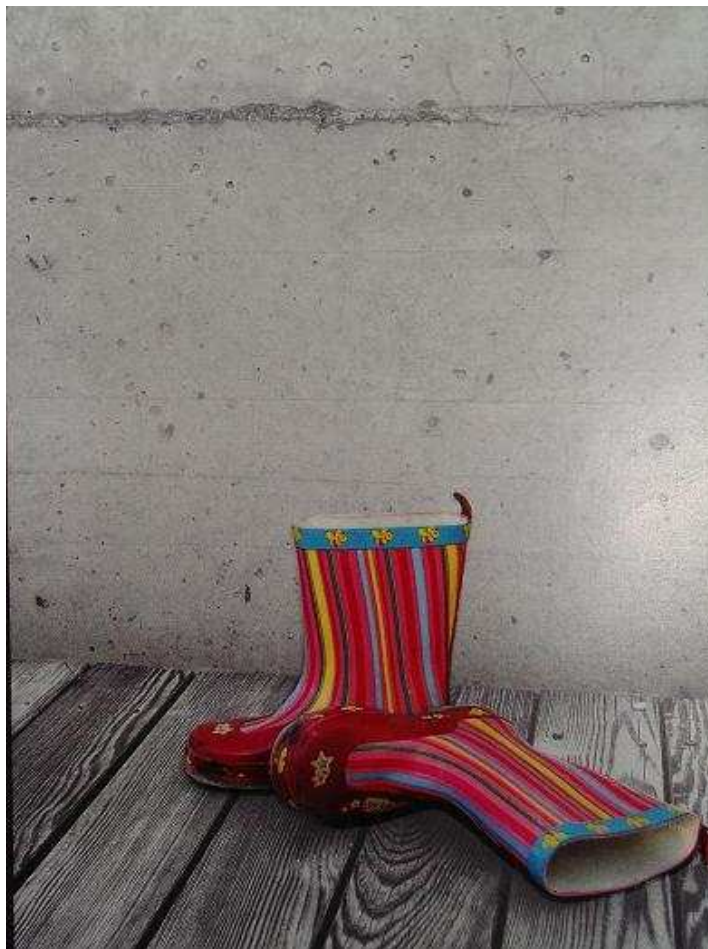


DER PLÖTZLICHE KINDSTOD

„Wie können wir als Hebammen Eltern in ihrer Trauer nach plötzlichem Kindstod unterstützen und bei einer erneuten Schwangerschaft optimal betreuen?“



Stephanie Fiechter

Berner Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit
Studiengang Hebamme HF
Bern 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

2. Das Krankheitsbild SIDS

2.1. *Definition*

2.2. *Inzidenz*

2.3. *Pathophysiologie*

2.4. *Mögliche Ursachen*

2.5. *Risikofaktoren*

2.6. *Hochrisikogruppen*

2.7. *Präventionsmassnahmen*

3. ALTE – das lebensbedrohende Ereignis

3.1. *Definition*

3.2. *Ursachen*

4. Trauerbegleitung und Folgeschwangerschaft nach plötzlichem Kindstod – was wir darüber wissen sollten

4.1. *Die vier Aufgaben der Trauerberatung nach Student (2006)*

4.2. *Die Trauerphasen*

4.3. *Die Bedeutung von Trauer und ihr individuelles Erleben*

4.3.1. *Erleben der Trauer bei den Eltern nach dem Tod ihres Kindes*

4.3.2. *Umgang mit Trauer und Leid*

4.3.3. *Vergleich der Trauer nach Krankheit und Trauer nach SIDS*

4.3.5. *Körperliches und seelisches Befinden während dem Trauerprozess*

4.3.6. *Persönliches Umfeld der Betroffenen*

4.3.8. *Mütter und Väter trauern unterschiedlich*

4.3.9. *Geschwistertrauer*

4.3.10. *Aufgaben der Hebamme*

5. Die psychosoziale Betreuung einer erneuten Schwangerschaft nach plötzlichem Kindstod

5.1. *Gefühle betroffener Mütter in einer Folgeschwangerschaft*

5.2. *Tender loving care*

5.3. *Die salutogenetische Sichtweise in der Bewältigungsforschung*

5.4. *Multidisziplinäre Zusammenarbeit*

6. Erfahrungsbericht einer betroffenen Mutter

7. Schlussfolgerungen

8. Empfehlungen für den Hebammenalltag

9. Literaturverzeichnis

10. Bibliographie

1. Einleitung

Am Ende bleiben Tränen....
Tränen die nie vergehen .
Tränen ,die das was passiert ist nicht wahr haben wollen .
Tränen die wir aus Trauer um Dich weinen, immer und immer wieder.
Tränen ,die ein Zeichen für Dich sein sollen ,
die Dir zeigen sollen ,dass Du unser kleiner Engel,
immer einen ganz besonderen Platz in unseren Herzen haben wirst !

Mama, Papa, Vanessa und Alec

Mit diesen Worten nimmt eine Familie, die ihr Kind durch den plötzlichen Kindstod verloren hat Abschied und mit diesem Gedicht versuchen sie, ihrer unendlichen Trauer Ausdruck zu verleihen.

Der plötzliche Kindstod ist ein tief greifendes Unglück für jede betroffene Familie. Die Eltern erleben, kaum hat sich der Wunsch nach einem eigenen Kind erfüllt, ohne Vorwarnung und auf grausame Weise die plötzliche Zerstörung ihres Glücks (Kurz 2000b).

Da für mich sehr schnell klar war, dass ich meine Diplomarbeit zu diesem Thema schreiben möchte, stellte sich jedoch für mich die Frage, in wie weit die Hebamme mit dem plötzlichen Kindstod involviert ist und konfrontiert wird, da die Kinder meist nicht im Wochenbett, sondern im Verlaufe des ersten Lebensjahres versterben. Obwohl wir als Hebammen in der Akutsituation meist nicht anwesend sind, sehe ich es sehr wohl in unserer Kompetenz, über den plötzlichen Kindstod generell und die Trauerverarbeitung der Hinterbliebenen Bescheid zu wissen. Denn in einer Folgeschwangerschaft sind wir als Hebammen bereits während den Schwangerschaftskontrollen oder sicher bei der Geburt eine wichtige Ansprech- und Vertrauensperson dem Paar gegenüber. Es wird unsere Aufgabe sein, die werdenden Eltern in ihren Ressourcen zu stärken, sie aufzuklären, ihnen Sicherheit zu vermitteln und sie in ihrem Urvertrauen und gesundem Menschenverstand zu stärken, da oftmals die Angst eines erneuten Kindsverlust die Freude über das Folgekind überwiegt.

Ich sehe das Hauptziel dieser Arbeit darin, dass ich als zukünftige diplomierte Hebamme die Eltern in ihrer Trauer unterstützen, auf Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen eingehen kann, ohne meine eigene Betroffenheit durch Unsicherheit und ungenügend fachliches Wissen in den Vordergrund zu stellen.

Die Arbeit ist in drei Teilen aufgebaut. Im ersten Teil werde ich das Krankheitsbild SIDS vorstellen und die wichtigsten medizinischen Daten dazu liefern. In einem zweiten Teil möchte ich unserer hebammenspezifischen Tätigkeit zu den Themen Trauerbegleitung und Folgeschwangerschaft Ausdruck verleihen. Bei der Trauerbegleitung werde ich nebst unseren Aufgaben der Trauerberatung und den Trauerphasen nach Kast auch aufzeigen, wie unterschiedlich Mütter, Väter und Geschwister trauern. Dies erscheint mir als wichtiger Punkt, um mit den Trauerreaktionen, welche je nachdem beim Folgekind von Seiten der einzelnen Familienmitglieder auftreten, umgehen zu können. Bei der Folgeschwangerschaft werde ich auf die psychosoziale Betreuung und Beratungsaspekte nach plötzlichem Kindstod eingehen und ein Erfahrungsbericht einer betroffenen Mutter wird meine Diplomarbeit zusätzlich bereichern.

*Im Schlussteil geht es mir darum, relevante Aspekte zum Thema nochmals zusammenzufassen, Konsequenzen für die Praxis abzuleiten und meinen persönlichen Lernprozess zu reflektieren und aufzuzeigen.
Meine persönlichen kritischen Stellungnahmen zu den Themen, sowie meine selbst verfassten Beiträge der Arbeit, werden im Text jeweils kursiv und nicht fett gekennzeichnet.*

2. Das Krankheitsbild SIDS

Trotz der heutigen, sehr fortgeschrittenen Medizin ist das Krankheitsbild des plötzlichen Kindstodes noch längst nicht ganz erforscht. Es gibt viele verschiedene Theorien dazu und jeder meint, seine Theorie sei eine erklärende Ursache für dieses Phänomen. Unter dem Überbegriff das Krankheitsbild SIDS, möchte ich die relevantesten theoretischen Daten zum Thema liefern und zusammengefasst das Krankheitsbild erläutern und präsentieren.

2.1. Definition

Mit dem Begriff SIDS (sudden infant death syndroms) wird der plötzliche und unerwartete Tod eines scheinbar gesunden Säuglings oder Kleinkinds bis 12 Monaten bezeichnet (Dorlöchter et al. 1998). Das fetale Ereignis beginnt während des Schlafes. Auch nach sorgfältiger Untersuchung mittels Anamnese und vollständiger Autopsie, bleiben die Todesumstände des Kindes unerklärt, es handelt sich also immer um eine Ausschlussdiagnose (Casualta et al. 2007). Es zeigt sich eine charakteristische Altersverteilung mit einem Sterblichkeitsgipfel vom zweiten bis zum vierten Monat. Etwa zwei Drittel sterben während der infektblastigen kalten Jahreszeit (Bajanowski u. Poets 2004). Bisher gibt es keine Möglichkeiten, den plötzlichen Kindstod vorherzusehen (Zünd 2004).

2.2. Inzidenz

Die Anzahl der in der Schweiz an SIDS verstorbenen Kinder hat wie in allen industrialisierten Ländern in den letzten Jahren stetig abgenommen. Dies wird auf die gross angelegten Aufklärungskampagnen für Eltern lanciert. SIDS kommt in der Schweiz bei 0.18/1000 Lebendgeburten vor. Knaben versterben deutlich häufiger am plötzlichen Kindstod, die Ursachen dafür sind bisher nicht geklärt. So starben im Jahre 2004 auf total 73082 Geburten 10 Knaben und drei Mädchen. Vergleichsweise starben zehn Jahre zuvor im 1994 auf 82980 Geburten 60 Kinder am plötzlichen Kindstod, davon 42 Knaben und 18 Mädchen (Casualta et al. 2007).

2.3. Pathophysiologie

Bis heute konnte die Pathophysiologie, welche zu SIDS führt, nicht eindeutig aufgeklärt werden. Bei Säuglingen, welche am Monitor auf Grund des plötzlichen Kindstodes gestorben sind, konnte bei Analysen von Monitoraufzeichnungen interessante Aspekte beobachtet werden. So treten vor dem Todeseintritt verlängerte Apnoephasen und Bradykardien auf, welche jedoch nicht die primäre Todesursache des SIDS zu sein scheinen. Vermutlich lag als erstes eine Hypoxie vor, welche möglicherweise durch Obstruktion in den oberen und / oder unteren Atemwegen bedingt sein könnte. Dies wird, da die registrierte Schnappatmung erst bei tiefen pO₂-Werten eingesetzt, gefolgt von Apnoe und Bradykardie. Das Vorfinden von intrathorakalen Petechien oder Lungenödemem könnte in diesem Sinne interpretiert werden. Eine nachfolgende Bradykardie würde dann als Folge einer Myocardischämie auftreten. Es ist ebenfalls unklar, warum diese Symptome nicht zu einer Aufwachreaktion führen. Bei der Untersuchung an Geschwistern von SIDS-Kinder konnten keine eindeutigen Unterschiede zwischen SIDS-Geschwister und Säuglingen ohne SIDS-Geschwister festgestellt werden. Zur Diagnose und Klärung des plötzlichen Kindstodes gehören eine Analyse der Umgebung, in welcher das Kind aufgefunden wurde und eine vollständige Autopsie (Casualta et al. 2007).

2.4. Mögliche Ursachen

Über mögliche Ursachen des plötzlichen Kindstodes gibt es über zweihundert Theorien. Die eigentliche Ursache bleibt jedoch unbekannt. Eine Vielzahl von Mechanismen wird kontrovers diskutiert. Denkbar erscheint ein multifaktorielles Geschehen mit einem Zusammentreffen von äusseren und inneren Faktoren (Kenner u. Kerbl 2000).

Gestörter Blutfluss im Hirnstamm

In einer im Jahre 2001 veröffentlichten Studie wurde vermutet, dass beim gesunden Kind die Verminderung der Blutversorgung des Hirnstammes eine Ursache für den plötzlichen Kindstod sein könnte. Durch ein seitliches Drehen des Kopfes in Bauchlage, kann die Mangelversorgung bei einem kleinen Anteil der gesunden Säuglinge provoziert werden. Um diese Ursache zu bestätigen, wurden bei 14 300 Babys Ultraschallmessungen in verschiedenen Liegepositionen durchgeführt und das Blutgefäss von der Wirbelsäule zum Gehirn untersucht. Bis heute wurde diese Theorie jedoch nicht bestätigt (Kenner u. Kerbl 2000). Methodische Angaben zu dieser Studie sind leider nicht bekannt.

