrankung manifestiert. Attribuierungen des erlebten Kontrollverlustes auf internale (innerhalb der Person liegende), zeitlich stabile und globale (viele Situationen betreffende) Ursachen führten zu generellen Misserfolgserwartungen bezüglich zukünftiger Ereignisse und verfestigten die depressive Symptomatik (Abramson et al., 1978).

Ein Zusammenhang zwischen ungünstigen Attributions- und Denkstilen und depressiven Störungen gilt heute zwar als empirisch gesichert, die Frage der Kausalität kann jedoch mit der derzeitigen Befundlage noch nicht beantwortet werden. Die von den Autoren beschriebenen kognitiven Muster können sowohl Ursache als auch Folge einer depressiven Erkrankung sein (Hautzinger & de Jong-Meyer, 2003).

Es sind verschiedene Risikomerkmale für einen pathologischen Trauerverlauf nach bedeutsamen Verlusten beschrieben worden. Das Risiko für eine pathologische Trauer ist u. a. dann erhöht, wenn zum Verstorbenen entweder eine hoch ambivalente Beziehung bestand oder aber eine narzisstische Beziehung, in der der Verstorbene eine Erweiterung des Selbst darstellt. Wiederholte Verluste in kürzerer Zeit und sozial wenig wahrgenommene Verluste erhöhen das Risiko einer pathologischen Trauer ebenso wie eine mangelnde soziale Unterstützung und psychische Vorerkrankungen des Trauernden (vgl. Langenmeyer, 1999).

2.3.5.3 Trauerprozesse nach Fehlgeburten

Leppert & Pahlka (1984) begleiteten Paare in den Monaten nach dem Abort mit mehreren Gesprächen. Die Autorinnen konnten bei den Frauen alle beschriebenen Phasen normaler Trauer – Schock, Desorganisation, Stimmungsschwankungen, Schuldgefühle, Wahrnehmen des Verlustes und Erleichterung, Loslassen und Wiederherstellen – beobachten. Während die Phasen Schock, Desorganisation und Stimmungsschwankungen nur kurzzeitig beobachtet wurden, dauerte die Phase der Schuldzuschreibungen am längsten an. Nach drei, spätestens vier Monaten hätten alle Frauen das letzte Stadium der Trauer erreicht.

Empirische Studien, die den Verlauf der Trauerreaktionen nach pränatalem Kindesverlust über einen längeren Zeitraum hinweg beobachteten, legen den Schluss nahe, dass ein sehr hoher Anteil der Frauen nach Fehlgeburten pathologische Trauerverläufe aufweist. Lin und Lasker (1996) berichten, dass lediglich 41% der von ihnen untersuchten Frauen mit prä- oder perinatalem Kindesverlust eine normale Trauer mit Absinken der Symptomatik innerhalb des ersten Jahres nach dem Verlust zeigen. Dagegen weisen 59% dieser Frauen über einen Zeitraum von zwei Jahren Symptome pathologischer Trauer auf.

In der bereits erwähnten Studie von Beutel und Mitarbeitern entwickelte ein Fünftel aller Frauen nach einem Spontanabort eine pathologische Trauer mit lang anhaltenden psychischen Befindensstörungen. Besonders diejenigen Frauen scheinen durch eine lang anhaltende Depressivität gefährdet, die unmittelbar nach der Fehlgeburt eine depressive Reaktion ohne Trauer oder eine gemischte depressive und Trauerreaktion zeigen. Bei den Frauen mit ausgeprägter Trauerreaktion klingt die Symptomatik innerhalb eines halben Jahres nach der Fehlgeburt ab. Frauen, die kurz nach dem Verlust weder Trauer- noch depressive Symptome zeigen, bleiben ebenfalls über den Befragungszeitraum hinweg unauffällig (Beutel, 1996).

Lasker und Mitarbeiterinnen beschreiben bei Patientinnen nach prä- und perinatalem Kindesverlust folgende Trauermuster über einen Zeitraum von zwei Jahren: Eine *normale Trauer* ist gekennzeichnet durch ausgeprägte Traurigkeit unmittelbar nach dem Verlust, die innerhalb des ersten Jahres nach der Fehlgeburt deutlich absinkt. Bei einer *umgekehrten Trauer* steigt die durchschnittliche Trauersymptomatik innerhalb des ersten Jahres nach dem Schwangerschaftsverlust an und fällt im zweiten Jahr wieder ab. Dieses Muster zeigen besonders häufig Frauen, die im Untersuchungszeitraum einen erneuten Schwangerschaftsverlust erlitten haben. Ein weiteres Muster – *verspätete Auflösung der Trauer* genannt – ist durch ein Abnehmen der Trauersymptomatik nach erst einem Jahr gekennzeichnet und findet sich besonders häufig bei Frauen mit Spätaborten und Totgeburten. Des Weiteren beschreiben die Autorinnen ein Muster *geringer, unveränderter Trauer*. Dieses sei nicht mit ausbleibender oder verspäteter Trauer zu verwechseln, da nach der Fehlgeburt Trauersymptome bestünden und diese sich weder verschlechterten noch verbesserten (Lin & Lasker, 1996). Eine *chronische Trauer* mit lang anhaltender Symptomatik kann nach den Ergebnissen der Autorinnen durch starken Ärger und Verzweiflung unmittelbar nach dem Verlust vorhergesagt werden (Lasker & Toedter, 1991).

