Reflexion der Erfahrungen des Traumas einer Totgeburt

Unter Berücksichtigung der Handlungsfelder in der Sozialen Arbeit

Bachelorarbeit

im Studiengang Soziale Arbeit an der Hochschule Esslingen

Verfasserin: Edeltraud Egle-Illg

Matrikelnummer: 24690

Betreuerin: Prof. Dr. Maria Bitzan

Zweitprüferin: Prof. Dr. Nina Kölsch-Bunzen

Ort: Remshalden

Datum: Oktober 2008

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis **3**
Abbildungsverzeichnis **3**
Tabellenverzeichnis **3**
Einleitung **4**
1 Erfahrungsberichte **8**
1.1 Gespräch mit Frau G. 9
1.2 Gespräch mit Frau W. 12
1.3 Meine eigenen Erfahrungen 17
2 Trauma **23**
2.1 Was ist unter einem Trauma zu verstehen? 23
2.1.1 Trauma versus belastendes Lebensereignis 24
2.1.2 Die Phasen nach dem Trauma 25
2.1.3 Fight or Flight / Freeze and Fragment 26
2.2 Reaktionen auf ein Trauma 28
2.2.1 Konstriktion 29
Vermeidung, Rückzugsverhalten 29
Gefühlstaubheit 29
Dissoziative Störungen 30
2.2.2 Intrusion 31
Nachhallerinnerungen 31
Schuldgefühle und Selbstvorwürfe 31
2.2.3 Überregung 32
Konzentrationsstörungen 32
Gesteigerte Wachsamkeit 32
Schreckhaftigkeit 32
Gesteigerte Erregung 32
2.2.4 Trauerreaktionen und Depressionen 32
2.3 Besonderheiten der Traumafolgen bei einer Totgeburt 34
2.4 Wie kann das Trauma überwunden werden? 36
2.4.1 Rituale 36
2.4.2 Imaginations- und Körper- Übungen 37
2.4.3 Freude-Tagebuch, Erfolgs-Übungen 38
2.4.4 Umgang finden für Schuldgefühle 39
3 Wie Außenstehende helfen können **40**
4 Daraus folgende Maxime in Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit **44**
4.1 Die Frauenarzt-Praxis 45
4.2 Schwangeren-Beratungsstelle 46
4.3 Die Hebamme 47
4.4 Das Krankenhaus 48
4.5 Psychologische Betreuung / Einzelberatung 49
4.6 Seelsorgerliche Betreuung 50
4.7 Das Bestattungsunternehmen 52
4.8 Selbsthilfegruppen / Stützgruppen 53
4.9 Sozialpsychiatrische Dienste 54
Fazit **57**
Erklärung **61**
Literaturverzeichnis **62**
Anhang **65**

Abkürzungsverzeichnis

BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
PTSD	Posttraumatischen Belastungsstörung
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Traumawirbel Abbildung 2: Traumatische Zange..... 24

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Lebendgeborene und Totgeborene 5
Tabelle 2: Formen von Dissoziationen..... 30
Tabelle 3: „Wie sehr haben Ihnen nachfolgende Personen und Gruppen in ihrer Trauer geholfen?“ 45

Ich verwende in dieser Arbeit bei der Benennung mehrerer Personen beider Geschlechts die Form des großgeschriebenen „I“.

Ich widme diese Arbeit unserem Sohn Max-David, der leider viel zu früh von uns gegangen ist.

Gezeichnet von Julia Gschwind

„Beim Tod der Eltern
Stirbt die
Vergangenheit,
beim Tod des Partners
stirbt die Gegenwart,
beim Tod des Kindes
stirbt die Zukunft.“
(Quelle unbekannt)

Einleitung

„Nichts ist mehr so, wie es war, und trotzdem geht alles so weiter, als sei nichts geschehen“ (Schäfer 2006, 11).

Wenn die Geburt eines Menschen mit seinem Tod zusammenfällt, dann gerät die Welt aus ihren Fugen. Geburt und Tod geben jedem Leben seinen natürlichen Zeitrahmen. Wenn in diesem Zeitrahmen aber das Abschied nehmen sofort nach der Begrüßung des neuen Menschen folgt, und dies ohne damit gerechnet zu haben, dann löst dies in der „lebensspendenden“ Mutter ein traumatisches Erleben aus, das sie verändern wird. Wenn Traueranzeigen anstatt Geburtsanzeigen verschickt werden müssen, ein Baby-Sarg herausgesucht werden muss anstatt das Lammfell fürs Bettchen, KollegInnen anstatt Glückwünschen und neugierigen Fragen in tiefes Schweigen geraten, wenn im Stubenwagen „Totenstille“ anstatt Kindergeschrei herrscht, wenn man zu Eltern geworden ist und trotzdem das Kinderzimmer leer bleibt, wenn der Kinderwagen und alle Kleider in der fertig eingerichteten Kommode keine Verwendung mehr haben, dann ist es, als wäre man in einen tiefen Abgrund geschlittert und von heute auf morgen ist eben nichts mehr wie es war!

Ein traumatisches Geburtserlebnis wie das einer Totgeburt oder auch (m.E. sehr passend) „still birth“ genannt, wird zu den traumatischen Ereignissen gezählt, da folgende Kriterien erfüllt sind: *„Die Person war selbst Opfer oder Zeuge eines Ereignisses, bei dem das eigene Leben oder das Leben anderer Personen bedroht war (…). Die Reaktion des Betroffenen beinhaltet Gefühle von intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen“* (Reddemann 2006, 18). Ein traumatisches Ereignis wird von größter Hilflosigkeit, Ohnmachtsgefühlen und panischer, unkontrollierbarer Angst begleitet und kann, wenn es nicht verarbeitet wird, weitreichende Folgen für die betroffene Person haben. Es unterscheidet sich von einem belastenden Lebensereignis durch sein extremes Ausmaß und der Überforderung aller zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (vgl. Huber 2005 b, 40).
Weitergehende Ausführungen zum Thema Trauma folgen im 2. Kapitel dieser Arbeit.

Es folgen nun einige Begriffskärungen:
„Totgeburten“ sind nach deutschem Gesetz Verluste vor oder während der Geburt, wenn das Kind mehr als 500 Gramm wiegt (bis zum 1.4.1994 galt die 1000 Gramm-Grenze, alles darunter waren Fehlgeburten und den Begriff der Totgeburt gab es bis dahin gar

nicht). Meistens werden diese Kinder auf natürlichem Weg geboren („Spontangeburt“), nur bei Komplikationen für die Mutter kommt es zum Kaiserschnitt. Totgeburten sind auf dem Standesamt meldepflichtig. Im Unterschied dazu werden in Deutschland alle Babys unter 500 Gramm, die im Mutterleib gestorben sind, als „Fehlgeburten“ bezeichnet. Es kommt hier nicht zu einer Geburt, sondern meist zu einer Ausschabung, der Verlust wird aber von der schwangeren Frau ebenfalls als sehr schmerzlich empfunden. Von „Neugeborenentod“ oder „Kindstod“ spricht man dann, wenn ein Kind zwar lebend geboren wird, aber nur wenige Tage oder bei letztem innerhalb des ersten Lebensjahres stirbt (vgl. Lothrop 2007, 30-35 und Künzer-Riebel 2002, 203).
Alle Varianten des Verlustes hinterlassen Spuren und es wäre vermessen, den Schmerz danach bewerten zu wollen, wie lange die Frauen schwanger waren oder ob das Kind gelebt hat oder schon tot war bei der Geburt. Entscheidend ist die bereits aufgebaute Bindung zu dem kleinen Wesen im Bauch. Genaue Zahlen über Fehlgeburten gibt es nicht, weil viele Frauen gar nicht bewusst wahrnehmen, dass sie einen „Frühabort“ (sehr frühe Fehlgeburt, nur leicht verzögert zum Menstruationsbeginn) hatten.
Neugeborenentote gab es laut Statistischen Bundesamts 2007 2656 mal, ähnlich viele wie Totgeburten. Eine Statistik über Totgeburten von 1965, 1969 bis 1979 und 2004 bis 2007 füge ich ein:

Tabelle 1: Übersicht Lebendgeborene und Totgeborene

Jahr	Lebendgeborene			Totgeborene*
	männlich	weiblich	insgesamt	
1965	*682 200*	*643 186*	*1 325 386*	***16 566***
1969	587 443	554 923	1 142 366	***12 302***
1970	537 922	509 815	1 047 737	10 853
1971	521 361	492 035	1 013 396	10 010
1972	463 472	438 185	901 657	8 415
1973	418 899	397 070	815 969	7 324
1974	413 510	391 990	805 500	6 848
1975	402 790	379 520	782 310	6 120
1976	409 749	388 585	798 334	5 882
1977	414 649	390 847	805 496	5 486
1978	415 866	392 753	808 619	5 297
1979	419 590	397 627	817 217	4 972
2004	362 017	343 605	705 622	2 728
2005	351 757	334 038	685 795	2 487
2006	345 816	326 908	672 724	2 420
2007	351 839	333 023	684 862	***2 371***

Quelle: © Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2008
*) Geburtsgewicht vom 1.7.79 bis 31.3.94 mindestens 1000 Gramm, ab 1.4.94 mindestens 500 Gramm

1965 kamen auf 1000 Lebendgeborene 12,5 Totgeburten, 1969 auf 1000 Lebendgeborene 10,8 Totgeburten, 2007 waren es dann „nur“ noch 3,5 von 1000.

Das Ziel dieser Arbeit:
Ich will mit dieser Arbeit Möglichkeiten für Betroffene aufzeigen für einen gelingenden Umgang mit dem traumatischen Ereignis, der daraus resultierenden Trauer und dem unerwartetem Verlust eines fast ausgereiften Säuglings. Durch das persönliche Erleben einer Totgeburt, aber auch durch Erfahrungen anderer Frauen mit diesem Thema, kann ich die Bedeutung eines aufrichtigen Trauerprozesses für das Weiterleben nach dem Verlust und des traumatischen Ereignisses nachvollziehen. Verluste schmerzen immer und die betroffene Person braucht ihre Zeit zum Verarbeiten. Sie muss diese Zeit möglichst so füllen, dass ein Annehmen des Verlustes, eine Integration dieser schweren Erfahrungen ins eigene Leben möglich wird ohne verbittert zu werden oder seelischen Schaden zu nehmen. Das nämlich gelingt nur ca. einem Drittel aller Betroffenen (vgl. Reddemann 2006, 26-27). Ich möchte darüber hinaus zu einer Sensibilisierung für Nichtbetroffene im sozialen und professionellen Umfeld beitragen. Die Tabuthemen Tod und Trauer, hier insbesondere auch die Trauer von verwaisten Eltern, sollen mehr Beachtung in der Gesellschaft finden.

Ich werde das Thema auf verschiedenen Ebenen darlegen:

Im ersten Kapitel fließen aus praktischer Forschungsarbeit (narrative Interviews) Erfahrungsberichte zweier Frauen ein, die in den 60 er Jahren ein Kind verloren haben. Meinen eigenen Erfahrungsbericht stelle ich diesen beiden chronologisch hinten an. Entlang zweier Fragestellungen sollen diese Berichte dann ausgewertet werden, ich suche dabei nach Gemeinsamkeiten, Auffälligkeiten und Unterschiede. Zum einen sollen die verletzenden Erfahrungen in den Blick genommen werden und daraus folgende Wünsche, wie es besser ablaufen hätte können. Zum anderen werde ich nach hilfreichen Erfahrungen fragen und nach dem, was diesen Frauen gut getan hat.

Nach diesen Erkenntnissen leite ich dann über zum Literaturteil. Anhand ausgewählter Literatur zum Thema Trauma und Literatur zur daraus resultierenden Trauer werde ich den heutigen Kenntnisstand darlegen. Einerseits werde ich das Thema Trauma (Kap.2.1) und die Folgen (Kap. 2.2) allgemein beleuchten, dann auf die Besonderheiten der Traumafolgen, vor allem vom Wesen der Trauer nach einer Totgeburt, eingehen (Kap.2.3) und daran anknüpfend allgemeine Hilfen im Trauerprozess und Hilfemöglichkeiten zur Traumaverarbeitung aufzeigen wie z.B. die Möglichkeiten der Rituale, die Imagination und andere. Hier soll die Seite der Betroffenen in Blick genommen und konkrete Aussagen getroffen werden, was Betroffene brauchen und wie sie ihre Selbstheilungskräfte einsetzen können (Kap.2.4).

Im dritten Kapitel will ich, wieder anhand von Literatur und anhand der Erkenntnisse aus den Erfahrungsberichten, Verständnishilfen und Sensibilisierung für Nichtbetroffene schaffen. Das können Angehörige sein, KollegInnen bei der Arbeit, FreundInnen,….
Der Umgang der sozialen Umgebung mit traumatisierten trauernden Eltern ist geprägt von viel Unsicherheit und ein professioneller Blick in die Gefühlswelt der Betroffenen soll hier für mehr Klarheit sorgen und den Nichtbetroffenen Tipps für den Umgang im Alltag mit Betroffenen geben.

Zum Abschluss (Kap.4) werde ich dann Erkenntnisse aus den vorangegangenen Ebenen bündeln und in Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit übertragen. Da die Themen Tod und Trauer, Krisensituationen, Traumata und Verlusterfahrungen eigentlich immer präsent sind in der Sozialen Arbeit, denke ich, wird eine Übertragung gut möglich sein. Mein Ziel ist es, diese Tabuthemen einem breiteren Publikum öffentlicher zu machen und einen aufrichtigeren Umgang damit zu finden.
Die vorausgegangenen Kapitel legen dar, dass ein Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit besteht, wie z.B. in Selbsthilfegruppen, Einzelberatungen, Aufklärung der Institutionen (Krankenhäuser, Arztpraxen, Bestattungsunternehmen, …), auch über rechtl. Grundlagen. Bis heute wird oft verkannt, dass hinter vielen psychischen Krankheiten ein nicht verarbeitetes Trauma steckt und eben deshalb ist Aufklärung hier sehr wichtig, z.B. in den sozialpsychiatrischen Diensten.

Das Verständnis von Sterben, Tod und Trauer wird durch Kultur, Gesellschaftsform, religiöse Einstellung und ethische Grundhaltung geprägt, alle Bereiche haben somit Auswirkungen auf den Umgang damit. Alle diese Bereiche finden auch in der Sozialen Arbeit ihre Berücksichtigung. Die Soziale Arbeit soll Menschen unterstützen, ein gelingenderes Leben führen zu können. Hier gehört der gute Umgang mit dem Sterben und dem Tod dazu. Für mich ist, als Begründung für die Wichtigkeit dieses Themas, folgende Aussage eindrücklich geworden:

„Beim Tod kommen wir dem Leben am nächsten“.

(Aussage meines Mannes in der Traueranzeige für unseren totgeborenen Sohn).

1 Erfahrungsberichte

Ich möchte nun unter zwei Fragestellungen Erfahrungen in Bezug setzen, die zwei Frauen aus meinem Heimatort und ich während und nach der Totgeburt machen mussten. Wie bereits in der Einleitung erwähnt soll die Ausarbeitung sowohl verletzende wie auch hilfreiche Erfahrungen einbeziehen. Was hätten sich die Frauen damals anders gewünscht und was hat ihnen damals schon geholfen? Anhand von transkribierten Aussagen der beiden Frauen stelle ich deren Erfahrungen meinen gegenüber. Beide Frauen sprechen schwäbischen Dialekt, ich habe ihre Aussagen allerdings der Lesbarkeit halber in schriftdeutsch verfasst, die Wichtigsten sind im Anhang nachzulesen. Manche schwäbischen Wörter habe ich so belassen, da sie nicht bedeutungsgleich übersetzt werden können. Ich habe die Gespräche als narrative Interviews geführt, d.h. ich habe versucht, folgende Phasen (nach Rosenthal 2005, 150f) einzuhalten:

1. In der ersten Phase habe ich zunächst die Eingangsfrage bzw. die **Erzählaufforderung** gestellt. Diese hat einen sehr offenen Charakter und soll anregen zum freien Erzählen. Als Erzählaufforderung habe ich formuliert: „Ich möchte Sie jetzt einfach bitten, mir zu erzählen, wie Sie das Ereignis der Totgeburt in Erinnerung haben. Wir haben soviel Zeit, wie Sie wollen und Sie sollen mir auch nur erzählen, was und so viel Sie wollen“. Ich gab noch den Hinweis, dass dieses Gespräch aufgenommen wird, die Initialen in der Ausarbeitung abgekürzt oder auf Wunsch verändert werden. Das Gespräch kam schnell in Gang, ich musste nur vereinzelt nachfragen bei Dingen, die für den Trauerprozess von Bedeutung sind, wie z.B. der Name des Kindes oder die Grabstätte.
2. In der zweiten Phase, dem wichtigen **Nachfrageteil** oder auch **„internem Nachfragen“**, habe ich die Frauen zu weiteren Erzählungen aufgefordert, die Segmente aus der ersten Phase näher erklären sollten. Dadurch wurden Handlungsabläufe gut nachvollziehbar und missverständliche Passagen ausgeräumt. Außerdem kamen in dieser mittleren Phase die beiden Fragestellungen nach Hilfreichem und Verletzendem zur Sprache. Ich habe diese aufgeschrieben vor sie hingelegt und sie sollten sich, wenn es nicht schon von alleine der Fall war, nun dazu Gedanken machen und erzählen.
3. In der letzten Phase habe ich versucht, die erzählende Person zu weiteren Erzählungen zu motivieren, die sie bisher nicht erwähnt hat oder die in meinem Interesse waren. Dies bezeichnet man als **„externes Nachfragen“.**

Transkribiert habe ich vor allem wichtige Aussagen zu diesen Fragestellungen (s. Anhang) und ich werde diese illustrativ in die folgenden Erfahrungsberichte einfließen

lassen. In einer kurzen Einleitung zu jedem Bericht gebe ich ein paar persönliche Daten der Frauen an. Die Nachnamen der Frauen habe ich auf deren Wunsch hin abgekürzt, um ihre Identität zu schützen.

1.1 Gespräch mit Frau G.

Frau G. erwartete ihr erstes Kind im Mai 1965. Weitere vier gesunde Jungen wurden von ihr in den Jahren 1966-1972 geboren. Sie erlebte die erste glückliche Schwangerschaft ohne Komplikationen. Der errechnete Geburtstermin lag schon 14 Tage darüber, als Frau G. ins Krankenhaus nach Schorndorf eingeliefert wurde weil sie starke Presswehen hatte. Die Tage davor war sie regelmäßig beim Arzt zur Kontrolle und es wurde ihr immer gesagt, dass es noch nicht soweit sei und sie noch etwas Geduld haben solle. Als es schließlich soweit war, erzählt sie: *„Ich bin ins Krankenhaus voller Optimismus, jetzt wird endlich einmal was gemacht. (…) Ich war ja sowas von unbedarft."* Die Geburt verlief dann sehr zäh, Frau G. beschreibt, dass zwei Hebammen und der Chefarzt bei ihr waren, nichts vorwärts ging *„und so langsam sind die Herztöne einfach schwächer geworden"* und der Arzt, *„der hat mir dann das Kind raus gepresst, also der ist mir auf meinen Bauch drauf gelegen und, …*(Stimme wird leiser) *das hat das Kind einfach nicht vertragen."* Was dann passierte, erzählt sie so: *„…und das hat halt einfach nicht mehr geschnauft. Im Geburtskanal da hats noch Herztöne gehabt und wie das dann geboren worden ist, hats halt nicht geschnauft,…war halt tot. Und ich hab das zuerst gar nicht kapiert, gar nicht begriffen(…)."* Frau G. durfte nach der Geburt ihre Tochter, die ihr Mann und sie Gudrun genannt haben, in den Arm nehmen und lange bei sich behalten. Sie erzählt weiter: „(…) *dann haben sie es auch noch gebadet und die Sachen, die ich hingerichtet habe, haben sie angezogen, dann hab ich sie gekriegt und ein bissle auf dem Arm halten können…es war wirklich ein hübsches Kind, so Lockenhaare, (…), ich hab gedacht, das ist ein nettes Kind (…). Also da waren sie sehr nett. Lang, lang habe ich es behalten dürfen…und die waren also, sehr nett waren die beiden Hebammen."* Auch ihr Mann und ihre Patentante (im schwäbischen „Dote"), bei der sie ab ihrem 12. Lebensjahr aufgewachsen ist, konnten das Baby im Krankenhaus sehen, was Frau G. sehr zu schätzen weiß.
Frau G. wurde dann auf die Wöchnerinnenstation verlegt, mit zwei anderen jungen Müttern in einem Zimmer. Das war für sie eine erste schlimme und verletzende Erfahrung nach dieser traumatischen Geburt: *„Und dann so im Lauf ist mir das dann so, wo dann die andere ihre Kinder gekriegt haben, ist mir das dann, dann ist es so richtig, ja, (…) das ist nicht so einfach gewesen.(…) Ja da bin ich dann richtig traurig geworden, weil das ist doch schlimm, wenn man dann so ein, so ein Kleines sieht wie es in seinem Bettle liegt. Also das find ich eins vom schlimmsten."* Auch dass ihr Kind nirgends mehr auftaucht,

macht sie heute noch traurig: *„Aber erscheint ja nirgends…nein das ist einfach schad."* Da ja damals auch kein Foto gemacht wurde ist ihre einzige Erinnerung an die kleine Tochter: *„Ich weiß bloß noch die Lockenhaare, so blond (…)."* In ihrer Stimme liegt viel Sehnsucht und Liebe und Frau G. ist dankbar, dass sie wenigstens diese kleine Erinnerung an ihre Tochter hat.
Frau G. musste zehn Tage im Krankenhaus bleiben und währenddessen wurde ihre Tochter beerdigt, was zu dieser Zeit in dieser Form nicht üblich war, für Herr und Frau G. allerdings unbedingt notwendig schien: *„…man muss ja das Kind in die Erde bringen (…). Nein, das war uns ja ganz arg wichtig, dass man dann ans Grab auch kann.*" Ein befreundeter Totengräber aus ihrem Heimatort kümmerte sich um die Beerdigung und führte diese auch durch: *„Es war schon ne Beerdigung, aber der Pfarrer war halt nicht, das war damals nicht möglich…aber es ist auf dem alten Friedhof, wir wissen wo sie liegt."* Frau G. konnte nicht dabei sein, sagt mir aber*: "(…) ist mir vielleicht einerseits auch lieber gewesen, das hätt ich nur schwer verkraftet."* Aber selbst heute kann Frau G. die Stelle des Grabes noch auffinden und freut sich offensichtlich darüber. Sie wohnt in unmittelbarer Nähe zu diesem Friedhof.
In der Zeit des Aufenthaltes im Krankenhaus erlebt Frau G. dann die für sie schlimmste Verletzung, sie betont mehrmals, wie weh ihr folgende Geschichte getan hat:
„Also ich war ja im Krankenhaus und dann kommt da mein damaliger Chef, das werd ich dem nie vergessen (Anmerkung: Stimme hebt sich und wird lauter) *ein Rosenstrauß, so* (Anmerkung: zeigt mit ihren Händen die Größe an) *und das einzige was er eigentlich richtig gesagt hat ist: wann kommen sie wieder? (…) Ja, er hat vielleicht auch gesagt, es tut mir leid, das weiß ich nicht mehr (…) er hat da Beziehungen gehabt nach B. zu einem Rosengärtner…ein Rosenstrauch* (in ihrer Stimme liegt Verachtung) *und dann das einzige was ihm eingefallen ist, wann ich wieder komm. Also das hat mich schon arg verletzt, das muss ich sagen."* Und etwas später in unserem Gespräch:
„Das hat mich damals, das hat mich damals, ich weiß nicht, ich hab ja schon ein schlechtes Gedächtnis, aber das kann ich einfach nicht vergessen…richtig eingebrannt. (…) sehr verletzt…das hat mich einfach umgehauen damals, muss ich sagen."
An weitere, derart gravierende Verletzungen kann Frau G. nicht erinnern. Beim Nachfragen kommt sie immer wieder auf dieses eine Erlebnis mit ihrem Chef zurück. Diese Ignoranz ihrer Trauer und diesen unbedacht dahingesagten Satz schmerzen sie bis heute.

Auf die Nachfrage, was ihr in dieser Zeit geholfen hat, muss Frau G. richtig nachdenken und sagt dann: *„Edi, das kann ich dir auch nicht sagen….ich war viel bei meiner Dote, die hat mich dann schon aufgefangen, ich war ja dann die Wochen daheim* (Anmerkung:

Mutterschutz gab´s auch damals), *H. hat geschafft oder hat er Urlaub genommen, das weiß ich gar nicht mehr. Aber ich war viel allein, bin dann halt zur Dote mittags zum essen gegangen".* Und weiter erzählt sie:*„Das einzige was mich tröstet…die haben immer gesagt ha sie können weiterhin Kinder kriegen. An dem hab ich mich ein bissle gehalten, man hat ja nicht gewusst, ob das überhaupt stimmt, aber ja, dann hat man halt gehofft. (…) An irgendwas muss man sich halt klammern, irgendwie."*

Frau G. sieht ihre größte Hilfe in dieser schweren Zeit nach der Totgeburt eindeutig in ihrem Mann. *„Was mir gut getan hat, dass ich meinen Mann gehabt habe, vor allen Dingen. Wenn man dann einen guten Partner hat, ist einfach arg gut, muss man schon sagen. (…) Mein Mann ist immer schon gut für mich gewesen und in so einer Situation natürlich besonders. (…) Wir haben uns immer gegenseitig getröstet, ich mein,… er hat´s ja genauso verloren wie ich auch."*

Frau G. versucht sich weiter zu erinnern, was ihr geholfen hat, diese Zeit zu überstehen und meint zu mir:

„Es ist ja leicht gesagt, aber irgendwann wird´s leichter, aber das dauert halt."

Ihre Freundinnen und auch ihre Schwiegermutter erwähnt sie noch, alle waren wohl sehr betroffen und besuchten Frau G. ab und zu.

Auf meine Frage, ob ihr der Glaube in dieser Zeit geholfen habe und ob sie heute für sich irgendeinen Sinn erkennen kann, antwortet sie*: „Man fragt schon warum. Und ich glaub, das darf man auch."* Und nochmal führt sie aus: *„Nein, das weiß ich nicht, warum, warum, …warum mir... das ist ja nicht bloß mir wiederfahren, der Partner ist ja genauso betroffen, warum wir da durch haben müssen, wird schon einen Sinn gehabt haben, weiß nicht."*

(Anmerkung: Stimme wird immer leiser)

„Bewusster auseinandergesetzt mit den anderen Kindern oder…nein, verstehen tut man es nicht, warum der eine und der andere nicht…." Frau G. versucht, sich einen Sinn zurechtzulegen, dieser scheint sie aber selbst nicht richtig zu überzeugen. Sie sagt deshalb weiter: *„Aber kann einem niemand eine Antwort drauf geben, gar niemand. Also ich hab auch keine Antworten im Leben gefunden, weißt du."* Die Sinngebung nach einem solch traumatischen Ereignis scheint sehr schwer zu fallen. Immer wieder fallen so Sätze wie:

„Vergessen tut man so etwas nicht. Es kommt immer wieder hoch."

„Ja das ist schon ein bissle der Hammer. Da stürzt einem schon der Boden weg (…)."

„Das tut noch lange weh."

„Es ist halt unabänderlich. Man kann sagen, das geht vorbei, aber es geht halt nicht vorbei."

„Es ist halt dein Kind". (Anmerkung: sie betont das „dein" stark)

„Es ist einfach unbegreiflich. Man fragt sich immer noch warum, auch heute noch."

„Aber es ist schon ein Hammer. Ich verdräng das immer ein bisschen, aber wenn man dann so wieder das Thema aufs Tapet bringt, wenn man nochmal drüber nachdenkt, dann war´s eigentlich… ja es war nicht einfach. (…) Es ist schon ein ganz großer Einschnitt im Leben."

„Es ist ja ein ganz blöder Spruch: Die Zeit heilt Wunden, es ist über 40 Jahre her, aber man denkt immer wieder daran (…)aber es tut nicht mehr so weh wie am Anfang, du denkst oft noch daran."

Alle diese Bemerkungen lassen die Tragik und das Ausmaß dieses Erlebnisses deutlich werden. Frau G. ist aber durchaus klar, dass ein Verdrängen der Seele nicht guttut und dass das Darüber- reden ein zentrales Thema zur Verarbeitung bedeutet: *„Es ist schon gut, wenn man´s nicht bloß runterschluckt, das ist nicht gut."*

Frau G. hatte das Glück im Unglück, ihre Tochter auf den Arm nehmen zu dürfen, sie zu berühren und sich von ihr zu verabschieden. Es gibt einen Ort, wo dieses Kind begraben ist, den sie auch heute noch aufsuchen kann. Die wichtigsten Bezugspersonen wie ihr Mann, ihre Patentante, ihre Freundinnen, die Schwiegermutter- sie zogen sich nicht zurück, sondern gingen den Weg der Trauer mit. All dies sind gute Erfahrungen und sehr entscheidend für die Verarbeitung des Erlebten.