Botulismustheorie

In einer Serie von Autopsiefällen konnte Clostridium botulinum bei 4,3% der 211 am plötzlichen Kindstod verstorbenen Kinder nachgewiesen werden (Kenner u. Kerbl 2000). Bei 9 von 75 Autopsiefällen, davon 57 am plötzlichen Kindstod verstorbenen Kinder, gelang der Nachweis von Botulinumtoxin. Dieses lähmende Toxin wird durch den Krankheitserreger Clostridium botulinum gebildet, der z.B. in verunreinigtem Honig vorkommen kann. Die Dosis, welche davon im Honig vorhanden sei, ist nach dieser Theorie für Erwachsene völlig harmlos. Da jedoch beim Säugling die Darmflora noch nicht ausgereift ist, wird dem Bakterium eine optimale Umgebung für die Vermehrung und Toxinbildung geboten. Das Toxin gelangt in den Blutkreislauf und bewirkt eine Atemlähmung.

Toxische Gase

Ende des 19. Jahrhundert entdeckte Bartolomeo Gosio, dass der Arsenpilz bei der Zersetzung von Tapeten, welche arsenhaltige Farben enthalten, das lebensbedrohliche Gas Trimethylarsin freisetzen. Im Jahre 1990 wurde von A. Richardson veröffentlicht, dass der Arsenpilz auch in sämtlichen Matratzen von 45 unter SIDS-Umständen verstorbenen Säuglingen nachgewiesen werden konnte. Es wurde vermutet, dass der Pilz in den Matratzen, die Flammenschutzmittel oder Weichmacher enthalten, giftige Gase freisetzen und SIDS somit verursachen könne. Da der Pilz jedoch von einer Expertengruppe nicht nachgewiesen werden konnte, gab Richardson im Jahre 1998 eine umfangreiche Stellungnahme zu seinem so genannten Limerick-Report ab, in der er unter anderem erklärte, dass die Experimente nicht nach seinen Vorgaben durchgeführt wurden. Seit der Veröffentlichung des Limerick-Reports gilt daher die Theorie der giftigen Gase auch auf internationaler Ebene als widerlegt. Auch eine schottische Studie, die einen Zusammenhang zwischen gebrauchten Matratzen und dem plötzlichen Kindstod nahe legt, konnte daran nichts ändern (Kenner u. Kerbl 2000). Auch hier sind keine methodischen Angaben veröffentlicht worden.

Impfungen

Als im Herbst 2000 der Sechsfachimpfstoff eingeführt wurde, waren fünf Kinder innerhalb von 24 Stunden nach der Impfung plötzlich und unerklärt verstorben. Deshalb ist von Impfgegnern ein möglicher Zusammenhang des plötzlichen Kindstodes mit Impfungen, insbesondere der Sechsfachimpfung diskutiert worden. Bis zu diesem Zeitpunkt waren in Europa ca. 3 Millionen Kinder mit Sechsfachimpfstoffen geimpft worden. Die Vorfälle wurden sorgfältig untersucht und es liess sich kein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Impfung und dem Tod der Kinder belegen. Nach Studien reduzieren Impfungen, insbesondere Sechsfachimpfungen, sogar das Risiko des plötzlichen Kindstodes. (Kenner u. Kerbl 2000).

2.5. Risikofaktoren

Durch sorgfältige Untersuchungen der Umgebung, der Situation in der die toten Kinder vorgefunden wurden und mit Hilfe von persönlicher Anamnese, Sozialanamnese und Umgebungsanamnese, wurde die Definition mehrerer Risikofaktoren für SIDS ermöglicht.

Folgende Risikofaktoren, Hochrisikogruppen und Präventionsmassnahmen werden in der Literatur von Casaulta et al. im Jahre 2007 beschrieben:

- Bauchlage / Seitenlage
- Zigarettenrauchexposition
- Schlafen im elterlichen Bett
- Überwärmung des Kindes, zu warme Umgebung
- Weiche Matratze, Kopfkissen, Fellunterlagen, Unterpolsterungen
- Frühgeburtlichkeit, geringes Geburtsgewicht
- Hohe Parität, Mehrlinge, kurze Intervalle zwischen den Schwangerschaften
- Weniger Schwangerschaftskontrollen als empfohlen, tiefer sozioökonomischer Status
- Sehr junge Mütter
- Mütterlicher Medikamentenkonsum
- Wintermonate
- Männliches Geschlecht
- Nicht geimpfte Kinder sterben häufiger als geimpfte
- Fehlendes Stillen

2.6. Hochrisikogruppen

- Frühgeborene (vor der 33. Schwangerschaftswoche)
- Kinder mit Geburtsgewicht unter 2000g
- Kinder drogenabhängiger Mütter
- Nachfolgende Geschwister
- Körperlicher Zustand, ausführliche Beschreibung dazu auf Seite 11 (ALTE, Apparently Life-Threatening Event, plötzliches und gleichzeitiges Auftreten von Atemstillstand, schlaffer Muskulatur, Blaufärbung und/oder Blässe der Haut, verlangsamter Herzschlag. Auch wenn das Baby diesen Zustand dank sofortigen rettenden Massnahmen überlebt, ist das SIDS Risiko danach deutlich erhöht.)

2.7. Präventionsmassnahmen

Da die Präventionsmassnahmen anhand der erwähnten Risikofaktoren abgeleitet werden können, erscheint es mir wichtig, diese an dieser Stelle zu erwähnen um immer wieder Bezug auf die Risikofaktoren nehmen zu können.

- Zum Schlafen sollen Säuglinge ausschliesslich auf den Rücken gelegt werden. Auch die Seitenlage ist kontraproduktiv.
Es gibt Kinder die nur auf der Seite oder auf dem Bauch schlafen. Eltern sollten von uns über Risiken von SIDS aufgeklärt, jedoch nicht verunsichert werden. Meiner Meinung nach sollen auch Kinder, in einer für sie bequemen Position schlafen können, so wie wir Erwachsenen das auch tun, solange nicht gesichert ist, dass die Rückenlage der ausschlaggebende Grund zu SIDS ist.
- Am Tag soll das Kind im Wachzustand und wenn es überwacht ist, mehrmals täglich für die psychomotorische Entwicklung auf den Bauch gelegt werden.
Phantasie und gesunder Menschenverstand gehörten meiner Meinung nach zur Erziehung. Bauchlage für die motorische Entwicklung halte ich für sinnvoll, es muss jedoch nicht wie in der Literatur beschrieben, zwingend mehrmals täglich sein.
- Eltern sollen für eine rauchfreie Umgebung sorgen und nicht rauchen. Auch während der Schwangerschaft sollen Mütter nicht rauchen.
Einer rauchfreien Schwangerschaft und Umgebung stimme ich ohne Einwand vollumfänglich zu.
- Säuglinge sollen nicht im Elternbett schlafen, sondern im eigenen Bett im Elternschlafzimmer. Kein Bed-Sharing für nichtrauchende Eltern in den ersten 3 Lebensmonaten, für rauchende Eltern im 1. Lebensjahr.
In unserer Hebammentätigkeit steht für uns ein ungestörtes Bonding der Familie und ihrem Neuankömmling an erster Stelle. Ich finde es unsinnig, den Eltern diesen engen Kontakt zu ihrem Kind zu unterdrücken und dem Kind somit gewisse Wärme und Geborgenheit zu entziehen. Denn viele Eltern sind in der heutigen Zeit berufstätig und ich sehe das Bed-Sharing als eine wichtige und kostbare Zeit. Ich kann jedoch Eltern verstehen, wenn sie das nicht jede Nacht möchten, da die Intimsphäre zwischen den Eltern dadurch gestört wird.
- Eltern dürfen auf keinen Fall sedierende Medikamente oder Drogen eingenommen haben, wenn das Kind im elterlichen Bett schläft.
Meiner Meinung nach sollten Eltern grundsätzlich keine Drogen konsumieren.
- Zum Schlafen soll der Säugling nicht zu warm angezogen sein, die Umgebungstemperatur des Schlafraumes soll nicht mehr als 17-19 °C betragen, ausser bei extrem Frühgeborenen, soll das Kind keine Kopfbedeckung und keine Handschuhe tragen. Schweissnasse Hände und Haare sind Zeichen der Überwärmung.
Als Hebamme mache ich mir im Gespräch mit den Eltern ein Bild über ihre Fähigkeiten in der Alltagspflege mit dem Kind. Bei verantwortungsbewussten Eltern mit „normalem Menschenverstand“ erwähne ich nur wichtige Rahmenbedingungen, bei unsicheren, unbeholfenen Leuten oder solchen mit Vorstellungen die nicht kindsgerecht sind, gebe ich exakte Vorlagen für die tägliche Betreuung.
- Säuglinge sollen auf einer glatten, nicht zu weichen Unterlage schlafen. Sie sollten sich auf der Unterlage abstützen könne ohne einzusinken.
Einer guten Matratze stimme ich zu, nicht nur als Prophylaxe gegen den plötzlichen Kindstod, sondern auch für die körperliche Entwicklung.

-
- Kissen, Kuscheltiere, Tücher, Lagerungskissen und Schaffelle gehören nicht ins Kinderbett.
Ich glaube ich habe noch nie ein Kinderbett ohne Kuscheltiere gesehen und das finde ich auch gut so. Auf Kissen und Schaffelle würde ich jedoch verzichten.
 - Es sollte darauf geachtet werden, dass Säuglinge nicht unter die Bettdecke rutschen oder sich mit der Bettdecke oder anderen Textilien das Gesicht bedecken können. Es werden ausdrücklich altersentsprechende Schlafsäcke oder Jumbos ohne Halteschlaufen oder Fixierung empfohlen.
Altersentsprechende Schlafsäcke heisst für mich, man muss ständig neue kaufen. Ich empfehle Jumbos oder Schlafsäcke, aber wenn mir die Eltern sagen, sie hätten bereits eine Decke gekauft, helfe ich ihnen gerne mit kreativen Ideen weiter, wie sie die Decke so befestigen können, dass das Kind sie sich nicht über den Kopf ziehen kann.
 - Säuglinge sollen auch nicht im Geschwisterbett schlafen.
Säuglinge brauchen den Kontakt, die Nähe, Liebe und Wärme zu ihren Eltern, sowie zu ihren Geschwistern. Wir alle schlafen und erwachen lieber zu zweit und so solle es meiner Meinung nach auch bei den Kindern sein.
 - Wenn die Säuglinge zum Schlafen gelegt werden, soll ihnen der Nuggi angeboten werden. Wenn dieser raus fällt, soll er dem schlafenden Kind nicht wieder eingeführt werden. Gestillten Kindern soll der Nuggi erst ab dem 1. Monat zum Schlafen angeboten werden, um Saugverwirrungen zu vermeiden. Keine süssen Flüssigkeiten auf den Nuggi.
Dem oberen Teil dieser Empfehlung stimme ich zu. Ich kann mich jedoch gut daran erinnern, dass wir von unseren Eltern ein wenig Honig auf den Nuggi gekommen haben und dies zur Beruhigung Wunder wirkte. Dies sind alte Hausrezepte welche ich nicht abschaffen werde.
 - Die Kopforientierung regelmässig wechseln, indem Reizquellen wie Mobile und Musikdosen einmal rechts und mal links positioniert werden.
Bei diesem Punkt empfehle ich den Eltern nicht die Reizquellen zu ändern, sondern einfach darauf zu achten, dass das Kind nicht immer auf der gleichen Seite liegt. Dies kann auch beeinflusst werden, wenn man das Kind auf dem Arm hat.
 - Säuglinge sollen nach den allgemein gültigen Empfehlungen gestillt werden.
Ich finde auch, dass die beste Ernährung für einen Säugling Muttermilch ist. Wenn eine Mutter jedoch nicht stillen kann oder möchte und gerade ihr Kind an SIDS stirbt, kann ich mir vorstellen, dass sie sich extreme Vorwürfe machen würde, wenn sie überall lesen kann, dass es nichts Besseres als Muttermilch gibt. Ich unterstütze, das Kind sicher ein halbes Jahr zu stillen, da das Kind erst von diesem Moment an die eigenen Abwehrstoffe produzieren kann. Betreffend SIDS besteht kein klarer äthiologischer Zusammenhang zu SIDS.
 - Kinder sollen geimpft werden.
Ich stimme diesem Punkt voll und ganz zu. Für mich persönlich stellt sich nicht die Frage ob man sein Kind impft, sondern zu welchem Zeitpunkt dies erfolgt. Es sollte eine professionelle Impfaufklärung durch den Kinderarzt stattfinden und den Eltern pro und contra Punkte aufgezeigt werden.
-

3. ALTE – das lebensbedrohende Ereignis

3.1. Definition

Vielfach wird ALTE (apparent life threatening event – anscheinend lebensbedrohliches Ereignis) als Vorstudium eines SIDS betrachtet. ALTE ist als Episode eines lebensbedrohlich erscheinenden Zustandes bei Säuglingen, die sich als Attacke mit schwerer Blässe oder Blauwerden, Schläffheit oder Steifheit äussert und durch rechtzeitige Wiederbelebung erfolgreich behandelt werden kann, definiert. Das Risiko für einen späteren plötzlichen Kindstod ist beim Fehlen einer erkennbaren behandelbaren Ursache auf ca. 3% erhöht (Kurz 2000a).