2.3.5.4 Beurteilung der empirischen Befunde

Kennzeichnend für einen pathologisch verlaufenden Trauerprozess ist, „dass die Ablösung von dem verlorenen Objekt um den Preis eingeschränkter Affektivität, Liebesfähigkeit und adaptiver Fähigkeiten vermieden wird“ (Beutel & Weiner, 1993, S. 226-227). Eine Ablösung vom verlorenen Kind ist bei Frauen mit Fehlgeburten dadurch erschwert, dass es kaum Anhaltspunkte für die Existenz des Kindes gibt und selten ein Austausch mit anderen über dieses Ereignis stattfindet. Der Tod des ungeborenen Kindes lässt sich durch fehlende Interaktionen mit ihm schwerer begreifen. Die Frauen berichten häufig von einem diffusen Gefühl der Leere und Traurigkeit, welches jedoch nicht direkt auf das verlorene Kind gerichtet ist. Die Existenz der Schwangerschaft und des Kindes und damit die Berechtigung zu trauern wird von ihnen nicht selten in Frage gestellt (Graham et al., 1987). Diese Umstände könnten den hohen Anteil pathologischer Trauerverläufe und das hohe Risiko für psychische Befindensstörungen nach Fehlgeburten erklären. Dennoch scheint es notwendig, die Befunde differenzierter zu betrachten. Die Prävalenzraten für depressive und Angststörungen nach Fehlgeburten liegen erstaunlich hoch. Allerdings nehmen sie im Laufe des auf die Fehlgeburt folgenden Jahres deutlich ab. Ein wesentlich geringerer Teil der Frauen entwickelt chronische Störungen.

Es fragt sich, ob die nach einer Fehlgeburt beobachtete Symptomatik tatsächlich eine Psychopathologie darstellt oder ob es sich nicht zum großen Teil auch um Zeichen psychischer Anpassungsprozesse handelt. Beutel hat auf die Notwendigkeit hingewiesen, depressive und Trauersymptome zu trennen. Dies ist mit den in den meisten Studien angewandten Erhebungsinstrumenten nicht möglich. Während Trauersymptomen eine eher adaptive Funktion

zugeschrieben wird, werden depressive Symptome als maladaptiv beurteilt (Beutel, 1996). Eine interessante Veröffentlichung stammt von Binser & Försterling. Die Autoren behaupten, dass aus psychoevolutionärer Sicht selbst depressive Symptome nach pränatalem Kindesverlust eine adaptive Funktion haben können. Die Depression nach der Fehlgeburt sei ein phylogenetischer Schutzmechanismus, der durch Rückzug der (sexuellen) Libido und sozialen Rückzug zu körperlicher Erholung der Frau führe und verhindere, dass sie zu schnell wieder schwanger wird (Binser & Försterling, 2004).

Betrachtet man die vorliegenden Berichte, so scheint es nur schwer möglich, Trauerprozesse nach frühen Schwangerschaftsverlusten mit den Phasen normaler Trauer nach dem Verlust nahe stehender Bezugspersonen zu umschreiben. Einerseits treten nach Fehlgeburten offenbar verstärkt Symptome auf, die eher einer depressiven Verarbeitung zugeschrieben werden (Selbstanklagen, Schuldgefühle). Andererseits sind gesunde Trauerreaktionen nach frühen Schwangerschaftsverlusten zeitlich eingegrenzter als bei anderen Trauerfällen wie dem Tod von Angehörigen oder Freunden.

2.3.6 Bewältigungsmuster nach Fehlgeburten

Trauerprozesse und Bewältigungsmuster (Coping) sind beides Konzepte, mit denen die psychische Verarbeitung eines Verlustes beschrieben werden kann. Das Konzept des Trauerprozesses beschreibt einerseits den Verlauf der psychischen Symptomatik und stellt andererseits die emotionale Ablösung vom verlorenen Objekt in den Vordergrund. Das Konzept der Bewältigung hingegen untersucht einzelne kognitive und verhaltensorientierte Strategien, über die sich die betroffene Person mit dem erlittenen Verlust auseinandersetzt. Wenngleich sich beide Konzepte inhaltlich z. T. überschneiden, stellen Konzepte der Bewältigungsforschung eine sinnvolle Ergänzung zur Beschreibung von Trauerverläufen nach Fehlgeburten dar.

Caplan (1964) beschreibt Trauerreaktionen im Allgemeinen als Copingkrise, in der alle einer Person bisher zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen angesichts des Ausmaßes der Trauer versagen. Da übliche Copingstrategien für stressauslösende Ereignisse versagten, müsse sich der oder die Betroffene an andere Personen wenden und sei sehr empfindlich für deren Reaktion. Die soziale Unterstützung erhalte demnach bei Trauerfällen eine besondere Bedeutung. Gelingen es den Betroffenen, die Krise, meist mit Unterstützung anderer, positiv zu bewältigen, so könne das ihre Bewältigungsmöglichkeiten stärken.

Bewältigungsmuster nach Fehlgeburten sind bislang weit weniger untersucht worden als Trauerprozesse. Schuth et al. befragten 40 Frauen u. a. danach, wie sie ihre Fehlgeburt psychisch verarbeiteten. Aus den Gesprächsprotokollen extrahierten sie 9 typische Bewältigungsmuster: Am häufigsten wurde von den Frauen eine „Kommunikation über das Ereignis und Suche nach sozialer Unterstützung“ genannt. Typisch waren auch „Vergleiche“ als Bewältigungsversuche