Ein letztes, immer wiederkehrendes Thema möchte ich noch kurz anschneiden. Frau G. erwähnt sehr oft im Verlauf des gesamten Gesprächs ihre Nichte Elli, die zwei Monate vor ihrer Tochter geboren wurde. Zu ihr hat Frau G. eine sehr innige Beziehung aufgebaut, sie sagt einmal:*„Die Elli, die ist mir heute noch ans Herz gewachsen, wahrscheinlich hab ich mich da ein bissle,…hab ich´s adoptiert ein bissle, ja vielleicht, ich weiß nicht."*

„Elli war ja gleich alt, beinahe, da hab ich auch schon immer gedacht, das könnt dein Kind jetzt auch sein.(…) Aber ich muss sagen, ich hab das Kind trotzdem ohne weiteres auf den Arm nehmen können. (…) Da hab ich mich auch gewundert, dass ich die Elli,… (…) Ja sie war immer mein Liebling." Die unerfüllte Sehnsucht, doch noch ein Mädchen auf die Welt zu bringen, hat sich anscheinend ganz auf ihre Nichte verlagert. Weitere Aussagen, die diese Vermutung bestätigen finden sich im Anhang.

1.2 Gespräch mit Frau W.

Die zweite Interviewpartnerin, Frau W. hatte schon drei Mädchen, darunter Zwillinge, und erwartete im März 1969 ein weiteres Kind. Die Schwangerschaft war bis zum Ende ohne Probleme verlaufen, das Kind war ein absolutes Wunschkind und wurde freudig erwartet. Zu derselben Zeit waren in Grunbach viele andere Frauen schwanger-*„es war noch die Zeit vor dem Pillenknick"* (vgl. Tabelle 1)- man wusste voneinander Bescheid und begegnete sich oft im Ort. Frau W. erzählt, dass am Abend vor der Geburt *„eine Aufregung"* war, die sie verantwortlich macht für das Sterben des Babys im Mutterleib. Im

weiteren Verlauf des Gesprächs erzählt sie dann genaueres. Ihr Schwiegervater, schon lange Jahre Witwer, lebte mit im Haus, sie beschreibt ihn mir als jähzornigen Mann. An jenem Vorabend muss er sich wie so oft fürchterlich aufgeregt haben *„wir sind da gesessen auf dem Sofa und haben unsere Abendlieder gesungen, auf einmal hat er gegen die Tür gebockelt wie ein Verrückter und wollte rein. Da habe ich mich in die Tür gestellt und hab sie zugerammelt, aber er hat immer weiter gemacht“.* In der darauffolgenden Nacht bekam Frau W. Wehen und sie machte sich mit ihrem Mann auf ins Kinderheim nach Waiblingen. Dort durften schon 1969, als einziger Geburtsklinik im Umkreis, die Väter mit in den Kreißsaal kommen. Frau W. hatte schon eine böse Vorahnung, da sie ihr Baby nach diesem Vorfall nicht mehr gespürt hat, *„dabei war es doch immer so lebhaft“!* Sie war bereits kurz vor dem errechneten Geburtstermin, das Kind war ausgewachsen und gesund. Laut Diagnose der Ärzte hatte sie eine Nabelschnurverengung. Frau W. sieht dies aber als Folge der vorabendlichen Erlebnisse. Schon in der ersten Erzählphase schildert sie eine sehr verletzende Situation im Kreißsaal. Überhaupt scheint die Liste der Verletzungen schon nach kürzester Erzählzeit die Liste der guten Erfahrungen um Vieles zu übertreffen. Die guten und hilfreichen Geschehnisse muss ich erfragen, sie werden nicht einfach so erinnert.

Ihr Mädchen, es sollte Regina heißen (Frau W. war sich, auch ohne Ultraschalldiagnostik, sicher, dass es ein Mädchen sein würde) durfte sie nicht einmal ansehen, geschweige denn in den Arm nehmen. Das Baby wurde sofort nach der Geburt hinausgetragen und nur ein einziger flüchtiger Blick zur Seite genehmigte Frau W. eine winzige und vage Vorstellung vom Aussehen ihres Babys. Sie wurde dann, wie auch Frau G. auf die normale Wöchnerinnenstation verlegt in ein Zimmer mit zwei jungen Müttern, deren Babys am Tag ein paar mal zum Stillen gebracht wurden. Ein entsetzlicher Schmerz für eine Frau, deren Brüste ebenfalls Milch im Überfluss produzierten, für die aber kein kleiner Abnehmer da war. *„Und immer wurden die Babys gebracht zum Stillen… und bei mir ist doch auch Milch gekommen und einerseits hab ich viel trinken sollen weil ich hohes Fieber bekommen hab, andererseits hab ich nicht viel trinken dürfen, weil immer mehr Milch eingeschossen ist.“*

Die Schwestern auf Station hatten kein einziges tröstendes Wort für sie übrig, das Thema Totgeburt wurde nie wieder angesprochen. Ihr kleines Mädchen verschwand einfach im Nichts, kein Andenken an sie sollte es geben: *„…taucht nirgends mehr auf…äh, das einzige ist, wenn man manchmal ein Formular bei einem Arzt ausfüllen muss, äh…wie viel Geburten, ja warum fünf Kinder geboren aber bloß vier…aber sonst taucht das nirgends auf.“*

Auf die Frage, ob es denn ein Grab gibt, erzählt Frau W.:

„Nie hab ich erfahren, nie, ich weiß nicht, ich hab oft wenn ich auf den Friedhof rausgekommen bin, das Gefühl gehabt, wäre es jetzt besser, ich hätt ein Gräble oder..oder ist es besser so, ich bin dauernd hin und hergerissen gewesen, mich hat das bloß, dass sie es so auf die Seite gelegt haben, hat mich so arg gestört."

Wieder zu Hause nach diesem traurigem Erlebnis erfährt Frau W. weitere Verletzungen und man merkt ihr deutlich an, dass sie noch heute, fast 40 Jahre später, sehr darunter leidet. Nicht die Verwandten- sie hatte Schwägerinnen, die fast zur selben Zeit gebären sollten, nicht der Pfarrer- Frau W. ist eine sehr gläubige und in der Gemeinde engagierte Frau, nicht die Nachbarn- Grunbach war damals ein sehr überschaubarer Ort, nicht der Schwiegervater, keiner verliert auch nur ein Wort über die traurige Tatsache, dass Frau W. ohne Baby aus dem Krankenhaus heimkommt. Dass sie schwanger war konnte man aber nicht übersehen haben!

„Ich hätt von manche Angehörige, Nächste hätte ich nur ein paar Worte, da hätte ich noch was erwartet, vielleicht zu viel, aber wenigstens von meine Schwägerinnen, da bin ich enttäuscht gewesen, hätt mir so gut getan, aber ich hab ja nicht betteln können drum, sag mir etwas liebes, wo mir guttut."

Im Gegenteil, sie musste sich verletzende Sätze aus ihrer Verwandtschaft anhören wie*:* *„(…), was will sie denn noch einmal ein Kind, hat sie noch nicht genug, lauter so Sachen. Beim vierten und fünften Kind hat man das ein paar Mal hören müssen."* Oder so ein Satz: *„Du kannst ja nochmal- das soll ein Trost sein!?"*

Weitere Wunden wurden ihr von den Ärzten zugefügt, allerdings auch schon bei ihren früheren Schwangerschaften:

„Mich hat manches verletzt, auch vorher schon, bei den anderen Schwangerschaften, ich habe gesagt, halten sie einen für so dumm? (…) Nur so dahingeschwätzt, manche Sachen bloß hingeschwätzt und nicht gewusst, wie…."

„Ich hab so oft erlebt in letzter Zeit, dass sie gar nicht reinschauen, und manchmal nicht einmal wissen, um was es geht, warum ich zu ihnen komm und das bei einer Geburt, wo man sowieso…."

„Ein Satz oder zwei haben verletzt."

Als Frau W. dann nach vier Jahren doch noch einmal schwanger wird und einen Jungen erwartet- auch das hat sie gewusst- musste ihr Mann noch eine Demütigung von einer Ärztin erfahren:

„(…) die Ärztin hat mich (ihr Mann- Anmerkung von mir) *verschimpft, also, dass wir nochmal ein Kind hätten, beim Samuel. Das sind auch Verletzungen."*

Frau W. hätte sich sehr gewünscht, dass man sie als trauernde Mutter wahrnimmt und hat es sehr vermisst, dass sie ihre Umgebung so wenig hilfreich erleben musste. Die vielen

Neugeborenen, die es in diesem Zeitraum in Grunbach gab, machten ihr das Weiterleben nach dem Trauma auch nicht gerade leicht:
„…ich hab immer die Kinder gesehen, die zur gleichen Zeit geboren sind,… da sind arg viele geboren zu der Zeit…das war nicht immer hilfreich,…bei mir hat es ein Jahr gedauert und ich hab ja drei Kinder gehabt, ich bin den Kinderwägen ausgewichen oder wenn sie laufen gelernt haben und manchmal hab ich später gedacht, wie würde es dem jetzt gehen, wär jetzt die in Grunbach geblieben oder wär sie auch fort zur Ausbildung…".
Keine Verabschiedung vom Kind, kein Andenken ans Kind, keine warmherzigen und sensiblen Worte aus der Umgebung, verletzend dahingesagte Sätze, keine Anerkennung der Trauer und des großen Verlusts, geschweige denn der Vorstellung über das, was Frau W. da durchleben musste- weder im Krankenhaus, noch zu Hause, noch vom Pfarrer- all dies sind sehr prägende und tief sitzende Erfahrungen von Frau W.

Wie bereits erwähnt musste ich im Verlauf des Gesprächs die Frage nach hilfreichen Erfahrungen immer wieder einbringen und Frau W. regelrecht auffordern, sich darüber Gedanken zu machen. Ihr fällt dazu nicht sehr viel ein und es macht uns beiden schmerzhaft bewusst, wie schrecklich diese Zeit für Frau W. gewesen sein muss.
„Das sind die Omas gewesen, die einem Trost zugesprochen haben…" Diesen Satz wiederholt Frau W. öfters und es sind wohl die einzigen Menschen, an die sich Frau W. positiv erinnern kann. Sie sind bei ihr sitzengeblieben, haben ihr zugehört und sie auch mal in den Arm genommen und getröstet. Keine großartigen und komplizierten Dinge also, die Frau W. hier erinnert, aber Zeichen von Menschlichkeit, die ihr unendlich gutgetan haben.
Die wichtigste Person und Stütze in ihrem Leben und besonders in dieser harten Zeit aber ist ihr Ehemann: *„…da bin ich arg froh gewesen, dass ich so einen guten Mann gehabt hab, das muss ich immer wieder sagen, der hat da nix von seinem Vater gehabt…."*
„Da hab ich's am meisten erlebt, dass wir´s miteinander haben tragen dürfen (…)". Meine Pflegemutter hat gesagt, kannst du alles mit deinem Gerhard schwätzen, das hab ich nicht können, das hat man früher nicht können, ich hab dann gesagt, ha wir sind doch verheiratet, wenn man das nicht kann, …das ist früher nicht so üblich gewesen, dass man das Innere so freigibt (….).Ich muss alles mit ihm, negatives und positives…., doch das haben wir gekonnt und da bin ich froh." Frau W. ist eine sehr dankbare Frau und sie erzählt viel von ihrem Mann, der leider auch schon viele Jahre tot ist und den sie immer noch sehr vermisst. Aber sie weiß zu schätzen, wie viel schöne und gute Tage sie mit ihm erleben durfte und das gibt ihr Kraft.
Auf weiteres Nachfragen, ob sie sich an andere hilfreiche Dinge erinnern könne, geht sie auf ihren damaligen Frauenarzt ein, der sie ermutigte, doch nochmal schwanger zu

werden. Das gab ihr Hoffnung und sie bekam, allerdings erst vier Jahre später mit 43 Jahren, ja auch noch einen Sohn.
Das Arbeiten und ihre drei Kinder geben ihr in dieser Zeit auch Antrieb und Abwechslung: *„Wenn ich schaffen hab können und meine anderen Kinder, das hat mir schon geholfen, hab mir immer ein Schärle Kinder gewünscht, aber einfach, mit dem hab ich schon gelebt, neun Monate, mit dem hab ich einfach schon gelebt, das kann ein Mann auch wieder nicht so verstehen. Und jeder Boxer hat mich, und das war lebhaft das Kind weil es halt kräftig war…aber da hat man sich halt gefreut".*
„Jede Stunde hat man mit ihm gelebt, so ist eine Schwangerschaft, Tag und Nacht".
Ich spüre deutlich, dass Frau W. verzweifelt nach hilfreichen Erfahrungen sucht, diese auch meint, gefunden zu haben (Arbeit und Kinder), dann aber schnell alles wieder relativiert und sie die Gefühle über den Verlust ihres Babys wieder übermannen. Gute Erfahrungen sind unheimlich wichtig nach einem Trauma, aber das schreckliche Erlebnis überschattet sehr viel. Die hilfreichen Dinge werden zugeschüttet von schlimmen Erinnerungen und müssen richtig freigegraben werden. Frau W. hat es als sehr hilfreich erlebt, mit ihrem Mann über alles und immer wieder sprechen zu können, ihm ihre Trauer anvertrauen zu können und von ihm getröstet zu werden. Die Omas, die sie besuchten in dieser Zeit waren sicherlich einfache Bauersfrauen, aber sie haben es wohl verstanden, diese junge verwaiste Mutter ein wenig zu trösten. Darüber reden können, dem Schrecken eine Sprache geben und sich dadurch seiner bewusst werden- dies sind wohl die entscheidenden Dinge, die Frau W. halfen, diese Zeit zu überstehen.
Auf ein wichtiges Thema in ihrem Leben möchte ich noch kurz eingehen: das Verzeihen. An mehreren Stellen erwähnt sie, dass es wichtig sei, zu verzeihen:
„Wir müssen verzeihen können, anders kommen wir nicht darüber hinweg (…) und muss ich auch vergessen können, warum vergess ich vieles nicht?"
„Ich weiß nicht, ich weiß bis heute nicht, ja also ich habe lang gebraucht, gerade auch wegen dem Verzeihen hab ich lange gebraucht (mit dem nächsten Kind- Anmerkung von mir)*. Wird manchmal so gehen. Ja, es braucht Zeit und muss einfach immer wieder drum bitten, dass man Kraft kriegt, das ist das Meiste was man kann, ich weiß anders kein Rat*."
Das Erlebnis mit ihrem Schwiegervater, aber auch die vielen Verletzungen im Krankenhaus und ihrem nächsten Umfeld haben Frau W. immer wieder dazu veranlasst, anderen zu vergeben, anderen das zu verzeihen, was sie ihr Unrechtes angetan haben. Sie merkt beim Erzählen selbst, dass ihr das sehr wichtig war und ist, dass sie aber trotz allem vieles nicht vergessen kann. Ich frage sie daraufhin, ob sie jemals diesen Menschen mitgeteilt hat, dass sie sie verletzt haben und Frau W. wird nachdenklich: *„Ich hab oft drüber nachgedacht wenn ich das gesagt hätte, äh, …ich hab auch bei anderen Sachen ist es oft verletzend geschwätzt worden und das hat mir auch zu schaffen gemacht, ich*

hätt es schon sagen sollen, weil es immer wieder gekommen ist, (…) ja es wäre schon besser gewesen." Frau W. ist eine demütige Frau, sie will niemanden verletzen und hat es deshalb wohl bisher nie geschafft, ihren Gefühlen, ihren Verletzungen Ausdruck zu geben gegenüber den Verursachern. Aber sie kommt ins Nachdenken, ob es nicht doch besser gewesen wäre.

1.3 Meine eigenen Erfahrungen

Nach vier langen Jahren erfüllte sich endlich der Wunsch, dass wir Eltern werden sollten. Es war eine sehr harmonische und problemlose Schwangerschaft und das Bangen und Hoffen der ersten 20 Wochen wurde abgelöst von großer Vorfreude, Pläne schmieden und Kinderzimmer einrichten. Alle freuten sich mit uns, da wir den Wunsch, ein Kind zu bekommen, nach zwei Fehlgeburten schon fast aufgegeben hatten. Um meinem Leben eine alternative Perspektive zu geben, nahm ich u.a. mein Studium auf. Alles lief bis Ende der 29. Schwangerschaftswoche (Ende Februar) nach Plan. Dann bekam ich seltsame Schmerzen, die mir aber im achten Monat normal erschienen. Mein Mann und ich waren Anfang März noch eine Woche mit Freunden im Skiurlaub, auch dort ging es mir nicht wirklich gut. Ich hatte ein großes Bedürfnis, endlich heimzukommen, da montags drauf, am 10.März, die nächste Kontrolluntersuchung und das erste mal CTG (Herztöne) sein sollte. Ganz wohl war es mir dabei nicht und irgendeine Ahnung, dass etwas nicht stimmen könnte, hatte ich vielleicht, aber niemals rechnete ich mit dieser Schreckensnachricht vom Tod unseres Sohnes! Am Ende des achten Monats sollte sich unser Leben also schlagartig ändern, als keine Herztöne gefunden wurden und das Ultraschallbild nur verschwommene Bilder zeigte.

Was hätte ich mir selbst anders gewünscht, was hat mich verletzt?
Im Vergleich zu den beiden Frauen W. und G. musste ich zum Glück weniger Verletzungen im Krankenhaus erdulden. Allerdings begann mein Aufenthalt im Kreißsaal mit einer missglückten Begegnung durch den Chefarzt, der mich fröhlich strahlend begrüßte mit den Worten: „Und wie geht es Ihnen denn so?" Das war wohl der unpassendste Empfang, den ich mir vorstellen konnte und ich war ziemlich schockiert über soviel Unkenntnis des Arztes über seine Patientin.
Nach der Geburt hätte ich mir gewünscht, dass man mich ausdrücklich und nicht nur einmal darauf hingewiesen hätte, dass ich unseren kleinen Sohn aus seinem Körbchen herausnehmen und auf den Arm nehmen darf. Man ist in diesem seltsam erregenden Augenblick so „neben sich", dass man auf die einfachsten Dinge nicht kommt. Ich vermisse dieses Gefühl, ihn im Arm gehabt zu haben, sehr!

Ein Foto, nicht nur von unserem Sohn allein, sondern von uns als kleine Familie, wünschte ich mir heute auch sehr. Das war ein unwiederbringlicher Moment, in dem wir Eltern geworden sind, und den muss man einfach festhalten.
Schon am Tag nach der Geburt wurde ich dann leider auf der gynäkologischen Station in ein Dreibettzimmer verlegt. Ich schottete mich so gut es ging mit Blumen gegen meine Mitpatientinnen ab, denn ich konnte die Anwesenheit von Menschen nicht wirklich dulden, die nichts von meinem Schicksal wussten. Ständig brach ich in Tränen aus und musste sie „verschlucken“ um nicht immer aufzufallen. Ein Einzelzimmer wäre wirklich ein wünschenswerter Schutzraum nach solch einem Trauma.
Beim Bestattungsunternehmen war mein Mann mit seiner Mutter, ich lag noch im Krankenhaus. Gewünscht hätte ich mir, dass mein Anliegen, Max-David noch Kleider anziehen zu dürfen, Berücksichtigung gefunden hätte. Diesen Wunsch habe ich erst verspürt, nachdem mein Mann beim Bestattungsunternehmen war. Dagegen wurde mir nur mitgeteilt, „dass das jetzt nicht mehr gehe“. Auch ein Hinweis darauf, dass die Möglichkeit besteht, selbst einen Sarg zu basteln und zu dekorieren, hat leider gefehlt.
Wieder zu Hause war die Angst vor Begegnungen im Ort riesengroß. Am liebsten sind wir mit dem Auto gefahren, auch dieses war wie ein Schutzraum für uns.
Die meisten Menschen reagierten sehr liebevoll und mitfühlend auf uns. Als mein Mann dann aber eine Woche später wieder zur Arbeit musste (eigentlich sollte ein Ehemann automatisch auch krankgeschrieben werden nach solch einem Vorfall. Es ist fast eine Zumutung, so schnell wieder funktionieren zu müssen!) kam von seinen nächsten KollegInnen keinerlei Reaktion. Nur sein Chef führte ein kurzes Gespräch mit ihm. Das war sehr verletzend. Man vergeht fast vor seelischen Schmerzen und dann wird so getan, als sei nichts passiert. Das hinterlässt ein Gefühl von Hass und Ärger und am liebsten würde man es allen ins Gesicht schreien: „Schaut doch her was uns passiert ist, sagt doch wenigstens, dass es euch leid tut, ihr könnt doch nicht einfach so tun, als wäre alles in Ordnung!“
Drei Wochen nach offiziellem Semesterbeginn und ebenfalls drei Wochen nach der Geburt, Ende März, machte ich mich wieder auf in die Hochschule (eigentlich war ich für zwei Semester beurlaubt) und hatte starkes Herzklopfen vor meinen ersten Begegnungen mit meinen KommilitonInnen, die ja vielfach wussten, dass ich schwanger war. Ähnlich wie bei meinem Mann bekam auch ich im Seminar am Montag Vormittag keinerlei Reaktionen auf mein unvorhergesehenes Erscheinen, niemand fragte mich nach den Gründen für mein verspätetes Einsteigen ins Semester und auch Mitstudentinnen, die sicherlich Bescheid wussten, schafften es nicht, auf mich zuzugehen. Ich musste alle Kraft zusammen nehmen und von mir aus die Konfrontation suchen, da ein Leugnen dieses Vorfalls für mich unendlich verletzend war. Die Energien, die mein Mann und ich

nach diesem durchlebtem Trauma aufbringen mussten und müssen, damit wir mit unserem Schmerz von unserer Umwelt wahrgenommen wurden und werden, sind enorm. Wenige Wochen danach und bis heute ist es öfters passiert, dass Menschen in unserer Gegenwart fröhlich über süße Neugeborene reden, über Schwangerschaften, über ihre Kinder und deren Nöte mit dem Einschlafen etc., und sich nicht im geringsten bewusst sind, was sie in uns als verwaiste Eltern dadurch auslösen. Auch heute möchten wir oft herausschreien: „Schaut doch uns an, wir hätten jetzt eigentlich auch ein süßes kleines Baby und wie gerne würden wir es schreien hören und wie gerne würden wir uns auch darüber aufregen, dass es nicht schläft, **wenn es nur leben würde**!“
Unbedacht dahingesagte Sätze, wie z.B. ein Bekannter, der ganz beiläufig, nur drei Wochen nach meiner Totgeburt, sagte:“ Na, schwanger, oder was?“, als mein Cousin und ich uns hinter einem Tisch durchzwängen mussten, sind so verletzend, dass es einem die Kehle zuschnürt (Anmerkung: er hatte meinen Cousin gemeint, dabei aber offensichtlich die prekäre Situation nicht erkannt). Bei manchen dieser Verletzungen habe ich aber die Energie aufgebracht, beim nächsten Zusammentreffen darüber zu reden. Ich achte mehr darauf, was mir guttut und was nicht und bringe das auch zum Ausdruck!
Zum Glück waren es nur einzelne Begegnungen, die verletzend waren. Die jeweils ersten Begegnungen nach der Totgeburt, bei denen meine Trauer nicht zur Sprache kam, sondern sofort beliebige andere Themen Gespräch waren, haben verletzt.
Heute, fünfeinhalb Monate danach wünschte ich mir manchmal, dass mich FreundInnen und Bekannte öfters darauf ansprächen und nachfragten, wie es mir eigentlich geht. Es wird so oft von mir erwartet, dass ich wieder normal funktioniere, und das tu ich auch größtenteils, aber in mir drin ist doch ein Meer von Tränen und eine unendliche Traurigkeit über diesen Verlust und es täte mir auch nach dieser Zeit noch gut, darüber zu sprechen. Ich kann heute gut verstehen, warum es das Trauerjahr oder Witwenjahr gibt, denn mindestens so lange nagt der Verlust eines nahen Angehörigen in einem Menschen.

Was habe ich als hilfreich erlebt, was hat mir gutgetan?
Meine Frauenärztin und die dortige Sprechstundenhilfe waren sehr geschockt, halfen mir aber so gut es ging, mich an einen sicheren und ruhigen Ort zu bringen. Die Ärztin übernahm die unschöne Aufgabe und informierte meinen Mann und meine Eltern, die Sprechstundenhilfe blieb bei mir sitzen, hielt meine Hand und streichelte mich, bis meine Mutter kam. Das tat sehr gut. Als meine Mutter dann da war, löste sich meine Erstarrung und ich weinte und schrie hemmungslos. Den ersten Schmerz in den Armen meiner Mutter heraus zu katapultieren, gab mir ein Stück der Geborgenheit wieder, die ich als kleines Kind schon bei ihr empfand.

Die Ärztin, Hebamme und Krankenschwestern, die mich und meinen Mann im Krankenhaus begleiteten, waren auch sehr einfühlsam. Nach der ersten Untersuchung im Kreißsaal wurden wir (mein Mann und ich) in ein leeres Dreibettzimmer auf der gynäkologischen Station verlegt (ohne schreiende Babys und glückliche Mütter) und durften dort alleine sein mit unserem Schmerz und der schrecklichen Vorstellung, dieses tote Baby normal auf die Welt bringen zu müssen. Anders hätte ich diese Situation nicht ertragen können.
Nachts um 1 Uhr 20 kam dann unser Sohn auf die Welt. Ich hatte eine örtliche Betäubung (Peridualanästhesie) gelegt bekommen, hatte davor aber schon heftige Wehen und von daher ein „fast normales“ Geburtserlebnis, was für uns beide, trotz vorheriger völlig gegensätzlicher Annahme, doch zu einem ergreifenden Erlebnis wurde. Unser Sohn wurde uns in einem Moseskörbchen[1] gebracht, eingewickelt in ein weiches gelbes Handtuch, wir durften ihn bei uns behalten so lange wir wollten. Die Hebamme machte ein Foto von ihm und wir bekamen eine Erinnerungskarte überreicht mit seinen Fußabdrücken, seiner Größe und Gewicht und einem wunderschönen Gedicht von meinem Lieblingsautor A. de Saint Exupéry. All das waren sehr wohltuende Erfahrungen im Krankenhaus und haben die oben genannten Verletzungen überlagert. Die Frau an der Pforte hat meinem Mann alle Parkkosten erlassen, eilige Post für uns weggeschickt, Faxe übermittelt,…lauter kleine Segenszeichen für uns in diesen schrecklichen Tagen voller Schmerz und unvorstellbarer Trauer.
Am Tag nach der Geburt kam Frau Künzer-Riebel, selbst verwaiste Mutter und Initiatorin der „Initiative REGENBOGEN“[2] (s. Literaturliste), zu uns, um mit uns zu sprechen über das Erlebte. Über diese Vermittlung waren wir auch sehr dankbar, das Gespräch hat uns klargemacht, was wir in den nächsten Tagen, Wochen und Monaten erleben werden an Gefühlen wie Schock, Wut, Hass, Verleugnung, Auflehnung, Nicht-Wahrhaben-Wollen, welche Verletzungen wir erleben werden und wie viel Kräfte wir aufbringen werden müssen, um den Alltag wieder zu meistern. Auch über das Angebot, sie als „Trauerbegleiterin“ noch zwei weitere Male kostenlos in Anspruch nehmen zu dürfen, war ich sehr dankbar. Sie war und ist meine Anlaufstelle, wenn ich das Gefühl hatte „jetzt geht gerade gar nichts mehr“. Mein Mann und ich können uns bis heute zum Glück gegenseitig stützen und trösten, da wir meistens zu unterschiedlichen Zeiten trauern. Die Beziehung zu ihm hat an Tiefe gewonnen und ich wüsste nicht, wie ich diese Zeit ohne ihn überstehen hätte sollen.

[1] Der kleine Säugling Mose aus dem Alten Testament der Bibel wurde auch in einem kleinen Korb auf den Nil gelegt, um dort von Pharaos Tochter gerettet zu werden. Inzwischen haben viele Krankenhäuser solche Körbchen, um die toten Säuglinge zu ihren Eltern zu bringen.

[2] Entstanden ist die Initiative REGENBOGEN "Glücklose Schwangerschaft" e.V. im Jahre 1983 als Elterninitiative aus eigener Not heraus, es war die erste Initiative zum Thema „früher Tod eines Kindes“ in Deutschland überhaupt.