3.2. Ursachen

Die SID-Kommission der schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie von Casaulta et al. haben im Jahre 2007 folgende Ursachen von ALTE definiert:

- Gastrointestinale Pathologien
(Gastro-oesophageale Refluxkrankheit, Infektionen, Volvulus, Aspiration von Nahrung)
- Neurologische Pathologien
(Krampfanfälle, Meningitis, Encephalitis, erhöhter Hirndruck, Vagusreize, Fehlbildung des Hirnstammes, muskuläre Ursachen, kongenitale zentrale Hypoventilation)
- Respiratorische Pathologien
(Infektionen, Fehlbildung der Atemwege, Atemwegsobstruktion, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom)
- Kardiovaskuläre Pathologien
(Herzrhythmusstörungen, Fehlbildungen des Herzens und der grossen Gefässe, Myokarditis, Kardiomyopathien)
- Metabolische und endokrine Pathologien
(Störungen im mitochondrialen Stoffwechsel, Harnstoffzyklusdefekte)
- Andere Ursachen
(Ernährungsfehler, Überfütterung, Medikamente, Vergiftung, Kindsmisshandlung)

Anhand der relevantesten theoretischen Aspekte konnte man sich im ersten Teil meiner Diplomarbeit einen Überblick über das Krankheitsbild SIDS und ALTE bilden. Im folgenden zweiten Teil wird nun aufgezeigt, was wir als Hebammen über die Trauerbegleitung und Folgeschwangerschaft nach plötzlichem Kindstod wissen sollten und wo unsere Aufgaben, Kompetenzen und Grenzen in diesem komplexen Thema liegen.

4. Trauerbegleitung und Folgeschwangerschaft nach plötzlichem Kindstod – was wir darüber wissen sollten

Als Hebammen stehen wir in enger Verbindung mit der Geburt, dem Leben und dem Tod. In jedem dieser Phänomene sind Glück und Trauer, Hoffnung und Hoffnungslosigkeit vereint. Es scheint mir manchmal, als müsse zuerst ein Mensch gehen bevor ein anderer geboren werden kann. Unser stetiger Kreislauf vom Leben verbirgt viele, für den Menschen nicht erreichbare Geheimnisse. In diesem Kapitel der Trauerbegleitung und Folgeschwangerschaft möchte ich diesem schönen und zugleich traurigen und unbegreifbarem Geheimnis von Leben und Tod etwas näher kommen.

Leben bedingt steten Wandel. Der Kreislauf von Werden – Sein – Vergehen ist in der Natur deutlich sichtbar. Das menschliche Leben ist geprägt durch dauernde Veränderungen. Gewisse dieser Veränderungen werden als Verlust erlebt. Der Mensch verliert etwas, das für ihn einen Wert hatte. Familien die vom plötzlichen Kindstod betroffen sind, haben nicht nur den Verlust ihres Kindes zu verkraften. Darüber hinaus sind sie mit einer ganzen Reihe von schwerwiegenden Problemen belastet. Da eine erkennbare Todesursache beim SIDS fehlt, kann das innerhalb der Familie zu quälenden Fragen nach dem eigenen Fehlverhalten in der Versorgung und Pflege des Kindes führen. Viele Eltern entwickeln erhebliche Selbstzweifel und Schuldgefühle.

Ein weiterer erschwerender Faktor ist, dass das Fehlen einer erkennbaren Todesursache beim plötzlichen Kindstod eine Aufklärung durch die Polizei erforderlich macht. Dies trägt zusätzlich zu Misstrauen und Verunsicherung bei den betroffenen Familien, deren Freunden, Bekannten und Nachbarn bei. Die unzureichende Sachaufklärung zum Phänomen SIDS bewirkt in der Öffentlichkeit, dass Aussenstehende den Betroffenen teilweise erhebliche Vorurteile entgegenbringen und mit Rückzug reagieren.

Die Unklarheiten über die Todesumstände und –ursachen führen schliesslich dazu, dass der Eintritt einer Folgeschwangerschaft und die Geburt eines weiteren Kindes für die meisten Familien äusserst angstbesetzt ist und erneut starke Zweifel an der eigenen elterlichen Kompetenz hervorruft (Jorch 2006).

4.1. Die vier Aufgaben der Trauerberatung nach Student (2006)

Prof. Dr. med. Ch Student, ein Mann mit einem bewundernswerten und interessanten Werdegang ist 1942 in Polen geboren. Er ist verheiratet und Vater von drei Kindern, von denen das erste 1980 verstarb. Nachdem er ein Studium in Theologie, Philosophie und schliesslich Kinder- und Jugendpsychiatrie absolviert hatte, arbeitete er an sämtlichen Studienprojekten zum Thema Sterben und Trauerbegleitung mit und gründete die Selbsthilfegruppe „Verwaiste Eltern Hannover“.

Da ich bereits von ihm geschriebene Bücher gelesen habe, seine jahrelange Erfahrung und seine Art sich auszudrücken sehr schätze, möchte ich in dieser Arbeit die vier Aufgaben der Trauerberatung, welche er verfasst hat aufzeigen und somit dem Wort Trauern einen speziellen Stellenwert geben.

Trauer ist keine Krankheit. Vielmehr ist Trauer eine kritische Phase im Leben vom Menschen. Oftmals fühlen sich trauernde Menschen in unserer Zeit mit ihrem Schmerz alleine und verlassen. Deshalb ist es eine wichtige Aufgabe mitmenschlichen Handelns, den trauernden Menschen in unsere Nähe wahrzunehmen und ihm zu zeigen geben, dass wir ihn und seine Trauer respektieren und diese wahr- und ernst nehmen. Wirklichen Trost können trauernde Menschen nur darin finden, wenn der verlorene Mensch ihnen wieder zurückgegeben würde. Deshalb helfen Tröstungsversuche meist wenig. Sie brauchen das

Gefühl, dass ihnen ein anderer Mitmenschen nahe ist und sie nicht isoliert und unverstanden ihr Leben weiterleben müssen (Student 2006)

Die Realität des Todes für die Hinterbliebenen deutlich wahrnehmbar machen

Zunächst scheint dies ein denkbar ungeeignetes Handeln gegenüber trauernden Menschen zu sein. Ist es nicht gerade diese Realität, die Anlass zur Trauer gibt? Die Hinterbliebenen sind jedoch gerade in der sensiblen Phase am Beginn der Trauer durch den Schock, in dem sie sich befinden, wenig aufnahmefähig und reaktionsfähig für das Geschehen. Die Trauerbegleitung soll die Trauernden hier unterstützen, den Verlust so intensiv wie möglich mit allen Sinnen wahrzunehmen. Es gehört hierzu zum Beispiel, dass der Verstorbene wiederholt angesehen werden kann. Die Hinterbliebenen sollen Gelegenheit bekommen, möglichst viele der Tätigkeiten wie Regelung der Beerdigung oder Traueranzeigen selbst zu erledigen. Hierzu brauchen sie Ermutigung aber auch Entlastung von Alltagsaufgaben, die jetzt nachrangig sind.

Die Hinterbliebenen den Schmerz der Trauer durchleben lassen

Die schwierigste Aufgabe der Trauerbegleitung mag diese sein. Es geht hier darum, dem trauernden immer und immer wieder Gelegenheit zu geben, der Trauer auf seine ganz eigene Art Ausdruck zu verleihen – ein äusserst schmerzhafter und mühsamer Prozess. Die Erlaubnis, diese Erinnerung zuzulassen, kann den Schmerz der Hinterbliebenen lindern. Das trauernde Umfeld spürt einen tiefen Drang, wieder und wieder über den verstorbenen Menschen zu sprechen und somit das vergangene Ereignis wieder lebendig werden zu lassen. Über gute und schlechte Erinnerungen möchten sie sprechen und Bilder wieder lebendig werden lassen, auch wenn es noch so schmerzlich ist. Umso schlimmer ist der Schmerz, wenn all dies unterdrückt werden muss. In dieser Phase haben sich Selbsthilfegruppen als besonders hilfreich erwiesen.

Den Hinterbliebenen die Neuorientierung erleichtern, in einer Welt, in der der verstorbene Mensch fehlt.

Für diese Aufgabe braucht es vielfach nachdrückliche und beständige Ermutigung, dass die neu gewonnene Selbständigkeit erlaubt ist und nicht ein Hintergehen des Verstorbenen bedeutet.

Die Hinterbliebenen ermutigen, neue liebevolle Beziehungen einzugehen

Die Erinnerungen an das Geschehene müssen nicht mehr ängstlich festgehalten werden. Der Schmerz ist noch deutlich spürbar, wenn das schreckliche Ereignis zur Sprache kommt aber es ist auch genügend Raum für die angenehmen Erinnerungen an gute und fröhliche Zeiten mit dem Verstorbenen. Eine der schwierigsten und oft erst Jahre nach dem Verlust möglich ist, die Fähigkeit, einen Teil der intensiven Gefühle vom verstorbenen Menschen abzuziehen und das Wagnis einer neuen Liebe einzugehen.

4.2. Die Trauerphasen

Die Wörter Trauer, Trauerberatung und Trauerphasen stehen für mich in enger Verbindung miteinander. Um den Begriff Trauern ganzheitlich verstehen zu können erscheint es mir als wichtig, nach den bereits erwähnten Aufgaben der Trauerberatung nach Student, auch die Trauerphasen nach Verena Kast zu benennen, welche beide als Grundlage der Trauerverarbeitung und den damit verbundenen Reaktionen dienen.

Verena Kast (2000) beschreibt die Trauer als ein natürlicher Weg der Psyche, den tödlichen Verlust einer Beziehung zu verarbeiten und zu überwinden.

Die bekannte Psychotherapeutin befasst sich seit Jahren mit dem Thema Trauerverarbeitung und Trauerbegleitung. Das Kapitel der vier Trauerphasen nennt sie Träume als Wegweiser bei der Trauerarbeit.

Die Phase des Nicht-Wahrhaben-Wollens

Diese erste Phase ist durch Empfindungslosigkeit charakterisiert. Man will den Tod eines geliebten Menschen nicht wahrhaben und man fühlt sich selbst wie tot. Der Anblick des verstorbenen Kindes löst dann oft Emotionsstürme aus, weckt den Schmerz, die Empörung, gibt aber auch den Eltern ein Gefühl für die Realität. Die Kontaktaufnahme mit dem verstorbenen Kind ist sehr wichtig für die nachfolgende Trauerarbeit sowie für eine evtl. neue Schwangerschaft.

Es hat sich herausgestellt, dass bei plötzlichen Todesfällen diese Phase länger anhält. Sie kann von einigen Stunden bis zu einer Woche dauern. Das soziale Umfeld der Trauernden sollte in dieser Phase zur Bewältigung der alltäglichen Besorgungen und Verrichtungen bereitstehen und auch vieles von dem übernehmen, was mit dem Trauerfall zu tun hat. Es sollte den Trauernden das Gefühl gegeben werden, dass sie nicht alleine sind, sie andererseits aber auch nicht entmündigen oder ganz und gar mit Beschlag zu belegen. Im Umgang mit Trauernden ist immer zu bedenken, dass sie einerseits menschliche Wärme benötigen, jedoch trotzdem auch wieder eigenständig weiterleben müssen. Es gilt das optimale Verhältnis zwischen Nähe und Distanz zu finden, damit die Trauernden nicht das Gefühl bekommen, es würden ihnen Versprechungen für die Zukunft gemacht, die dann nicht eingehalten werden können. Den Hinterbliebenen soll das Gefühl gegeben werden, dass sie so starr, so empfindungslos sein dürfen wie sie sind und nicht nur Tränen Ausdruck von endloser Trauer sein müssen. Diese Empfindungslosigkeit entspringt nicht einer Gefühllosigkeit, sondern einem Gefühlsschock. Die Empfindungslosigkeit, die einhergeht mit dem Nichtwahrhaben-Wollen des Verlustes, kann nach Erachtens von Kast (2000) nicht nur als Verdrängung der unangenehmen Nachricht gesehen werden, sondern muss auch als Überwältigung von einem zu starken Gefühl, mit dem nicht umgegangen werden kann, gewertet werden. Es kann in dieser ersten Phase hilfreich sein, wenn auch die Helfer ihre Gefühle offenbaren.

Wenn diese Phase verlängert wird, haben wir Menschen vor uns, welche den Verlust und damit auch die grosse Emotion verdrängen. Diese Menschen leben so weiter, als wäre fast nichts geschehen. Der Verlust eines geliebten Menschen lässt sich nicht ganz verdrängen. Eine beliebte Form davon ist die Flucht in die Geschäftigkeit.

Die Phase der aufbrechenden Emotionen

Der Phase der Empfindungslosigkeit folgt die Phase der aufbrechenden Emotionen. Während für die erste Phase eine Empfindungslosigkeit typisch ist, brechen nun die Gefühle hervor. Wut, Verzweiflung, Schuldgefühle, Schmerz, Schuldzuweisungen – alle möglichen Gefühle können nun spürbar werden und uns überwältigen. Sehnsucht nach dem verlorenen Kind ist zudem erlebbar, auch Liebe und Gefühle der Zärtlichkeit. Diese Emotionen werden

durcheinander erlebt und sind von einer eigentümlichen Heftigkeit. Diese Phase der chaotischen Emotionen dauert über längere Zeit an. Das heißt aber nicht, dass zwischendurch nicht auch ruhige Stunden und Tage erlebbar sind. Die massiven Ausbrüche von Zorn, Wut und Schuldgefühle treten vor allem beim plötzlichen Tod eines geliebten Menschen auf. Da wird der Tod noch viel unbegreiflicher und die Auseinandersetzung kann nicht mehr geführt werden. Für das helfende Umfeld ist es wichtig zu wissen, dass das Auftauchen dieser Emotionen wünschenswert ist. Spricht man über den Verstorbenen, ist die Wahrscheinlichkeit grösser, dass Emotionen auftreten, als wenn man die Trauernden ablenkt. Denn der Trauernde kann sich gar nicht von seinem Verlust ablenken lassen. Es ist besser, sich dem Problem zu stellen und vom Toten zu sprechen. Ebenfalls ist es sinnlos, den Trauernden ihre Schuldgefühle wegargumentieren zu wollen. In einer späteren Phase kann die Beziehungsproblematik, die diese Schuldgefühle verursacht hat und verursacht, aufgearbeitet werden. In dieser Phase der aufbrechenden Emotionen ist es wesentlich, dass man das Erleben der Trauernden einfach nur teilt, in dem man einfach zuhört und wirklich anwesend ist und nicht die eigenen Trauererlebnisse zum Besten gibt. Das Emotions-Chaos ist ein Bild für das Chaos ganz allgemein, in dem Altes verschwindet und sich Neues bilden kann.