Im Gegensatz zu den anderen Berichten wurde unser Sohn mit seinem Namen ins Familienbuch eingetragen und es gibt eine Geburtsurkunde. Somit ist er wenigstens nicht ganz verschwunden! Auch in der Rubrik des ev. Gemeindebriefs „Freude und Leid in der Gemeinde“ ist er aufgeführt und hat seinen Platz. Das tut gut.
Schon im Krankenhaus, aber auch die ersten Tage zu Hause bekamen wir unwahrscheinlich viel Post und e-Mails von allen möglichen lieben Menschen. Mein Mann hatte direkt am Tag nach der Geburt eine Rundmail an sämtliche Freunde, Bekannte und Verwandte geschickt (s. Anhang), damit so viele wie möglich von unserem Schicksal erfahren sollten. Für uns war das genau richtig, so konnte dieses Thema nämlich nicht „totgeschwiegen“ werden, denn auf eine solche Mail gar nicht zu reagieren, wäre fast unmenschlich gewesen. Alle Menschen, die uns in unserer Trauer begleitet haben, bekamen von uns eine Danksagungskarte gemailt oder ausgeteilt, auf die wir wiederum viel positive Rückmeldung bekamen und die für uns im Rückblick eine gute Sache war (s. Anhang).
Der Tag der Beerdigung, eine knappe Woche später (am Geburtstag meiner Mutter), war zwar wieder enorm kraftraubend und schmerzhaft, aber trotzdem eine hilfreiche Erfahrung für uns, die die Realität des erlebten Verlustes bewusster machte. Unser Gemeindepfarrer ist ein guter Bekannter von uns und er hat die Traueransprache in einer Art und Weise gehalten, dass es zwar sehr intim und andächtig war, aber nicht so emotional, dass ich in Tränen ausbrechen musste. Das war für mich in diesem Moment genau richtig und ich bin dankbar darüber. Wir hatten Texte und Lieder mit frohen hoffnungsvollen Botschaften ausgesucht, die selbst gestaltete Kerze von meiner Patentochter und Patin von Max-David brannte, sein Foto und ein kleines Kamel-Stofftier stand auf einem Tisch, alles war liebevoll dekoriert (s. Anhang). Die Paten unseres kleinen Sohnes standen mit uns am Grab, wir warfen unsere Briefe zu ihm ins Grab, dazu ein Stofftierle und ein von mir gefilzter Ball. Erst als meine Schwester mich am Grab ganz fest in den Arm nahm, brach die ganze Traurigkeit aus mir heraus und ich weinte heftig. Auch das tat gut in diesem Moment! Sein Grabstein bekam unser Sohn von seinem Opa, der einen großen Kieselstein aus seinem Urlaub am Rhein mitbrachte und diesen mit Name, Geburtsdatum und einem Bibelvers gravierte. Beim anschließenden Kaffeetrinken mit allen, die auf der Beerdigung dabei waren (unsere Eltern, unsere Paten, Paten von unserem Sohn, engste Freunde und Cousins) fühlten wir uns geborgen und waren froh, diesen traurigen Tag nicht alleine verbringen zu müssen. Ich besuche ihn einmal wöchentlich an seinem Grab, für mich ist es gut, dass es ein Grab gibt, aber die Trauer über diesen Verlust bricht eher zu Hause aus, in dem nicht bewohnten Kinderzimmer.
Weitere hilfreiche Erfahrungen waren all die Begegnungen mit Eltern, Geschwistern, Freunden und Bekannten, bei denen wir zuerst über unsere Trauer sprechen durften, um

dann auch wieder andere Gesprächsthemen anzuschneiden. Auch heute noch erlebe ich es als wohltuend, wenn mich Personen darauf ansprechen, denn immer noch tut es gut, darüber zu reden und den Verlust Realität werden zu lassen und somit langsam in mein Leben zu integrieren. In unserer Wohnung und am Arbeitsplatz meines Mannes steht ein Bild von Max-David, es ist nicht zu übersehen, denn wir wollen, dass ihn die Leute wahrnehmen und aus ihren Gedanken nicht verbannen, sondern sein Andenken bewahren. Er war und bleibt Teil von uns.
Als der eigentliche Geburtstermin näherrückte bekam ich von zwei Freundinnen liebe Postkarten. Wie schön war es, dass auch dieser Termin nicht vergessen wurde! Mein Mann nahm einen „Geburtstagskuchen" mit zur Arbeit, dieser wurde zum Andenken an Max-David verspeist und es ergaben sich dadurch wertvolle Gespräche mit seinen KollegInnen. Wichtige und hilfreiche, aber kraftzehrende Erfahrungen sind das!
Tagebuch schreiben ist für mich seitdem auch wieder hochaktuell und ich habe ein „Freudetagebuch" angefangen mit all den kleinen und größeren wohltuenden Erfahrungen, die ich zur Zeit mache und die mir helfen, wenn ich mal wieder am Boden bin. Ich hatte mir viel Lektüre zu dem Thema Totgeburt, Trauer und Verlust ausgeliehen, lange bevor klar war, dass ich darüber schreiben werde. Es tut einfach gut, von ähnlichen Erfahrungen zu lesen und zu spüren, ich bin nicht alleine mit diesem Schicksal.
Was mir heute sehr gut tut, ist, dass mein Mann mich wieder zum Lachen bringt! Die „alte" Edi kommt langsam wieder zum Vorschein und darüber bin ich unwahrscheinlich froh, da ich schon große Angst hatte, alles von meiner positiven Lebensausstrahlung sei verloren gegangen.

Zusammenfassend möchte ich aus diesen drei Berichten die Bedeutung des Abschied Nehmens herausstellen. Frau G. und ich konnten unser Kind anschauen, es berühren, es auf dem Arm halten und es begraben. Wir haben zumindest einen Ort, wo wir hinkönnen mit unserer Trauer und wir haben eine Erinnerung an unser Kind, wir wissen wie es aussah. Frau W. hat dies alles nicht und sie leidet bis heute darunter.
Unser Kind taucht im Stammbuch auf, es ist „schwarz auf weiß", dass hier ein Mensch bei seiner Geburt gestorben ist, dieses „Verschwinden" des eigenen Kindes hat beide Frauen sehr verletzt und ist heute zum Glück anders geregelt.
Alle drei mussten wir die Demütigung erleben, dass andere Menschen unsere Trauer ignorierten oder mit dahingesagten Sätzen große Wunden hinterlassen haben. Einzelne Sätze waren es bei uns allen, die so tief verletzt haben, dass sie lange Jahre später noch präsent sind.
Auch die Unterbringung in einem Dreibettzimmer war für uns drei Frauen nicht hilfreich. Ich lag zumindest auf der gynäkologischen Station und musste keine stillenden Mütter

neben mir ertragen, aber selbst die Tatsache, nach diesem Schock mit meinem Schmerz nicht alleine sein zu können, meinen Tränen nicht freien Lauf lassen zu können, müsste nicht sein und ließe sich sicherlich besser regeln in den Krankenhäusern.
Alle drei hatten und haben wir aber das Glück, in einer Partnerschaft zu leben, die uns in dieser schweren Zeit viel Halt gab und gibt.
Ich leite nun über zum nächsten Kapitel, welches anhand wissenschaftlich fundierter Literatur das Erleben eines Traumas und die Folgen näher erläutert.

2 Trauma

Da der Verlust eines Kindes und/oder ein traumatisches Geburtserlebnis als traumatisches Ereignis eingestuft wird (s. Einleitung), möchte ich in diesem Kapitel das Trauma und seine Folgen näher betrachten. Es soll zum Verständnis dienen, warum sich Betroffene nach ganz bestimmten Mustern verhalten. Ich beziehe mich im Folgenden auf aktuelle Literatur aus der Psychotraumatologie[3] mit bekannten Vertretern wie Huber, Fischer, Reddemann, Levine, Schäfer und Sachsse (s. Literaturliste).

2.1 Was ist unter einem Trauma zu verstehen?

Der Begriff „Trauma“ entstammt der griechischen Sprache und bedeutet Wunde oder Verletzung (vgl. Schäfer 2006,11). Menschen durchleben bei einem Trauma eine Extremsituation, auf die sie in keiner Weise vorbereitet waren und die sämtliche Bewältigungsmechanismen lahmlegen bzw. überfordern. In der Psychotraumatologie nennt man dies eine *„Überflutung mit aversiven Reizen“* (im Original auch in „“-Zeichen, Huber 2005 b, 40). Diese Reize können sehr unterschiedlich sein. Ihnen gemeinsam sind aber die völlige Hilflosigkeit, panische Todesangst und Ohnmachtsgefühle, die sie bei der betroffenen Person auslösen und diese dadurch völlig überfordern.
Man unterscheidet im Allgemeinen drei Formen:

- Menschen bekommen von Menschen Traumata zugefügt (z.B. sexualisierte Gewalt, Folter) - diese kommen am häufigsten vor und sind am schwersten zu verarbeiten, oftmals erleben Betroffene über Jahre hinweg solche „menschengemachte“ Traumata.
- Naturkatastrophen oder schwere Schicksalsschläge (z.B. Erdbeben, Totgeburt) - diese richten auch schweren Schaden an, können aber besser verarbeitet werden, weil es ein einmaliges traumatisches Erlebnis ist. Wenn es gelingt, diese Erfahrung nicht als persönliche Strafe o.ä. anzunehmen sondern als etwas, das leider jedem passieren kann, erleichtert es den Umgang damit.

[3] Psychotraumatologie: Gottfried Fischer und KollegInnen kreierten diesen Begriff der interdisziplinär ausgerichteten „Lehre von psychischen Verletzungen und ihren vielfältigen negativen Folgen für die davon Betroffenen“ (Fischer, 2003 a), 15).

- Bei kollektiven Traumatisierungen (z.B. Kriege), kann man sich ein bisschen damit trösten, dass es vielen anderen gleich ergeht.

(Vgl. Reddemann 2008, 17f)

Levine beschreibt eindrücklich: *„Ein Trauma trennt Menschen von ihrem Körper ab. Wenn wir verliebt sind, schweben wir im „siebten Himmel". Wenn wir traumatisiert sind, wird uns der Boden unter den Füßen weggezogen"* (2007,51).

2.1.1 Trauma versus belastendes Lebensereignis

Huber betont in ihrem Standardwerk „Trauma und die Folgen" (2005 b, 38ff), dass der Begriff Trauma heute fälschlicherweise oft in den Mund genommen wird, um schwierige oder stressige Situationen, oft innere Konflikte zu umschreiben. Sicherlich können diese auch sehr belastend sein und solche Konflikte erfordern höchste Anspannung. Ein wirkliches Trauma lässt sich laut Huber aber daran festmachen, dass es keine Chance des Entkommens oder des dagegen Ankämpfens mehr gibt und es alles Vorstellbare übersteigt. Ein Trauma ist gekennzeichnet von real existierendem, extremem Stress. Die erste Abbildung macht sehr deutlich, welche Merkmale bei einem Trauma auftreten und wie es sich dadurch unterscheidet von einem belastenden Lebensereignis:

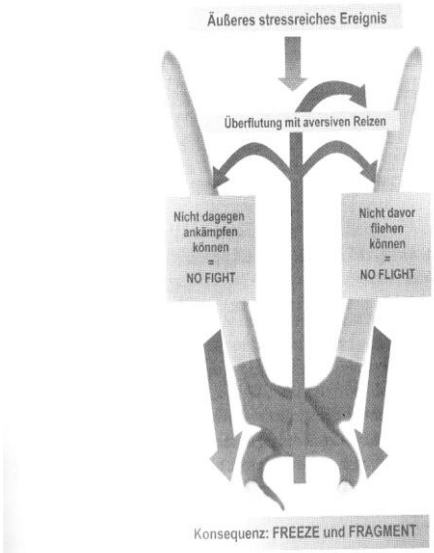

Abbildung 1: Traumawirbel **Abbildung 2: Traumatische Zange**[4]

Abbildung zwei macht deutlich, dass beim traumatischen Erlebnis weder Kampf noch Flucht als stressverarbeitende Methode funktionieren und die traumatische Zange im Gehirn „zupackt" und nur Reflexe des Freeze und Fragment (s. Kap. 2.1.3) zulässt. Das Gehirn erkennt die Situation als äußerst lebensbedrohlich und wird regelrecht überflutet. Gefühle wie „jetzt geht nichts mehr", „jetzt ist alles aus" oder „ ich falle in ein tiefes schwarzes Loch" machen sich breit und alles scheint unfassbar.

[4]Quelle: Huber 2005 b, 38-39

2.1.2 Die Phasen nach dem Trauma

Ähnlich wie bei den Trauerphasen nach Kast (vgl. Kap. 2.2.4) gibt es auch beim Trauma erkennbare Stadien, die meistens nacheinander folgen, sich aber durchaus auch abwechseln können (vgl. Schäfer 2006, 34f). Die Phasen werde ich mit Zitaten aus dem Büchlein "Schattenkind" von Thomése ergänzen, der als verwaister Vater sehr eindrücklich den Verlust seiner Tochter beschreibt und welche die Stimmung in den Phasen etwas spürbar machen:

- Schock - dieser tritt immer in der ersten Phase auf, im Kap. 2.1.4 werde ich ausführlicher darüber schreiben.
  „Dort, hinter mir, stirbt jetzt unser Kind. Gleich ist sie für immer fort. Ich wusste es, aber ich fühlte es nicht. Ich fühlte gar nichts mehr. Ein Stein war ich geworden, ich konnte nur noch brechen" (S.21).
- Nicht-Wahrhaben-Wollen - die Unfassbarkeit des Geschehenen bricht hier zu Tage.
  „Unser Leben ist zugeschlagen wie ein Buch, in dem wir eben noch entspannt gelesen hatten" (S.22).
- Aufbegehren und Wut - diese Phase wird von Betroffenen je nach erlebtem Trauma unterschiedlich erlebt und mischt sich oft mit unendlicher Trauer, v.a. bei Traumata mit Verlust eines nahestehenden Menschen.
  „Sehr viele, wenn nicht die meisten Lebenden sind uns unerträglich geworden. In unserem Beisein die Zeit totzuschlagen, vor unseren Augen das Leben zu vertun! Aber verrecken? Von wegen! All diese Leute, die sich ihrer Sache so verdammt sicher sind, die leben, als würden sie die Antworten kennen" (S. 46).
- Akzeptieren - diese Phase ist sicherlich die langwierigste und schwierigste. Ein Integrieren der individuell erlebten Geschichte in das eigene Leben muss hier stattfinden, ein neuer Lebensplan muss definiert werden, die Vergangenheit muss als Vergangenes steuerbar in Erinnerung gerufen werden können. Die Akzeptanz für: „ja, das ist mir wirklich passiert und es war schrecklich" muss stattfinden. Das alles ist richtige Arbeit und braucht Zeit.
  „…, und auch wir selbst sind Fremde im eigenen Leben" (S. 30).
  „Ich hatte das Leben in der Hand, aber jetzt bin ich ihm in die Hände gefallen. Ich leugnete den Tod, jetzt bin ich bei ihm zu Hause. Ich weiß dann demnächst, wo ich hinmuss: ich war schon mal da" (S. 37).
- Trauer – diese Phase tritt oft in Verbindung mit Aufbegehren und Wut auf, oft aber richtig intensiv erst nach der Phase des Akzeptierens, dann nimmt den Betroffenen eine unendlich erscheinende Traurigkeit über den erlittenen Verlust völlig in Beschlag.

„Es ist der leere Stuhl an unserem Tisch. (…).Es ist der Geburtstag, den man nie feiern wird.(…). Es gibt so vieles dieser Art, und noch viel mehr (wie viel, weiß ich noch nicht: Das Fehlen hat gerade erst angefangen), und all das wird ihr ganzes ungelebtes Leben lang in Erwartung bleiben müssen. – Ja, sie ist tot, aber müssen die Dinge uns das nun immer und immer wieder erzählen?" (S. 57).

2.1.3 Fight or Flight / Freeze and Fragment

Die englischen Bezeichnungen für das menschliche Überlebenssystem sind sehr griffig und ich verwende sie deshalb in den Überschriften.
Reddemann erklärt in ihrem aktuellsten Werk über Trauma (2008, 30ff), dass Kampf oder Flucht die in Stress zur Verfügung stehenden Reaktionen sind für Menschen aller Kulturen und für Tiere. Körper und Geist sind dabei in Alarmbereitschaft. Zum Kampf wird es kommen, wenn realistische Chancen bestehen, den Gegner zu überwinden, Flucht ist angesagt bei realistischen Chancen, dem Gegner zu entkommen. Bei akutem Stress kommt es zu einer Freisetzung von Glukokortikoiden (u.a. Kortisol) aus der Nebennierenrinde. Dadurch erhöht sich der Glukosegehalt im Blut und der Organismus liefert somit vermehrt Energie. Blutdruck und Puls steigen, die Durchblutung der Muskeln ist erhöht, Verdauung, Wachstum, Fortpflanzung und Immunsystem dagegen sind geschwächt. Angst verändert den Körper und Geist in Richtung Kampf oder Flucht, das Denken ist eingeengt.

Huber erläutert diesen Vorgang genauer (2005 b, 41ff).Innerhalb weniger Millisekunden läuft diese Reaktion ab: der stammesgeschichtlich älteste Teil unseres Gehirns, das Stammhirn, bestimmt diese zwei Reaktionen oder auch Reflexe. Das autonome Nervensystem ist betroffen, d.h. diese Reaktionen können willentlich nicht direkt vom Menschen beeinflusst werden. Wer zu einer dieser beiden Reflexe bei akutem Stress fähig ist, wird diesen eher als ein belastendes Ereignis abspeichern als ein Trauma. Das Stammhirn reagiert nicht unbedingt „vernünftig", diese Reaktionen, „Fight or Flight", geschehen ohne Nachdenken, es bestehen keine Verbindungen zu den Großhirnregionen. Geschlechtsspezifisch stellt Huber fest, dass Frauen eher zur Flucht, Männer eher zum Kampf neigen.
Gottfried Fischer, Forschungsleiter des deutschen Instituts für Psychotraumatologie, beschreibt ein Trauma als „unterbrochene Handlung". Dies ist ein *„Kampf, -oder Fluchtversuch, der in einer äußerst bedrohlichen Lage unternommen wird, aber erfolglos bleibt"* (2003 b, 12). Alle Anstrengungen sind vergebens, der Mensch versucht, das Unvermeidliche zu vermeiden, es gelingt ihm aber nicht (vgl. 2003 b, 13).

Wenn „Fight or Flight“ also nichts halfen, dann geschieht „Freeze and Fragment“.
Ab der Freeze-Reaktion findet das eigentliche Trauma statt.
Huber erläutert weiter (2005 b, 43-51):
„Freeze“ steht für „einfrieren“, es beschreibt eine Lähmungssituation. Das Gehirn macht den angsterregenden, aversiven Reiz unschädlich, in dem er den Organismus in Distanz zu diesem Reiz bringt. Dies geschieht im stammesgeschichtlich jüngeren Teil des Gehirns, dem limbischen System. Eine Flut von Endorphinen, das sind körpereigene schmerzbetäubende Opiate, hilft dem Organismus dabei, sich innerlich „wegzubeamen“. Noradrenalin wird vermehrt von der Nebennierenrinde ausgeschüttet und spaltet die Wahrnehmung des traumatischen Ereignisses ab. Alles, was um einen herum passiert, scheint völlig fremd, nicht zur Welt gehörend, ein böser Traum. Anstatt zu schreien, zu weinen oder um Hilfe zu rufen, ist der Mensch völlig erstarrt, gelähmt, wie „eingefroren“ (vgl. Kap. 2.1.2). Levine beschreibt den Totstellreflex aus dem Tierreich an einer Antilope oder einem Opossum als wichtigste Verteidigungsmaßnahme wenn Flucht und Kampf aussichtslos sind. Im Unterschied zu uns Menschen gelingt es diesen Tieren allerdings, sich nach diesem Zustand von selbst wieder zu normalisieren. Die Gefühle, die wir Menschen bräuchten, um wieder in die Realität zurückzufinden, sind aber betäubt (vgl. Levine 2007, 36f).
„Fragment“ bedeutet die Zersplitterung von Erfahrungen. Das real erlebte Ereignis wird nur unter größter Anstrengung erinnert. Nur **dass** etwas passiert ist wird erinnert, nicht aber **was** genau.
„Wenn es um die Speicherung und Verarbeitung stressreicher Ereignisse geht, stehen uns Menschen nämlich vor allem zwei Systeme zur Verfügung, deren Funktionsweise verschieden ist, die sich aber gegenseitig ergänzen: das Amygdala-System und das Hippocampus-System“ (Huber 2005 b, 44).
Das Hippocampus-System ist das „Archiv unseres Gedächtnisses“ und sieht aus wie ein Seepferdchen (deshalb der Name).
Das Amygdala-System ist die „Feuerwehr im Gehirn“, ist kleiner als der Hippocampus, nämlich nur erbsengroß und mandelförmig (deshalb der Name). *„Schneller geht´s nicht: reagieren, bevor der Hormonschub kommt. Mit einem Sprung aus der Gefahrenzone – dafür ist dieser blitzschnelle Reaktionsweg da“* (Huber 2005 b, 45).
Hippocampus und Amygdala sind also Gedächtnissysteme der Stressverarbeitung.
Das **Hippocampus-System** wird auch **„cool-system“** genannt. Hier findet die raumzeitliche Einordnung eines Erlebnisses statt, die Verknüpfung des Erlebnisses mit der eigenen Biografie und eine narrative Erinnerung an das Erlebnis ist möglich, d.h. die Person kann darüber reden. Wenn diese Kriterien erfüllt sind, können stressbesetzte Erinnerungen gut integriert werden ins Leben. Erinnerungsmaterial aus dem

Hippocampus-System kann allerdings mit der Zeit auch verfälscht werden, da die Person die Geschichte im Lauf ihres Lebens immer wieder etwas anders erzählen wird, je nachdem was ihr wichtig ist oder wer ihr Gegenüber ist.
Das **Amygdala-System** wird auch **„hot-system“** genannt und dient der Speicherung von höchst emotionalen, mit Angst verbundenen Erlebnissen. Die schlimmsten Erlebnisinhalte werden zunächst nicht ins biografische Gedächtnis integriert, sondern vom diesem System regelrecht herausgefischt, das Sprachzentrum wird blockiert.
Die beiden Systeme arbeiten parallel, bei extrem hohem Stresspegel setzt sich aber das Amygdala-System als „Feuerwehr“ durch, das Hippocampus-System bekommt Ausfälle (z.B. Sprachblockade). Ein Entfremdungsgefühl, völlig raumzeitloses Geschehen und eine seltsame Ruhe mitten im Trauma treten während des „Alarms“ auf. Erst wenn das Hippocampus-System wieder einspringt, kann die Person kurzzeitig klare Gedanken fassen, die dann aber wieder vom Amygdala-System unterbrochen werden, wenn die Angst zu groß wird bei realer Wahrnehmung der Gefahr.
Oftmals besteht Traumamaterial aus heftigen körperlichen und emotionalen Erinnerungen (auch „affektiv-physiologisch“ genannt) aus dem Amygdala-System und aus einzelnen bewusst erinnerten Bildern oder Ausschnitten aus dem Hippocampus-System.
Da das Amygdala-System entwicklungsgeschichtlich von Geburt an arbeitet, das Hippocampus-System aber erst später funktioniert, werden traumatisierte Kinder ihre Erfahrungen überwiegend im „hot-system“ abspeichern. Huber erklärt: *„Das biografische Gedächtnis – und damit die Fähigkeit, auf früher Gelerntes in Stress-Situationen zurückzugreifen – wird erst später funktionieren“* (2005 b, 50). Erwachsene dagegen können auf lebensbedrohliche Situationen eventuell mit weniger Angst reagieren, dafür mit koordinierter Handlungsfähigkeit, die im Hippocampus-System abgespeichert wurde und auf die sie nun zurückgreifen können.

2.2 Reaktionen auf ein Trauma

Grundsätzlich gilt, dass alle Reaktionen, Folgen oder Symptome, die nach einem akut erlebten Trauma auftreten, der Selbstheilung dienen und als sinnvolle Reaktionen des Organismus gewertet werden müssen. Viele dieser im Folgenden genannten Reaktionen dienen als Schutzfunktion, um nicht noch einmal in Gefahr zu kommen. Oftmals ist dieser Schutz aber nach der akut erlebten Gefahrensituation nicht mehr nötig. Unser Gehirn bleibt aber weiterhin in Alarmbereitschaft, da wie oben beschrieben, Traumamaterial oft im Amygdala-System abgespeichert wurde. (Vgl. Schäfer 2006, 19ff und Huber 2005 b, 68f).

Das Symptomverständnis des Deutschen Instituts für Psychotraumatologie(DIPT)[5] geht vom „Normalitätsprinzip“ aus und besagt, dass keinesfalls das Traumaopfer verrückt ist, wenn diese Symptome auftreten, sondern *„vielmehr die Situationen oder die Lebensumstände, mit denen es konfrontiert ist oder war.“* Traumafolgereaktionen sind eine *„gesunde Antwort () auf eine verletzende bzw. extrem kränkende Erfahrung“* (Fischer 2003 b, 19).
Huber betont die Unterscheidung zwischen einer posttraumatischen Belastungs**reaktion**, die unmittelbar nach dem Trauma auftritt und der Posttraumatischen Belastungs**störung** (PTSD). Zu einer Störung wird es erst, wenn im Folgenden genannten Symptome intensiver werden und eine große Anzahl dieser länger als vier Wochen andauern (vgl. Huber 2005 b, 68f). Ich beschränke mich in dieser Arbeit auf die erstgenannte Belastungsreaktion mit ihren häufigsten Anzeichen, die sich in vier Elemente zusammenfassen lassen:

2.2.1 Konstriktion

Darunter versteht man die *„Vermeidung aller Reize, die mit dem Trauma zu tun haben, und Einengung der Vitalität und des Verhaltens“* (Huber 2005 b, 74) und sie äußert sich folgendermaßen:

Vermeidung, Rückzugsverhalten

Jegliche Situationen, die an das Trauma erinnern, werden systematisch gemieden. Viele traumatisierte Menschen meiden Menschenmassen und fühlen sich grundsätzlich unter Menschen unwohl, sie ziehen sich aus ihrer sozialen Umgebung zurück. Das Gefühl, von allen anderen nicht verstanden zu werden, führt bei vielen zur Isolation und Vereinsamung. Kurzfristig ist dieses Verhalten durchaus hilfreich, aber längerfristig ist es sicher hinderlich, deshalb sollte die betroffene Person einen behutsamen neuen Umgang mit diesen Situationen lernen. (Vgl. Reddemann 2008, 38).

Gefühlstaubheit

Traumatisierte Menschen schalten oftmals alle Gefühle ab, das Erlebte scheint dadurch unwirklich und es macht diese Menschen für ihre Umwelt scheinbar „stark“, da die überflutenden Emotionen so keine Wirkung mehr auf die Betroffenen haben können. Eine gewisse Gefühlskälte umgibt traumatisierte Menschen, was den Umgang mit ihnen wiederrum schwierig macht und ihre Isolation unterstützt. (Vgl. Schäfer 2006, 22f).

[5] Gottfried Fischer gründete 1991 das DIPT (bei Köln), „das sich als eine der ersten Einrichtungen in Europa seither konsequent mit der Erforschung, den Möglichkeiten der Therapie, aber auch der Vorbeugung von psychischer Traumatisierung befasst“ (Fischer, 16).

Dissoziative Störungen

Michaela Huber hat in ihren Werken sehr ausführlich darüber geschrieben, ich werde nur kurz auf diese Reaktion eingehen, da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Dissoziation (lat.: trennen, scheiden) ist das Gegenteil von Assoziation (lat.: verknüpfen, zusammenfügen) und meint ein Entfremdungserleben, ein Zur-Seite-Schieben von zu unwichtigen oder brisanten Erfahrungen. Wir dissoziieren alle täglich wenn wir in etwas völlig versinken, wenn wir vollkommen abschalten, uns „wegbeamen", alles um uns herum vergessen (beim Lesen eines spannenden Krimis z.B.) und das ist gut und richtig so. Nimmt der Stress, und hier vor allem der traumatische Stress allerdings extrem zu, dann nimmt auch die Dissoziation zu und kann zur Störung werden. *„Dem Vorteil, durch Dissoziation dem Entsetzlichen der traumatischen Wirklichkeit zu entkommen, steht also der Nachteil gegenüber, später das Abgespaltene a) entweder integrieren zu müssen oder b) mit einer durch (…) abgespaltenen Selbst-Anteile gequälten Persönlichkeit dauerhaft leben zu müssen, (…)"* (Huber 2005 b, 135). Ich gehe kurz auf die Formen von Dissoziationen ein anhand einer Tabelle nach Huber (vgl. Huber 2005 b, 56-57):

Tabelle 2: Formen von Dissoziationen

Alltagsdissoziation	z.B. Versinken in einen Krimi
Amnesie	a) Biografisch b) Im Alltag- über die normale Vergesslichkeit hinaus: Wissen nicht zugänglich haben.
Derealisierung	Umgebung oder Teile davon nicht adäquat wahrnehmen, bei sonst normaler Funktion der Wahrnehmungsorgane. „Das geschieht nicht wirklich, nicht jetzt und mir". Eventuell Selbstverletzung, um sich zu spüren.
Depersonalisierung	Das Selbst oder Teile davon nicht adäquat wahrnehmen, z.B. kein Schmerzempfinden, „neben sich stehen", wie abgetrennt vom eigenen Körper sein.
Fugue (lat.: Flucht)	Sich an einem Ort wiederfinden und nicht wissen, wie man dahin gekommen ist, Ausführung einer unterbrochenen Handlung, verspätete Fluchtreaktion.
Dissoziative Identitätsstörung	Ein oder mehrere Persönlichkeitszustände übernehmen die Kontrolle über den Körper, haben je einen eigenen Willen. Intensivste Form der Dissoziation.

2.2.2 Intrusion

Darunter versteht man ein *„Wiedererleben (…) von kleinen abgespaltenen Teilen der traumatischen Erinnerung, (…), deren Intensität das aktuelle Wahrnehmen überdeckt und eine „doppelte Wahrnehmung" (…) erzwingt"* (Huber 2005 b, 74). Sie äußert sich laut U. Schäfer und Reddemann wie folgt:

Nachhallerinnerungen

Wie von selbst kommen immer wiederkehrende, quälende Erinnerungen hoch, oft auch nur Sequenzen, Gerüche, Geräusche oder Gefühle. Sind diese Erinnerungen sehr intensiv in ihrem Wiedererlebenswert, werden sie auch „Flashbacks" genannt und können sehr belastend sein, da das Trauma mit seinen Ohnmachtsgefühlen immer und immer wieder stückweise nacherlebt wird. Es zieht einem von neuem den Boden unter den Füßen weg und der Glaube an eine verlässliche Welt gerät erneut ins Wanken. Flashbacks können in Albträumen oder schlaflosen Nächten auftauchen, aber auch tagsüber, wenn bestimmte Auslöser, „Trigger" genannt, dem Traumagedächtnis ein stückweises Erinnern entreißen. Klein[6] wählt einen anschaulichen Vergleich: *"Einerseits legt es* (das Gehirn- Anmerkung von mir) *bewusste Erinnerungen an, die uns wie die Bilder eines Films Szene für Szene zugänglich sind. Davon getrennt aber merkt sich das Gehirn die Begleitmusik der Gefühle, die wir im entsprechenden Moment erlebt haben. Passende Reize rufen diese Gefühle wieder wach, ohne dass die anderswo gespeicherte Szene gleichzeitig bewusst werden muss: (…)"* (Klein 2002, 183).

Schuldgefühle und Selbstvorwürfe

Oftmals fühlen sich traumatisierte Menschen schuldig, machen sich Vorwürfe und stellen sich ständig die kraftraubende Frage, ob sie das alles nicht verhindern hätten können (z.B. bei einem Verkehrsunfall mit Toten), wenn…
Dieses scheinbar absurde Verhalten ist aber wiederum ein Schutzverhalten. Gibt der Mensch sich an etwas die Schuld oder ist für etwas verantwortlich, dann ist er der Situation gegenüber wenigstens nicht so ohnmächtig. Denn genau das ist ja die extreme Erfahrung im Trauma, dass die betroffene Person völlig hilflos und ausgeliefert ist und das will sie durch Schuldzuweisung vermeiden. (Vgl. U. Schäfer 2006,30 und Reddemann 2008, 43f)

[6] Stefan Klein studierte Biophysik und Philosophie. Sein Buch „Die Glücksformel" verfügt über neueste Erkenntnisse der Philosophie, Psychologie, Medizin, Neurophysiologen und Verhaltensforschung.

2.2.3 Überregung

„Der Organismus reagiert schon auf kleine Reize (die an das Trauma erinnern) wie auf eine Vernichtungsdrohung“ (Huber 2005 b,74).
Folgende Reaktionen sind alle als Nachwirkung des Alarm-Systems der Amygdala zu sehen und werden von U. Schäfer beschrieben:

Konzentrationsstörungen

Wenn das Gehirn in Alarmbereitschaft ist, dann ist das Denken eingeschränkt. Weit über das übliche Maß hinaus vergessen Betroffene wichtige Dinge, sind ständig abgelenkt und mit ihren Gedanken nicht bei der Sache.

Gesteigerte Wachsamkeit

Betroffene rechnen oftmals mit dem Schlimmsten, planen alles ganz genau durch, sind wenig spontan, haben einen Kontrollzwang und eine generalisierte übertriebene Angst.

Schreckhaftigkeit

Unvorhergesehene Bewegungen, Geräusche, ein unerwartetes Klingeln des Telefons, eine überraschende Berührung- all diese anscheinend unbedeutenden Geschehnisse können traumatisierte Menschen in Angst und Schrecken versetzen.

Gesteigerte Erregung

Wenn eine Mücke an der Wand einen Wutanfall auslöst, die kleinste Kleinigkeit jemanden auf die Palme bringt oder diese Person grundloses Schluchzen überfällt, dann sind auch das „normale“ Reaktionen nach einem Trauma und als Nachwirkung des Alarm-Systems zu bewerten. *„Es ist, als wenn ein Motor auf Hochtouren läuft, ohne dass ein Weg zurückgelegt wird“* (Fischer 2003 b, 21).

2.2.4 Trauerreaktionen und Depressionen

Immer wenn das Trauma mit dem Verlust einer nahestehenden Person einhergeht und außerdem keine Zeit zum Vorbereiten auf diesen Tod war, d.h. der Tod völlig überraschend ins Leben hereinplatzt, stehen der betroffenen Person natürlich, vermischt mit den bereits genannten Traumafolgen, auch Trauerreaktionen oder im krankhaften Verlauf depressive Phasen bevor, als Reaktionen auf diesen Verlust.
Nijs beschreibt anschaulich, dass Trauer einen Menschen verändert, die Veränderungen sich langsam vollziehen und Trauer ihre Zeit braucht. Zuerst kommt die Phase der akuten Trauer mit ihrem fast zerreißenden Schmerz. Bei Trauer als Traumafolge taucht die akute Trauer oft erst in der „Aufbegehren-Wut-Phase“ auf (s. Kap.2.1.2). Es folgen darauf immer

wieder Atempausen, andere Aspekte des Lebens nehmen wieder Raum ein, aber es besteht noch keinerlei Wissen darüber, wie man je mit diesem Verlust leben können soll. Der Glaube daran, dass ein Weiterleben aber trotz allem gelingen kann, hilft, die Phasen der Trauerarbeit erfolgreich abzuschließen (vgl. Nijs 2003, 26).
Vier Phasen der Trauerarbeit möchte ich nun etwas ausführlicher aufzeigen (nach Bowlby und Parks, in: Kast 1999, 67-90). Die Phasen treten nicht nur chronologisch auf, sondern können sich immer wiederholen und vermischen. Sie haben durchaus Ähnlichkeit mit den Phasen nach dem Trauma:

1. Phase des **Nicht-wahrhaben-Wollens**: sie dauert ca. bis eine Woche lang; es ist die normale Reaktion angesichts des Erlebten.
2. Phase der **aufbrechenden Emotionen**, diese können sein: Wut, Trauer, Zorn, Angst, Freude, Ruhelosigkeit, Niedergeschlagenheit und Schuldgefühle. Je nach Eigenheit der trauernden Person werden die einen oder anderen Gefühle eher auftreten. Diese Gefühle sind wünschenswert, da sie eine normale Reaktion auf die Ohnmacht widerspiegeln und deshalb wichtig sind. *„Das Emotions-Chaos ist ein Bild für das Chaos ganz allgemein, in dem Altes verschwindet und Neues sich bilden kann“* (Kast 1999, 78). Schuldgefühle treten oft dann auf, wenn eine konflikthafte und ungeklärte Beziehung zwischen der verstorbenen und der trauernden Person bestand. Schuldgefühle müssen wahrgenommen und akzeptiert werden, dann vielleicht relativiert und schließlich zu sich gehörend integriert werden. Kast fand heraus, dass bei gläubigen Menschen das Vertrauen in die Vergebung unterstützend wirken kann.
3. Phase des **Suchens und Sich-Trennens**: Das Suchen bedeutet, sich immer wieder auseinanderzusetzen mit dem Menschen, den man verloren hat. In sich Spuren des Verstorbenen zu entdecken, aber auch zu spüren, dass Veränderung, eine neue Welt- und Selbstsicht nötig sind, ist in dieser Phase unbedingt notwendig. Die Akzeptanz des Verlustes wird dadurch schmerzhaft erarbeitet, dass nicht das Finden die Folge des Suchens ist, sondern das Sich-trennen-Müssen. Diese Phase kann bis zu zwei Jahre dauern, sie ist dann kürzer, wenn es gelingt, die chaotischen Emotionen äußern zu können.
4. Phase des **neuen Selbst- und Weltbezugs**: wenn Phase drei nicht mehr alle Kraft, Zeit und Sinne in Anspruch nimmt, kann diese neue Phase einsetzen. Die verstorbene Person ist jetzt zu einer inneren Figur oder Begleiter geworden. Eigene Möglichkeiten und Ziele können wieder entwickelt, neue Beziehungen geknüpft werden. Diese Veränderungen der trauernden Person müssen allerdings auch von der Umwelt registriert und akzeptiert werden, die Art der Hilfe von außen muss sich entsprechend ändern (s. auch Kap.3). Der Verlust ist jetzt akzeptiert.

Kast beschreibt eindrücklich, was passieren kann, wenn diese letzte Phase aber nicht erreicht wird, weil man in vorherigen Phasen hängenbleibt, dieses Lebensereignis also abspaltet von der Gefühlswelt, d.h. den Verlust nicht wirklich betrauert oder verdrängt: dies kann Trauernde in tiefe depressiven Phasen führen. Die Vorstellung, die ein Mensch davon hat, wann und wie lange er trauern darf um etwas oder jemanden, verbietet ihm vielleicht, die Trauer so auszuleben, wie er es braucht und wird deshalb depressiv. Bleiben betroffene Personen in der Phase des Nicht-Wahrhaben-Wollens stecken, wird der Verlust verdrängt oder leben sie einfach weiter, als wäre nichts geschehen, dann wirken diese Menschen zwar für ihre Umwelt stark und werden vielleicht sogar dafür bewundert, wie gut sie damit nach so kurzer Zeit umgehen können- das ist aber ein Trugschluss! Trauerarbeit braucht ihre Zeit und sie lässt sich nicht manipulativ verkürzen, sonst zieht sie, vielleicht Jahre später erst, Depressionen nach sich (vgl. Kast 1999, 93-94).
„Das Trauern um einen Menschen, den wir liebten, ist der Extremfall des Hereinragens des Todes ins Leben und kann uns deshalb am deutlichsten klarmachen, wie sehr der Tod unser Legen verändern kann, wie sehr er unser Selbst- und Weltverständnis aufbricht, wie sehr „abschiedliche Existenz" von uns gefordert wird- und wie weh diese tut" (Kast 1999, 184).
Der Tod kann zur treibenden Macht werden, dass wir uns wandeln und zu unserem Ich finden. *„Aber der Preis der Wandlung ist Trennung, Verlust"* (Kast 1999, 185). Mit diesem harten, aber wahren Satz leite ich über zum nächsten Kapitel.

2.3 Besonderheiten der Traumafolgen bei einer Totgeburt

„Eltern können nicht über den Tod ihres Kindes `hinweg` kommen. Sie können niemals dorthin zurückkehren, wo sie vor diesem Verlust waren" (Nijs 2003, 24).
Ich denke, jeder Verlust bringt große Veränderungen mit sich und der Tod nimmt einen geliebten Menschen unwiederbringlich weg, aber etwas entrissen zu bekommen, bevor man es richtig in Händen hatte, ist extrem verletzend. Das Glück hat sich uns entgegengestreckt, acht Monate lang, und kurz bevor wir es greifen sollten, hat es sich zurückgezogen, ist es verschwunden in ein großes schwarzes Loch und war nicht mehr gesehen. So ungefähr fühlt es sich an, wenn sich ein lang erwartetes Kind endlich ankündigt, lebt, wächst und strampelt im Bauch der Mutter, um sich dann nach 32 Wochen, ohne Vorankündigung, zu verabschieden. Mein Mann schreibt in seinem Tagebuch*: „Sie selbst lag auf der Liege und sagte mit einer Stimme, die ich noch nie bei Ihr gehört habe. Oh Markus, komm her, unser Kind ist tot. Es zog mich mit einer Kraft zu Ihr, die nichts so schnell hätte aufhalten können."* Diesen Satz aussprechen zu müssen,

dass das eigene Kind tot ist, ist wohl eine der schlimmsten und traurigsten Erfahrungen im Leben eines Menschen, die Unfassbarkeit und Grausamkeit des Geschehens schlagen zu. Kast beschreibt die Beziehung zum ungeborenen Kind so: *„Dazu kommen aber die Fantasien über das Kind, das zur Welt kommen wird: Diese Fantasien sind noch durch keine konkreten Erlebnisse mit dem Kind zu korrigieren, noch kann alles fantasiert werden. So ergibt sich eine sehr intensive Beziehung, die auch mit dem Leben des Paares und der werdenden Familie in einem engen Zusammenhang steht“* (Kast in: Künzer-Riebel 2002, 122-123).

Die Geburt soll eigentlich Symbol und Hoffnung für neues Leben sein und wird nun zur Todesstunde. Das reale Erlebnis der Geburt eines Kindes, an dem „alles dran ist“ lässt die Frau, die Mutter geworden ist, empört spüren, dass ihr Kind aber tot ist und sie sich, kaum empfangen, schon wieder verabschieden muss.

Sämtliche Trauma-Reaktionen, die ich in Kap. 2.2 aufgeführt habe, musste ich an mir auch wahrnehmen. Aber Trauer und depressive Phasen haben bis heute alles andere an Traumafolgen überlagert. Ich fühlte eine so unendlich große Traurigkeit in mir, ein Meer von Tränen, wie ich es zuvor noch nie erlebt hatte. Jegliche Fröhlichkeit in mir schien in ein tiefes Loch gefallen zu sein. Sämtliche Zukunftspläne schienen den Abgrund hinunter gestürzt zu sein. Eine unbändige Sehnsucht nach meinem Sohn kam auf und zärtliche Gefühle, die keinen Abnehmer fanden.

Die Hormone in meinem Körper leisteten ihr Übriges. Mein Organismus wusste ja nicht, dass ich ein totes Kind geboren hatte, er wusste nur, **dass** ich geboren hatte! Die Produktion von Muttermilch musste mit Medikamenten gestoppt werden, die Konzentrationsstörungen, die stillende Mütter beschreiben, haben mich genauso berührt (Traumafolge oder Hormone?). Schuldgefühle übermannten mich und ich fragte mich oft, ob ich nicht etwas merken hätte müssen, ob ich nicht früher zur Ärztin hätte gehen sollen, ob mein Bauch nicht zu klein war, ob…

Auslöser für Nachhallerinnerungen gibt es bis heute ständig, erst vor kurzem waren wir auf einer Hochzeit eingeladen mit vier hochschwangeren Frauen und einem kleinen Säugling. Dies führt immer noch, nach sechs Monaten, zum Wiedererleben des traumatischen Geburtserlebnisses und zu striktem Vermeidungsverhalten. Ich kann keinen Blick auf Säuglinge werfen und schwangere Frauen ächte ich mit Nichtwahrnehmung.

Was den Verlust eines Kindes unterscheidet vom Verlust eines Partners z.B. ist die Auswirkung auf die Paarbeziehung. Wir als Paar wären Familie geworden, sind nun aber wieder „nur“ ein Paar. Nur wir beide haben eine intensive Beziehung zu unserem Kind aufgebaut und nur wir können uns erinnern an Momente mit ihm. Das macht das Trauer-

Mitteilen so schwierig. Die Trauer muss als Paar gemeinsam, aber auch individuell gelebt und akzeptiert werden.
Oftmals hatte ich richtig Angst, mich selbst, meine Fröhlichkeit und positive Lebenseinstellung vollkommen zu verlieren. Die „alte Edi“ schien nicht mehr da zu sein und das lähmte mich, ich stand richtig neben mir. Ich brauchte das Mehrfache an Energie für Dinge des alltäglichen Lebens, brauchte viel Schlaf und Rückzugsmöglichkeiten. Kleinigkeiten, die ich sonst lässig meisterte, raubten mir Bärenkräfte, meine Schreckhaftigkeit hat zugenommen und das Bewusstsein, letztendlich nichts in der Hand zu haben. Das Vertrauen in eine gute Welt war erschüttert und ich musste mir dieses mühsam wieder erarbeiten. Dazu mehr im nächsten Kapitel.

2.4 Wie kann das Trauma überwunden werden?

„In einem Meer von Schmerz ertrinken die einen, die anderen lernen darin schwimmen“.
Kyrilla Spiecker
Mit diesem sehr passenden Vers, der auf der Internetseite http://www.lebensspruenge.de, steht, möchte ich dieses Kapitel einleiten. Darin soll es um Selbstheilungskräfte gehen, welche Betroffenen helfen können, ein erlittenes Trauma zu verarbeiten und seelisch gesund zu überstehen. Ich möchte nochmals betonen, dass hier nicht professionelle Therapiemöglichkeiten angesprochen werden sollen, sondern ich will Möglichkeiten aufzeigen, wie Betroffene aus eigenen Kräften und mit eigenen Ressourcen diese Zeit überstehen können und wieder Freude und Vertrauen an und in die Welt bekommen. Dieses Kapitel schreibe ich als persönlich Betroffene und es bezieht sich deshalb speziell auf das Trauma einer Totgeburt. Als ein übergeordnetes Thema möchte ich das Darüber-reden-Können anführen. Als betroffene Person hat man ein sehr großes Bedürfnis, die erlebte Geschichte immer und immer wieder zu erzählen und es ist wichtig, zur Sprache zurück zu finden, um sich die Realität des grausamen Geschehenen bewusst zu machen. Ich werde ein paar ausgewählte Möglichkeiten aufzeigen, die mir persönlich sehr geholfen haben und beziehe mich wieder auf Werke von Nijs, Reddemann, Fischer, Huber, U. Schäfer und Sachsse.

2.4.1 Rituale

Nijs hat Pionierarbeit geleistet beim Thema Trauerrituale. Sie hat versucht, anhand Ergebnissen aus Studien an verwaisten Müttern, alte Traditionen von Ritualen für den „Tod am Lebensanfang“ neu und individuell angemessen aufzubereiten, sie mit Kreativität und Sinnlichkeit zu füllen. Ich verwende bei folgenden Beispielen die Definition von Nijs: *„Ein Abschiedsritual ist eine bewußt vorbereitete und vollzogene Handlung, die Gefühle und Gedanken des Trauernden ausdrückt. Diese Handlung ist individuell gestaltet, ihr*

Inhalt wird geprägt durch die Bedürfnisse und Überzeugungen des trauernden Menschen. (…). Ein Ritual spricht den ganzen Menschen an, indem es die Aktivität von Körper, Seele und Geist fördert" (Nijs 2003, 37).

Rituale vermitteln laut Nijs die Botschaft, dass es durchaus möglich ist, gewisse Dinge bewusst zu gestalten und bestimmen zu können in einer Zeit, in der alles so chaotisch scheint und das Vertrauen in ein verlässliche Welt ins Wanken geraten ist. Hier sollen nun einige demonstrative Beispiele für rituelle Handlungen aufgelistet werden, die mir persönlich gut getan haben, die sich aber auch bei Nijs wieder finden (vgl. 2003, 47ff):

- Begrüßung des kleinen Menschen, ihn streicheln, ansehen, lieb haben.
- Seinen Namen aussprechen, auch in der Zeit danach, um der Welt zu zeigen, hier ist ein Mensch gestorben und nicht ein Schwangerschaftsprodukt.
- Eintragung ins Stammbuch als Existenzbeweis,
- Mitteilung über die Geburt und den Tod des kleinen Wesens z.B. über e-Mail mit dem Betreff: „Traurige Nachrichten",
- Brief schreiben an das verstorbene Kind, erlebte Vergangenheit und verlorene Zukunft darin aufleben lassen,
- Foto vom Kind machen (lassen), kann am PC aufgearbeitet werden und so auch verschenkt werden an Großeltern, Paten,…
- Erinnerungsecke einrichten mit so genannten „Mementos" wie Foto, Kerze, Engel, Fußabdrücke, Stofftier, Ultraschallbilder,…
- Tagebuch schreiben,
- Beerdigungsfeier planen und Kapelle liebevoll dekorieren,
- Grabstein mit Namen, Geburtstag und z.B. einem Bibelvers gestalten (lassen),
- Danksagungskarte verschicken an alle, die an der Trauer Anteil genommen haben,
- Gedenktage, wie z.B. Muttertag, errechneter Geburtstermin, erster Jahrestag, etc. miteinander (Partner, eigene Eltern, Paten,…) begehen.

Im Anhang dieser Arbeit finden sich einige der beschriebenen Rituale.

2.4.2 Imaginations- und Körper- Übungen

Reddemann schreibt in ihrem Werk „Imagination als heilsame Kraft", dass diese zur inneren Stabilität dienen soll. Imagination hat folgende Anforderung an Betroffene: *„(…), sich auf die Fähigkeit zum froh und glücklich sein ungefähr genau soviel zu konzentrieren wie auf die Sorgen und Probleme, und auf ihre Kompetenz und Eigenmacht ebenso sorgfältig zu achten wie auf ihre Gefühle der Ohnmacht"* (ebd., 14).

Probleme lösen fällt laut Reddemann bedeutend leichter, wenn es einem gut geht, wenn man „gut drauf" ist. Deshalb ist es wichtig, zuerst die Fähigkeiten zur Freude zu fördern

und sich erst dann mit dem Trauma auseinanderzusetzen. Diese relativ neue Erkenntnis steht im Gegensatz zur langjährigen Sichtweise, traumatisierte Menschen auf jeden Fall mit ihrem Trauma zu konfrontieren. Heute sind sich Experten der Psychotraumatologie einig, dass Betroffene als allererstes innere Stabilität und Sicherheit brauchen und erst in einer zweiten Phase die Konfrontation ansteht. Betroffene können selbst Übungen machen, müssen selbst spüren, ob dies ein passender Weg für sie ist. Es geht darum, dass sie sich auf einer „inneren Bühne" kraft ihrer Vorstellung eine gute und heile Welt erschaffen, in die sie sich zurückziehen können, um aufzutanken wenn die Kraft ausgeht, wenn die Außenwelt keinen Halt geben kann. Gegenbilder entwickeln zu können wenn die Schreckensbilder auftauchen helfen diesen Menschen, das lähmende Ohnmachtsgefühl zu entkräften. Das Gefühl zu haben, selbstwirksam handeln zu können, macht mutig und dankbar. Reddemann schreibt: *„Inzwischen gibt es auch von Seiten der Hirnforschung Bestätigung dafür, dass Vorstellungen das Gehirn fast genauso beeinflussen und formen können wie echte Erfahrungen"* (2008, 149). Anhand Imaginationsübungen auf CD oder zum Vorlesen (Reddemann, Huber a) und Fischer b) haben eine große Auswahl an Übungen in ihren Werken) können Betroffene sich selbst ein sicheres Gefühl geben, indem sie sich auf diese Übungen einlassen. Ich habe sehr positive Erfahrungen damit gemacht und kann es nur empfehlen. Es wird bei diesen Übungen sehr viel Wert darauf gelegt, dass es individuell passt und dass immer eigene Gedanken und Stimmungen Vorrang haben vor den Anweisungen der ÜbungsleiterIn. Die häufigsten Übungen haben Titel wie „Achtsamkeitsübung", „mein innerer sicherer Ort", „das innere Team", „Tresorübung", „Gepäck ablegen, „mein innerer Garten",…und es geht immer darum, Belastendes abzulegen und Dankbarkeit, Glück, Freude und Vertrauen in den Kosmos neu zu erlernen und zu spüren. Eine illustrative Imaginations-Übung findet sich im Anhang dieser Arbeit. Levine geht in seinem neuesten Werk auf Körperübungen ein, die viel Gemeinsamkeiten zu den genannten Imaginationsübungen haben, aber den körperlichen Aspekt noch stärker in den Blick nehmen, da er sagt: *"Um ein Trauma zu heilen, müssen wir lernen, wie wir sicher in unseren Körper zurückkehren können, indem wir ihn als Gefäß für unsere Gefühle erleben"* (2007, 47). Diese Übungen sind besonders geeignet für traumatisierte Menschen, die viel dissoziieren.

2.4.3 Freude-Tagebuch, Erfolgs-Übungen

Ein weiterer hilfreicher Selbstheilungsweg kann das Schreiben eines Freude-Tagebuchs sein. Darin sollen, im Gegensatz zum „normalen" Tagebuch, nur Dinge, Situationen, Stimmungen und Gefühle notiert werden, die mir gut getan haben, bei denen ich mich wohl gefühlt habe oder wo ich herzhaft lachen konnte bzw. bei denen ich Geborgenheit und Sicherheit spürte. Das kann der Regenbogen am Himmel sein, der mich

zuversichtlich machte, das Schnurren eines Katers, den ich gekrault habe, die Massage meines Mannes, ein gutes Essen, Musik hören und tanzen, das Wolkenschauspiel beobachten, was auch immer, das hängt ganz von der Person ab. An Tagen, an denen es mir nicht gut geht, nehme ich dieses Büchlein zur Hand und kann direkt nachlesen, was ich tun kann, damit es mir besser geht. Es sind die ganz eigenen, individuellen Erfahrungen, die das Büchlein so wirksam machen, denn wer weiß schon besser als ich selbst, was mir gut tut. Diesen Tipp habe ich bei allen Experten zum Thema Traumaverarbeitung entdecken können, er ist sehr einfach umzusetzen und hat große Wirkung.

Bei der „Erfolgs-Übung" (Fischer 2003 b, 34) ist die betroffene Person angehalten, die zehn größten Erfolge ihres bisherigen Lebens zu notieren und zu begründen, wieso sie diese als Erfolge wertet. Da traumatische Erlebnisse von Betroffenen oft auf persönliches Versagen zurückgeführt werden, kann so eine Übung dazu beitragen, *„(…) dem jetzigen Unglück einen begrenzten Platz in ihrem Leben"* zuzuweisen (ebd., 35). Ähnlich gelagerte Übungen sind das Erstellen einer persönlichen Ressourcenliste, das Innehalten und der Perspektivenwechsel, wozu Reddemann in ihrem Buch „Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt" in zahlreichen Übungen anschaulich einlädt. Denn: *„Kennt man die eigenen Ressourcen, kann man sie zur Stärkung der Widerstandskräfte gezielt einsetzen"* (Reddemann 2008, 136). Sind sie außerdem schriftlich fixiert, kann ich bei Bedarf immer darauf zurückgreifen. Levine trennt die Liste noch in innere (Charakterstärken etc.) und äußere (Freunde, Hobbies, etc.) Ressourcen und gibt Tipps, wie man beide gezielt neu entdecken und stärken kann (vgl. 2007, 54f).

2.4.4 Umgang finden für Schuldgefühle

Das Trauma als persönliches Versagen zu werten ist ähnlich gelagert wie Schuldgefühle zu entwickeln. Dieses scheinbar absurde Verhalten dient zuerst als Schutzfunktion, wie ich bereits in Kap. 2.2 beschrieben habe. Es löst aber sehr zermürbende, oft wiederkehrende Gedanken und Vorwürfe aus und ist auf Dauer eher ungesund. Ein hilfreicher Umgang damit scheint mir deshalb sehr wichtig zu sein. Immer wieder machte ich mir Vorwürfe, ob ich unseren Sohn nicht hätte retten können, wenn ich früher zur Ärztin gegangen wäre, wenn ich meine Rückenschmerzen ernster genommen hätte, wenn ich die Kindsbewegungen öfters kontrolliert wahrgenommen hätte, wenn, wenn, wenn…zermürbende Gedanken, die nichts bringen, sondern alles nur schlimmer machen. Hilfreich für mich war, wie Reddemann in ihrem Buch „Eine Reise…" schreibt, das Wort Schuld auszutauschen gegen den Begriff der Verantwortung. Ich soll mich nicht als Opfer fühlen, sondern ich soll Verantwortung übernehmen für mein Tun und Lassen, ich soll Verantwortung dafür tragen, dass mein Handeln und Nicht-Handeln Konsequenzen hatte.