Die Phase des Suchens und Sich-Trennens

In dieser Phase wird meist der Kontakt zu dem Verstorbenen gesucht – sei es durch Rituale (wie z.B. das Mitdecken des Tisches für den Verstorbenen), durch Tagträume oder ähnliches. In dieser Phase ist ein Wechselbad der Gefühle zwischen Verneinung, Trost, Ernüchterung und Annehmen typisch. Menschen in dieser Phase sagen immer, sie könnten nur an den verstorbenen Menschen denken. Es ist für den Trauerprozess sinnvoll, dass diese Menschen immer wieder von den Verstorbenen sprechen, Erinnerungen hochkommen lassen, sie mit anderen teilen. Diese Trauerphase ist bei einem Kindstod wesentlich schwieriger zu bewältigen. Zwar besteht auch da der Wunsch, immer wieder vom Kind zu sprechen. Aber mit wem? Das Kind war vor allem im Erleben des Paares verwurzelt, anwesend, und das Paar ist es denn auch, das über das Kind sprechen sollte, über die Erwartungen, die Hoffnungen, über die Enttäuschung, den Schmerz. Es fällt nicht direkt Beteiligten bei Trauerprozessen immer sehr schwer, die unzähligen Wiederholungen anhören zu müssen. Trauernde müssen ihre Geschichte immer wieder erzählen, um den Verlust emotional verarbeiten zu können. Als weitere Schwierigkeit kommt in der Regel dazu, dass trauernde Eltern sich zurückgezogen haben: Der Trauerprozess ist ein Prozess des Rückzuges, der Selbstbesinnung unter neuen Lebensumständen. Dieser Rückzug bringt es natürlicherweise auch mit sich, dass trauernde Menschen nicht auf andere zugehen, dass diese anderen Menschen aber auch weniger auf die Trauernden zugehen, weil sie nicht wissen, wie sie sich verhalten sollen.

Die Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs

Wenn einmal die Such- und Trennphase in ein Stadium gekommen ist, in dem sie nicht mehr das gesamte Sinnen und die gesamte Phantasie der Trauernden beansprucht, kann die Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs einsetzen. Voraussetzung dafür ist, dass der Verstorbenen nun eine „innere Figur“ geworden ist; sei dies, dass die Trauernden spüren, dass vieles, was zuvor in der Beziehung gelebt hatte, nun ihre eigenen Möglichkeiten geworden sind. Erst in dieser Phase erfolgt die tatsächliche Akzeptanz des Todes. Die Trauernden beginnen, ihren Lebensrhythmus neu zu gestalten, eine Form von „Neuanfang“ wird möglich.

4.3. Die Bedeutung von Trauer und ihr individuelles Erleben

Trauer tut in jedem Fall weh. In seinem Leben muss jeder irgendwann den Verlust eines wichtigen Menschen den er sehr geliebt hat, erleiden. Die Reaktionen auf ein solches Ereignis sind völlig unterschiedlich. Es werden von den Trauernden die verschiedensten Gefühle erlebt. Trauer und Leid widersprechen dem Bewusstsein des Menschen, alles machen zu können. Sie sind etwas, dem der Mensch ohnmächtig ausgeliefert ist. Leid und Trauer machen klein, hilfsbedürftig und wehrlos. Der trauernde Mensch ist auf Beistand angewiesen, da er nicht mehr standfest ist und verletzlich gegenüber Gedankenlosigkeit, Schuldzuweisung, Gleichgültigkeit ist. Trauer lernen die meisten Menschen dadurch kennen, dass sie einen geliebten Menschen verlieren. Der Tod eines Kindes bedeutet für die ganze Familie eine Krise über längere Zeit. Jeder Mensch trauert anders, Männer anders als Frauen, Erwachsene anders als Kinder oder Jugendliche. Die unterschiedlichen Reaktionen und Wege der Trauer erzeugen oftmals Enttäuschungen und Unverständnis. Nicht selten zerbrechen Partnerschaften und die trauernden Geschwister leiden nebst ihrem eigenen Schicksal vor allem unter der Trauer der Eltern und darunter, dass die Eltern nicht mehr die sind, die sie vor diesem Schicksalsschlag warnen. Trauernde sind seelisch Schwerverletzte und um wieder heil zu werden, benötigen sie Hilfe und Unterstützung, bis das ganze Leid zugelassen werden kann und darf, bis sich der Schmerz in Hoffnung wandelt (Fleck-Bohaumilitzky 2007).

4.3.1. Erleben der Trauer bei den Eltern nach dem Tod ihres Kindes

Der Tod eines Kindes ist eines der unvorstellbarsten und schlimmsten Gedanken jenes Elternpaars. Wenn ein Kind stirbt, werden nicht nur Hoffnungen und Träume für die Zukunft zerstört, sondern die Eltern werden zugleich gezwungen, sich einem Ereignis zu stellen, das sie auf keinen Fall bereit sind anzunehmen. Das Leben scheint keinen Sinn mehr zu haben, man weiß nicht wie es weiter gehen soll und ob die tiefe Trauer jemals wieder anders wird. Viele Eltern bezweifeln, dass das Leben je wieder einmal einen Sinn bekommen wird. Die Identität und Autonomie haben trauernde Eltern durch den Tod ihres Kindes weitgehend verloren. Sie haben durch den Verlust ihres geliebten Kindes ihren Platz im Leben verlassen und müssen sich mühselig auf die Suche nach einer neuen Identität und Selbstbestimmung begeben. Eltern sagen, sie fühlen sich so, als wäre ein Stück von ihnen gestorben, sie sind beraubt worden, sind nicht mehr die, die sie vorher waren und sie werden es auch nie mehr sein. Als so einschneidend wird der Verlust des eigenen Kindes erlebt. Nebst dem Kindsverlust ist es auch die Verstörung, welche die Eltern so orientierungslos macht.

Die Welt hat sich für sie verändert, ihr Lebensmut wurde gemindert und viele Freunde verlassen sie aus Angst, ihnen durch falsche Worte noch mehr Schmerz zuzufügen (Fleck-Bohaumilitzky 2007).

4.3.2. Umgang mit Trauer und Leid

Im Umgang mit Trauer gibt es weder einen richtigen noch einen falschen Weg, jeder Mensch muss diesen für sich selbst finden. Es lassen sich allerdings bestimmte häufig wiederkehrende Verhaltensmuster im Verlaufe des Trauerprozesses, auf dem Trauerweg beobachten. Es ist für trauernde Eltern von entscheidender Bedeutung wahrzunehmen, dass sie nicht alleine sind mit ihren quälenden Erfahrungen. Ein Trauerprozess ist genauso wie das Begleiten von Trauernden durch eine landläufige Einstellung der schmerzlichen Erfahrung gegenüber erschwert; eigenes und fremdes Leid wird, indem ein Schicksal mit einem anderen verglichen wird abgewehrt, verleugnet und nicht ernst genommen. Jeder der jedoch Leid erfährt, erfährt dies einzigartig, als eine einmalige, furchtbare Situation in seinem Leben.

4.3.3. Vergleich der Trauer nach Krankheit und Trauer nach SIDS

Wenn Eltern ihr schwerkrankes Kind über längere Zeit hinweg in seiner Krankheit bis zum Tod begleitet haben, erleben sie den Verlust ihres Kindes anders, als wenn sie mit einem plötzlichen Kindstod konfrontiert sind. Eltern welche ihr Kind durch SIDS verloren haben, können die Erfahrung nicht machen, dass der Tod eine Erlösung, eine Beendigung des Leidens oder eine Befreiung und er trotz aller unendlichen Trauer tröstlich sein kann. Im Gegenteil, ihr geliebtes Kind das zu ihnen gehörte, ihnen ganz nahe war und einen Grossteil ihres Lebens ausgemacht hatte, ist plötzlich, von einer auf die andere Minute nicht mehr da. Die Qualen und das Leiden dieser Eltern sind ganz anders. Es ist aber niemand berechtigt zu sagen, dass Leid der einen Eltern sei grösser als das der anderen. Es ist in beiden Situationen unerträglich, nicht zu vergleichen und zu akzeptieren.

4.3.5. Körperliches und seelisches Befinden während dem Trauerprozess

Der Trauernde wird unterbewusst alleine entscheiden, wie er in der Lage ist, den Tod seines Kindes zu verarbeiten. Das Nichtwahrhaben des Ereignisses wird oftmals mit Weinen oder ähnlichen emotionalen Zeichen ausgedrückt. Sobald der Tod des Kindes für die Eltern Realität ist, beginnen in der Regel intensives Leid und körperliche Schmerzen. Die trauernden Eltern werden während den folgenden Wochen und Monate möglicherweise geängstigt von der Intensität und Verschiedenartigkeit der Gefühle, die sie durchleben. Reaktionen wie Weinen, Schluchzen und unablässiges Reden sind ganz normal und gehören zur Trauerverarbeitung. Auch werden sie sich, trotz des allen erdenklichen Trostes der ihnen angeboten wird, alleine fühlen. Es ist wichtig und zugleich schwierig, dass sich Trauernde selbst erlauben, ihre Gefühle vollständig auszudrücken und zwar dann, wenn sie diese empfinden.

4.3.6. Persönliches Umfeld der Betroffenen

Trauer wird von den Menschen sehr unterschiedlich ausgedrückt. Oftmals haben wir Mühe, die Gefühle mitzuteilen. Nahestehende Personen wie Familie und Freunde, haben oft grosse Probleme, mit der Realität des Verlustes und Todes umzugehen oder sind unfähig, bei den Trauernden das Bedürfnis nach Unterstützung und Fürsorge zu befriedigen. Aussenstehende, speziell auf diesem Gebiet ausgebildete Fachleute, sind für manche Leute hilfreicher. Es ist dabei jedoch wichtig zu denken, dass niemand den trauernden Eltern ihre Trauer abnehmen oder wegnehmen kann. Die Trauer kann nur durch sie selbst in ihr Leben integriert werden, durch das sie sie erleben, sich auf all diese auftretenden Gefühle einlassen, sie zulassen und zu akzeptieren versuchen (Fleck-Bohauilitzky 2007).

4.3.8. Mütter und Väter trauern unterschiedlich

Mütter und Väter die ein Kind verloren haben, trauern anders. Jeder Mensch ist ein Individuum und gibt seiner Trauer anders Ausdruck. Es wurde festgestellt, dass viele trauernde Eltern erhebliche Spannungen in der Beziehung zueinander aufbauen und es teilweise zum völligen Zusammenbruch der Kommunikation kommt, da die Partner sich in sich selbst zurückziehen oder ihre Gefühle verbergen, um den anderen, in vermeidlicher Rücksicht nicht an den Verlust zu erinnern (Klostermann 1991, zitiert Helmerichs 2000). Weil Männer und Frauen auf Grund gesellschaftlicher Erwartungen und Rollenvorgaben unterschiedlich um ihr Kind trauern, können Beziehungskrisen auftreten. Die Trauer unterscheidet sich nicht in der Intensität aber in der Art. Frauen drücken ihre Gefühle eher aus, sprechen häufiger als Väter über den Verlust und suchen eher soziale Unterstützung. Andererseits neigen sie phasenweise dazu, sich aus dem Alltag zurückzuziehen und ihre tiefe Trauer durch Wunschenken, vermehrten Schlaf oder exzessiven Alkohol- und Medikamentenkonsum zu verdrängen. Typischerweise fühlen sich betroffene Mütter oft unverstanden und allein gelassen, sowohl innerhalb der Familie als auch im Freundeskreis

und der Nachbarschaft. Studien haben gezeigt, dass Mütter weitaus ängstlicher und depressiv sind als Väter (Vance 1991, zitiert Helmerichs 2000). Vor allem gegenüber ihren überlebenden und nachgeborenen Kindern empfinden sie subjektiv sehr viel stärker Ängste als ihre Partner. Väter hingegen neigen eher dazu, ihre Trauergefühle von sich selbst zu negieren. In Befragungen konnte aufgezeigt werden, dass mehr als die Hälfte der trauernden Väter sich nach dem Tod ihres Kindes, beruflich weitaus stärker engagieren als zuvor. Sie versuchen ihre Trauergefühle zu intellektualisieren und ihre Gefühle in der Öffentlichkeit nicht zu zeigen. Es wird beschrieben, dass Väter in ihrem Selbstwertgefühl stark verletzt seien, besonders wenn sie ihre Kinder versucht hatten zu reanimieren und dass viele sich vorwerfen, sich zu wenig um ihr Kind gekümmert zu haben. Väter scheinen mit der sozialen Unterstützung, die ihnen entgegengebracht wird, zufrieden zu sein. Der Tod eines Kindes verändert jede Partnerschaft. Die Meinung, dass dieser Verlust die Partner zusammenschweisst, lässt sich nach den Ergebnissen der SID-Trauerforschung aber auch nach den umfangreich vorliegenden Erfahrungsberichten Betroffener nicht bestätigen. Eine Partnerschaft kann einerseits wesentlich tragfähiger werden, andererseits ist es ebenso wahrscheinlich, dass sie den grossen Belastungen der Trauer letztlich nicht standhält (Helmerichs 2000).