Ich darf mir aber eingestehen, dass ich dies heute zwar als Irrtum oder Fehler erkennen kann, damals aber schlichtweg nicht besser wissen konnte. Die Hormone währen der Schwangerschaft dämpfen zudem die Risikowahrnehmung. Außerdem wirft Kast die Frage auf, ob denn solche Versäumnisse tatsächlich reichen, um den Tod eines Kindes zu erklären. Vielmehr sei es doch so, dass wir eine Erklärung haben müssen, weil es sonst zu unglaublich für uns Menschen ist und dass sich in diesen Schuldgefühlen auch eine tiefe Identitätskrise der Frau als Mutter ausdrückt (vgl. Kast in: Künzer-Riebel 2002, 126f).
Ich kann inzwischen gut damit leben, weil ich ein Stück weit Verantwortung übernehme, mich aber nicht mehr schuldig fühle und weil es mir gelingt, *„Leben und Tod in einem größeren Zusammenhang zu sehen“* (Kast in: Künzer-Riebel 2003, 127). Zusätzlich zu diesem Erkenntnisgewinn habe ich als Christin die Zusage der Vergebung und kann mich auch deshalb er-leichtert fühlen.

Abschließend möchte ich erwähnen, dass es sehr gut tut, sich mit seinen Ressourcen und Selbstheilungskräften auseinanderzusetzen, es stärkt das Selbstwertgefühl und ich lebe und handle viel bewusster und intensiver. Schon kleinen Kindern genügend Ressourcen mit auf ihren Lebensweg zu geben, ist eine umso wichtigere Aufgabe, gerade auch der Sozialen Arbeit .Im nächsten Kapitel soll es nun darum gehen, was Außenstehende für Betroffene tun können, wie sie den Selbstheilungsprozess unterstützen können.

3 Wie Außenstehende helfen können

Dieses Kapitel richtet sich an alle Nicht-Betroffenen, wie z.B. Verwandte, Bekannte, FreundInnen, KollegInnen oder Nachbarn. Die Unbeholfenheit und Verunsicherung der umgebenden Mitmenschen gegenüber dem Thema Tod erleben sicher die meisten Trauernden als sehr verletzend. Der Erfahrungsbericht der Frau W., mein eigener und viele von mir gelesene Berichte anderer verwaister Mütter bestätigen dies. Es wäre schön, wenn im Umgang mit den Themen Tod und Trauer, in unserer Gesellschaft mehr Sicherheit und mehr Menschlichkeit erreicht werden könnte. Der Schmerz des Verlustes ist schon schwer genug zu tragen, zusätzliche Verletzungen von Mitmenschen sind für die trauernde Person noch schwerer zu ertragen.
Ein prägnantes Gedicht von Pirko Lehmitz soll hier den Anfang bilden. Es bringt griffig zum Ausdruck, wie eine typische Floskel, gutgemeint und als Trostwort ausgesprochen, die empfindliche Seele eines Trauernden, verwunden kann:

Es wird schon wieder
Wieder
Wieder wie was
Wieder wie vorher
Es wird nie wieder wie vorher
Irgendwann wird es
Aber nicht
Wieder

Unreflektiert dahingesagte Sätze oder tiefes Schweigen sind sicher die verletzendsten Momente für trauernde und traumatisierte Menschen. Hier treffen zwei Welten aufeinander. Ein Hinein-fühlen in traumatisierte Personen kann auch sehr emphatischen Menschen nur ansatzweise gelingen, da das Trauma für die betroffene Person selbst schon völlig unbegreiflich ist. Nijs beschreibt, dass Trauer*„gewöhnlich von großer innerer emotionalen Resonanz, aber auch von `äußerer` Sprachlosigkeit begleitet“* ist (Nijs 2003, 7). Um dieser Sprachlosigkeit entgegenzuwirken sollen nachfolgende Tipps Außenstehenden Hilfestellung sein. Ich möchte betonen, dass ich manche dieser aufgeführten Verhaltensweisen durchaus erleben durfte, andere dafür gelegentlich vermisst habe. Auch schon einzelne kleine Punkte, die der Situation angemessen sind, können ausreichen, um Verletzungen zu verhindern.
Nijs schreibt weiter: *„Unser Identitätsgefühl ist eng verbunden mit der Erfahrung von Kontinuität, mit dem Wissen, dass wir durch alle Veränderungen hindurch auch als Werdende wir selbst bleiben“* (Nijs 2003, 26). Diese Veränderungen als Außenstehende mitzutragen und liebevoll zu begleiten kostet oft Überwindung und bringt wieder Unsicherheit mit sich. Es gilt aber, den Trauernden Mut zu machen, dass langsam aber sicher der Boden unter den Füßen wieder tragfähig wird, dass das Vertrauen in den Kosmos gerechtfertigt ist, dass Veränderungen zum Trauerprozess dazugehören und auch positiv sein können. Diese Veränderungen in der Traumaverarbeitung bzw. im daran folgenden Trauerprozess an sich spüren zu müssen schmerzt aber oft, man erkennt sich nicht wieder, entdeckt völlig neue, ungeliebte Seiten an sich und kann sich selbst nicht leiden in seiner Andersartigkeit und dem Zustand der Überregung oder Konstriktion (vgl. Kap.2.2 Reaktionen auf ein Trauma). Umso wichtiger ist ein verständnisvolles Umfeld, welches damit umzugehen weiß.
Ich liste im Folgenden nun einige Tipps für den Umgang mit Betroffenen auf. Betroffene sind in diesem Fall trauernde verwaiste Eltern. Viele dieser Anregungen sind aber durchaus übertragbar auf andere Trauma-Betroffene. Sie gründen sich auf eigene Erfahrungen, aber auch auf Erfahrungen anderer betroffener Mütter (auch aus den beiden

Berichten), die Nijs, Körner-Armbruster und Lothrop in ihren Werken gesammelt haben und sollen nicht als Dogmen verstanden werden, sondern als Hilfestellungen:

- Bei der ersten Begegnung niemals so tun, als sei nichts passiert.
- Beim trösten den Vater nicht vergessen.
- Auch mit den Großeltern sollte das Gespräch gesucht werden, damit sie ihr Leid und ihre Trauer über den totgeborenen Enkel nicht unterdrücken. Bei ihnen kann sich ebenso wie bei den Eltern große Hilflosigkeit, Schmerz und Enttäuschung über die abrupt veränderte Zukunft breit machen. Oft werden die Sorgen der verwaisten Großeltern nicht ausreichend von der Umwelt wahrgenommen.
- Keine Floskeln verwenden wie „es wird schon wieder“, „ich weiß, wie es ihnen geht“ (außer man hat das Gleiche erlebt), „sie sind ja noch jung“ oder „das Leben geht weiter“.
- Keine frommen, gutgemeinten Weisheiten benützen wie „Gott hat´s gegeben, Gott hat´s genommen“, „es war Gottes Wille“, „es wird schon seinen Sinn haben“ oder „Gott will euch prüfen“. Bei christlich geprägten Menschen genügt die einfache Zusage, dass viele aus der Gemeinde um Kraft, Trost und Halt beten und mitleiden.
- Einem Gespräch nicht ausweichen, Trauernde haben ein großes Redebedürfnis, auch beim wiederholten Male noch zuhören.
- Trauernde haben oft wechselnde Gefühle, bitte Toleranz üben wenn das Emotions-Chaos ausbricht, Tränen, unpassendes Lachen, Rückzug, Erregung, Schweigen und Wut aushalten.
- Mehr zuhören als selber zu reden. Es gibt sowieso keine passenden Worte für so ein Unglück.
- Keine sachlichen Wertungen vornehmen, das bagatellisiert den Verlust und verletzt.
- Die einfache ehrlich gemeinte Frage stellen: „Wie geht es dir?“. Wenn das nicht gelingt, dann den Mut haben, zu sagen, dass man hilflos ist und keine Worte findet.
- Auch nach ein paar Monaten diese Frage stellen und nicht davon ausgehen, dass alles wieder gut ist, nur weil man sich selbst schonen und nicht schon wieder einem leidenden Menschen zuhören will.
- Den Trauerprozess beobachten und darauf achten, ob krankhafte Anteile sichtbar werden. Wenn ja, dann liebevoll darauf hinweisen und empfehlen, professionelle Hilfe in Erwägung zu ziehen.
- Kontakt halten trotz Veränderungen in der Beziehung zu der betroffenen Person.

- Den Namen des verstorbenen Kindes in den Mund nehmen, über es sprechen, eventuell ein Foto des Kindes oder die Traueranzeige aufstellen, zeigen, dass man nicht vergessen hat, was Schlimmes passiert ist. Zeigen, dass das Kind auch im Bewusstsein der Außenstehenden existiert.
- Den Todestag nicht vergessen, auch ein paar Jahre später noch daran denken.
- Sich an anderen Gedenktagen, wie z.B. Mutter- und Vatertag, errechneter Geburtstermin,…mit einer Karte oder Telefonanruf melden und zeigen, dass daran gedacht wird.
- Ab und zu Blumen ans Grab stellen.
- Einen sensiblen Umgang mit Gesprächsthemen pflegen. Nicht in Anwesenheit der verwaisten Eltern über Säuglinge, Schwangerschaft, Einschlafprobleme, etc. sprechen (zumindest nicht in der ersten Zeit nach der Totgeburt).
- FreundInnen können für Abwechslung und Zerstreuung sorgen, z.B. einen Kinobesuch, Saunabesuch,… planen.
- Sie können auch Imaginationsübungen oder Meditationen vorlesen und so BegleiterIn sein für die „Reise zum sicheren Ort“ (s. Kap.2.4.2).
- KollegInnen können eine Karte oder einen Blumenstrauß an den Arbeitsplatz stellen und so ihr Mitgefühl ausdrücken.
- MitbewohnerInnen können kleine Aufgaben wie Wäsche abhängen, Bügeln oder Kehrwoche übernehmen. Selbst banale Dinge des alltäglichen Lebens kosten in der Trauer enorm viel Kraft und werden von Betroffenen dankbar eine Zeitlang abgegeben.
- Nahe Verwandte, v.a. die Großeltern sollten ein Foto ihres Enkelkindes in der Familiengalerie aufstellen. So wird anerkannt, dass dieser kleine Mensch einen Platz im Herzen und in der Erinnerung der Großeltern hat.
- Gemeinschaft tut gut, da Trauernde oft genug das Gefühl der völligen Isoliertheit erleben müssen. Deshalb einladen und Kontakt halten im Freundeskreis.
- Auf die Ernährung achten. Oftmals ernähren sich Trauernde ungesund und das verschlechtert den sowieso geschwächten körperlichen und seelischen Zustand zusätzlich. Deshalb Trauernde auch mal zum Essen einladen oder anbieten, für sie zu kochen.
- Bewegung tut gut und stärkt das Immunsystem, deshalb Trauernde auffordern zu sportlicher Betätigung. Irgend etwas suchen, das vor dem Verlust Spaß gemacht hat (äußere Ressourcen, vgl. Kap. 2.4.3), z.B. joggen, inlinern, schwimmen gehen, wandern,…. Ausdauernde Bewegung in der Natur hat eine reinigende Wirkung auf Geist und Seele (vgl. Fischer 2003 b, 89-93).

Sicher kann dies nur eine unvollständige Auflistung sein, aber wenn einzelne dieser Anregungen von Außenstehenden beachtet werden, ist den Betroffenen schon sehr geholfen.

Im nächsten Kapitel stelle ich nun Handlungsempfehlungen an die Soziale Arbeit. Durch ihr breit gefächertes und übergreifendes Strukturwissen, sowie durch ihre große Kenntnis an Methoden und Verfahren, ist sie prädestiniert, die Betreuungssituation von betroffenen Menschen, seien es nun verwaiste Eltern oder anderweitig traumatisierte Menschen, zu verbessern.
In vielen Bereichen der Sozialen Arbeit finden wir traumatisierte Menschen und ich werde nun Erkenntnisse aus den vorangegangenen Kapiteln bündeln und auf mögliche Arbeitsbereiche für SozialarbeiterInnen übertragen.

4 Daraus folgende Maxime in Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit versteht sich nach Thiersch und Böhnisch als eine wissenschaftlich fundierte Profession auf der Basis der Theorien „Lebensweltorientierung“, Hilfe zur „Lebensbewältigung“ und als Beitrag zu einer zunehmend gelingenden „Lebensgestaltung“. Böhnisch schreibt dazu: *„Lebensbewältigung meint (…) das Streben nach subjektiver Handlungsfähigkeit in Lebenssituationen, in denen das psychosoziale Gleichgewicht- im Zusammenspiel von Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit- gefährdet ist“* (2008, 33-34). Eine Lebenssituation wird dann als kritisch erlebt, wenn alle zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung nicht mehr ausreichen. Biografie orientierte Soziale Arbeit ist ein ressourcenbezogener Ansatz innerhalb dieser Theorien. Böhnisch ist auch überzeugt, dass die soziale Herkunft und der soziale Rückhalt im Verlauf eines Lebens eine wichtige Rolle bei der Lebensbewältigung spielen (vgl. ebd., 39). Es geht für Professionelle darum, den Betroffenen Wege aufzuzeigen, die ganz eigene, subjektive Art und Weise zu finden, die ganz individuellen Ressourcen zu aktivieren, um, in diesem Fall das Trauma einer Totgeburt, gut bewältigen zu können. Die Lebensgestaltung eines Menschen bestimmt auch seinen Umgang mit Tod und Sterben. Deshalb werde ich in diesem Kapitel, in ausgewählten Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit und in angrenzende, mögliche Folgen für Biographie orientiertes professionelles Handeln aufzeigen. Ich werde eine Bestandsaufnahme anhand Literatur (hauptsächlich aus Lothrops Werk „Gute Hoffnung, jähes Ende“) und eigener Erfahrungen (auch aus den zwei Berichten) skizzieren und Verbesserungsvorschläge und Ideen für neue Konzepte ansatzweise beleuchten. Nicht immer ist die Soziale Arbeit dabei direkt beteiligt, oftmals spielt sie auch die Rolle der Vermittlerin oder Initiatorin.

Dass Verbesserungen nötig sind, zeigt eine Internetumfrage von Klaus Schäfer[7] mit 115 verwaisten Müttern (nicht repräsentativ, aber doch richtungsweisend), die ich hier an den Anfang stellen will und die sich auf professionelle HelferInnen vor und während der Totgeburt als traumatisches Ereignis bezieht. Die Hebammen und die KrankenpflegerInnen schneiden darin am besten ab, wogegen FrauenärztInnen und KlinikärztInnen eher schlecht abschneiden, die SeelsorgerInnen und PsychologInnen wurden oftmals gar nicht kontaktiert:

Tabelle 3: „Wie sehr haben Ihnen nachfolgende Personen und Gruppen in ihrer Trauer geholfen?“

(Angaben in Prozent)

Note	1	2	3	4	5	6	0
FrauenärztIn	6,5	14,3	13,1	6,5	18,2	***39,1***	2,6
ÄrztIn in der Klinik	20,8	18,2	14,3	7,8	10,4	***26,1***	2,6
Hebamme	***40,3***	***19,5***	7,8	3,9	3,9	13,1	11,7
KrankenpflegerIn	***15,6***	***24,7***	16,9	10,4	9,1	18,2	5,2
PsychologIn in der Klinik	3,9	0	3,9	2,6	2,6	28,6	***58,4***
KlinikseelsorgerIn	1,3	10,4	5,2	0	1,3	23,4	***58,4***

Note 1: haben sehr geholfen Note 2: haben gut geholfen…Note 6: haben nicht geholfen Note 0: kein Kontakt
Quelle: Klaus Schäfer in: „Psychologie heute“, 9/ 2004, 55

Die Arbeitsfelder gehe ich anhand einer möglichen chronologischen Inanspruchnahme von Betroffenen durch:

4.1 Die Frauenarzt-Praxis

Die FrauenärztInnen schneiden in obiger Tabelle in der Beurteilung ihrer Trauerbegleitung sehr schlecht ab. 39,1% der befragten Frauen gaben ihnen die Note sechs, d.h. sie konnten durch sie keine Hilfe in ihrer Trauer erfahren. Meine persönlichen Erfahrungen sind glücklicherweise andere. Vielleicht erklärt sich die schlechte Benotung auch dadurch, dass die Frauenärztinnen verantwortlich gemacht werden. Die Frage stellt sich, ob dieser Personenkreis Hilfe zur Trauerbegleitung sein kann und muss oder nicht. Sicherlich ist die medizinische Begleitung die vorrangige Aufgabe der FrauenärztInnen. Lothrop schreibt dazu: *„Das seelische Trauma einer Frau, die ihr Baby verloren hat (…), ist bei weitem schwerwiegender als das körperliche Trauma einer Geburt (…). Schon deshalb muss es in den Aufgabenbereich des weiterbehandelnden Gynäkologen gehören, nach einer Totgeburt nicht nur auf eine ordnungsgemäße Rückbildung, sondern auch auf einen*

[7] Klaus Schäfer ist Klinikseelsorger in den St.-Vincentius-Kliniken in Karlsruhe, seit 1999 beschäftigt er sich mit dem Thema Totgeburt und ist Mitinitiator der 2001 eingeweihten Kindergrabfelder für fehlgeborene Kinder.

gesunden Trauerverlauf zu achten. (…). Dies ist mit Sicherheit keine leichte, aber eine wichtige Aufgabe" (Lothrop 2007, 258). Sie betont ihre Hoffnung, dass die Symptom behaftete Medizin langsam einer ganzheitlichen Sichtweise weichen wird. In einem multidisziplinären Team aus Klinik-ÄrztInnen, Hebammen, Krankenschwestern, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und niedergelassenen FrauenärztInnen könnten solche Betrachtungsweisen Nährboden finden und langsam zur Umsetzung gelangen. Es wäre zumindest wünschenswert, dass die FrauenärztIn Kontakt aufnimmt mit der betreuenden Hebamme und ÄrztIn in der Klinik.

4.2 Schwangeren-Beratungsstelle

Diese Beratungsstelle nehmen wohl hauptsächlich Frauen in Anspruch, die sich durch den Umstand der Schwangerschaft eher verängstigt und verunsichert fühlen und vielleicht mit dem Gedanken spielen, ihr Kind abtreiben zu lassen. Vom Sekretariat der (evangelischen und katholischen) deutschen Bischofskonferenz wird aber ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ihre Beratungsstellen Unterstützung **vor**, **während** und **nach** der Schwangerschaft bieten wollen und auch verwaiste Eltern dort Hilfe erfahren, sei es in Weitervermittlung oder Einzelberatung (vgl. Arbeitshilfe, 30). Auf diese Möglichkeit der Anlaufstelle wäre ich persönlich nicht gestoßen, hätte ich mich nicht durch diese Arbeit intensiv damit auseinandergesetzt. Sinnvoll wäre deshalb, dieses Angebot öffentlicher zu machen durch Flyer, die in den Arztpraxen, beim Geburtsvorbereitungskurs, im Krankenhaus, etc. ausliegen.
Die Stuttgarter Zeitung berichtete am 9.10.2008 über ein Projekt der Esslinger Hochschule/ Fakultät Soziale Arbeit mit der Pro Familia Waiblingen über „Kinderschutz von Anfang an", d.h. schon vor der Geburt. Es heißt dort: *„Die Idee des Projektes ist, möglichst viele mit ins Boot zu holen, die mit Schwangeren Kontakt haben: Frauenärzte, Hebammen, Krankenhauspersonal"* (Weseley 2008, 26). Diese Personengruppen sollen laut Idee des Projektes in engem Kontakt zu SozialarbeiterInnen der Beratungsstellen stehen, um rechtzeitig eventuelle Gefahren für das Kind zu erkennen und entgegenzusteuern. Genau diese Personengruppen sollten meiner Ansicht nach aber auch über die Problematik informiert sein, dass nicht jede Schwangerschaft unweigerlich mit der Geburt eines lebenden Kindes endet. Natürlich ist dies eine sehr heikle Thematik, darf meinen Erfahrungen nach aber nicht komplett ausgeblendet werden in der Schwangeren-Beratung. Die dort tätigen SozialarbeiterInnen müssen sensibilisiert werden für dieses Thema. Dies kann geschehen durch Vernetzung und Austausch mit den genannten Personengruppen, v.a. der Hebammen.

4.3 Die Hebamme

Die Hebammen schneiden im Vergleich zu den FrauenärztInnn sehr gut ab in der Bewertung verwaister Mütter. 59,8% der befragten Frauen gaben entweder die Note eins oder zwei. Diese Erfahrung kann ich bestätigen. Vielleicht ergibt sich die gute Benotung durch die Tatsache, dass die Hebamme konkret helfen kann in der schlimmen Situation. Mein Mann und ich erlebten im Krankenhaus eine sehr einfühlsame Hebamme, die uns liebevoll und sensibel begleitete vor und während der Geburt. Die Initiative REGENBOGEN (s. S.20) hat durch ihre Mitbegründerin Barbara Künzer-Riebel im Schorndorfer Krankenhaus und in vielen weiteren, schon viele Verbesserungen durchgesetzt wie das in meinem Erfahrungsbericht erwähnte Moseskörbchen, das Foto, die Fußabdrücke, die Geburtsanzeige und das Armbändchen. All diese Erinnerungen haben wir von der Hebamme überreicht bekommen und sind von unschätzbarem Wert für die nachfolgende Trauerzeit.

Die folgenden Verbesserungsvorschläge sind subjektive Wünsche und bereits im Erfahrungsbericht aufgeführt: die Hebamme könnte anbieten, ein Familienfoto zu machen, sie könnte fragen, ob das Kind noch angezogen werden soll, ob der Partner z.B. am nächsten Tag Kleider mitbringen will und sie sollte der Mutter das Kind sanft in ihre Arme legen oder ihr zumindest deutlich klar machen, dass sie ihr Kind aus dem Körbchen nehmen darf. Diese Momente sind unwiederbringlich, sie machen stolz, Eltern geworden zu sein und können nur in dieser begrenzten Zeit stattfinden! Es wäre außerdem schön, wenn die betreuende Hebamme auch am nächsten Tag kurz vorbeischaut und nachfragt. Aus Büchern habe ich von der Nachbetreuung zuhause durch die Hebamme erfahren. Diese Möglichkeit (bezahlt durch die Krankenkassen) wurde mir nie mitgeteilt. Lothrop schreibt dazu: *„Wer wäre da besser geeignet, Betroffenen bei-zu-stehen, sie aufzufangen, als die Hebamme, die „weise" Frau, die durch Erfahrungen mit Geburten vielleicht auch den Geheimnissen des Todes schon etwas näher gekommen ist und sich daher möglicherweise (…) am besten in die Seele der Trauernden einfühlen kann"* (Lothrop 2007, 259). Deshalb wäre auch die Hebamme unbedingt geeignet dafür, an einem multidisziplinären Team mitzuwirken und ihre Erfahrungen mit dem Thema Totgeburt breit zu streuen.

Eine Frage stellt sich zum Thema Geburtsvorbereitungskurs. Soll darin dieses Thema zur Sprache kommen? Grundsätzlich muss die Atmosphäre in einem Kurs solche Fragen und Ängste auffangen können, ein natürlicher Zugang zu diesem Thema wären z.B. die Themen Verlusterfahrungen, Erwartungen, auch Ängste in Zusammenhang mit der Schwangerschaft. Gespräche darüber können Raum geben für Themen wie Behinderung, Fehl- oder sogar Totgeburt. Auch hierzu hat sich Lothrop schon Gedanken gemacht, die ich hier aber nicht näher ausführen kann (vgl. Lothrop 2007, 291-297).

4.4 Das Krankenhaus

Lothrop schreibt in ihrem Werk: *„Wünschenswert wäre in den Kliniken die Organisation eines Teams von Personen (ÄrztInnen, Hebammen, Krankenschwestern, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen), die mit Trauerprozessen und Trauerarbeit vertraut und speziell für eine geburtliche und nachgeburtliche Betreuung der Betroffenen zuständig sind“* (Lothrop 2007, 257). Solch ein Team müsste sofort nach Aufnahme der Frau, die eine Totgeburt vor sich hat, zusammen kommen und die nötigen Maßnahmen beraten und festlegen. War die Frau zuvor bei ihrer FrauenärztIn kann diese sofort im Krankenhaus Bescheid geben und die SozialarbeiterIn könnte hier die Funktion der Koordinatorin übernehmen und das Team einberufen. Das Team kann z.B. auch entscheiden, ob die Geburt sofort eingeleitet werden muss oder ob die Frau und ihr Partner eventuell noch einmal nach Hause können, um sich der Situation in ihren eigenen vertrauten Wänden zu stellen. In dieser Zeit kann dann auch organisiert werden, dass die Frau und ihr Partner (oder eine andere vertraute Person) vor und nach der Geburt in einem Einzelzimmer untergebracht werden können. Heute ist es glücklicherweise die gynäkologische Station, auf der diese Frauen nach der Geburt verlegt werden. Die Möglichkeit zu schaffen, dass der Partner in dieser Zeit anwesend sein kann, halte ich für eine der wichtigsten Stützen und Ressourcen in diesen schweren Momenten einer Frau (s. auch Erfahrungsberichte).

Wie Lothrop schon erwähnt hat, wäre es wünschenswert, dass alle Personen aus dem Team während des Krankenhausaufenthalts die Frau und ihren Partner, sowie mögliche Angehörige auf eine sensible und einfühlsame Art begleiten und ihre Wünsche und Bedürfnisse akzeptieren und wenn möglich befriedigen. Die Kenntnis über akute Traumafolgereaktionen kann helfen, passende Umgangsformen für die erste Zeit danach zu finden, um verletzende Erfahrungen im Krankenhaus zu vermeiden. Beim Pflegepersonal und den KlinikärztInnen wäre es schön, wenn auch aus ihrem Mund ein „es tut uns leid“ zu hören wäre. Das haben ich und Frau W. sehr vermisst. Die Anerkennung des Leids und der Trauer über den verlorengegangenen Menschen ist gerade in den ersten Tagen nach der Geburt sehr wichtig.

Die SozialarbeiterIn könnte die Funktion der Vermittlerin übernehmen, Wünsche erfragen z.B. nach psychologischer oder seelsorgerlicher Betreuung, Informationen über rechtliche Grundlagen weitergeben (Mutterschutz, Eintragung beim Standesamt, Bestattungspflicht, Obduktion, Nachbetreuung durch die Hebamme, Möglichkeit des Krankschreiben-Lassens des Partners,…), das Bestattungsinstitut beauftragen und bei Botengängen behilflich sein.

4.5 Psychologische Betreuung / Einzelberatung

Die psychologische Betreuung in der Klinik wurde laut Tabelle von den 115 befragten Frauen zu 58,4% gar nicht in Anspruch genommen, und wenn dann wurde sie zu 28,6% mit der Note 6 bewertet. *„Zusammen mit den Klinikseelsorgern stellen die Psychologen in der Beurteilung der betroffenen Frauen nicht nur das Schlusslicht der „Profis" (Ärzte, Hebammen, Krankenschwestern, Gemeindepfarrer) dar, sondern aller Gruppen (…)"* (K. Schäfer, 2004, 54). K. Schäfer zieht folgendes Fazit für die psychologische Betreuung: Auf emotionaler Ebene darf nicht der Fehler gemacht werden, diesen Verlust zu bagatellisieren oder gar zu verleugnen, sondern er muss als echter Verlust anerkannt werden. Es soll das ehrliche Eingeständnis erfolgen, dass es auf die „Warum-Frage" keine Antwort gibt. Auf inhaltlicher Ebene können Psychologen die verwaisten Eltern mit Informationen und Literaturempfehlungen versorgen, sie weiterleiten an KollegInnen, die sich mit diesem speziellen Thema auskennen und die eine traumatherapeutische Ausbildung vorweisen können (vgl. K. Schäfer 2004, 55). In den meisten Fällen entwickelt sich die posttraumatische Belastungsreaktion, die unmittelbar nach dem Trauma auftritt, mit Hilfe eigener Ressourcen und der Hilfe kurzzeitiger professioneller Unterstützung zurück ohne sich in die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) zu verschlimmern (s. Kap.2.2). Wenn aber nach Wochen oder sogar Monaten immer noch das Gefühl vorherrscht, dass das Erlebte in keiner Weise integriert werden kann, dass vieles immer noch unverarbeitet ist, dann wäre es laut Huber an der Zeit, eine TraumatherapeutIn aufzusuchen (vgl. Huber 2004, 21). SozialarbeiterInnen können eine Weiterbildung zur FachberaterIn Psychotraumatologie machen und so professionelle Anlaufstelle sein für traumatisierte Menschen, z.B. in Beratungsstellen der Familienbildungsstätten oder der Ehe-, Familien- und Lebensberatung.

Ich gehe in dieser Arbeit nur kurz auf die wichtigsten Phasen einer Traumatherapie ein: Nach heutigem Kenntnisstand bedeutet Traumaarbeit zu einem großen Anteil die innere Stabilisierung der betroffenen Person und die Schaffung eines guten Arbeitsverhältnisses zwischen TherapeutIn und KlientIn, die so genannte therapeutische Beziehung. Die direkte Auseinandersetzung mit den Inhalten des Traumas folgt erst zu einem viel späteren Zeitpunkt und basiert auf einem guten Arbeitsverhältnis. Als Ziel dieser Therapie formuliert U. Schäfer: *„Es wird in der Therapie darum gehen, Sie darin zu fördern, mit den Anteilen, die für sie schwierig und belastend sind, gut umgehen zu können. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, dass Sie als Patient stets die Kontrolle in der Therapie besitzen. Der Therapeut ist lediglich Fachmann und hilft Ihnen als Coach, als Trainer im Umgang mit sich selbst, er unterstützt Sie in Ihrem Selbstmanagement"* (U. Schäfer, 2006, 56). U. Schäfer und andere TraumaexpertInnen gliedern die Traumabehandlung in drei elementare Schritte:

- **Stabilisierungsphase:** Äußere und innere Sicherheit müssen gewährleistet sein, d.h. das äußere Leben, Wohn, - Arbeitsbedingungen, Partnerschaft, finanzielle Lage etc. sollen durch Ruhe und Sicherheit gekennzeichnet sein. Stabilisierung für die innere Sicherheit kann z.B. durch Übungen (s. Kap.2.4) erreicht werden, die durch die TherapeutIn angeleitet werden. Hier wird vor allem Ressourcen und Biografie orientiert gearbeitet, was in der Profession der Sozialen Arbeit als maßgebliche Arbeitsgrundlage gilt und sie deshalb gerade in der Psychotraumatologie ihre Daseinsberechtigung hat. Diese Phase nimmt, wie bereits erwähnt, einen großen Zeitraum ein.
- **Traumaexposition:** U. Schäfer beschreibt diese Phase so:*„Es soll eine Synthese aus Wort, Bild, Affekt und Körperempfinden entstehen, so dass ein Gesamtgeschehen erlebbar wird. Das bedeutet, dass die während des Traumageschehens getrennten Worte und Bilder (…), Gefühle und Körperwahrnehmungen wieder zusammengeführt werden zu einem ganzheitlichen Erleben“* (U. Schäfer 2006, 66). Das war während des Traumas nicht möglich, da dies nicht auszuhalten wäre. Ziel dieser Phase ist, dem Schrecken eine Sprache zu geben, aber kontrolliert. Die Vergangenheit muss eindeutig als Vergangenheit eingestuft werden können, der betroffenen Person muss es gelingen, ein Stoppsignal zu setzten und sich zu sagen: „Halt, das was geschehen ist, ist vorbei, es passiert nicht heute und nicht jetzt!“ (vgl. U. Schäfer 2006,68). Hierfür gibt es verschiedene Techniken, die Schäfer gut verständlich beschreibt, auf die ich hier aber nicht näher eingehen kann.
- **Integrationsphase:** In dieser Phase soll es den Betroffenen gelingen, zu einer Akzeptanz der unabänderlichen Tatsachen, zu kommen. *„Nach der Phase der Trauer wird deutlich, wie sehr das Traumageschehen das zurückliegende Leben beeinträchtigt hat. Es gilt jetzt, einen Neubeginn zu machen. Meist spüren Sie dies selbst. Endlich: zu beginnen zu leben“* (ebd., 71). Erst die Integration des Erlebten in die eigene Biografie macht ein Weiterleben mit Vertrauen möglich.

Diese Therapieabschnitte sind nur grob geschildert, um einen ersten Eindruck zu vermitteln, wie Traumatherapie aufgebaut ist und auf welche Grundlagen sie sich stützt. PsychologInnen und SozialarbeiterInnen sollten in ihrer Arbeit mit traumatisierten Menschen auf diese Therapieabschnitte Bezug nehmen können.

4.6 Seelsorgerliche Betreuung

Die PfarrerInnen einer Gemeinde kommen mit diesem speziellen Thema „zum Glück“ nicht sehr oft in Berührung. Wenn es dann aber doch passiert, kommen auch sie als professionelle TrauerbegleiterInnen schnell an die Grenzen ihrer Belastungsfähigkeit

(Aussage unseres Pfarrers auf die Anfrage, ob er die Beerdigung halten könne). Sie beschränken sich deshalb vielleicht gerne auf den Bereich der Verkündigung und die Liturgie bei der Beerdigung. Die Begleitung der Angehörigen, besonders in den Wochen und Monaten nach der Bestattung, ist aber eine mindestens genauso wichtige Aufgabe und wird nicht immer wahrgenommen. Manche Trauernde verstehen es außerordentlich gut, ihre Emotionen durch eine möglichst rasche Rückkehr zum „normalen" Alltag, zu verbergen. Aber gerade diese Menschen sollten von professionellen SeelsorgerInnen im Blick behalten werden und ein Begleiten über die Beerdigung hinaus wäre hilfreich. (Vgl. http://www.ekd.de/EKD-Texte/sterben_1996.html ,Zugriff am 1.10.08 um 11.30 Uhr)
Aus eigener Erfahrung kann ich dies bestätigen. Es tut sehr gut, wenn der Pfarrer auch ein paar Monate später noch nachfragt, wie es dir geht. Mein Mann z.B. sagte vor kurzem: „Ich habe vergessen, dass ich traurig bin".
Viele Menschen können sich für das eigene Leben Entbehrungen und Grenzsituationen kaum noch vorstellen. Die Erfolge der Medizin führen in unserer Gesellschaft zu einer beispiellosen Hoffnung auf ewige Gesundheit, ein Akzeptieren des Todes als zum Leben dazugehörend, findet kaum mehr statt. Seelsorge ist deshalb, wie unser Pfarrer es vor kurzem formulierte, „eine Gratwanderung zwischen dem Machbarkeitswahn und der Resignation, zwischen appellieren und resignieren".

Mögliche Ideen zur Verbesserung dieser Situation könnten sein:

- Im Theologiestudium müsste das Thema Totgeburt einen Platz bekommen, dafür könnten z.B. Hebammen von ihren Erfahrungen in den Kreißsälen berichten, um einen ersten Einblick in diese Problematik zu geben. Das Thema Trauerbegleitung fällt auf jeden Fall in den Aufgabenbereich der professionellen SeelsorgerInnen. Auch spezielle Hilfen zur Gestaltung einer solch außergewöhnlichen Beerdigung sollten Inhalt eines Seminars o.ä. sein. Von der Deutschen Bischofskonferenz gibt es zumindest eine Arbeitshilfe dazu (s. Literaturliste). Vom Pfarrer meiner Gemeinde weiß ich, dass Trauerbegleitung im Studium nur als freiwilliges Seminar angeboten wird, in der Vikarsausbildung allerdings in einem Tagesseminar behandelt wird….
- Trauerteams in den Gemeinden bilden und ausbilden, die auch mit diesen speziellem Thema Trauer nach Tot- und Fehlgeburt umgehen können. Die SozialarbeiterIn der Klinik könnte Kontakt zur GemeindepfarrerIn aufnehmen, sie oder er könnte einen Erstkontakt zu den verwaisten Eltern aufnehmen und zur weiteren Begleitung stände bei Bedarf jemand aus dem Trauerteam zur Verfügung. Sinnvoll wäre für so ein Team eine konstante Supervisionsgruppe, um Belastendes abzugeben und zum Austausch mit anderen TrauerbegleiterInnen.

Die Supervisionsgruppe könnte von einer dazu ausgebildeten SozialarbeiterIn geleitet werden.

- Die PfarrerIn sollte zum multidisziplinären Team des Krankenhauses gehören und wenn ein solcher Fall eintritt, dazu geholt werden. In diesem Team können auch rechtliche Informationen fließen oder Hinweise, das tote Baby z.B. in den Gemeindebrief aufzunehmen, um ihm ein Daseinsrecht einzuräumen, damit dieses Leben nicht vergessen wird.
- Um das Tabuthema Tod und Sterben gesellschaftsfähiger zu machen, könnte die Kirchengemeinde als Veranstalterin Vortragsabende, Filmabende mit anschließender Diskussion, den Besuch eines Hospizes oder ähnliches anbieten. Auch hierzu könnte z.B. die BezirkssozialarbeiterIn als organisatorische Leitung eingesetzt werden, die über Kenntnisse in der Öffentlichkeitsarbeit verfügt. Sie hat außerdem ein großes Überblickswissen und pflegt viele Kontakte, um passende RefentInnen an Land zu ziehen.
- Die PfarrerIn sollte z.B. am Totensonntag beim Gedenken an alle Verstorbenen des vergangenen Jahres auch die oder den Namen der Totgeborenen nennen , außerdem in das Gebet auch Angehörige mit einbeziehen, die schon vor längerer Zeit ein Kind verloren haben und für die es sonst kein Andenken gibt.
- Speziell für alle verwaisten Eltern könnte eine Andacht oder ein Erinnerungsgottesdienst angeboten werden.

4.7 Das Bestattungsunternehmen

Der Gang zu dieser Institution fällt sicher jedem schwer, der einen lieben Angehörigen verloren hat, aber im Falle einer Totgeburt wird hierin gnadenlos deutlich, dass die Wiege gegen einen Sarg ausgetauscht werden muss. Das ist fast unerträglich. Ich habe in Kap. 4.4 schon erwähnt, dass die SozialarbeiterIn der Klinik mit dem Bestattungsunternehmen Kontakt aufnehmen könnte, um den Eltern dies auf ihren Wunsch zu ersparen. Auch die Begleitung dorthin könnte ich mir vorstellen. Als neutrale Person kann die SozialarbeiterIn über die notwendigen Regelungen den Überblick bewahren, an die der geschockte Vater (meist ist es seine Aufgabe, da die Frau noch im Krankenhaus liegt) in diesem Moment sicher nicht angemessen denken kann. Lothrop schreibt von der Wichtigkeit der Mitbestimmung der trauernden Eltern. In der allgemeinen Hilflosigkeit und Ohnmacht der Situation kann es sehr hilfreich sein für den Trauerprozess, dass der verwaiste Vater über die Beerdigung seines Kindes bestimmen darf (vgl. 2007, 298-300). Es gilt also, unterstützend dabei zu sein und darauf zu achten, dass das Bestattungsunternehmen sensibel damit umgeht und den Vater einbezieht in Entscheidungen.

Grundsätzlich sollte der Hinweis kommen, dass das Kind auch nach einer Obduktion noch angezogen werden kann und dass in den Sarg Erinnerungen hineingelegt werden dürfen. Auch auf mögliche Rituale, wie z.B. ein Windrad auf das Grab zu stecken oder Luftballone in den Himmel steigen zu lassen, kann das Unternehmen hinweisen.
Mit den Kosten für eine Beerdigung haben die werdenden Eltern nun sicher nicht gerechnet und es wäre fair, wenn das Bestattungsunternehmen auf eine kostengünstige Durchführung hinweisen würde, z.B. dass die Liedbegleitung auch selber übernommen werden kann, dass der Sarg selbst gebastelt und selbst ausgeschmückt werden kann z.B. mit dem Kissen der Wiege. Solche Aktivitäten sind nicht nur kostengünstig, sondern können auch Ausdruck der Liebe zu diesem Kind sein und im Trauerprozess unterstützend wirken. Die Beerdigungskosten sollten die verwaisten Eltern auf keinen Fall in eine zusätzliche Krise stürzen und die SozialarbeiterIn kann dem entgegen wirken, auch weil sie über Möglichkeiten der staatlichen Unterstützung bei finanziell schwachen Paaren Bescheid weiß.
„Bestatter sind wichtige Bezugspersonen für Trauernde. Mögen diese Zeilen ihnen ihre Hilfsmöglichkeiten und ihre Verantwortung noch mehr verdeutlichen und sie zu einem bewussteren, kreativeren, individuelleren Umgang mit trauernden Eltern inspirieren - zu deren Wohl“ (Lothrop 2007, 303). Um dies zu realisieren wäre die Begleitung durch eine SozialarbeiterIn förderlich. Sie könnte außerdem für diese Personengruppe eine Fortbildung anbieten, eventuell wieder in Zusammenarbeit mit einer Hebamme.
Auch beim Bestattungsunternehmen können Hinweise ausgelegt sein für Selbsthilfe,- bzw. Stützgruppen.

4.8 Selbsthilfegruppen / Stützgruppen

Im günstigsten Fall könnte eine SozialarbeiterIn des Sozialpsychiatrischen Dienstes, die eine Weiterbildung zur FachberaterIn in Psychotraumatologie (s. Weiterbildungsangebot unter: http://www.psychotraumatologie.de) absolviert hat, eine solche Stützgruppe ins Leben rufen und zumindest im Anfangsstadium auch leiten. Sie verfügt über Kenntnisse der Traumafolgen und der aus Traumata resultierenden Trauer mit all ihren Erscheinungsformen und kann so hilfreich zur Seite stehen. Wenn diese SozialarbeiterIn selbst Betroffene ist, wird ihr das sicher noch empathischer gelingen. Aus eigenen ambivalenten Erfahrungen in einer Selbsthilfegruppe ist m.E. eine ausgebildete BeraterIn als Gruppenleitung sehr sinnvoll, da sonst leicht ein Klima entstehen kann, welches eher zusätzliche Panik auslöst oder zu unnützen Vergleichen anregt, welches Leid nun am Schlimmsten wiegt. Um zu verhindern, dass durch gegenseitiges emotional geladenes Erzählen der schlimmen Erfahrungen einer Totgeburt und deren Umstände, erneut ein Flashback bei den Anwesenden ausgelöst wird, gehört viel Kommunikationskompetenz in

der Leitung von Gruppengesprächen dazu. Dies kann eine SozialarbeiterIn mit ihrer Ausbildung durchaus leisten. Ist diese GruppenleiterIn traumatherapeutisch ausgebildet, kann sie auch Imaginationsübungen mit der Gruppe durchführen. Grundsätzlich sind sich die Trauma-ExpertInnen aber darüber einig, dass für traumatisierte Personen eine Selbsthilfegruppe aus genannten Gründen (Auslöser für Flashbacks) eher kritisch zu sehen ist und sehr vom individuellen Traumatisierungsgeschehen abhängt. Fischer beschreibt die von mir erlebte Situation sehr treffend*: "Hier besteht die Gefahr, dass sich die Gruppenmitglieder reihum mit ihrem Traumabericht überfordern, dass überflutende Gefühle und überwältigende Erinnerungen auftreten und sich der Gesundheitszustand beim Einzelnen verschlechtert"* (2003, 135).
Informationen über Selbsthilfegruppen sollten bei den Frauenärztinnen, in den Krankenhäusern, in den Rathäusern und auch im Geburtsvorbereitungskurs ausliegen. Über Stillgruppen und Mutter-Kind-Gruppen liegen Informationen aus, sitzt man aber als verwaiste Mutter im Warteraum, wirken diese Flyer geradezu wie eine hämisch grinsende Fratze. Selbsthilfegruppen für Trauernde halte ich für eine positive Einrichtung, ist die Trauer aber Folge eines traumatischen Erlebnisses, muss eine individuelle Abschätzung über dieses Angebot erfolgen.

4.9 Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste (SPDi) gibt es in der Bundesrepublik flächendeckend seit Anfang der siebziger Jahre. In Baden-Württemberg befinden sie sich überwiegend in freier Trägerschaft (freie Wohlfahrtsverbände). In SPDis arbeiten überwiegend SozialarbeiterInnen und Fachkrankenpflegepersonal für Psychiatrie.
Zielgruppe dieser Dienste sind psychisch kranke Menschen, oft in Kombination mit einer Suchterkrankung, Menschen mit einer schweren bipolaren Störung (Depression und Manie) oder Menschen mit Persönlichkeitsstörungen (dazu später mehr). Neben den Erkrankten selbst werden auch Angehörige und FreundInnen bei Bedarf beraten.
Das Angebot der SPDis umfasst in der Regel:

- Beratung über die Erkrankung und die damit verbundene Problematik in Einzel- oder Familiengesprächen (Psychoedukation genannt),
- Begleitung im Alltag und in psychosozialen Krisen (wie z.B. nach einem Trauma),
- Hausbesuche,
- Unterstützung in der Alltagsbewältigung,
- Begleitung und Betreuung vor und nach Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik,
- Gesprächsgruppen für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige,
- Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen,

- Vermittlung von Kontakten zu anderen Diensten und Einrichtungen,
- Vermittlung von Freizeit- und Kontaktangeboten sowie
- spezifische Unterstützung psychisch erkrankter Eltern.

Ziel dieser Dienste ist, den Betroffenen niederschwellige, leicht zugängliche Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten, damit sie außerhalb stationärer Einrichtungen ihren Alltag möglichst strukturiert gestalten und bewältigen können. Die sozialpsychiatrischen Dienste verstehen sich als gemeindenahe, dezentrale ambulante Angebote und ergänzen die fachärztliche Behandlung, die aber nicht verpflichtend ist. (Vgl.http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Programme/a_Angebote_und_Hilfen/s_647.html, Zugriff am 15.10.08, 10.00 Uhr).

Mit dieser kurzen Erläuterung der Zielgruppen, Ziele und Aufgaben der SPDis wird deutlich, dass Menschen mit einer akuten Belastungsreaktion, also wie z.B. nach einer Totgeburt, diese eher selten in Anspruch nehmen werden. Menschen aber, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) leiden, gehören durchaus zur Zielgruppe. Es mag Frauen geben, die die Erfahrung einer Totgeburt nie richtig verarbeitet haben und Jahre später noch darunter leiden und eine PTSD entwickeln. Es soll in diesem Kapitel aber nicht nur um das Trauma einer Totgeburt gehen, sondern allgemein um traumatisierte Menschen, die unter krankhaften Folgen leiden. Wie in der Einleitung schon erwähnt und von Huber gestützt, wird diese Störung oft nicht erkannt und stattdessen z.B. eine Persönlichkeitsstörung[8] wie das „Borderline-Syndrom“ diagnostiziert, welches ähnliche Symptome aufweist (z.B. die Dissoziation und die Konstriktion, s. Kap.2.2.1). Menschen mit diesem „Etikett“ sind häufig AdressatInnen in den sozialpsychiatrischen Diensten (über 80% Frauen). Huber hält fest: *“Traumatisierungen, wie frühe Vernachlässigung, Verwahrlosung, körperliche, seelische und/oder sexuelle Gewalt erklären mehr als 80 Prozent aller Persönlichkeitsstörungsdiagnosen“* (2005 b, 118). Das heißt, dass die meisten Menschen, oftmals Frauen, die eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose bekommen, langjährige oder frühe Traumatisierungen erlebt haben, die Folgen aber nicht als diese erkannt wurden.

Für die SozialarbeiterInnen in den sozialpsychiatrischen Diensten heißt dies, krankhafte Folgen eines Traumas zu kennen, an AdressatInnen zu erkennen und die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass es sich hier um eine andere Diagnose handeln könnte, nämlich die der Posttraumatischen Belastungsstörung. Im multiprofessionellen Team dieser Einrichtung (SozialarbeiterInnen, FachärztInnen, Pflegepersonal, PsychologInnen) sollte diese Störung mehr ins Bewusstsein kommen und entsprechend mit dem Anbieten einer

[8] Wenn eine problematische Persönlichkeitsorganisation zu Verhaltensmustern neigt, unter denen die Person schwer leidet, spricht man von Persönlichkeitsstörung (vgl. Hoffmann-Richter, 2001, 44).

Traumatherapie reagiert werden können. Wenn man bedenkt, welche Stigmatisierung Menschen mit Persönlichkeitsstörungen erfahren müssen, die vielleicht an Folgen von Traumatisierungen leiden, dann wird die Wichtigkeit des Wissens über Traumafolgen sehr deutlich. Dies können sich SozialarbeiterInnen in Weiterbildungen aneignen (s. Kap.4.5).

Fazit

„Alles hat seine Zeit. Jedes Ereignis, alles auf der Welt hat seine Zeit. Geborenwerden und Sterben hat seine Zeit, (…), Lachen und Weinen hat seine Zeit, (…)“ (Die Bibel, Prediger 3,1-8).
Diese Verse waren unser Trautext bei unserer kirchlichen Hochzeit vor fünf Jahren und wer hätte damals gedacht, dass uns gleich das erste Gegensatzpaar mit solch einer Wucht treffen sollte! Alles hat seine Zeit, aber Geborenwerden und Sterben sollten einfach nicht so dicht beieinander liegen. Und trotzdem hat mir dieser Text immer wieder Hoffnung gemacht, denn er hält uns Menschen ganz klar vor Augen, dass schlimme Erfahrungen auch wieder von guten abgelöst werden, dass die Zeit der Tränen auch ein Ende haben wird und Freude wieder einziehen kann in die Herzen der Trauernden. Dieser Text verwirft auch die Annahme, dass das Schicksal automatisch immer wieder zuschlagen wird, nur weil es einmal zugeschlagen hat. Der Glaube an eine hoffnungsvolle Zukunft und an eine verlässliche Welt kann dadurch wieder gedeihen.

Viele der genannten Möglichkeiten, ein Trauma zu überwinden, lassen sich vergleichen mit Antonovskys Modell der „Salutogenese“. Das Hauptmerkmal der „saluto-genetischen“ Perspektive ist die Frage nach Voraussetzungen, die Gesundheit erhalten und Gesundheit entstehen lassen können im Gegensatz zur patho-genetische Sichtweise („was macht den Menschen krank?“). Für ihn ist das „Kohärenzgefühl“ die grundlegende Voraussetzung für die seelische und körperliche Gesunderhaltung des Menschen. Er versteht unter dem „Kohärenzgefühl“ eine Grundhaltung gegenüber der Welt als großes Ganzes, sowie gegenüber dem eigenen Leben. Auch Huber spricht in ihren Abhandlungen über „Trauma“ immer wieder vom Kohärenzgefühl. Macht der Mensch ausgewogene Erfahrungen mit Über- und Unterforderung, sowie mit Einflussmöglichkeiten und Kontrollierbarkeit seinerseits, kommt es zur Ausbildung eines starken Kohärenzgefühls. Sind genügend Ressourcen (individuelle, materielle, kulturelle soziale) vorhanden, kann der Mensch nach Antonovsky ein Kohärenzgefühl entwickeln und aufrechterhalten. Fühlt sich der Mensch dagegen dem Geschehen überwiegend hilflos ausgeliefert (vgl. die Definition von Trauma) ist das Kohärenzgefühl eher schwach ausgeprägt (vgl. BzgA 2001, 24-31). Die seelische und körperliche Gesundheit ist entsprechend verletzlich, der Glaube an eine verlässliche Welt ist gestört. So fühlt sich die Welt nach dem akuten Erleben eines Traumas an.
Im Trauerprozess und in der Traumaverarbeitung wird die Phase des neuen Welt- und Selbstbezugs deshalb als die gesehen, die zurück ins Leben führt, in der wieder Sinn erlebt werden kann. In dieser Phase werden neue Ziele gesteckt und Vertrauen in das

Leben, eingebettet in ein großes Ganzes, wird wieder gewagt. Der Mensch verfügt über viele Selbstheilungskräfte und Ressourcen und je mehr er davon in seiner Kindheit mitbekommen hat, desto besser wird ihm sein Umgang mit Krisensituationen oder wie hier aufgezeigt, mit Traumatas, gelingen. Es geht auch darum, verschüttete Ressourcen wieder aufzudecken und wiederzubeleben.

Erfahrungen dazu aus den drei Berichten werden von Huber bestätigt: Hat man in solchen Phasen des Lebens eine funktionierende Familie, einen Partner und/oder FreundInnen um sich, die einen begleiten, kann dies erheblich zur erfolgreichen Traumaverarbeitung beitragen. Diese soziale Unterstützung und ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl (d.h. den Glauben an Gott und die Welt noch nicht ganz verloren haben) wirken als Schutzfaktoren gegen chronische Folgen der Traumatisierung. Gelingt es der betroffenen Person außerdem, ihre Erfahrungen in Sprache auszudrücken, findet sie Gehör und Verständnis für ihr Gefühlschaos, dann wirkt dies ebenfalls wie eine Art Schutzschild (vgl. Huber 2005 b, 82). All dies sind instrumentalisierte Ressourcen.

Alle diese Instrumente dienen dazu, dass die betroffene Person dem Leben wieder ein Stück Sinn und Glück zurückgeben kann und dass sie in sich wieder gute Gefühle entstehen lassen kann. Stefan Klein hat sich in seinem Buch „Die Glücksformel“ auf *„die Suche der Wissenschaft nach einem besseren Leben“* gemacht (so zu lesen im Buchumschlag). Er schreibt, dass wir Menschen eher auf die Erfahrung von Unglück gepolt sind und den Genuss der Freude und des Glücks regelrecht lernen müssen. Um nichts anderes geht es in den aufgeführten Übungen, Ritualen, Ressourcenlisten,…in Kapitel 2.4.
Viele kleine Schritte sind nötig, um nach einem Trauma wieder ins Leben zurückzukommen. Diese Erfahrung habe ich auch gemacht. Zufriedenheit ist *„wie ein Mosaik aus vielen glücklichen Momenten“* (ebd., 238). Die Auflistungen im Freudetagebuch und die Erfolgsliste sind solche Bausteine des Mosaiks. Es ist ein Bemühen um das Glück und es kostet richtig Kraft, wieder Dankbarkeit und Freude bewusst empfinden zu können, aber es lohnt sich, denn es führt ins Leben zurück. Bewegung und Sport tragen zur Entstehung guter Gefühle ebenso bei wie Freundschaften und eine gute Partnerbeziehung. In Fischers Werk „Neue Wege aus dem Trauma“ ist die körperliche Bewegung in freier Natur auch eine entscheidende Möglichkeit, zu Sicherheit und Ruhe zurückzugelangen und bewusster zu leben bzw. seinen Körper bewusster wahrzunehmen.

Es ist interessant, dass sämtliche Wege aus dem Trauma, die ich in dieser Arbeit anhand Literatur und Erfahrungsberichten beschrieben habe, bei Kleins „Wissenschaft vom besseren Leben“ aufgegriffen werden. Gute Gefühle bewusst zu leben und in sich aufzuspüren hat viel mit Ressourcenorientierung zu tun und ist für die Soziale Arbeit ein grundlegendes Handlungsmaxim. Unsere Verpflichtung ist es, schon den kleinsten Kindern Ressourcen und daraus folgende Schutzfaktoren mit auf den Weg zu geben, sei es beruflich oder privat. Situationen wie die eines Traumas zu überstehen, ohne daran zu zerbrechen, erfordern eine gute Ausstattung an Ressourcen und funktionierenden Bindungen. Antonovsky, die TraumaexpertInnen und Klein heben die entscheidende Bedeutung der Ressourcenorientierung und die Qualität der bestehenden Bindungen bei den Hilfen zur Lebensbewältigung bzw. Traumabewältigung, hervor. Diese beiden Bereiche habe auch ich in dieser Arbeit dargelegt: Die Selbstheilungskräfte habe ich in Kapitel 2.4 demonstriert, funktionierende Bindungen und Beziehungen, sei es auf privater oder gesellschaftlich professioneller Ebene, habe ich in Kap. 3 und 4 dargestellt. Auch in den Erfahrungsberichten wird die entscheidende Bedeutung der Partnerbeziehung sehr deutlich. Funktionierende Beziehungen versuchen gegenseitige Verletzungen gering zu halten. Verletzende und hilfreiche Erfahrungen habe ich in den drei Berichten in Kap.1 beleuchtet. Eine hilfreiche Bedingung für einen sensiblen Umgang mit traumatisierten Menschen ist das Wissen über Trauma und die Folgen, welches ich in Kap.2 vermittelt habe.

Noch ein paar persönliche Worte zum Schluss:
Mir hat das Schreiben und Lesen sehr geholfen, ich konnte einen Schritt weiter gehen, nach vorn sehen, bewusster leben lernen, Ressourcen aufspüren, verstehen lernen, warum ich so und nicht anders reagiert habe, was in mir vorgegangen ist während des traumatischen Geschehens und wie andere und ich mir selbst, helfen kann. Die Frage nach dem Sinn eines solchen traumatischen Erlebnisses habe ich mir genauso gestellt wie die interviewten beiden Frauen und viele andere, von denen ich Erfahrungsberichte gelesen und gehört habe. Ich kann sie letztendlich nicht beantworten, aber kleine Schritte der Sinnfindung bin ich gegangen. Wie vielfältig beschrieben versuche ich, die guten und glücklichen Momente und Gefühle bewusster wahrzunehmen, mich an Kleinigkeiten zu freuen und meine Partnerschaft und die Beziehung zu meiner Familie ganz neu und intensiv zu leben. Dadurch ist die Dankbarkeit in mein Leben zurückgekehrt, die mein Leben wieder „sinn-erfüllt“ macht.

Ich hoffe, dass ich die Themen Tod, Trauma und Trauer durch diese Arbeit auf eine verständliche Art aufgearbeitet habe und sie so auch Zugang finden können in Bereiche

der Sozialen Arbeit. Es hat sich in vielen Bereichen schon sehr viel verbessert in den letzten Jahrzehnten aufgrund Initiativen wie REGENBOGEN, Umfragen von K. Schäfer, Aufklärungsarbeit und in vielen Büchern zusammengefasste Erfahrungsberichte von verwaisten Müttern und Vätern. Aber in manchen Bereichen, z.B. der Schwangeren-Beratungsstelle oder im Krankenhaus ist Handlungsbedarf bzw. ein bewussterer Umgang damit notwendig, wie ich in Kap. 4 aufgezeigt habe. Hier kann die Soziale Arbeit mit ihren Kompetenzen, sowohl als Vermittlerin wie auch als direkt Beteiligte, durchaus hineinwirken.
Mit einer kleinen, besinnlichen Unterhaltung zwischen Alice und ihrer Katze Dina aus dem Buch „Alice im Wunderland“ möchte ich schließen:

"Würdest du mir bitte sagen, wie ich von hier aus weitergehen soll?"
"Das hängt zum großen Teil davon ab, wohin du möchtest", sagte die Katze.
Lewis Carroll

Erklärung

„Hiermit versichere ich gemäß § 28 der Studien- und Prüfungsordnung der Hochschule Esslingen – Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, dass ich diese Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.“

Esslingen, den _____ _____

(Datum) (Unterschrift)

Literaturverzeichnis

Autor	Titel	Sammelwerk oder Zeitschrift	Erscheinungsort und Jahr
Bickel, Lis/ Tausch-Flammer, Daniela (Hrsg.)	In meinem Herzen die Trauer- Texte für schwere Stunden		Freiburg, 3. Aufl. 1998
Böhnisch, Lothar	Sozialpädagogik der Lebensalter- Eine Einführung		Weinheim und München, 5. überarb. Aufl. 2008
Böke, Hubert / Schwikart, Georg / Spohr, Michael (Hrsg.)	Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt- Motivation, Schutzräume, Problemfelder		Gütersloh, 2002
Bode, Sabine / Roth, Fritz	Wenn die Wiege leer bleibt- Hilfe für trauernde Eltern		Bergisch Gladbach, 2002
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)	Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese		Erw. Neuauflage, Band 6, Köln, 2001
Csikszentmihalyi, Mihaly	Flow - Das Geheimnis des Glücks		Stuttgart, 11. Aufl., 2003
Faltin, Thomas	Niemand kennt die irdische Ruhestätte des kleinen Sternenkindes	In: Stuttgarter Zeitung, Regionalteil	30.06.2003, S. 25
a) Fischer, Gottfried / Riedesser, Peter	Lehrbuch der Psychotraumatologie		München, 3. akt. und erw. Aufl., 2003
b) Fischer, Gottfried	Neue Wege aus dem Trauma- Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen		Düsseldorf und Zürich, 2. Aufl., 2003
Hoffmann-Richter, Ulrike / Finzen, Asmus	Die häufigsten psychischen Krankheiten	In: BApK (Hrsg.): Mit psychisch Kranken leben : Rat und Hilfe für Angehörige .	Bonn, 2. korr. Aufl., 2001, S. 20-46
a) Huber, Michaela	Der innere Garten- Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung		Paderborn, 2. Aufl., 2005
b) Huber, Michaela	Trauma und die Folgen- Trauma und Traumabehandlung Teil 1		Paderborn, 2. Aufl., 2005
Huber, Michaela	Wege der Traumabehandlung- Trauma und Traumabehandlung Teil 2		Paderborn, 2. Aufl., 2004
Kast, Verena	Lebenskrisen werden Lebenschancen		Freiburg, 2000
Kast, Verena	Trauern- Phasen und Chancen des psychischen Prozesses		Stuttgart, 1999

Kast, Verena	Wenn Geburt und Tod zusammenfallen	In: Künzer-Riebel, Barbara/ Lutz, Gottfried :Nur ein Hauch von Leben	Lahr, 5. überarb. Auflage 2002, S. 120-135
Klein, Stefan	Die Glücksformel- oder Wie die guten Gefühle entstehen		Hamburg, 2. Aufl., 2002
Körner-Armbruster, Angela	Totgeburt weiblich- Ein Abschied ohne Begrüßung		Tübingen, 3. erw. Aufl., 2005
Kotzwinkle, William	Schwimmer im dunklen Strom		München, 1979
Künzer-Riebel, Barbara/ Lutz, Gottfried	Nur ein Hauch von Leben- Eltern berichten vom Tod ihres Babys und von der Zeit ihrer Trauer		Lahr, 5. überarb. Auflage 2002
Levine, Peter A	Trauma-Heilung / Das Erwachen des Tigers- Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren		Essen, 1998
Levine, Peter A.	Vom Trauma befreien- Wie Sie seelische und körperliche Blockaden lösen		München, 2007
Lothrop, Hanna	Gute Hoffnung- jähes Ende- Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit. Begleitung und neue Hoffnung für Eltern		München, 13. akt. Aufl. 2007
Nijs, Michaela	Trauern hat seine Zeit- Abschiedsrituale beim frühen Tod eines Kindes		Göttingen, 2. überarb. und erw. Aufl. 2003
Reddemann, Luise	Imagination als heilsame Kraft- zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren		Stuttgart, 2001
Reddemann, Luise	Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt- Seelische Kräfte entwickeln und fördern		Freiburg, 2007
Reddemann, Luise	Trauma- Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen		Stuttgart, 3. vollst. überarb. Auflage 2008
Rosenthal, Gabriele	Interpretative Sozialforschung- eine Einführung		Weinheim und München, 2005
Schäfer, Klaus	Abschied bei der Geburt	In: Zeitschrift „Psychologie heute“	Heft 9/ 2004, 54-55
Schäfer, Klaus	Ein Stern, der nicht leuchten konnte-Das Buch für Eltern, deren Kind während der Schwangerschaft starb		Karlsruhe, 2.erw. Auflage, 2008

Schäfer, Ulrike/ Rüther, Eckart/ Sachsse, Ulrich	Hilfe und Selbsthilfe nach einem Trauma- Ein Ratgeber für seelisch schwer belastete Menschen und ihre Angehörigen		Göttingen, 2006
Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.)	Wenn der Tod am Anfang steht- Eltern trauern um ihr totes neugeborenes Kind- Hinweise zur Begleitung, Seelsorge und Beratung	In: Arbeitshilfen der Deutschen Bischofskonferenz	Bonn, Neufassung 2005, Heft Nr. 174
Student, Johann-Christoph (Hrsg.)	Sterben, Tod und Trauer- Handbuch für Begleitende		Freiburg, 2004
Thomése, P.F.	Schattenkind		Berlin, 2006
Weseley, Kathrin	Kinder können noch vor der Geburt geschützt werden	In: Stuttgarter Zeitung, Regionalteil	09.10.2008, S.26
Wicke-Naber, Gerlinde	Abschied von den Allerkleinsten - Auf dem Böblinger Waldfriedhof gibt es eine Grabstätte und Trauerfeiern für fehlgeborene Kinder	In: Stuttgarter Zeitung, Regionalteil	28.04.2007, S. 24
Wolf, Jessica	Trauer nach einer Totgeburt- Eine empirische Analyse zur Betreuung betroffener Frauen und Paare. Eine Handreichung für professionelle HelferInnen.	Diplomarbeit im Studiengang Soziale Arbeit als pdf-Datei: http://www.totgeburt.surf.to/	Fachhochschule Würzburg , 2003

Weiterführende Internetadressen:

http://www.fifap.de –Fachinstitut für Angewandte Psychotraumatologie/ Seminare und Weiterbildungen für Professionelle im Bereich der Sozialen Arbeit
http://www.gestose-frauen.de
http://www.initiative-regenbogen.de - Glücklose Schwangerschaft/ Selbsthilfegruppen
http://www.lebensspruenge.de - meine „Trauerbegleiterin“ im Krankenhaus und danach
http://www.prometheus-trauma.de - Datenbank für Literatur über Psychotraumatologie
http://www.psychotraumatologie.de - Deutsches Institut für Psychotraumatologie/ Seminare und Weiterbildungen für Professionelle im Bereich der Sozialen Arbeit
http://www.totgeburt.net/html/body_kleine_sternenkinder.html
http://www.totgeburt.surf.to/ -Diplomarbeit von Jessica Wolf
http://www.veid.de/ und http://www.veid.de/elternseminare.0.html
http://www.verwaiste-eltern.de/content/view/125/30
http://www.wdr.de/tv/aks/spezialbeitraege/20051101_verwaiste-eltern.jhtml
http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Programme/a_Angebote_und_Hilfen/s_647.html - Das Online-Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP)

Anhang

1. Danksagungen……63
2. Transkribierte Aussagen von Frau G……..63
3. Transkribierte Aussagen von Frau W……..70
4. Mitteilung über die Geburt und den Tod…… 75
5. Fotos von der Beerdigung……76
6. Segensgebet bei der Beerdigung…… 77
7. Traueransprache bei der Beerdigung…… 78
8. Danksagungskarte……..81
9. Flyer des Bundesverbands Verwaiste Eltern in Deutschland…….…… 82
10. Imaginationsübung nach Luise Reddemann…… 83

1. Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich mich bedanken bei den Menschen, die mich im Schreiben dieser Arbeit unterstützt haben:
bei meinem Mann, der die Arbeit Korrektur las, mit mir gelitten hat, mir Stütze war und ist und mir wichtige Hinweise gab,
bei den beiden Frauen W. und G., die sich bereit erklärten zu einem Interview über dieses traurige Thema und für ihre Offenheit dabei,
bei meinen beiden Professorinnen Maria Bitzan und Nina Kölsch-Bunzen, die sich auf dieses ungewöhnliche Thema eingelassen haben und mir damit die Möglichkeit gaben, meine eigenen Erfahrungen aufzuarbeiten und
bei meiner Trauerbegleiterin Frau Barbara Künzer-Riebel, die mich ermutigt hat, diese Arbeit zu schreiben.

2. Transkribierte Aussagen von Frau G.

Markante Aussagen aus dem Gespräch vom 2. Oktober 2008 mit Frau G. nach Aufforderung zum freien Erzählen und anschließend ein paar eingeworfenen Rückfragen aus dem Nachfrageteil.
Anmerkungen von mir zum besseren Verständnis einzelner Passagen und Anmerkungen zur Stimme und Gestik von Frau G. sind kursiv geschrieben.

„Aber ein Geheimnis hab ich nie draus gemacht, es war eigentlich immer wieder ein Thema, das man erzählt hat."

„Ich bin ins Krankenhaus voller Optimismus, jetzt wird endlich einmal was gemacht."
„Ich war ja sowas von unbedarft."

„Es ging halt nicht vorwärts, nicht vor und nicht zurück, was weiß ich, und dann haben sie noch, später (…) sind sie dann also zu zweit gewesen die zwei Frauen *(Hebammen)* und so langsam sind die Herztöne einfach schwächer geworden, weil das, Presswehen kannst du nicht ohne weiteres so verheben, das ist einfach ein bissle…und dann haben sie den Chefarzt noch geholt abends und der hat mir dann das Kind raus gepresst, also der ist mir auf meinen Bauch drauf gelegen und, *…(Stimme wird leiser)* das hat das Kind einfach nicht vertragen."
„…und das hat halt einfach nicht mehr geschnauft. Im Geburtskanal da hats noch Herztöne gehabt und wie das dann geboren worden ist, hats halt nicht geschnauft,…war halt tot. Und ich hab das zuerst gar nicht kapiert, gar nicht begriffen und dann haben sie es auch noch gebadet und die Sachen die ich hingerichtet habe, haben sie angezogen, dann hab ich sie gekriegt und ein bissle auf dem Arm halten können…es war wirklich ein hübsches Kind, so Lockenhaare, (…), ich hab gedacht, das ist ein nettes Kind (…)."

„War halt dann traurig, ist ja klar. War halt schon ziemlich fertig…am Anfang war ich mal froh, dass alles vorbei war und ich habs innerlich gar nicht akzeptiert irgendwie, habs einfach von mir geschoben und dann so im Lauf ist mir das dann so, wo dann die andere ihre Kinder gekriegt haben, ist mir das dann, dann ist es so richtig, ja, (…) das ist nicht so einfach gewesen." *(Sie lag auf der Wöchnerinnenstation mit zwei jungen Müttern im Zimmer)*.

„Und dann haben sie mich halt getröstet, du kannst da nichts dafür, es war alles normal bis dahin. Ich sag heute, hatte man bälder danach gucken lassen sollen,…irgendwann muss man es akzeptieren und dann ist man heimgekommen, dann war gar nichts mehr da." *(Kinderkleider und Wickeltisch waren bereits weggeräumt).*

„Es war schon ne Beerdigung, aber der Pfarrer war halt nicht, das war damals nicht möglich…aber es ist auf dem alten Friedhof, wir wissen wo sie liegt."

„Es war ein Mädle, unser einzigstes. Gudrun hätten wir sie getauft."
„Aber erscheint ja nirgends…nein das ist einfach schad."
„Ja, war nicht so einfach, es war das erste Kind."

Auf die Frage, ob sie ihr Kind sehen konnte:
„Ja, die haben es angezogen und äh, ich hab es lang im Arm gehabt, dann ist auch der H. *(ihr Mann)* und meine Dote gekommen, die haben ja ständig angerufen gehabt, gell, die waren auch ganz fertig. Ja aber ich muss sagen, an dem Abend da hab ich das noch nicht

realisiert…da hab ich einfach gesagt, das kann doch gar nicht sein…aber irgendwann muss man ja dazu sagen."
„Also da waren sie sehr nett. Lang, lang habe ich es behalten dürfen…und die waren also, sehr nett waren die beiden Hebammen."

„Man hat es sich ja ganz anders vorgestellt. Du hast dich schon verabschiedet von deinen Kollegen…im Wohnzimmer hat sie schon ihr Plätzle gehabt…."

„Das einzige was mich tröstet…die haben immer gesagt ha sie können weiterhin Kinder kriegen. An dem hab ich mich ein bissle gehalten, man hat ja nicht gewusst, ob das überhaupt stimmt, aber ja, dann hat man halt gehofft.(…) An irgendwas muss man sich halt klammern, irgendwie."

„War keine schöne Zeit! Aber das Leben ist halt weitergegangen."

Auf die Frage, ob sie bei der zweiten Schwangerschaft Angst hatte:
„Vor der Schwangerschaft nicht, aber vor der Geburt hab ich Angst gehabt…aber bei der zweiten hab ich schon Schiss gehabt, muss ich sagen."

Auf die Frage, wie es ihr jetzt geht mit vier Jungs und dass die einzige Tochter sterben musste:
„Ja beim H. war es mir ja ganz Wurst, beim V. war mir´s auch noch ganz Wurst, aber beim H. dann hab ich mir schon ein Mädle gewünscht, da war ich dann schon enttäuscht und beim E. hab ich´s schon nicht mehr geglaubt."
„Man hat sich halt immer noch ein Mädle gewünscht."

Auf die Nachfrage zum Thema Beerdigung:
„…man muss ja das Kind in die Erde bringen und dann hat er *(ihr Mann)* das mit dem Helmut *(damaliger Totengräber)* so ausgemacht, dass das bei uns, bei meine (…) Urgroßeltern in das Grab hat man es mit hineingelegt. Familie ist halt dabei gewesen, ich nicht weil ich ja noch im Krankenhaus war, ist mir vielleicht einerseits auch lieber gewesen, das hätt ich nur schwer verkraftet."

Auf meine Anmerkung, dass zu dieser Zeit oftmals anonyme Grabstätten üblich waren meint sie:
„Nein, das war uns ja ganz arg wichtig, dass man dann ans Grab auch kann. (…) Jetzt finden wir es schlecht, weil das ja alles eingeebnet worden ist, aber der eine Baum ist ja

auf dem Grab gestanden bei uns,… ja das war uns schon sehr wichtig, das hat Mutter in der Zeit dann ja auch gepflegt das Grab."

„Ja meine Mutter *(sie ist 96 Jahre alt)* sagt heute noch, das war so ein hübsches Kind, ist ja egal ob es hübsch ist oder nicht hübsch, aber sie hat es halt hübsch empfunden, hat´s auch nicht richtig begreifen können."

Auf die Frage hin, wer das Kind gesehen hat sagt sie:
„Alle, alle haben es angucken können. Jetzt meine Mutter hat mich ja im Krankenhaus nicht besucht, ich bin ja bei meiner Dote seit dem 12. Lebensjahr aufgewachsen… Dote war drin *(im Krankenhaus)*, sonst niemand, ich nehm an, wo sie´s dann ins Särgle reingelegt haben oder geholt haben, dass sie dort vor dem Begräbnis das zu gemacht haben. So viel ich weiß, Dote hat´s gesehen, meine Mutter
hat´s gesehen, der Vater hat´s gesehen, ja…wär schon schön wenn ich eine Tochter hätt."

Auf die Frage nach einem Foto:
„Nein, das hat es damals nicht gegeben."
„Ich weiß bloß noch die Lockenhaare, so blond (…)."

„Vergessen tut man so etwas nicht. Es kommt immer wieder hoch."

Auf die Frage nach Begegnungen mit anderen jungen Müttern:
Meine Schwägerin hat ja 65 eine Tochter gekriegt, kurz vorher, kurz vor mir, ja da ist man auch hingegangen. Die Elli, die ist mir heute noch ans Herz gewachsen, wahrscheinlich hab ich mich da ein bissle,…hab ich´s adoptiert ein bissle, ja vielleicht, ich weiß nicht."

Auf die Frage nach ihren Kollegen erzählt sie mir ihre größte Verletzung:
„Also ich war ja im Krankenhaus und dann kommt da mein damaliger Chef, das werd ich dem nie vergessen *(Stimme hebt sich und wird lauter)* ein Rosenstrauß, so *(zeigt mit ihren Händen die Größe an)* und das einzige was er eigentlich richtig gesagt hat ist: wann kommen sie wieder? (…) Ja, er hat vielleicht auch gesagt, es tut mir leid, das weiß ich nicht mehr (…) er hat da Beziehungen gehabt nach B. zu einem Rosengärtner…ein Rosenstrauch (Anmerkung: in ihrer Stimme liegt Verachtung) und dann das einzige was ihm eingefallen ist, wann ich wieder komm. Also das hat mich schon arg verletzt, das muss ich sagen."

„Ich bin ja am Schalter gewesen am der Sparkasse, da wirst du dann von jedem und jedem und jedem gefragt.(…) Also das war nicht einfach. Sonst hat man sich ja einfach zurückgehalten und bist nicht soviel hinaus in die Öffentlichkeit. Viele haben es ja auch nicht gewusst und fragten dann: ja was haben sie denn? Da hat man ja noch viel im Flecken eingekauft, das hat mich dann schon verletzt."

Auf meine Frage nach Reaktionen aus ihrer Umgebung:
„Also besucht hat mich nicht groß jemand, meine Freundinnen und Freunde, Verwandtschaft, die schon, natürlich. Die Schwiegermutter war auch ganz fertig. Ja, waren alle sehr betroffen."

Auf die Frage nach dem Abstillen:
„Ich hab ne Spritze gekriegt, das war gar kein Problem.(…) Die haben das ja sofort gemacht."

Auf die Frage nach der Unterbringung auf der Säuglingsstation:
„Ja da bin ich dann richtig traurig geworden, weil das ist doch schlimm, wenn man dann so ein, so ein Kleines sieht wie es in seinem Bettle liegt. Also das find ich eins vom schlimmsten."

Auf die Frage, wie sie sich in dieser Zeit geholfen hat:
„Edi, das kann ich dir auch nicht sagen….ich war viel bei meiner Dote, die hat mich dann schon aufgefangen, ich war ja dann die Wochen daheim *(Mutterschutz gab´s auch damals)*, H. hat geschafft oder hat er Urlaub genommen, das weiß ich gar nicht mehr. Aber ich war viel allein, bin dann halt zur Dote mittags zum essen gegangen."
„Ja, Gerda ist oft gekommen, aber die hat ja dann ihre Silke gehabt, das war auch wieder so eine Sache."
„Was mir gut getan hat, dass ich meinen Mann gehabt habe, vor allen Dingen. Wenn man dann einen guten Partner hat , ist einfach arg gut, muss man schon sagen."
„Mein Mann ist immer schon gut für mich gewesen und in so einer Situation natürlich besonders."
„Mir haben uns immer gegenseitig getröstet, ich mein,… er hat´s ja genauso verloren wie ich auch."
„Es ist ja leicht gesagt, aber irgendwann wird´s leichter, aber das dauert halt."

„Wenn man so ins Wasser geschmissen wird, wir haben ja keinen Gedanken dran verschwendet, dass das passiert."

„Ja das ist schon ein bissle der Hammer. Da stürzt einem schon der Boden weg, bei uns war immer klar, ja, Familie und wenn das dann mal in Frage gestellt ist, das kann einem ja niemand sagen, ob man tatsächlich nochmals schwanger wird."

Bezugnehmend auf die Nachfolgeschwangerschaft:
„Ja, das war mir ein ganz großer Trost. Ich hab immer gedacht, vielleicht kommt sie beim nächsten wieder. Weil die Seele muss ja irgendwo hingehen.(…) Man akzeptiert ja nicht, dass das Schluss ist, das das verloren ist, das ist ja irgendwo noch. (…) Entweder ist es beim H. wieder gekommen oder es ist irgendwo noch …im Himmel."
„Ich finde das als Trost, das man denken kann, es ist nicht verloren. Wir gehen ja alle mal auf eine große Reise, vielleicht treffen wir uns dann wieder."
„Das könnt ich nicht akzeptieren, dass nach dem Tod alles vorbei ist." *(sehr bestimmter Ton, sie lacht daraufhin)*
„Aber ich muss sagen, ich bin bei keinem mehr ganz unbedarft rangegangen."
„Man hat einfach ein bisschen Angst, bei allen Kindern."
„Bei den anderen bin ich immer am Geburtstermin in die Klinik und bin eingeleitet worden, bei alle. (…) Keine Übertragung mehr."

Thema Glauben:
„Man fragt schon warum. Und ich glaub, das darf man auch."

Auf die Frage nach dem Sinn:
„Nein, das weiß ich nicht, warum, warum, …warum mir... das ist ja nicht bloß mir wiederfahren, der Partner ist ja genauso betroffen, warum wir da durch haben müssen, wird schon einen Sinn gehabt haben, weiß nicht." *(Stimme wird immer leiser)*
„Bewusster auseinandergesetzt mit den anderen Kindern oder…nein, verstehen tut man es nicht, warum der eine und der andere nicht…."
„Aber kann einem niemand eine Antwort drauf geben, gar niemand."
„Also ich hab auch keine Antworten im Leben gefunden, weißt du."
„Im Nachhinein, am Anfang hab ich schon sehr gehadert, danach hab ich gedacht, wahrscheinlich wär´s ein behindertes Kind geworden und das hat mir dann eigentlich einen Trost gegeben, wenn´s jetzt ein behindertes Kind gewesen wäre, ob´s nicht besser ist, es hat sterben dürfen als so ein Leben führen dann, weil (…) bestimmt hat es einen Hirnschaden gehabt durch die Geburt. Und das ist ja auch nicht toll. An dem hab ich mich schon gehalten. Vielleicht ist es ihm so besser gegangen (…)."
„Das ist auch die einzigste Antwort."

Auf die Frage nach dem Pfarrer:
„Ich kann mich nicht erinnern, dass er da war."

Auf die Frage, ob sie ihrem Chef damals ihre Verletzungen mitgeteilt hat:
„Nein, das hab ich mir nicht getraut. Das hat mich damals, das hat mich damals, ich weiß nicht, ich hab ja schon ein schlechtes Gedächtnis, aber das kann ich einfach nicht vergessen…richtig eingebrannt. (…) sehr verletzt…das hat mich einfach umgehauen damals, muss ich sagen."

Auf die Frage nach den Kinderkleidern, die alle schon weggeräumt waren, als sie vom Krankenhaus heimkam:
„Ja, also mir war es recht…ich hätt glaub ich keines in die Hand nehmen können. Man hat ja auch schon Sachen gestrickt. Was weiß ich, was ich alles schon gemacht habe."

Das Thema Mädchen:
„Beim H*. (der dritte Sohn nach der Totgeburt)* hab ich ein rosarotes gestrickt,(…), das hat dann mein Patenkind gekriegt. (…) Bei mir wird das wahrscheinlich nichts mehr."
„Der H. hat ganz lang keinen Namen gehabt, weil,… weil ich einfach gar nicht gewusst hab, weil ich einfach mit einem Mädle gerechnet hab."
„Ich seh das an meiner Schwägerin; die hat ja zwei Mädle und drei Buben, man hat von Mädle schon …, ich kann mich ja nicht beklagen, aber (…). Ich mein, irgendwie sind Mädle halt anders gepolt."
„Meine Schwägerin hat gesagt, ja die Elli *(ihre Tochter, die fast zur gleichen Zeit auf die Welt kam wie Frau G.s Mädchen)* die macht das, die kocht und backt,(…) aber ich mag meine Buben."
„Also die Elli hat das immer gewusst *(das Thema mit der Totgeburt),* also, mit den Mädchen *(ihre Nichten),* das ist einfach anders, mit denen bin ich einfach vertrauter, die waren auch oft in den Ferien da und so, also die hat das auf jeden Fall gewusst."
„Elli war ja gleich alt, beinahe, da hab ich auch schon immer gedacht, das könnt dein Kind jetzt auch sein.(…) Aber ich muss sagen, ich hab das Kind trotzdem ohne weiteres auf den Arm nehmen können. (…) Da hab ich mich auch gewundert, dass ich die Elli,… (…) Ja sie war immer mein Liebling."

Auf die Frage, wie präsent das Thema heute noch für sie ist:
„Immer wieder, überhaupt wenn sowas ist wie bei dir, dann kommt das wieder richtig hoch. Also es ist schon vermehrt."
„Das tut noch lange weh."

„Es ist halt unabänderlich. Man kann sagen, das geht vorbei, aber es geht halt nicht vorbei."
„Es ist halt DEIN Kind."

Thema Umgang der Mitmenschen mit dem Tod des Kindes:
„Das hab ich auch erlebt. Das fällt den Menschen schwer. Das hab ich auch erlebt, manche getrauen sich da gar nicht so." *(das Ansprechen auf die Trauer)*

Ganz zum Schluss, auf die Frage , ob sie noch irgendwas sagen möchte:
„Kurz bevor es rausgekommen ist, hat´s noch gelebt."
„Es ist einfach unbegreiflich. Man fragt sich immer noch warum, auch heute noch."
„Aber es ist schon ein Hammer. Ich verdräng das immer ein bisschen, aber wenn man dann so wieder das Thema aufs Tapet bringt, wenn man nochmal drüber nachdenkt, dann war´s eigentlich… ja es war nicht einfach.(…) Es ist schon ein ganz großer Einschnitt im Leben."
„Es ist schon gut, wenn man´s nicht bloß runterschluckt, das ist nicht gut."
„Es ist ja ein ganz blöder Spruch: Die Zeit heilt Wunden, es ist über 40 Jahre her, aber man denkt immer wieder daran (…)aber es tut nicht mehr so weh wie am Anfang, du denkst oft noch daran."

3. Transkribierte Aussagen von Frau W.

Markante Aussagen aus dem Gespräch vom 12. August 2008 mit Frau W. nach Aufforderung zum freien Erzählen und anschließend ein paar eingeworfenen Rückfragen aus dem Nachfrageteil.
Anmerkungen von mir zum besseren Verständnis einzelner Passagen und Anmerkungen zur Stimme und Gestik von Frau W. sind kursiv geschrieben.

„Es war noch die Zeit vor dem Pillenknick, viele Frauen waren schwanger zu der Zeit."
„Am Abend davor war eine Aufregung zuhaus."