4.3.9. Geschwistertrauer

Das gesamte Familiensystem wird durch den Tod eines Kindes erheblich und über längere Zeit gestört. Die Trauer der hinterbliebenen Geschwister kann von den Eltern meist nicht gesehen und begleitet werden, da ihnen dazu die nötige Kraft fehlt. Auf Dauer kann es zu Isolation, Vereinsamung durch fehlende Aufmerksamkeit und Depressionen kommen, wenn die Trauer nicht zugelassen oder verdrängt wird. Es ist dann oftmals schwierig, aus einem solchen Zustand der Verzweiflung noch heraus zu finden und hinterbliebene Geschwister reagieren auf die eigene Trauer, die Traueratmosphäre und emotionale Krise der Familie oft mit somatischen Störungen und mit Verhaltensauffälligkeiten (Helmerichs 2000).

4.3.10. Aufgaben der Hebamme

Durch viele persönliche Faktoren kann das Trauern erschwert werden, so zum Beispiel im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte, der Persönlichkeitsstruktur der Eltern und den Lebensumständen. Die Aufgabe der Hebamme besteht darin, während ihrer Arbeit zu verhindern, die betroffenen Menschen zusätzlich zu verletzen oder deren Trauer auf eine andere Art zu behindern. Denn Traumatisierungen, die von anderen Menschen zugefügt werden, sind bekanntlich am schwersten zu verarbeiten. Unwirksames Verleugnen, Machtlosigkeit, Kontrollverlust, Wissensdefizit und eine beeinträchtigte Eltern-Kind-Bindung sind wichtige Risikofaktoren für erschwertes Trauern. Die Hebamme ist, wie es grundsätzlich ihrer Aufgabe entspricht, eine Begleiterin in einer schwierigen Übergangsphase. Um die Krise in ihrem gesunden Ablauf zu begleiten, kann sie einen Rahmen bieten. Die Hebamme kann dazu beitragen, dass die betroffenen Eltern mit möglichst wachen Sinnen im Besitz ihrer ganzen Möglichkeiten in Beziehung zu ihrem verstorbenen Kind und ihrem Umfeld durch die schmerzliche Erfahrung gehen können. Die Eltern sollen die Verlustsituation real und intensiv erleben können, da sie nicht selten dadurch zu einer nicht gekannten Lebensintensität finden (Maurer u. Gassmann 2006).

5. Die psychosoziale Betreuung einer erneuten Schwangerschaft nach plötzlichem Kindstod

Die Beratung und Begleitung von Eltern, deren Kind durch den plötzlichen Säuglingstod gestorben ist und die ein weiteres Kind erwarten, wird von vielen als schwierige Aufgabe empfunden. Die Angst vor einem erneuten Verlust bestimmt die Gedanken der Eltern an ein weiteres Kind und wird mit Beginn einer Folgeschwangerschaft bis weit über das erste Lebensjahr eines Folgekindes hinaus zum ständigen Begleiter. Paare, die ein Kind verloren haben, brauchen spezielle Zuwendung während der Folgeschwangerschaft und Geburt. Der schreckliche Gedanke, nochmals ein Kind zu verlieren, erlaubt es den werdenden Eltern nicht, sich uneingeschränkt auf ihr Kind zu freuen. Erleichterung und Glücksgefühl mischen sich mit Besorgtheit und Ängstlichkeit. Tritt eine erneute Schwangerschaft ein, bevor der Trauerprozess um das verstorbene Kind abgeschlossen ist, kann dies grosse Gefühlsverwirrung auslösen. Die Freude auf das Baby wird durch die Trauer um das tote Kind überschattet und Mütter haben oftmals das Gefühl, ihrem toten Kind untreu zu werden (Lothrop 2001). Unter Hebammen, Ärzten und Pflegekräften sollte die Bereitschaft, Familien nach SIDS besondere Aufmerksamkeit zu Zuwendung zu geben, besonders hoch sein (Helmerichs u. Saternus 2000).

5.1. Gefühle betroffener Mütter in einer Folgeschwangerschaft

In einer Langzeitstudie vom Jahre 2000, haben sich Helmerichs u. Saternus, mit den Ergebnissen der psychosozialen Betreuung einer erneuten Schwangerschaft nach plötzlichem Kindstod befasst. 164 Familien deren Kind an SIDS verstorben war, erhielten wenige Tage nach dem Tod ihres Kindes ein Gesprächsangebot. 139 Familien nahmen an Gesprächen teil. Mit einer kleinen Mehrheit wurde nur ein Beratungsgespräch geführt, die Mehrheit nahm jedoch eine Langzeitberatung in Anspruch, wobei sich für einige Familien ergab, dass ihr Kind nicht an SIDS sondern an einer anderen Todesursache gestorben war. Folgende Aspekte und Gefühle welche Mütter in einer erneuten Schwangerschaft nach plötzlichem Kindstod empfanden wurden ausgewertet, die mir für eine professionelle und kompetente Begleitung wichtig zu wissen erscheinen.

Hohes Unruhe- und Angstpotential als wesentliches Merkmal

Alle Frauen empfanden während der Folgeschwangerschaft Angst, dass auch ihr jetziges Kind plötzlich und unerwartet sterben könnte. Diese Angst wurde in jedem Beratungsgespräch thematisiert. Über weitere Ängste wie der Gedanke an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen oder an eine mögliche Behinderung des Folgekindes, die Befürchtung, dass die Angst eine Fehl- oder Frühgeburt auslösen oder das ungeborene Kind schädigen könnte und das Nichtwahrnehmen der Kindsbewegungen wurde ebenfalls gesprochen.

Ausgeprägtes Informations- und Sicherheitsbedürfnis

Die betroffenen Mütter äusserten ihre Angst und Unruhe im Verlauf der Folgeschwangerschaft individuell verschieden und auf den gesamten Zeitraum der Folgeschwangerschaft bezogen in unterschiedlicher Ausprägung. Jedoch wurde ihr Denken und Handeln, dabei vor allem die Vorbereitung auf das erste Lebensjahr des Folgekindes, wesentlich davon bestimmt. Ein hohes Informations- und Sicherheitsbedürfnis kam zum Vorschein. Es stand die Frage nach einer möglichen genetischen Disposition bei SIDS, nach dem SID-Gefährdungsrisiko eines Folgekindes, nach SID-Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten im Vordergrund.

Während der Folgeschwangerschaft beschäftigten sich alle Frauen mit dem Monitoring, dabei mit seinen Möglichkeiten und Grenzen sowie der Handhabung der Geräte.

Lebensbejahende Empfindungen als tragendes Element

Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Zukunftslosigkeit und Empfindungen, die alle Trauernden zeitweise beherrschen, liessen mit dem Beginn der Folgeschwangerschaft allmählich nach. Obwohl die Mütter ängstlich, besorgt und unruhig waren, konnten sie auch ein Gefühl von Freude, Stolz, Zuversicht und Erleichterung wahrnehmen. Die Zukunftsgedanken und –phantasien, welche sich auf das Folgekind bezogen, hatten jedoch bei den meisten Frauen eine zeitliche Grenze. Sie reichten bis zu dem Alter, in dem das letzte Kind verstorben ist. Phantasien und Vorstellungen wie ihr Kind aufwachsen wird, wie es später einmal sein wird, wie ihr Leben mit diesem Kind sein könnte, also Phantasien und Vorstellungen die jede Schwangerschaft normalerweise begleiten, blieben bei den betroffenen Mütter eher unausgefüllt.

Trauergefühle in der Schwangerschaft

Gefühle der Trauer wirkten bei den meisten weiter oder lebten während der Schwangerschaft neu auf oder verstärkten sich, auch wenn mit dem Beginn der Folgeschwangerschaft das Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Zukunftslosigkeit nachliess. Eine Mehrheit der Frauen berichtete, dass es immer wieder Zeiten gab, in denen die tiefe Sehnsucht nach ihrem verstorbenen Kind alle anderen Empfindungen überdeckten. Einige äusserten Scham und Schuldgefühle gegenüber ihrem toten Kind, weil sie wieder schwanger waren.

Selbstzweifel an der mütterlichen Kompetenz

Beinahe alle, an der Studie teilgenommenen Mütter, zweifelten zeitweise erheblich an ihrer mütterlichen Kompetenz. Sie glaubten, der Versorgung und Pflege des Folgekindes nicht gewachsen zu sein.

Nachwirken belastender sozialer Erfahrungen

Leider müssen Eltern, die ihr Kind durch SIDS verloren haben, immer wieder die schmerzliche Erfahrung machen, dass Freunde, Bekannte und Nachbarn ihnen gegenüber mit Unsicherheit und Misstrauen, oft auch mit Rückzug begegnen. Das soziale Umfeld akzeptiert ausserdem eine, für die Betroffenen, viel zu geringe Trauerzeit von ca. 2-3 Monaten. Diese Erfahrungen wirken während einer Folgeschwangerschaft nach. Die Frauen sind vorsichtiger und skeptisch gegenüber Aussenstehenden, oft geben sie ihre Schwangerschaft erst spät bekannt. Oftmals wird einem erneuten Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses skeptisch entgegengesehen oder ganz darauf verzichtet. Nicht selten wurde von Seiten des sozialen Umfeldes, der Schwangerschaftseintritt kritisch oder gar als Ersatzkind kommentiert.

Paare, die ihr Kind durch den plötzlichen Kindstod verloren haben und in eine Langzeitbetreuung eingebunden waren, bewerteten in einer früheren Studie folgende Beratungsaspekte als besonders hilfreich.

- Personelle Beständigkeit
Verständnis der Beratenden für die Überängstlichkeit der Eltern
- Reibungslose Kommunikation zwischen den verschiedenen Ansprechpartnern
- Möglichkeit, mehr Untersuchungen und Gespräche in Anspruch nehmen zu können, als gemeinhin üblich

- Umfassende und kontinuierliche Informationen
- Ehrlichkeit und Offenheit der Beratenden sind auch bei unangenehmen und belastenden Informationen äusserst wichtig (Helmerichs u. Saturnus 2000).

All diese wichtigen Punkte sollten meiner Meinung nach bei jedem Paar berücksichtigt werden, denn es sind die Grundlagen für eine professionelle, kompetente und vertrauenswürdige Betreuung.

5.2. Tender loving care

In den 80er Jahren wurde ein Konzept zur Betreuung von Frauen bei einer Folgeschwangerschaft nach vorausgegangenem Kindsverlust aufgestellt, das in den letzten Jahrzehnten unter dem Stichwort „Tender loving care“ weiter entwickelt wurde. Es wendet sich an Hebammen und ÄrztInnen, die Frauen in einer Schwangerschaft nach dem Verlust eines Kindes betreuen. Kernstück dieser Betreuung sind folgende Punkte:

- Die Hebamme / die Ärztin vermittelt der Frau das Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit
- Es wird den Schwangeren eine psychologische Begleitung angeboten. Falls diese gewünscht wird, sollte sie aus stützenden psychotherapeutischen Einzel- oder Gruppengesprächen bestehen.
- Die schwangeren Frauen haben die Möglichkeit, ihre Hebamme oder Ärztin so oft aufzusuchen, wie sie es für nötig erachten. Eine häufigere Ultraschall- oder Herztonkontrolle sollte bei Bedarf möglich sein.
- Viel Ruhe für die schwangere Frau, grosszügige Indikation zur Ausstellung eines Arbeitsunfähigkeitszeugnisses.
- Die Möglichkeit der Integration in eine Schwangerengruppe mit ähnlicher Problematik
- Das Erlernen von Stressbewältigungsstrategien. Es kann hilfreich sein, bereits vor der Folgeschwangerschaft Stressbewältigungsstrategien einzuüben. Bewährt haben sich progressive Muskelrelaxation nach Jakobsen, autogenes Training nach Schultz, systematische Desensibilisierung nach Tunner und die kognitive Selbstinstruktionstherapie.

Natürlich sind nicht all diese Punkte für jede Schwangere geeignet. Deshalb sollte die Betreuung bei einer erneuten Schwangerschaft für das Paar individuell gestaltet werden. In medizinischen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die psychische Unterstützung sich positiv auf den ganzen Verlauf der Kindsentwicklung auswirkt. Nach den jahrelangen Erfahrungen mit verwaisten Eltern ist man der Überzeugung, dass Paare in einer folgenden Schwangerschaft nach vorausgegangenem Kindsverlust nicht allein gelassen und ihnen jede mögliche Unterstützung zur Verfügung stehen sollte. Ein spezieller Geburtsvorbereitungskurs bietet die Möglichkeit einer kontinuierlichen und intensiven Betreuung durch die Hebamme, in dieser schwierigen und emotionsgeprägten Zeit (Palm, Salzmann 1996).

In einem nächsten Teil werde ich nun die salutogenetische Sichtweise in der Bewältigungsforschung vorstellen, welche in engstem Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl steht und gesundheitsfördernde Einstellungen und Prozesse beschreibt. .

5.3. Die salutogenetische Sichtweise in der Bewältigungsforschung

In unserem täglichen Hebammenberuf bemerke ich oft, dass aus einer eigentlich gesunden Frau plötzlich eine kranke gemacht wird. Unsere Gesellschaft scheint mir das Gesunde viel weniger wahrzunehmen als das Kranke. Oftmals wird der Fokus auf das Kranke gelegt, meiner Meinung nach vielmals aus eigener Unsicherheit. Wer will sich schon der Verantwortung unterziehen? Als Hebammen sind wir auf die physiologischen Prozesse von Mutter und Kind spezialisiert und wir setzen unsere Schwerpunkte in der Betreuung auf ressourcenorientierte, vollumfängliche Begleitung der Familie. Es ist mir deshalb ein Anliegen, die salutogenetische Sichtweise in meiner Arbeit einzubringen und das Gesunde jedes Menschen in den Vordergrund zu stellen, zu erkennen und zu fördern.

Das Wort Salutogenese beschreibt gesundheitsfördernde Prozesse und Einstellungen. Die Betrachtung eines kranken Menschen, beziehungsweise die Vorstellung von völliger Gesundheit, wird zugunsten einer Sichtweise aufgegeben, die den Menschen auf einem Kontinuum zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit sieht. Leiden, Krankheit und Tod werden als der menschlichen Existenz zugehörig betrachtet und nicht als pathologisch bezeichnet. Stressoren werden nicht als pathogen und ungewöhnlich betrachtet, sondern als etwas Alltägliches und in den Konsequenzen Unbestimmbares. Die Krankheitsbehandlung stützt sich vor allem auf die Stärkung von Bewältigungsressourcen. Ein zentraler Gedanke für Antonovsky (1998) ist das Kohärenzgefühl, dass die interpersonalen Widerstände verringern lässt. Es wird als zuversichtliche und vertrauensvolle Grundeinstellung gegenüber dem Leben umschrieben, als Vertrauen darauf, dass sich alles gut entwickeln wird. Es hilft somit dem Menschen, Belastungen im Leben besser zu ertragen (Baldegger 2000). Das Kohärenzgefühl besteht aus drei zentralen Komponenten:

Verstehbarkeit

Ist das Ausmass, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als konsistente, geordnete, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen – chaotisch ungeordnet, willkürlich zufällig und unerklärlich. Die Person mit einem hohen Ausmass an Verstehbarkeit geht davon aus, dass Stimuli, denen sie in Zukunft begegnet, voraussagbar sein werden oder dass sie zumindest, sollten sie tatsächlich überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können. Es sollte hier darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Geschehnisse im Voraus erkannt und erklärt werden können, wie zum Beispiel Umweltkatastrophen, Versagen, Kriegsausmasse oder Tod.

Handhabbarkeit

Ist das Ausmass, in dem man wahrnimmt, dass man eigene Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen. Es stehen Ressourcen zur Verfügung, die man selbst unter Kontrolle hat oder solche, die von legitimierte anderen, auf die man sich verlassen kann und denen man vertraut, kontrolliert werden. Wer mit einem hohen Ausmass an Handhabbarkeit ausgestattet ist, wird sich durch Ereignisse nicht so stark in die Opferrolle gedrängt oder vom Leben ungerecht behandelt fühlen. Bedauerliche Dinge geschehen immer im Leben, aber wenn sie dann auftreten, wird man mit ihnen umgehen können und nicht endlos trauern.

Bedeutsamkeit

Beschreibt das Ausmass, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet, z.B. dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, Energie hinein zu investieren, dass man sich einsetzt und sich ihnen verpflichtet und dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten. Das bedeutet, wenn eine Person den tragischen Verlust eines geliebten Menschen erlebt, nimmt sie die Herausforderung bereitwillig an, wird ihr eine Bedeutung beimessen können und ihr Möglichstes tun, sie mit Würde zu überwinden, denn Bedeutsamkeit ist das motivationale Element.

Zusammengefasst heisst das, wenn alles keinen Sinn macht, verliert man das Interesse, Dinge zu verstehen und die Übung Ressourcen zu nutzen. Die Verstehbarkeit ist eine Voraussetzung für die Handhabbarkeit. Man kann kein Problem lösen, das man nicht erkennt und zu einem gewissen Mass versteht. Wenn man aber etwas versteht und erkennt, ohne über Ressourcen zu verfügen, daraus auch etwas zu machen, sinkt die Bedeutsamkeit (Baldegger 2000).

Ich empfinde es deshalb bei der Begleitung von Paaren in der Folgeschwangerschaft nach Verlust eines Kindes besonders wichtig, ressourcenorientiert vorzugehen und das Paar in ihren eigenen Ressourcen zu stärken und zu unterstützen und ihnen nebst ihrer eigenen Fähigkeit, auch Fremdressourcen als Hilfsmittel aufzuzeigen. Denn schlussendlich sind die meisten Menschen von sich selbst überrascht, wie viele nützliche Ressourcen sie selbst besitzen.

Eigene Ressourcen für die Folgeschwangerschaft

- Philosophisches Denken, welches eine positive Grundhaltung gegenüber der menschlichen Existenz und dem Leben beinhaltet
- Körperliche Gesundheit
- Vorausgegangene Schwangerschaft
- Vorausgegangene Geburt
- Überzeugung „Ich will ein Kind“
- Vertrauen, dass es diesmal gut kommen kann
- Grosser, positiver Kinderwunsch
- Vertrauen in Körper und Psyche, dieses Wagnis einzugehen
- Entspannungstechniken
- Religion
- Überwinden und Bearbeiten der schlechten Erfahrung, um wieder genügend Vertrauen zu einem gesunden Ablauf zu entwickeln.

Fremde Ressourcen

- Soziales Umfeld wie Partner, Familie, Freunde, sowie stabile soziale Situation
- Kontinuierliche Begleitung durch die Hebamme / Gynäkologin
- Geburtsvorbereitungskurs
- Selbsthilfegruppe
- Psychologin
- Mentaltrainerin
- Fachbücher
- Internet

5.4. Multidisziplinäre Zusammenarbeit

Als Hebammen verfügen wir über hilfreiche Ressourcen für die Betreuung von Menschen in traumatischen Situationen. Wir sind es gewohnt, Frauen und Paare in Grenzsituationen zu begleiten, Krisenreaktionen auszuhalten und Vertrauen zu haben in physiologische Prozesse. Es ist jedoch wesentlich, uns selber in diesen Momenten gut zu beobachten und den Zeitpunkt nicht zu verpassen, wo wir überfordert sind und für uns selber und für die von uns betreuten Eltern Unterstützung holen müssen.

Meine Mutter ist Psychiaterin und betreut immer wieder Paare nach Kindsverlust. Manchmal suchen die betroffenen Eltern selbst nach einer psychotherapeutischen Trauer- und Verarbeitungstherapie und manchmal werden die verwaisten Eltern durch die bis anhin begleitende Hebamme zugewiesen, wenn diese selbst an die Grenzen ihrer Kompetenzen gelangt.

Ich habe meine Mutter nun gefragt, wo sie unsere Kompetenzen als Hebammen in der Trauerverarbeitung sieht und wo und wann sie der Meinung ist, die Eltern an eine Fachperson zu verweisen. Auf meine Frage hat sie mir Folgendes geantwortet:

„Ich bin der Meinung, dass die Trauerverarbeitung zum Kompetenzbereich der Hebamme gehört, da Leben und Tod zusammengehören und auch der Tod ein physiologischer Prozess ist. Die Hebamme kann als Vertrauensperson der Eltern diese schwierige Trauerarbeit begleiten. Die Hebamme welche das Paar durch die ganze Schwangerschaft und die Geburt begleitet, ist eine dem Paar anvertraute und bekannte Person und somit eine Kommunikationsform zwischen dem Paar und der Hebamme vorhanden. Die Hebamme ist für die spezielle Aufgabe der Gesundheit von Mutter und Kind verantwortlich und sollte diese Aufgabe mit viel Freude und Verantwortung entgegennehmen.

Als Hebamme sollte man fähig sein, mit den Eltern über die Verlustsituation zu reden, und sie in ihrer Trauer zu begleiten. Da der Kompetenzbereich einer Hebamme bis am Ende des ersten Lebensjahres des Kindes liegt, kann man den Eltern anbieten, dass sie sich bei Fragen oder Problemen an einen wenden können. Bei einer Trauerbegleitung empfehle ich, den zeitlichen Rahmen der intensiven Betreuung, auf 5 bis 8 Sitzungen, festzulegen. Wenn man nach dieser Zeit sieht, dass die Eltern den Verlust ihres Kindes noch gar nicht verarbeitet haben oder auch noch andere Thematiken anstehen, sollte man dem Paar eine psychotherapeutische Beratung ans Herz legen. Eine Hebamme sollte von der Psyche her fähig sein, über den Tod zu reden und den Eltern beizustehen. Ebenfalls ist es wichtig, dass sich die Hebamme die Auseinandersetzung mit dem Tod zutraut, denn man kann den verwaisten Eltern die Trauer nicht abnehmen, man kann das Paar nur in der Trauerverarbeitung unterstützen.

Die Hebamme leistet Hilfe zur Selbsthilfe, in dem sie den Eltern hilft ihren Weg zu finden und sie an eine Fachperson weiterleitet, falls dies nicht gelingt.

Sind jedoch folgende Aspekte vorhanden, sollte das Paar frühzeitig an eine Fachperson weitergeleitet werden:

- Wenn man als Hebamme selbst mit dem Thema Tod Mühe hat
- Wenn man sieht, dass es nicht nur eine Trauerbegleitung ist, sondern noch diverse andere Hintergründe und Geschichten gibt, welche das ganze noch zusätzlich belasten. Also wenn etwas an die Oberfläche gekommen ist, was zusätzlich noch diverse andere Thematiken mit sich zieht.

- Wenn das Paar unglaublich hohe Erwartungen an die Beratung stellt, in eine Abhängigkeit gerät und die Begleitung so intensiv wird, dass es für die Hebamme nicht mehr stimmt und sie dem Paar zeitlich und fachlich nicht mehr gerecht werden kann.
- Wenn eine Frau oder ein Paar in psychisch desolatem Zustand ist, kein Schlaf und Abgrenzung mehr findet, nur noch weint und überfordert ist.
- Bei klaren Anzeichen von schwerer Depression, Suizidalität oder wenn bereits psychische Erkrankungen und Diagnosen vorliegen.“

Eine diplomierte Hebamme sagte mir einmal: „Als Hebammen tragen wir immer einen Rucksack auf unserem Rücken in dem tote Kinder und traurige Erfahrungen ruhen. Man kann diesen Rucksack nie ganz abziehen aber man kann dafür sorgen, dass er nicht so schwer wird und einem in die Tiefe zieht.“ Worte die mich sehr berührten, heute habe ich diese Erfahrungen bereits mehrmals selbst gemacht. Es ist in unserem Beruf nicht immer einfach, eine ausgeglichene Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden, da Leben und Tod sehr nahe beieinander liegen. Deshalb finde ich es einerseits ganz wichtig, dass wir als Hebammen in der Lage sind, mit den Eltern über den Tod zu reden, sie in ihrer Trauer zu verstehen, zu betreuen und ihnen Halt geben zu können. Andererseits finde ich es genauso wichtig, unsere eigenen persönlichen und fachlichen Grenzen zu kennen und Abstand zu halten, wenn uns eine Situation oder Thematik zu sehr belastet.

Ich empfinde es im Hebammenberuf als sehr hilfreich, schwierige und traurige Momente mit Kolleginnen zu teilen, über das Geschehen zu reden und auszutauschen. Kann man selbst diese Distanz zum Paar nicht gewinnen nach einer Verlustsituation, hat man multidisziplinär Möglichkeiten wie mit den beteiligten Ärzten, einem Seelsorger, Pfarrer oder Psychiater zu reden. In den meisten Spitälern gibt es auch einen Raum der Stille, der jederzeit für alle geöffnet ist, wo man dem Verstorbenen noch einmal gedenken kann und bei Bedarf eine Kerze anzünden darf. Auch wir Hebammen sind nur Menschen und haben wie jedermann Gefühle, welche einem manchmal überfordern können. Trauern und mit jemandem traurig sein ist ein natürlicher Prozess, der dazu gehören und durchlebt werden soll.

6. Erfahrungsbericht einer betroffenen Mutter

Auf der Suche nach einem passenden Fallbeispiel oder Erfahrungsbericht, bin ich auf Fr. M., die Präsidentin der Elternvereinigung SIDS Schweiz, gestossen. Ich rief sie an um sie zu fragen, ob sie wisse, woher ich ein Fallbeispiel entnehmen kann. Fr. M. sagte mir, sie und ihre Familie seien vor acht Jahren selbst vom plötzlichen Kindstod überrascht worden und hätten eines ihrer Kinder daran verloren. Kurze Zeit später schickte mir Fr. M. ihr ganz persönliches Schicksal in einem Erfahrungsbericht, welchen, sie mir mit freundlicher Genehmigung für meine Diplomarbeit zur Verfügung stellt. . Ich möchte diesen eindrücklichen und bereichernden Bericht in den Worten von Fr. M. in meine Diplomarbeit einfliessen lassen und aufzeigen, wie schnell sich ein Familienleben verändern kann und wie nah Leben und Tod beieinander stehen:

„Vor acht Jahren am 24. Januar 2000 veränderte sich mein Leben und das meiner Familie auf furchtbare Weise. Wir waren eine Familie, die glücklich war, die ihre Kinder liebten und die glaubten, alles zu können und zu erreichen. Wir waren uns aber auch immer voll und ganz bewusst, dass sich das Leben von einer Sekunde auf die andere verändern konnte. Wir schätzen unser Glück. Wir hatten ein schönes Haus, mein Mann hatte seine eigene Praxis und ich hatte drei tolle gesunde Buben geboren, perfekt. An diesem 24. Januar 2008, ein wunderschöner Wintertag, Schnee, viel Sonne, ging ich mit meinen Buben in den Schnee, sie hatten Freude, lachten und klein Noah gerade 5 Monate und 5 Tage alt, genoss diesen ganzen Rummel. Das einzige was mich den ganzen Tag immer wieder etwas bedrückte war, dass Noah sehr viel schlief. Immer wieder machte er eine Schlafpause, ich dachte schon, ob da evt. eine Grippe im Anzug war. Am Abend ass ich mit den Buben immer alleine Abendessen und brachte sie um 20.00 Uhr ins Bett, aber um 19 Uhr kam mein Mann nach Hause und sagte er wolle seinen Buben noch Gute Nacht sagen...(hatte er eine Vorahnung?) es war das letzte Mal, dass er Noah lebend sah. Er küsste alle und ging auf seine Hausbesuche...so brachte ich die Buben ins Bett und erledigte noch Büroarbeit. Ich hörte Noah noch plappern und dann wurde es still....um 21 Uhr musste Flavian der 5 jährige noch einmal auf die Toilette und rief nach mir. Auf einmal hatte ich das komische Gefühl, dass mit Noah etwas nicht stimmte und eilte an sein Bettchen. Schon als ich sein Zimmer betrat, wusste ich dass er tot war. Er lag ganz oben am Kopfende, sein Gesichtchen etwas verdeckt, ich riss ihn aus dem Bett schrie: Noah wach auf bitte, bitte wach auf!!! Aber seine Augen blieben zu...genau in diesem Augenblick als ich schrie kam mein Mann zur Tür herein. (dieser Schrei, wie er sagt, werde er nie mehr vergessen, nun sei genau dies eingetroffen, vordem er sich immer so sehr gefürchtet hatte, eines seiner Kinder tot). Ich lief die Treppe hinunter hielt meinem Mann unseren Noah entgegen und schrie tu etwas schnell! (so viele Menschenleben hat mein Mann schon retten und wiederbeleben können, dies wird er wohl auch bei unserem Kind schaffen!) Ich rief den Rettungsdienst an, nein ich schrie ihn an, war kaum fähig alle Informationen zu sagen. Mein Mann reanimierte Noah und ich stand draussen im Schnee in den Hausschuhen und wartete auf die Ambulanz. Ich betete zu Gott er möge mir mein Kind wieder geben, ich hätte mein Leben für Noahs Leben gegeben. So wartete ich und war total verzweifelt. Als die Rettungsleute eintrafen versuchten sie gemeinsam mit dem Kinderarzt, wieder leben in Noahs Körper einzuhauchen. Aber keine Herztöne flimmerten über den Monitor, Nulllinie. Ich stand daneben und weinte, starrte meinen geliebten Noah an, der von all den Menschen und Apparaten und Schläuchen umzingelt war. Nach 1 ½ Stunden hörten wir mit der Reanimation auf und Noah wurde mir in die Arme gelegt. Mein geliebtes Kind, so schlaff und schwer in meinen Armen, das schönste Kind auf Erden, mit diesen blauen Lippen und blauer Zunge, die Lieder geschlossen, tot. Ich konnte es nicht glauben...ich weinte und weinte und plötzlich waren da ganz viele

Menschen. Meine Eltern, die Schwiegereltern, die Polizei mit Photograph, zwei Frauen vom Amtsgericht, der Amtsarzt. Ich verstand die Welt nicht mehr. Ich wollte doch nur mit meinem Sohn alleine sein, stattdessen wurde Noah in sein Zimmer gebracht und ich und mein Mann wurden von der Polizei verhört, ich fühlte mich so schuldig an diesem Tod. Als Mutter versagt zu haben und die Anwesenheit der Polizei, die alles mitnahm, was Noah in den letzten Stunden gebraucht hat (Windeln, Kleider, Schoppenflache etc), betätigten mein Gefühl, dass dieser Tod mein Verschulden ist. Ich kam mir vor wie in einem Krimi. Irgendeinmal durfte ich wieder zum Leichnam, so hiess Noah nun, es wurde immer vom Leichnam gesprochen, dabei hat mein Kind einen wunderschönen Namen...am liebsten hätte ich alle angeschrien, aber ich war nicht mehr ich, ich funktionierte nur noch. Mit Noah alleine zu sein, das beruhigte mich wieder, ich hätte ihn für immer halten mögen, aber um zwei Uhr kam das Bestattungsamt mit einem weissen Sarg und Noah musste nach Bern in die Gerichtsmedizin, so wurde ich belehrt, dabei hatte ich noch nicht richtig Abschied genommen von meinem lieben Kind. Ich betete ihn in den Sarg, gab ihm seinen Lieblingsaffen...dann stand ich hinter dem Leichenwagen und startete in die Dunkelheit, die mich noch lange Zeit umgab. Mein Mann sagte mir später, er konnte meine Trauer und der tote Noah in meinen Armen nicht länger ertragen, deshalb sei er froh gewesen, dass man ihn noch in der Nacht nach Bern brachte...für meine Trauerarbeit war dies jedoch eine Katastrophe, bis heute kann ich diesen Abend nicht richtig einordnen, meinen Abschied von Noah hätte ich mit anders, mit viel Licht und Wärme gewünscht, zusammen mit meiner ganzen Familie, mit Loris und Flavian, seinen Brüdern. Für sie war es ganz schlimm, am Morgen zu erfahren, dass Noah tot sei und nicht mehr bei uns war. Flavian schrie und weinte...Loris konnte über eine lange Zeit nicht mehr alleine zu seinen Freunden spielen, er hatte immer Angst, dass dann wieder jemand in der Familie fehlte, wenn er nach Hause kommt.

Die Tage danach erlebte ich irgendwie nicht wirklich. Alles in mir war leer. Meine zwei Buben ertrug ich beinahe nicht, sie waren mir zuviel, ich hatte genug mit mir zu tun. Meine Freundin kümmerte sich um die Buben, wie auch meine Mutter, die den Haushalt erledigte und kochte und einkaufen ging. Unser fröhliches Haus, war voller Trauer und Tränen, Schreie und Verzweiflung. Mein Mann hielt mich in seinen Armen und wir versprachen uns, dass uns dieser plötzliche Kindstod nicht trennen wird, dass Noah dies nie und nimmer wollte und dann verstummten wir, jeder gefangen in seiner tiefen unendlichen Trauer. Mein Mann funktionierte perfekt, er organisierte alles und stützte mich wo er nur konnte. Nach der Beerdigung (es war so traurig und doch so schön, all die vielen Lichter, die Menschen, die vielen gemeinsam geweinten Tränen) fiel ich in ein grosses schwarzes Loch, ich wollte aufgeben, mein Mann schrie mich an, dass ich das ihm und den Buben nicht antun könne, ich müsse einen Weg finden, um zu überleben, er toleriere alles, aber das Leben zähle. Er arbeitete wieder voll und seine Trauer lebte er im Sport aus. Ich begann alles über SIDS zu lesen. Die Elternvereinigung SIDS meldete sich bei mir und ich konnte mit betroffenen Eltern reden, dies war das Beste für mich. Ich besuchte die Selbsthilfegruppe, dies war ein Segen, dort durfte ich immer wieder von Noah und meinen Schuldgefühlen reden. Ich wurde verstanden und angehört, diese Menschen wurden einen Teil von meinem Leben, eine zweite Familie. Mein Mann kam nie mit, er wollte dies nicht, ich respektierte dies. Die Pfarrerin besuchte uns jeden Monat über zwei Jahre lang. Wir sind nicht sehr gläubige Menschen, aber Noahs Tod hat auch meinen Glauben verändert, meine Lebenseinstellung. Meine Buben erzählten mir viel von Noah im Himmel, sie hatten einen nahen Draht zu ihm, dies tröstete mich immer. Täglich besuchte ich Noahs Grab, die Buben kamen mit und spielten auf dem Friedhof. Ich weinte jeden Tag, ein Jahr lang. Wenn ich in den Spiegel schaute, sah ich eine fremde Frau, was war aus mir geworden. Bald wusste ich, dass ich noch einmal ein Kind wollte, nicht ein Kind das Noah ersetzte, dies ist nicht möglich, aber ich musste mir beweisen, dass ich eine fähige Mutter bin. Dass der plötzliche Kindstod nicht mein Fehler ist, sondern, dass dies ein Phänomen ist, dass es immer schon gegeben hat.

Dass in unserer Familiengeschichte nicht der Tod am Ende steht, sondern das Leben. Ich wollte wieder die Wärme des Lebens spüren. Im August 01 kam Eliah zur Welt. Die Schwangerschaft war verbunden mit Angst, Freude und was kommt da auf uns zu? Wird es ein Mädchen oder wieder einen Jungen? Werde ich dieses Kind immer mit Noah vergleichen? In der 14. Woche hatte ich Blutungen und musste ins Spital. Ich war nur noch verzweifelt, noch einmal ein Kind verlieren, würde ich dies schaffen? Die Menschen im Spital konnten meine grosse Angst nicht richtig nachvollziehen. Niemand sprach Noah und seinen Tod an, dabei hätte ich gerne darüber gesprochen. Als Eliah im August zur Welt kam, fühlte ich mich im Krankenhaus wie einen Fuchs im Hühnerstall. Ich traute mich nicht am Frühstücksbuffet andere Mütter anzusprechen. Was wenn sie nach meinen weiteren Kindern fragten? Was wenn ich ihnen durch SIDS Angst mache? Auch vom Personal hat mich niemand auf SIDS angesprochen. Der Tod hat hier keinen Platz, so kam es mir vor. Ich hatte ein Zimmer für mich allein, dafür war ich allen dankbar, denn auch im Spital flossen immer wieder Tränen, Freude und Glück, Tränen und Trauer liegen sehr nahe beieinander. Was schön ist, ist auch unendlich traurig. Eliah wollte ich von der ersten Minute auf Erden an einem Monitor angezapft haben. Ich konnte nicht schlafen im Wissen, dass mein Kind nicht top überwacht wurde. Dass eine Maschine meinen Part der Überwachung übernahm, wenn ich schlafe, diese Sicherheit brauchte ich, einen ganzen Jahr lang. Sonst hatte ich Eliah immer im Zimmer bei mir. Auch zu Hause, hatte ich im ganzen Haus Stationen eingerichtet, wo ich ihn immer im Blickwinkel hatte. Ich liebte Eliah vom ersten Tag an, er gab mir Ruhe und Sicherheit, in seinen Augen las ich "Du brauchst keine Angst zu haben, ich bleibe bei dir." Ja er gab mir die Sicherheit ins Leben zurück, Wärme und Licht. Eliah ist mein Lebensmotor geworden, ich weiss nicht, wo ich mit meiner Familie ohne Eliah stehen würde. Noah trage ich in meinem Herzen für immer, er wird nie von mir gehen, er hat mich so vieles gelehrt, dieser kleine Junge, dafür bin ich ihm so dankbar. In unserer Familie ist Noah präsent und auch Eliah erzählt mir von Noah und ist stolz auf seinen Bruder, auch wenn er ihn nie wirklich gekannt hat. Ich denke es ist wichtig im Leben zu wissen, dass der Tod, wie die Geburt, zum Leben gehören, dass man darüber spricht auch wenn Tränen fliessen. Tränen können auch heilen. Ich bin heute Präsidentin von SIDS Schweiz und die Menschen, die um ihre Kinder trauern, sie haben zu jeder Zeit ein hörendes Ohr und ein offenes Herz verdient. Heute bin ich ein fröhlicher Mensch, mit vielen Hobbys und einem fröhlichen Haus voller Kinder und Tiere. Mein Mann und ich führen eine Beziehung der Wertschätzung und Liebe, wir sind glücklich über unser Leben und wie wir all die Schluchten und Hürden gemeinsam mit vielen Gesprächen gemeistert haben. Nicht immer war es leicht, auch wir hatten unsere Krisen, aber mit Verständnis und aufeinander hören, haben wir dies alles gemeistert. Wir schätzen unsere Buben und lieben unser Leben mit allem was dazu gehört. Es gibt kein Richtig und kein Falsch."

Trauer erfasst den Körper eines Menschen, seine Seele, Empfindungen und sein Denken. Eltern die um ihr Kind trauern, können Monate bis Jahre damit beschäftigt sein, in die Normalität des Alltags zurückzufinden. Die Eltern welche ihr Kind leblos auffinden, können mit verschiedensten Reaktionen wie völliger Erstarrung, scheinbarer Unberührtheit bis zu lautem Schreien, heftigem Weinen oder aggressivem Verhalten reagieren. Gewisse versuchen ihr Kind zu reanimieren, andere rufen um Hilfe. Meist erfolgt danach eine Phase der emotionalen Erstarrung (Helmerichs 2000).

Als ich den Bericht von Fr. M erhielt und diesen zum ersten Mal las, empfand ich verschiedene Gefühle. Einerseits spürte ich Schauer über meinen Körper laufen und ich fühlte Betroffenheit den Eltern gegenüber. Vor allem aber schenkte ich Frau und Herrn M. grosse Bewunderung, wie sie diesen Schicksalsschlag gemeinsam durchlebt und gemeistert haben. Dieser eindrückliche Erfahrungsbericht zeugt für mich von intensiver Auseinandersetzung mit Leben, Tod, Trauer, Glück und Zuversicht.

Fr. M verdeutlicht viele wichtigen Themen, welche ich immer wieder im Verlaufe meiner Diplomarbeit aufgenommen habe. Sie beschreibt uns ihre Gefühle und Emotionen, ihre Ohnmacht und den verlorenen Sinn des Lebens. Sie zeigt uns auf, wie unterschiedlich Mütter, Väter und Geschwister trauern, beschreibt dessen Reaktionen und Ängste. Ausserdem sind die Trauerphasen bei Fr. M gut nachzuvollziehen. In der Folgeschwangerschaft mit Eliah gibt sie ihre Versagensangst, die Angst vor einem erneuten Verlust und die Schuldgefühle gegenüber Noah Preis. Ich finde es sehr schön, wie sie ihre Beziehung zu Eliah beschreibt, welcher ihr von Anfang an viel Sicherheit gegeben hat und somit eine wesentliche Ressource für seine Mutter darstellte.