Nach einmaligen Nachfragen:
„Wir sind da gesessen auf dem Sofa und haben unsere Abendlieder gesungen, auf einmal bockelte er *(der Schwiegervater)* gegen die Tür wie ein Verrückter und wollte herein. Da habe ich mich in die Tür gestellt und hab sie zugerammelt, aber er hat immer weiter gemacht".

Auf die Frage, ob sie eine Vorahnung hatte:

„Ja, ich habs nimmer gespürt, gleich danach, dabei war es doch immer so lebhaft."

Auf meine Frage nach dem Grab:
„Nie hab ich erfahren, nie, ich weiß nicht, ich hab oft wenn ich auf den Friedhof rausgekommen bin, das Gefühl gehabt, wäre es jetzt besser, ich hätt ein Gräble oder…oder ist es besser so, ich bin dauernd hin und hergerissen gewesen, mich hat das bloß, dass sie es so auf die Seite gelegt haben, hat mich so arg gestört."

„…taucht nirgends mehr auf…äh, das einzige ist, wenn man manchmal ein Formular bei einem Arzt ausfüllen muss, äh…wie viel Geburten, ja warum fünf Kinder geboren aber bloß vier…aber sonst taucht das nirgends auf."

Erfahrungen mit Ärzten:
„Mich haben sie ausgelacht, wo ich gesagt hab, mein Mann ist positiv *(Rhesusfaktor)* und ich negativ, was kann man da jetzt machen, hab ich zu dem Chefarzt in Schorndorf gesagt, da hat der gelacht…. Nix gesagt, bloß gelacht. Und wo ich dann gekommen bin später mit der Elisabeths Schwangerschaft, dann haben sie Blut abgenommen, dann hab ich gefragt warum,(…) keine Antwort gekriegt (…), hab ich gesagt : hat das Lachen jetzt einen Wert gehabt, oder wie ist das eigentlich? Ich war beinahe sauer auf ihn. Der hat gedacht, was will die dumme Bäuerin da, das wird er gedacht haben."

„Mich hat manches verletzt, auch vorher schon, bei den anderen Schwangerschaften, ich habe gesagt, halten sie einen für so dumm? (…) Nur so dahingeschwätzt, manche Sachen bloß hingeschwätzt und nicht gewusst, wie…."

„Ich hab so oft erlebt in letzter Zeit, dass sie gar nicht reinschauen, und manchmal nicht einmal wissen, um was es geht, warum ich zu ihnen komm und das bei einer Geburt, wo man sowieso…."
„Ein Satz oder zwei haben verletzt."

Bei der folgenden Schwangerschaft im Olgäle ist folgendes passiert:
„Zu meinem Gerhard ist im Olgäle gesagt worden, da ist er ganz deprimiert gekommen, die Ärztin hat mich verschimpft, also, dass wir nochmal ein Kind hätten, beim Samuel. Das sind auch Verletzungen."

Bezugnehmend auf die bevorstehende Totgeburt:

„Hat man dann die Kraft zum, die hat man schier nicht, ich habs schier nicht gehabt da unten in Waiblingen, die Kraft zum da so mitmachen, ich hab immer gedacht, die Hebamme, die weiß es vielleicht doch nicht…man will es nicht wahrhaben. Der Verstand hats gewusst aber man wills nicht wahrhaben…".
„Seitdem denk ich auch oft, wenns eine erlebt, kann ich mitfühlen wie das ist."

Kurz nach der Totgeburt:
„Und immer wurden die Babys gebracht zum Stillen und bei mir ist doch auch Milch gekommen und einerseits sollte ich viel trinken weil ich hohes Fieber bekommen hab, andererseits durfte ich nicht viel trinken, weil immer mehr Milch eingeschossen ist."

Verletzungen aus der Verwandtschaft:
„Von den nächsten Verwandten hat eins gesagt, was braucht sie überhaupt noch ein viertes Kind!"
„Man muss immer wieder verzeihen können, nicht einmal im Großen, gell. Die Verletzungen, was will sie denn noch einmal ein Kind, hat sie noch nicht genug, lauter so Sachen. Beim vierten und fünften Kind hat man das ein paar mal hören müssen."
„Du kannst ja nochmal- das soll ein Trost sein!?"

Trost:
„Das sind die Omas gewesen, die einem Trost zugesprochen haben…"
„Wir müssen verzeihen können, anders kommen wir nicht darüber hinweg (…) und muss ich auch vergessen können, warum vergess ich vieles nicht?"

„…da bin ich arg froh gewesen, dass ich so einen guten Mann gehabt hab, das muss ich immer wieder sagen, der hat da nix von seinem Vater gehabt…."
„Da hab ichs am meisten erlebt, dass wirs miteinander haben tragen dürfen (…)". Meine Pflegemutter hat gesagt, kannst du alles mit deinem Gerhard schwätzen, das hab ich nicht können, das hat man früher nicht können, ich hab dann gesagt, ha wir sind doch verheiratet, wenn man das nicht kann, …das ist früher nicht so üblich gewesen, dass man das Innere so freigibt (….).Ich muss alles mit ihm, negatives und positives…., doch das haben wir gekonnt und da bin ich froh."

„Gehofft hab ich gleich nicht mehr nach dem, sonst hätt ich nicht alles *(Kindersachen)* so weit weg getan, aber das hat mir immer, immer wie der Doktor Köhler gesagt hat, sie können noch ein Kind haben, dann ist es kein Unglück wenn ich nochmal eins krieg, aber

ich denk, ….hilfreich, ich hab immer die Kinder gesehen, die zur gleichen Zeit geboren sind,… da sind arg viele geboren zu der Zeit…“.

„Das war nicht immer hilfreich,…bei mir hat es ein Jahr gedauert und ich hab ja drei Kinder gehabt, ich bin den Kinderwägen ausgewichen oder wenn sie laufen gelernt haben und manchmal hab ich später gedacht, wie würde es dem jetzt gehen, wär jetzt die in Grunbach geblieben oder wär sie auch fort zur Ausbildung…“.

„Wenn ich schaffen hab können und meine anderen Kinder, das hat mir schon geholfen, hab mir immer ein Schärle Kinder gewünscht, aber einfach, mit dem hab ich schon gelebt, neun Monate, mit dem hab ich einfach schon gelebt, das kann ein Mann auch wieder nicht so verstehen. Und jeder Boxer hat mich, und das war lebhaft das Kind weil es halt kräftig war…aber da hat man sich halt gefreut“.
„Jede Stunde hat man mit ihm gelebt, so ist eine Schwangerschaft, Tag und Nacht“.

„Ich hätt von manche Angehörige, Nächste hätte ich nur ein paar Worte, da hätte ich noch was erwartet, vielleicht zu viel, aber wenigstens von meine Schwägerinnen, da bin ich enttäuscht gewesen, hätt mir so gut getan, aber ich hab ja nicht betteln können drum, sag mir etwas liebes, wo mir guttut. Ja ich sag ja, bloß die Omas, wo gekommen sind und eine Weile bei mir blieben. Vielleicht haben einige gedacht, es ist dem Kind gutgegangen, sie hat ja drei, vielleicht haben das einige auch gedacht und haben dann nichts sagen können (…).Ich weiß nicht, ich weiß bis heute nicht, ja also ich habe lang gebraucht, gerade auch wegen dem Verzeihen hab ich lange gebraucht. Wird manchmal so gehen.
Ja, es braucht Zeit und muss einfach immer wieder drum bitten, dass man Kraft kriegt, das ist das Meiste was man kann, ich weiß anders kein Rat.“

Thema Glauben:
„Ich hab für das Kind so viel gebetet schon, gebetet von da an wo ich gewusst hab dass ich schwanger bin. Und da hab ich auch sagen müssen: Jetzt hat mir es Gott erst geschenkt und jetzt wieder genommen, ich verstehs nicht. Und es gibt viele Sachen, die werden wir nie verstehen. Verstehen wir nicht, …warum“.

Gibt es eine Erklärung?:
„Nein, gewiss nicht, hab ich keine Erklärung, gar nicht.
„Das einzige was ich sage, dass ich mit anderen mitfühlen kann, dass einzigste, aber sonst weiß ich wirklich nicht, kann ich nicht sagen. (…) ich hab da keine Antwort drauf, das einzigste, hab ich ja gesagt, dass ich andere besser versteh.“

Auf meine Frage, ob Frau W. jemals ihre Verletzungen angesprochen hat:
„Ich hab oft drüber nachgedacht wenn ich das gesagt hätte, äh, …ich hab auch bei anderen Sachen ist es oft verletzend geschwätzt worden und das hat mir auch zu schaffen gemacht, ich hätt es schon sagen sollen, weil es immer wieder gekommen ist, (…) ja es wäre schon besser gewesen."

4. Mitteilung über die Geburt und den Tod

Traurige Nachrichten

Nach acht Monaten schöner Schwangerschaft hat sich unser Sohn Max-David Egle entschieden, von uns zu gehen. Wir hätten Ihn gerne willkommen geheißen, doch seine Seele ist zu Gott zurückgekehrt. Er ist am 11. März um 1:30 Uhr tot auf die Welt gekommen. Während der bis dahin problemlosen Schwangerschaft haben sich viele mit uns gefreut. Jetzt teilen wir unser Leid mit Euch.

Edi und mir geht es körperlich gut und der Verlauf im Krankenhaus hat uns gut getan. Trotzdem brauchen wir diese Woche noch etwas Zeit für uns. Alle Begegnungen die wir bis jetzt hatten, SMS, Mails, Briefe... waren sehr gut. Also folgt Eurem Herzen was das angeht. Schon jetzt können wir sagen, dass die dunkelsten Erfahrungen uns näher zusammenrücken lassen.

Jesaja 43 Kapitel: "Fürchte dich nicht. Ich habe dich bei deinem Namen gerufen. Du bist mein".

Im Anhang findet Ihr die Fußabdrücke und die Daten von Max-David unserem 'Großen-Liebling'.

In Trauer grüßen Euch Markus und Edi

Wenn Du bei Nacht den Himmel anschaust,
wird es Dir sein, als lachten alle Sterne,
weil ich auf einem von ihnen wohne,
weil ich auf einem von ihnen lache.
Du allein wirst Sterne haben, die lachen können.

(A. St. Exupery)

Am 11.3.08 wurdest Du, Max-David, in der 32. SSW geboren.

Du hattest ..... Haare, warst 37 cm groß und hast 900 Gramm gewogen.

Auf Deinem Weg begleiteten Dich Dr. Weichert + Hebamme Ines Rappsilber

Schorndorf, den 11.3.2008

5. Fotos von der Beerdigung

Sein Grabstein

Blumenschmuck von uns Eltern

Erinnerungen

Die geschmückte Kapelle

Sein Grab im Grab seiner Urgroßeltern

Osterblumen

…Erinnerungsecke im Wohnzimmer

6. Segensgebet bei der Beerdigung

Du warst ein Kind der Hoffnung,
unsere Liebe umhüllte dich,
unsere Fantasie schmückte dein Leben aus.

Du warst ein Kind der Freude.
Wie eine Blüte ging unser Herz auf,
denn wir erwarteten dich voller Sehnsucht.

Du warst ein Kind des Lebens.
Wir wollten Leben weitergeben
und uns selbst beschenken lassen.

Du bleibst unser Kind.
du bist ein Kind der Sehnsucht,
das zu einem Kind der Trauer wurde.

Du hast sie nicht gesehen,
den Sonnenglanz und die Mondsichel.
Du hast nicht in unsere leuchtenden Augen geschaut.

Nun aber siehst du das Licht,
das strahlende, wärmende Licht
der Liebe Gottes.
auch du wohnst im Hause Gottes,
wo viele Wohnungen sind.

Du bist gesegnet
du Kind der Hoffnung, der Freude
und des Lebens.

Und mit dir ist gesegnet
unsere Trauer um dich,
du Kind bei Gott.

Hanna Strack

(abgedruckt in der Arbeitshilfe der Deutschen Bischofskonferenz, s. Literaturliste, S. 41)

7. Traueransprache bei der Beerdigung

Liebe Edi, lieber Markus, liebe Verwandte und Freunde,

wir haben ein Trostwort Jesu als Bibelvers für die Traueransprache ausgesucht. Es ist ein Wort, dass auch im Angesicht des Todes gesprochen wurde – von Jesus selbst im Angesicht seines eigenen Todes gesprochen. Und gleichzeitig zeugt es von der Hoffnung, die wir als Christen haben, einer Hoffnung, die aller irdischen Realität zum Trotz über den Tod hinausweist.
Jesus sagt in Joh 16,22:
Ihr habt nun Traurigkeit;
aber ich will euch wieder sehen,
und euer Herz soll sich freuen,
und eure Freude soll niemand von euch nehmen.

Am Ende ist Freude. Was für eine Aussage, wenn sie im Angesicht des Todes gesprochen wird. Mit solchen Aussagen sind wir selbst vorsichtig und wir sind es zu Recht, wenn wir in Leid und Trauer unsere Anteilnahme ausdrücken wollen.
Wir lassen uns diese Worte auch nur sagen von dem, der den Weg des Todes und dann der Auferstehung zu Ende gegangen ist – von einem Mitbetroffenen, und von einem, der dann am Ende überwunden hat.

Am Anfang, ja, da war Freude.
Nach langem Warten habt ihr die Schwangerschaft als Geschenk gesehen und erlebt und habt angefangen, mit Max-David zu leben, der in Edis Bauch heranwuchs.
Er wurde Teil von euch, bevor ihr ihn sehen konntet.
Leben ist weit mehr als das, was wir vom Leben sehen können.
Dieser Gedanke wird im 139. Psalm laut, der auch bei der 2. Konfirmation vor 10 Tagen Thema war.
Der Beter sagt: Ich war dir nicht verborgen, als ich im Verborgenen gemacht wurde. Ich danke dir dafür, dass ich wunderbar gemacht bin.
Wir sind durch den Gedanken Gottes ins Leben gekommen,
weit bevor man uns gesehen hat.
Wir waren da, Max-David war da und hat unser Leben verändert, längst bevor er auf die Welt kommen sollte. Und deswegen ist diese Freude vom Anfang nun von so großer Traurigkeit abgelöst worden. Wir haben ein Geschenk verloren,
und – noch viel mehr - ein junger Mensch sein Leben.

Und solche Dinge geschehen immer und immer wieder, 1000fach und abertausend. Ihr habt berichtet, dass ihr in den ersten Tagen danach von so vielen anderen Fällen gehört habt, von denen ihr nicht wusstet und wir auch nicht –
der Tod, der das Leben auslöscht, ist in dieser Welt ständig unter uns, viel mehr als uns bewusst ist.
Nein, diese Welt ist nicht so, wie sie sein soll.
Der Satz am Anfang der Bibel, und Gott sah an alles, was er gemacht hatte, und siehe, es war sehr gut - dieser Satz gilt nicht für die Welt, wie wir sie heute erleben,
denn die Welt heute, aus der wir durchaus Glück und Freude kennen,
ist eben auch durchzogen von Leid und Schuld, von Trauer und Tod.

Diesem Riss durch die Welt, der auch uns manches Mal das Herz zerreißt, diesem Riss aber hat sich Gott selbst gestellt.
Er hat sich hineingefühlt in unsere Lage, er hat mit gelitten, er hat nach einem Weg gesucht, wie er Leid und Tod überwinden könnte und hat dann beschlossen, selbst einer von uns zu werden.
Und in diesen Tagen leben wir in der Karwoche, in den Tagen, in denen sichtbar geworden ist, wie Gott mit Leid und Tod umgeht.
Wir denken daran, dass er sich diesen Dingen selbst gestellt hat, dass er ihnen ins Auge geblickt hat und dass er hindurchgegangen ist, durch Leiden und Sterben in den Tod hinein.

Und er hat seinen Freundinnen und Freunden, die am Leben blieben, zugerufen:
Mein Weg führt durch´s Dunkel hindurch in ein neues Licht, und ihr sollt mir nachkommen-
Auch ihr sollt das überwinden, was wir als die dunkle Seite dieser Welt erleben.
Und so blicken wir in den Tagen der Karwoche dem Ostermorgen entgegen, wir hören von einem neuen Leben jenseits dieser Welt, die manchmal von Leid und Trauer und Tod gesättigt ist.
Und wir hören die Hoffnung, dass nicht der Tod, sondern das Leben das letzte Wort hat, mitten hinein in unsere Welt,
wir hören es hinein in unsere Trauer, die uns jetzt und hier umfängt.
Diese Hoffnung, diese innere Gewissheit aus dem Glauben heraus ist auch da, jetzt schon, ihr habt davon erzählt:
Ja, Max-David geht es gut, wo er jetzt ist, jenseits dieser Welt.
Er ist Gottes guten Händen nicht entglitten, nein, sie haben ihn auf der anderen Seite aufgefangen, ihn in Empfang genommen.

Wir können nicht einfach sagen: Gott wollte das eben so.
Auf das „Warum?“ haben wir keine Antwort.
Wir werden, später vielleicht, für uns einen Sinn finden in dem und trotz dem, was geschehen ist, aber diese Antwort ist sicher nur bruchstückhaft, und sie ist dann auch nur unsere Antwort, und keine allgemeine.

Nein, Gott will nicht den Tod, nach den Schöpfungsberichten war er am Anfang nicht ins System Welt eingebaut,
und spätestens seit Jesu Wirken wissen wir, dass Gott, wie er in dieser Welt wirkt, letztlich nur das eine zum Ziel hat: den Tod irgendwann zu überwinden.
Am Ostersonntag darf ich darüber predigen: 1 Kor 15 - Am Ende wird Gott auch den letzten Feind, den Tod, ein für alle mal besiegen.

Es gibt keine Antwort auf das Warum.
Aber es gibt Antworten des Glaubens auf die Frage, wo Max-David jetzt ist: In Gottes guter Hand. Und eine Antwort auf die Frage, wo Gott in Zeiten schweren Leids ist:
Er ist mitten unter uns, er ist hier. Er leidet mit, er trägt mit, er führt unsere Wege auch im Dunkel, auch im finsteren Tal, und wir werden nicht dort bleiben,
Gottes Weg führt Stück für Stück ans Licht.

In der Trauer mag es Zeiten geben, in denen uns Gott weit weg scheint.
Aber – wir werden ihn wieder „ sehen“ – im übertragenen Sinne:
die Gewissheit seiner Nähe wird zu uns zurückkehren.
Und so manche haben im Rückblick erstaunt berichten können,
dass Gott doch da war, ganz intensiv, gerade als sie ihn nicht spüren konnten.

Und so nimmt man aus intensiven Zeiten des Leids paradoxerweise auch „Geschenke“ – ich setze das wieder in Anführungszeichen – „Geschenke“ mit ins weitere Leben.
Man kann etwas von der Nähe und der inneren Anteilnahme vieler Freunde und Weggefährten erfahren, was einem sonst verborgen bliebe.
Und auch in dem allem zeigt sich Gottes Nähe und Fürsorge.

Wir, die wir zurückbleiben, haben von Gott die Aufgabe bekommen,
uns dem Leben neu zu stellen, mit den Höhen und eben auch den Tiefen, die darin liegen können. Es soll uns gelingen, auch wenn manches viel Zeit braucht und manches für immer Teil von uns bleiben wird – es soll uns gelingen, weil Gott mit uns durch´s Leben gehen wird.

Das größte Geschenk, das Gott geben kann, das ist wohl die Hoffnung, dass es am Ende gut werden wird, mit uns und mit allen, die wir Gott anbefehlen.
Und so würde ich gern den letzten Teil des Wortes Jesu
einmal auf die Hoffnung hin umformulieren:

Ihr werdet mich sehen,
und euer Herz darf hoffen.
und die Hoffnung wird niemand von euch nehmen.
Amen.
(Marc Stippich, Pfarrer in Grunbach)

8. Danksagungskarte

Max-David Egle

11. März 2008*†

Nie werden wir den ersten Blick
in eure Augen vergessen,
die kleinen Gesten,
eure große Hilfsbereitschaft,
die guten Worte,
eure warmen Hände.
Mehr Tiefe können wir nicht erleben.
Beim Tod kommen wir dem Leben am nächsten.

In Dankbarkeit Edi & Markus

9. Flyer des Bundesverbands Verwaiste Eltern in Deutschland

Bundesverband
Verwaiste Eltern
in Deutschland e.V.

Wer ist der Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland e.V.?

Der Bundesverband Verwaiste Eltern e.V. (VEID) wurde von den bundesweit bestehenden Vereinen, Selbsthilfegruppen, Organisationen und Regionalstellen 1997 gegründet, mit dem heutigen Sitz der Geschäftsstelle in Leipzig.
Das Netzwerk der Verwaisten Eltern geht auf die Initiative von Frau Dr. Mechtild Voss-Eiser, Theologin und Psychologin, Anfang der 80er Jahre zurück.

Es ist die deutsche Variante der weltweiten Bewegung der „Compassionate Friends" (= mitfühlende Freunde).
Der Bundesverband Verwaister Eltern in Deutschland e. V. versteht sich als inhaltlicher Koordinator und bundesweiter Ansprechpartner für die verschiedenen Anliegen Verwaister Eltern in Deutschland.
Er arbeitet mit den selbstständigen Regionalstellen, Vereinen und Selbsthilfegruppen im ganzen Bundesgebiet auf der Basis von Vereinbarungen, Kooperationen und gemeinsamen Fort- u. Weiterbildungen zusammen, unterstützt inhaltlich das strukturierte Netzwerk und nimmt bundesweit in verschiedenen Fachdisziplinen sowie Kirche und Gesellschaft politischen Einfluss.

Der Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland e.V. führt zu grundlegenden und aktuellen Fragen Verwaister Eltern interdisziplinär angelegte Fachtagungen durch, für Personen mit speziellen Berufsausbildungen, Multiplikatoren und Inhaber wichtiger Funktionen aus inhaltlich einschlägigen Bereichen von Kirche und Gesellschaft.

Ebenso wird Betroffenen ergänzend zu örtlich durchgeführten Seminaren, Foren und Wochenenden einmal im Jahr eine bundesweite Themenorientierte Jahrestagung angeboten.
Der Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland e.V. ist ferner Herausgeber eines Themenorientierten Rundbriefes, der Verwaisten Eltern und Interessierten bundesweit zur Verfügung steht.

Eine weitere Aufgabe ist die Kontaktpflege im internationalen Bereich und der europaweite Austausch.

Wie finanziert sich das?

Der Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland e.V. (VEID) als gemeinnütziger Verein finanziert seine Arbeit überwiegend aus Spenden, Zuschuss für Projekte und den Mitgliedsbeiträgen der Mitglieder des Netzwerkes Verwaiste Eltern. Der Vorstand des Bundesverbandes Verwaiste Eltern in Deutschland e.V. engagiert sich ehrenamtlich.
Die vielfältige erfolgreiche Arbeit Verwaister Eltern vor Ort braucht die bundesweite Zusammenführung dieser Arbeit mit all den vielen Fragen und Anliegen Verwaister Eltern in ganz Deutschland.
Auch die unterschiedlichen Erfahrungen Verwaister Eltern in ihrem Selbsthilfeengagement sind unverzichtbar.
So notwendig der Einsatz und die Kompetenz von Fachkräften in dieser Arbeit sind, so unersetzbar sind die persönlichen Erlebnisse Verwaister Eltern für die Neuorientierung in einem „Leben mit dem verstorbenen Kind"
Was Verwaiste Eltern mit dieser Selbsthilfe leisten, ist gelungene Jugend- und Familienhilfe und müsste sehr viel mehr Wertschätzung und Anerkennung erfahren.
Darum bemüht sich der Bundesverband VEID in Deutschland und möchte eine Finanzierungsgrundlage schaffen.
Zur Erfüllung des Auftrages des Bundesverbandes Verwaiste Eltern in Deutschland e.V. ist dieser auf jegliche finanzielle Hilfe vieler Freunde angewiesen.
Jeder kann zur Sicherung dieser Arbeit beitragen, durch eine Spende, oder durch Mitgliedschaft.
Mitgliedsbeiträge und Spenden können steuerlich als Sonderausgaben geltend gemacht werden. Spendenbescheinigungen werden unaufgefordert zugesandt.

Kontaktadresse Bundesgeschäftsstelle:
Verwaiste Eltern in Deutschland e.V.
Dieskaustrasse 43, D-04229 Leipzig
Tel.0341 / 9468884, Fax. 0341/ 9023490
Email: kontakt@veid.de Internet: www.veid.de

Spendenkonto:
Verwaiste Eltern in Deutschland e.V.
Bank für Sozialwirtschaft Köln
– Kontonummer: 83 21 100 - BLZ 370205 00 –

Verantwortlichkeit für den Inhalt und das Copyright liegen beim:
Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland e. V.
Layout:
CAD W. Todtenhausen 58332 Schwelm

Leben.....
mit dem Tod eines Kindes.

Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland e.V.

Tragik

Trauma

Trauer

Trost

Bundesverband
Verwaiste Eltern
in Deutschland e.V.
Dieskaustr. 43
04229 Leipzig

10. Imaginationsübung nach Luise Reddemann (2001, 45-46):

„Und nun möchte ich Sie einladen, die Übung des inneren sicheren Ortes kennen zu lernen. *Dieser Ort kann auf der Erde sein, er muss es aber durchaus nicht. Er kann auch außerhalb der Erde sein ... Lassen Sie Gedanken oder Vorstellungen oder Bilder aufsteigen von einem Ort, an dem Sie sich ganz wohl und geborgen fühlen. Und geben Sie diesem Ort eine Begrenzung Ihrer Wahl, die so beschaffen ist, dass nur Sie bestimmen können, welche Lebewesen an diesem Ort, Ihrem Ort, sein sollen, sein dürfen. Sie können natürlich Lebewesen, die Sie gerne an diesem Ort haben wollen, einladen. Wenn möglich, rate ich Ihnen, keine Menschen einzuladen, aber vielleicht liebevolle Begleiter oder Helfer, Wesen, die Ihnen Unterstützung und Liebe geben. Prüfen Sie, ob Sie sich dort mit allen Ihren Sinnen wohl fühlen. Prüfen Sie zuerst, ob das, was Ihre Augen wahrnehmen, angenehm ist für die Augen. Wenn es noch etwas geben sollte, was Ihnen nicht gefällt, dann verändern sie es ... Nun überprüfen Sie bitte, ob das, was Sie hören, für Ihre Ohren angenehm ist ... Wenn nicht, verändern Sie es bitte so, dass alles, was Ihre Ohren wahrnehmen, angenehm ist ... Ist die Temperatur angenehm? Wenn nicht, so können Sie sie jetzt verändern ... Kann Ihr Körper sich so bewegen, dass Sie sich damit ganz wohl fühlen, und können Sie jede Haltung einnehmen, in der Sie sich wohlfühlen? Wenn noch etwas fehlt, verändern Sie alles so, bis es ganz stimmig für Sie ist ... Sind die Gerüche, die Sie wahrnehmen, angenehm? Auch sie können Sie verändern, sodass Sie sich ganz wohl damit fühlen ... Wenn Sie nun spüren können, dass Sie sich ganz und gar wohl fühlen an Ihrem inneren Ort, dann können Sie mit sich eine Körpergeste vereinbaren. Und diese kleine Geste können Sie in Zukunft ausführen und Sie wird ihnen helfen, dass Sie diesen Ort ganz rasch wieder in der Vorstellung haben. Und wenn Sie das möchten, können Sie diese Geste jetzt ausführen… Um die Übung zu beenden, können Sie wieder Ihre Körpergrenzen wahrnehmen und den Kontakt des Körpers mit dem Boden achtsam registrieren. Danach kommen Sie dann mit der Aufmerksamkeit zurück in den Raum.*

Ich möchte Sie einladen wahrzunehmen, wie Ihnen geht, nach dem Sie diese Übung gemacht haben. Fühlen Sie sich in irgendeiner Weise leichter, angenehmer? Wenn das der Fall ist, so könnte es sich lohnen, diese Übung für eine Weile regelmäßig zu machen, sodass sie Ihnen sozusagen in Fleisch und Blut übergeht und Sie sie jederzeit einsetzen können, wenn Sie sich angespannt oder unwohl fühlen. Sie werden dann erfahren, dass Sie auf diese Art, d. h. mit Hilfe dieser Übung, Meisterin/Meister schwieriger Situationen werden, indem Sie sich rasch helfen können, ruhiger zu werden, aufzutanken. Dies gelingt aber in angespannten Situationen nur dann, wenn man die Übungen verinnerlicht hat. Wer die Übung nur ab und zu macht, mag sie im jeweiligen Moment als wirksam erleben, es ist aber unwahrscheinlich, dass sie in kritischen Situationen hilft, insbesondere deshalb, weil sie dann nicht rasch genug verfügbar ist“.