Aus fachlicher Sicht ist mir ein Abschnitt besonders ins Auge gestochen, welchen ich gerne nochmals erwähnen und meine kritische Beurteilung dazu abgeben möchte:

„Ich bettete ihn in den Sarg, gab ihm seinen Lieblingsaffen...dann stand ich hinter dem Leichenwagen und starrte in die Dunkelheit, die mich noch lange Zeit umgab. Mein Mann sagte mir später, er konnte meine Trauer und der tote Noah in meinen Armen nicht länger ertragen, deshalb sei er froh gewesen, dass man ihn noch in der Nacht nach Bern brachte...für meine Trauerarbeit war dies jedoch eine Katastrophe, bis heute kann ich diesen Abend nicht richtig einordnen, meinen Abschied von Noah hätte ich mir anders, mit viel Licht und Wärme gewünscht, zusammen mit meiner ganzen Familie, mit Loris und Flavian, seinen Brüdern.“

Dieser Abschnitt, welcher aus dem Erfahrungsbericht von Fr. M. stammt, hat mich einerseits sehr beeindruckt und andererseits genauso geschockt und zum Nachdenken angeregt. Ich frage mich, kann es sein, dass in unserem doch so zivilisierten und fortgeschrittenen Land der plötzliche Tod eines Kindes einen so kleinen Platz einnimmt, dass die Eltern nicht einmal die Möglichkeit haben, sich nach ihren Wünschen und Vorstellungen von ihrem geliebten toten Kind zu verabschieden? Ich glaube es geht dabei primär um die verständliche Überforderung aller beteiligten Fachpersonen in dieser schwierigen und nicht alltäglichen Situation. Vielleicht eher um Angst, keine passenden Worte gegenüber den Angehörigen zu finden oder aus persönlicher Betroffenheit und Unerträglichkeit, die Schock- und Trauerreaktionen der Eltern mitzuerleben und aushalten zu müssen. Ich kann diese Ängste verstehen, denn die Schockreaktionen der Eltern müssen ein sehr einschneidendes Erlebnis sein.

7. Schlussfolgerungen

Die Individualität jedes Menschen bestimmt dessen Art und Charakter. Wir alle sind, leben und trauern individuell. Wir alle verleihen unseren Gefühlen anders Ausdruck und wir alle haben unsere eigene Art und Weise, Freud und Leid, Glück und Trauer Preis zu geben und zu verarbeiten.

Aus eigener Erfahrung habe ich gemerkt, wie sensibilisiert trauernde Menschen sind und wie sensibel sie auf Aussagen, welche von unserer Seite nett und helfend gemeint sind, reagieren können. Im Umgang mit Trauernden haben keine Worte oft viel die grössere Bedeutung als „falsche“ Worte. Für mich ist das Relevanteste im Umgang mit trauernden Eltern, dass sie wissen und merken, dass ich für sie da bin wenn sie mich brauchen und dass ich ihnen so viel Zeit gebe, sich von ihrem Kind zu verabschieden, wie sie benötigen. Ich überlege mir oft, ob es schlimmer ist, ein Kind intrauterin, also wenn man es nicht direkt gekannt hat oder später, wenn bereits eine Eltern- Kind- Beziehung mit vielen Erfahrungen und unvergesslichen Erinnerungen vorhanden ist, zu verlieren. Ich glaube es gibt keine Antwort auf diese Frage, denn der Tod des eigenen Kindes ist immer ein tragisches und unfassbares Ereignis.

Viele Rätsel bringt noch immer der plötzliche Kindstod mit sich. Es gibt hunderte Spekulationen, doch bis heute ist sind die Todesursachen noch nicht eindeutig geklärt. Betroffene Eltern werden dadurch von ihren eigenen Schuldgefühlen und zum Teil von Vorwürfen von Bekannten geplagt. Mir als zukünftige Hebamme ist es ein grosses Bedürfnis, dass die Eltern sich in ihren Wünschen und Vorstellungen von ihrem Kind würdig verabschieden und wir die Eltern darin unterstützen und ermutigen können.

Was mich bei der Auseinandersetzung mit dem Thema SIDS sehr beeindruckt hat, war, dass betroffene Eltern im Nachhinein gesagt haben, dass man zu seinem, an SIDS verstorbenen Kind, nicht den gleichen intensiven Kontakt gehabt hat wie zu seinen anderen Kindern. So als wüssten die Kinder bereits von ihrem Schicksal und ihrer Aufgabe auf der Erde und wollten sie ihren Eltern einen Teil der Trauerverarbeitung, nämlich sich lösen können und sich nicht zu stark an jemanden zu binden, bereits abnehmen.

Wir alle werden geboren und haben die Aufgabe, das Leben auszuhalten und ihm einen Sinn zu geben. Zum Teil können wir unseren Weg aktiv gestalten, zum Teil werden uns aber auch kleine und grosse Steine, wie der Tod eines Kindes, zugemutet. Hürden die wir zu überwinden haben und unseren weiteren Werdegang beeinflussen, auch wenn wir wissen, dass der Tod zum Leben gehört.

8. Empfehlungen für den Hebammenalltag

Trauerverarbeitung heisst für mich, sich intensiv mit sich selbst auseinanderzusetzen und gewisse Prozesse zu durchleben. Eine Aufgabe, welche einerseits die Betroffenen, andererseits uns Fachleute vor eine grosse Herausforderung stellt. Um die Trauernden in ihrem Leiden unterstützen und ihnen in dieser emotionalen Zeit professionell beistehen zu können, sollten unsererseits gewisse Punkte und Bedingungen erfüllt werden. Denn nur so entsteht eine ehrliche, vertrauenswürdige Beziehung zwischen den Trauernden und uns Fachpersonen, eine Beziehung, welche die Grundbasis in unserem täglichen Hebammenberuf ist.

Ich möchte nun einige Empfehlungen im Umgang mit trauernden Eltern abgeben, denn die Eltern sollten sich nicht nach uns, sondern wir uns nach ihren Bedürfnissen richten.

Empfehlungen zum Umgang mit verwaisten Eltern

Eltern, deren Kind am plötzlichen Kindstod verstorben ist, wollen genau wissen, wie es zu diesem Unfall kam, dass sie wenigstens in den letzten Stunden, ihr Kind in ihren Gedanken begleiten können. Die quälende Zeit der Ungewissheit nach SIDS bis das Kind gefunden wurde, die Begegnung mit der Polizei, und die mehr oder weniger laut ausgesprochenen Vorwürfe des Umfelds stellt eine enorme Belastung für die trauernden Eltern dar. Es ist nicht nur der schreckliche Verlust und der Abschied, sondern auch die verzweifelte Frage nach dem Warum. Die Eltern haben Anrecht, soviel über die Umstände und Ursachen zu erfahren, wie sich erfahrbar machen lässt. Für die Eltern ist es ausserdem besonders wichtig, sie nicht noch zusätzlich mit Vorwürfen, Verdächtigungen und Schuldzuweisungen ihrer Umwelt zu belasten (Fleck-Bohaumilitzky 2007).

Empfehlungen zum Umgang mit dem Abschied nehmen

Es ist ganz wichtig, dass die Eltern ihr Kind bei Bedarf sehen können. Ärzte, Polizisten, Pflegefachtrauern, Seelsorgern etc. muss bewusst sein, wie wichtig das Abschiednehmen für die Trauernden ist. Sie sollten zu diesem Abschied Unterstützung und Ermutigung erfahren. Denn durch einen aktiven Abschiedsprozess ist es für die Eltern eher möglich, die Tatsache des Todes zu realisieren und zu begreifen. Denn keine Wirklichkeit kann so entsetzlich sein wie das, was Eltern sich in ihrer Fantasie über ihr totes Kind ausmalen müssen. Sie können sich so ein Stück weit an der Realität orientieren und werden nicht in allen Lebenszügen in den Strudel der unaufhaltsamen Regression hineingerissen. Sie kommen dadurch in die Lage, neben der Trauer und Verzweiflung auch Wut und Empörung in sich zuzulassen, was totale Orientierungslosigkeit und Hilflosigkeit verhindert (Fleck-Bohaumilitzky 2007).

Ich finde es enorm wichtig, dass Kurse zum Thema Trauerreaktionen und Trauerbegleitung nicht nur bei uns auf der Geburtsstation und im Wochenbett, sondern multidisziplinär statt finden. Ebenfalls zwingend für mich ist die Aufklärung der Eltern im Wochenbett über SIDS. Denn die einzige Information, welche die Eltern von uns jeweils erhalten haben war, dass sie ihr Kind zum Schlafen auf den Rücken legen sollten. Im Anhang ist eine Broschüre von der schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie, Elternvereinigung SIDS Schweiz zu finden, in der auf gute und einfache Art und Weise Empfehlungen zur Betreuung von Säuglingen abgegeben werden. Ich habe diese Broschüre auf der Neonatologie entdeckt und finde, dass sie jedem Elternpaar abgegeben werden sollte.

9. Literaturverzeichnis

- Bajanowski T, Poets Ch 2004 Der plötzliche Säuglingstod – Epidemiologie, Ätiologie, Pathophysiologie und Differenzialdiagnostik *Deutsches Ärzteblatt* **101** (47): A3185 - A3190
- Baldegger E 2000 Bewältigung/Coping *In*: Käppeli S (Hrsg) *Pflegekonzepte* 2. Aufl. Hans Huber Verlag, Bern S 130-143
- Casaulta C, Nelle M, Nuoffer J.M, Pfammatter J.P, Vella S, Sutter M, 2007 SID, SID-Geschwister und ALTE: Empfohlene Abklärungen und Indikationen für das Säuglingsmonitoring *Paediatrica* **18** (1): 12-18
- Student Ch 2006 Die vier Aufgaben der Trauerberatung [online] Verfügbar unter: <http://christoph-student.homepage.t-online.de/41518/41856.html> [Zugegriffen 19.03.2008]
- Dorlöchter L, Popp K, Hobusch D 1999 Neuropädiatrie *In*: Dorlöchter L, Radke M, Müller M (Hrsg) *Pädiatrie auf den Punkt gebracht* Walter de Gruyter, Berlin S 406
- Fleck-Bohaumilitzky Ch 2007 Begleitung trauernder Mütter, Väter und Geschwister [online] Verfügbar unter: http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Haeufige_Probleme/s_346.html [Zugegriffen 17.04.2008]
- Helmerichs J 2000 Psychologische Aspekte *In*: Kurz R, Kenner T, Poets Ch (Hrsg) *der plötzliche Säuglingstod – ein Ratgeber für Ärzte und Betroffene* Springer Verlag, Wien S 117-131
- Helmerichs J, Bentele K, Kleemann W, Poets Ch, Saternus K 1996 Plötzlicher Säuglingstod Vorschläge zur Unterstützung betroffener Familien in der Akutsituation *Deutsches Ärzteblatt* **93** (9): A-519 - A-522
- Helmerichs J, Saternus K 2000 Psychosoziale Betreuung einer erneuten Schwangerschaft nach plötzlichem Säuglingstod (SID) – Ergebnisse einer Langzeitstudie in 115 Familien *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* **204** 99-105
- Jorch 2006 psychosoziale Folgen des plötzlichen Säuglingstodes [online] Verfügbar unter: http://www.sids.de/cms/front_content.php?path=DerPloetzlicheSaeuglingstod/PsychosozialeFolgen [Zugegriffen 12.04.2008]
- Kast V 2000 *Trauern Phasen und Chancen des psychischen Prozesses* Kreuz Verlag, Stuttgart
- Kenner T, Kerbl R 2000 Mögliche Ursachen für den plötzlichen Säuglingstod *In*: Kurz R, Kenner R, Poets Ch (Hrsg) *der plötzliche Säuglingstod – ein Ratgeber für Ärzte und Betroffene* Springer Verlag, Wien S 133-143
- Kurz R 2000a Apparent Live Threatening Events (ALTE) *In*: Kurz R, Kenner T, Poets Ch (Hrsg) *der plötzliche Säuglingstod – ein Ratgeber für Ärzte und Betroffene* Springer Verlag, Wien S 145-150

Kurz R 2000b Einleitung In: Kurz R, Kenner T, Poets Ch (Hrsg) *der plötzliche Säuglingstod – ein Ratgeber für Ärzte und Betroffene* Springer Verlag, Wien S 1-2

Lothrop H 2001 *Gute Hoffnung – jähes Ende* Kösel Verlag, München

Maurer F, Gassmann M-Ch 2006 Der perinatale Kindstod – Hebammenarbeit in Verlustsituationen In: Cignacco E (Hrsg) *Hebammenarbeit* Huber, Bern S 168-169

Palm G, Salzmann J 1996 Gute Hoffnung nach jähem Ende – Folgeschwangerschaft nach Fehlgeburt, Totgeburt, Säuglingstod [online] Verfügbar unter: <https://www.verwaisteltern-aachen.de/LiteraturPalmSalzmann.html> [Zugegriffen 29.04.2008]

Rognum T.O, Kleemann W.J 2000 Obduktionen In: Kurz R, Kenner T, Poets Ch (Hrsg) *der plötzliche Säuglingstod – ein Ratgeber für Ärzte und Betroffene* Springer Verlag, Wien S 49-59

Sutter Martin 1993 SIDS – der plötzliche Kindstod In: Fässler-Weibel (Hrsg) *Wenn Kinder Sterben* Paulusverlag, Freiburg S 125-131

Zünd Matthias 2004 der plötzliche Kindstod [online] Verfügbar unter: <http://www.sids.ch/kinstod/praevention.html> [Zugegriffen 03.04.2008]

10. Bibliographie

Diamond A 1997 *Kein Laut mehr aus deiner Wiege* Bastei Lübbe Verlag, Bergisch Gladbach

Nijs M 1999 *Trauern hat seine Zeit* Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen

Wiese A 2001 *Um Kinder trauern – Eltern und Geschwister begegnen dem Tod* Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh