

Humboldt-Universität zu Berlin

Dissertation

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

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

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

von

Diplom-Psychologin Annekathrin Bergner
geb.10.02.1970, Freital

Prof. Dr. Uwe Küchler

Dekan der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät

Prof. Dr. Jürgen Mlynek

Präsident der Humboldt-Universität zu Berlin

Gutachter:

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

eingereicht: 19.08.2005

Datum der Promotion: 10.02.2006

Abstract

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

Schlagerworte:

Fehlgeburt

Schwangerschaftsverlust

Bewältigung

Attribution

Schwangerschaftsängste

Abstract

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

Keywords:

miscarriage

pregnancy loss

coping

attribution style

pregnancy related anxiety

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

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

Zusammenfassung

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

1 Einführung

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Stand der Forschung

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

2.1 Der Kinderwunsch

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Die Schwangerschaft

2.2.1 Die entwicklungspsychologische Perspektive

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

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

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

2.2.2 Die psychoanalytische Perspektive

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Bindungsbereitschaft und psychische Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft

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

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

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

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

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

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

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

2.2.4 Die Schwangerenvorsorge

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

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

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

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

2.3 Fehlgeburten

2.3.1 Begriffsbestimmung und Epidemiologie der Fehlgeburt

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

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

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

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

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

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

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

2.3.2 Diagnostik und Therapie der Fehlgeburt

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Ätiologie und Ätiopathogenese der Fehlgeburt

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

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

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

2.3.3.1 Epidemiologische und soziodemographische Faktoren, vorausgegangene Schwangerschaftsverläufe

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

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

2.3.3.2 Somatische und medizinische Faktoren

Genetische Faktoren

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

Uterine und zervikale Ursachen

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

Endokrine Faktoren

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

Infektionen

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

Immunologische Faktoren

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

Metabolische und toxische Faktoren

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

2.3.3.3 Psychische und psychosoziale Faktoren

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

Stress und belastende Lebensereignisse

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

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

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

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

Emotionale Belastungen, psychische Störungen und Persönlichkeitsmerkmale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3.4 Multifaktorielle Erklärungsmodelle für die Ätiopathogenese der Fehlgeburt

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

Das psycho-biologische Stressmodell nach Läßle

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

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

Psychoimmunologische Modelle

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

Stress, endokrinologische Mechanismen und Chromosomenaberrationen

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

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

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

Psychoanalytische Theorien

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.4 Die Folgen einer Fehlgeburt

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

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

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

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

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

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

2.3.4.1 Psychodynamische Betrachtungen des pränatalen Kindesverlustes

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

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

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

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

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

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

2.3.4.2 Kurz- und langfristige Folgen von Fehlgeburten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.4.3 Risikofaktoren für psychische Erkrankungen nach Fehlgeburten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.5 Trauerprozesse nach Fehlgeburten

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

2.3.5.1 Stufen des „normalen“ Trauerprozesses

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

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

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

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

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

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

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

2.3.5.2 Muster von Trauerprozessen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.5.3 Trauerprozesse nach Fehlgeburten

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

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

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

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

2.3.5.4 Beurteilung der empirischen Befunde

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

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

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

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

2.3.6 Bewältigungsmuster nach Fehlgeburten

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

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

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

(z. B. „es hätte noch schlimmer kommen können“). „Bagatellisierung und Wunschdenken“ war v. a. bei den Frauen zu beobachten, die sich durch die Fehlgeburt wenig belastet fühlten. Die Strategie „Selbstaufbau“ beinhaltet v. a. Selbstentlastung durch Schuldzuschreibung an andere. „Aktives problemorientiertes Coping“, eine eher sachliche Lösung des Problems, nennen häufiger Frauen, die ihre Fehlgeburt medizinischen Ursachen zuschreiben und medizinische Hilfe erwarten, während Frauen mit einer „depressiven Verarbeitung“ ihre Fehlgeburt häufiger auf internale Ursachen attribuieren. Ebenfalls häufig wurde „Religiosität und Sinnsuche“ als Bewältigungsmechanismus genannt. Hinsichtlich der Adaptivität der beobachteten Bewältigungsmuster machen die Autoren keine Angaben (Schuth et al., 1992).

Dorfer et al. (1999) befragten mit dem „Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung“ (Muthny, 1989) 100 Frauen nach Fehlgeburten zur Bewältigung ihres Verlustes. Am häufigsten – gemessen sechs Wochen nach dem Verlust - wurden von den Frauen die Strategien „Religiosität und Sinnsuche“, „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ genannt. Seltener setzten die Frauen „aktives problemorientiertes Coping“ ein.

Läpple berichtet über eine verstärkte Neigung zu depressiven Verarbeitungsweisen und über einen höheren Nikotin-, Medikamenten- und Alkoholkonsum bei Frauen nach Fehlgeburten im Vergleich zu Frauen mit komplikationslos beendeten Schwangerschaften, gemessen mit dem Stressverarbeitungsfragebogen von Janke et al. (1985). Kognitive und aktive, aufbauende Bewältigungsstrategien würden von Abortpatientinnen deutlich seltener eingesetzt (Läpple, 1989b).

Die Untersuchungen von Madden (1988), James & Kristiansen (1995) und Dorfer et al. (1999) weisen die Bedeutsamkeit einzelner Bewältigungsmuster für die psychische Anpassung an die Fehlgeburt nach. So scheinen problem- und emotionszentrierte Bewältigungsstrategien wie „Problemlösen“, „kognitive Umbewertung“, „Gefühlsausdruck“ und „Suche nach sozialer Unterstützung“ den Adaptationsprozess nach der Fehlgeburt zu fördern. Vermeidungsstrategien wie „sozialer Rückzug“, „Selbstanklage“, „Bagatellisierung“ und „wunschhaftes Denken“ hingegen gehen mit erhöhten Beschwerden in Form von Ängstlichkeit und Depressivität einen Monat nach der Fehlgeburt einher.

2.3.7 *Attributionsprozesse nach Fehlgeburten*

Die Frage nach den Ursachen der Fehlgeburt ist die auf Seiten betroffener Frauen und Paare nach dem Schwangerschaftsverlust am häufigsten gestellte Frage. Da nur in seltenen Fällen eindeutige somatische Ursachen für den Schwangerschaftsverlust bestimmt werden können, bleibt viel Spielraum für die Vermutungen und Phantasien der Frauen. Die Erfahrung eines plötzlich aufgetretenen, nicht kontrollierbaren Schwangerschaftsverlustes und der Mangel an zuverlässigen medizinischen Erklärungsmodellen konfrontieren die Frauen mit einer großen

subjektiven Unsicherheit bezüglich des Verlaufs neuer Schwangerschaften. So erfordert es von ihnen hohe psychische Anpassungsleistungen, um zum einen den Verlust und die Enttäuschung verarbeiten zu können und zum anderen ein Vertrauen in die eigene Gebärfähigkeit und eine Gefasstheit gegenüber neuen Schwangerschaften wiederzuerlangen. Besonders für die letztgenannte Aufgabe können subjektive Ursachezuschreibungen eine wesentliche Rolle spielen.

Die Suche nach Ursachen für den Schwangerschaftsverlust ist zugleich ein Bewältigungsmuster, ein Versuch, den Verlust in einen Sinnzusammenhang einzuordnen und ein Kohärenzgefühl herzustellen. Zudem ist die Vornahme von Kausalattributionen ein Versuch, personale Kontrolle und damit Sicherheit wiederzugewinnen, die durch ein unerwartetes Ereignis erschüttert wurden. In jenem Ausmaß, in dem man sich der Ursachen sicher ist, entsteht ein Gefühl der Kontrolle. Man ist nicht mehr ausgeliefert, sondern kann sich orientieren und handeln (Wolf Steiner, 1994).

Attributionstheoretische Modelle spielen in kognitiven Erklärungsansätzen der Depression (siehe Kapitel 2.3.5.2) und der Leistungsangst eine bedeutende Rolle. In einer Reihe von empirischen Studien zur Verarbeitung einer Fehlgeburt wurden neben den Trauer- und Bewältigungsprozessen auch subjektive Ursachezuschreibungen für die Fehlgeburt erfasst. Am häufigsten werden von den Frauen medizinische Ursachen sowie Stress und Überforderung in der Schwangerschaft für den Schwangerschaftsverlust verantwortlich gemacht. Ungefähr ein Drittel aller Frauen sucht die Schuld für den Schwangerschaftsverlust bei sich. Seltener sind Schuldzuweisungen an andere wie den Arzt, das medizinische Personal oder den Partner. Einige Frauen sehen das eigene Schicksal bzw. höhere Kräfte (z. B. Gott) für die Fehlgeburt verantwortlich an (vgl. Beutel, 1996; Schuth et al., 1992; Klock et al., 1997; Nikcevic et al., 1998; Madden, 1988; James & Kristiansen 1995; Tunaley et al., 1993; Bergner et al., 2003).

Attributionsstile und Bewältigungsmuster bestimmen in enger Wechselwirkung die psychische Anpassung an den Verlust. Hierzu liegen nur wenige Untersuchungen vor. Depressive Reaktionen mit Störungen des psychischen Gleichgewichts, sozialem Rückzug und Selbstanklagen zeigen bei Madden (1988) v. a. Frauen, die dem Partner die Schuld für den Abort geben oder aber glauben, sie selbst hätten durch anderes Verhalten die Fehlgeburt verhindern können. In der Studie von James & Kristiansen (1995) reagieren Frauen, die eigene Charakterschwächen oder aber ihren behandelnden Arzt für die Fehlgeburt verantwortlich machen, mit eher depressiven Bewältigungsmustern auf den Schwangerschaftsverlust. Diese Ergebnisse lassen sich durch eigene Befunde bestätigen: Bei Frauen, die ihrem Abort überwiegend medizinische Ursachen zuschreiben, können häufiger adaptive Bewältigungsmuster des Selbstaufbaus und der Sinnsuche beobachtet werden. Da diese Muster nicht mit Beschwerden assoziiert sind, können sie hinsichtlich der Wiedererlangung des psychischen Gleichgewichts nach der Fehlgeburt als prognostisch günstig beurteilt werden. Prognostisch ungünstig hingegen sind Schuldzuweisun-

gen an den behandelnden Arzt bzw. das medizinische Personal und die Überzeugung, persönliche Schwächen, das eigene Schicksal oder Stress während der Schwangerschaft seien für die Fehlgeburt verantwortlich. Solche Ursachezuschreibungen treten häufig mit depressiv-resignativen Bearbeitungsweisen auf und stehen in Zusammenhang mit körperlichen und psychischen Beschwerden (Bergner et al., 2003)². Frauen mit früheren Schwangerschaftsabbrüchen (Klock et al., 1997) und wiederholten Schwangerschaftsverlusten (Bergner et al., 2003) sehen die Verantwortung für die Fehlgeburt häufiger bei sich als anamnestisch nicht vorbelastete Frauen.

Die subjektive Betrachtung infrage kommender Ursachen beeinflusst die auf eine neue Schwangerschaft gerichteten Kontrollüberzeugungen³. Frauen, die das Gefühl haben, sie hätten die Fehlgeburt verhindern können, zeigen nach der Fehlgeburt mehr Ängste und depressive Symptome als Frauen mit externalen Kontrollüberzeugungen (Madden, 1988; Tunaley et al., 1993). In einer früheren Untersuchung befragten wir Frauen mit Abortanamnese in den ersten Wochen einer neuen Schwangerschaft. Wir erhielten Hinweise darauf, dass die Attribution der zurückliegenden Fehlgeburt auf variable, d. h. veränderbare Ursachen, stark angstreduzierende Wirkung auf das Befinden in einer neuen Schwangerschaft zeigt (Bergner et al., 2000).

2.3.8 Die Folgen für eine neue Schwangerschaft

Eine Fehlgeburt kann bei den Frauen starke Zweifel an der Reproduktionsfähigkeit des eigenen Körpers hervorrufen. Der plötzliche Verlust hinterlässt oft Gefühle der Leere und des Versagens. Für viele Frauen erhält deshalb der Wunsch, möglichst bald erneut schwanger zu werden, große Bedeutung. An eine neue Schwangerschaft ist dann oftmals unbewusst die Hoffnung einer Wiedergutmachung des Verlustes und des Beweises der eigenen Fähigkeit zur Mutterschaft geknüpft. Beutel et al. berichten aus ihrer Längsschnittuntersuchung, dass ca. ein Viertel aller Frauen nach einem Spontanabort innerhalb eines halben und ein weiteres Viertel der Frauen innerhalb eines Jahres erneut schwanger wurde (Beutel, 1996).

Dass eine neue, erfolgreich ausgetragene Schwangerschaft die Verarbeitung der Fehlgeburt erleichtert, ist in vielen Studien nachgewiesen. Nach der Geburt eines gesunden Kindes haben Depressivität und Trauersymptome – verglichen mit der Trauer und Depressivität von Frauen, die nach der Fehlgeburt nicht erneut schwanger wurden – deutlich abgenommen (Hughes et al., 1999; Cuisinier et al., 1996; Lin & Lasker, 1996; Theut et al., 1989). Allerdings räumen Lin & Lasker aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse ein, dass eine neue Schwangerschaft zwar eine

² Es handelt sich hier um erste Resultate von Analysen an einer Teilstichprobe der vorliegenden Untersuchung.

³ Das Konzept der Kontrollüberzeugungen bezieht sich auf die Theorie des Locus of Control von Rotter (1966, zit. nach Frey et al., 1993, siehe auch Abschnitt 4.3.2.4).

Trauer um den Verlust mildere, die Trauer jedoch nicht zwangsläufig durch die Schwangerschaft aufgelöst werde.

Lange Zeit wurde vermutet, dass eine nach einem pränatalen Schwangerschaftsverlust nicht aufgelöste Trauer den Verlauf der nächsten Schwangerschaft und die Bindung an das Kind negativ beeinflusse (vgl. Pines, 1972). In der Studie von Hughes et al. (1999) waren Frauen mit Spätaborten, die in weniger als einem Jahr erneut schwanger wurden, nach der Entbindung ihres Kindes immer noch deutlich depressiver als Frauen ohne Abortanamnese. Sie waren darüber hinaus ebenfalls depressiver als diejenigen Frauen, die erst nach einem Jahr und später erneut schwanger wurden. Die Autoren empfehlen deshalb, nach dem Schwangerschaftsverlust mindestens ein Jahr bis zu einer neuen Gravidität verstreichen zu lassen. Solche viel diskutierten Ergebnisse scheinen sich jedoch nicht direkt auf Frühaborte übertragen zu lassen. So hat in den Berichten von Wyss et al. (1994) der Zeitpunkt einer neu eingetretenen Schwangerschaft keinen Einfluss auf die Verarbeitung der Fehlgeburt.

Frauen reagieren nach einer erlittenen Fehlgeburt oft mit großer Verunsicherung und Ängsten auf die Feststellung einer neuen Schwangerschaft. Aus der Befürchtung eines erneuten Schwangerschaftsverlustes heraus vermeiden sie in den ersten Schwangerschaftswochen häufig, sich gedanklich mit der Schwangerschaft auseinander zu setzen, anderen ihre Schwangerschaft mitzuteilen und eine emotionale Bindung an das Ungeborene herzustellen. (vgl. Keye, 1994; Pines, 1972; Ringler, 1992; Rauchfuß, 1996).

Es liegen nur wenige kontrollierte Studien zur psychischen und körperlichen Symptomatik Schwangerer mit vorausgegangenem Fehlgeburten vor. Die wenigen Untersuchungen weisen bei den anamnestisch durch eine Fehlgeburt belasteten Schwangeren ausgeprägte Störungen des seelischen Gleichgewichts besonders während der ersten Schwangerschaftsmonate nach. Diese äußern sich meist in Form starker, schwangerschaftsbezogener Ängste, die auf die Gefährdung oder einen erneuten Verlust der Schwangerschaft gerichtet sind (Theut et al., 1988; Läßle & Krumbacher, 1988; Statham & Green, 1994; Rauchfuß & Trautmann, 1997). Sie wurden in den Untersuchungen entweder als Zustandsangst (State-Anxiety, Laux et al., 1981) oder als spezifische, schwangerschaftsbezogene Ängste (z. B. Lukesch & Lukesch, 1976) erhoben. Ausgeprägte schwangerschaftsbezogene Ängste zeigen auch Frauen mit „nur“ einer zurückliegenden Fehlgeburt, d. h. bereits ein einmaliger Schwangerschaftsverlust belastet Frauen in einer darauf folgenden Schwangerschaft (Rauchfuß & Trautmann, 1997; Bergner et al., 2000). Die allgemeine Ängstlichkeit (Trait-Angst) war bei den betroffenen Frauen hingegen meist nicht erhöht (Läßle & Krumbacher, 1988; Theut et al., 1988; Bergner et al., 2000). Darüber hinaus wurden bei den Frauen z. T. überdurchschnittliche depressive und psychovegetative Beschwerden beobachtet (Läßle & Krumbacher, 1988). Theut et al. (1988) können eine erhöhte Depressivität bei Schwangeren mit Abortanamnese nicht bestätigen.

Folgt man der in Kapitel 2.3.3.3 dargestellten Annahme, dass Stress und Ängste zu Fehlgeburten beitragen können, stellt sich die Frage, inwieweit die beschriebenen Befindensstörungen und Vermeidungsstrategien der Schwangeren mit zurückliegenden Fehlgeburten eine neue Schwangerschaft durch Schwangerschaftskomplikationen gefährden. Ein positiver Zusammenhang zwischen Ängsten und psychischem Stress auf der einen Seite und Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf auf der anderen Seite wurde bislang nur bei Schwangeren ohne vorbelastete Anamnese für Komplikationen im späteren Schwangerschaftsverlauf, wie vorzeitige Wehentätigkeit, Frühgeburt und geringes Geburtsgewicht des Kindes, nachgewiesen (vgl. Standley et al., 1979; Wimmer-Puchinger, 1992b; Rizzardo et al., 1988; Rauchfuß, 1996, 2004; Whadwha et al., 1993). Allerdings ist die Befundlage nicht eindeutig (vgl. Perkin et al., 1993). Studien, die die Variabilität der Ängste der Schwangeren im Schwangerschaftsverlauf berücksichtigen, kommen übereinstimmend zu folgenden Resultaten: Ängste in frühen Stadien der Schwangerschaft (erstes Trimenon) gehen überdurchschnittlich häufig mit Komplikationen im weiteren Schwangerschafts- und Geburtsverlauf einher. Eine erhöhte Ängstlichkeit zu späteren Zeitpunkten der Schwangerschaft hingegen weist keine Beziehung zu komplikationsreichen Verläufen auf. Dieses Ergebnis könnte gerade für die Population Schwangerer mit Abortanamnese von Bedeutung sein, da diese Frauen besonders in den ersten Schwangerschaftswochen erhöhte Ängste zeigen (Gorsuch & Key, 1974, nach Wimmer-Puchinger, 1992a; Rizzardo et al., 1988).

Ein in dieser Hinsicht interessantes Resultat berichten Rauchfuß und Trautmann. Sie können einen Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsängsten und -komplikationen nur bei anamnestisch nicht durch Fehl-, Früh- oder Totgeburt belasteten Schwangeren nachweisen. Bei den anamnestisch belasteten Schwangeren hingegen ließ sich ein solcher Zusammenhang nicht nachweisen. Die oft zwar sehr starken Ängste von Schwangeren mit Abortanamnese beschränken sich meist auf den „kritischen“ Zeitraum, in dem sich in der vorangegangenen Schwangerschaft die Fehlgeburt ereignete. Zudem nehmen Frauen, die bereits die Erfahrung einer Fehl-, Früh- oder Totgeburt gemacht haben, häufiger die Schwangerenvorsorge und intensivere medizinische Betreuung in Anspruch (Rauchfuß & Trautmann, 1997).

Diese Befunde können zugleich ein Hinweis darauf sein, dass die psychische Anpassung an eine nachfolgende Schwangerschaft stark von nach der Fehlgeburt eingesetzten Verarbeitungsprozessen abhängig ist. Beschreibungen einzelner Autoren (Keye, 1994; Leon, 1986) untermauern diese Annahme, es liegen jedoch noch keine empirischen Untersuchungen hierzu vor. Die retrospektive Untersuchung von Läßle & Krumbacher (1988) gibt einen Hinweis darauf, dass ausgeprägtere depressive Stressverarbeitungsmuster bei Abortpatientinnen nicht nur nach der Fehlgeburt zu beobachten sind, sondern in der Schwangerschaft noch stärker ausgeprägt waren.

2.3.9 Hilfestellungen und Betreuungsangebote für Frauen und Paare nach Fehlgeburten

Trotz der zahlreichen Publikationen der letzten Jahre wird der frühe Schwangerschaftsverlust in den meisten medizinischen Einrichtungen noch heute als ein „Nicht-Ereignis“ (Leon, 1996) behandelt und die Verlusterfahrung der Frauen ignoriert. Cullberg untersuchte die Reaktionen des medizinischen Personals auf eine Totgeburt. Er beschreibt drei typische Verhaltensmuster, mit denen die Betroffenheit über den Kindesverlust abgewehrt werde. Entweder soll das traurige Ereignis so rasch wie möglich ungeschehen gemacht werden. Der Umgang mit der Patientin wird dann eher vermieden, die Patientin auf ihren Verlust nicht angesprochen. Oder die Betreuer identifizieren sich mit dem verstorbenen Kind und sehen sich selbst als gescheitert an. Diese Gefühle werden dann unbewusst als Vorwurf gegen die Mutter gerichtet. Ein drittes typisches Abwehrmuster bestehe darin, den mit dem Kindesverlust verbundenen Hilflosigkeitsgefühlen mit narzisstischen Allmachtsphantasien zu begegnen. Häufig werde in diesem Falle der Patientin zum Trost eine möglichst rasche, neue Schwangerschaft empfohlen (Cullberg, 1972). Diese Reaktionsmuster des medizinischen Personals können unseren Erfahrungen nach auch nach frühen Schwangerschaftsverlusten beobachtet werden.

Die Forschergruppe um Schuth und Mitarbeiter (1992) interviewte 40 Frauen nach erlittener Fehlgeburt sowie ihre behandelnden Ärzte und Schwestern zu Qualität und Zufriedenheit mit der ärztlichen Aufklärung. 38 der 40 Frauen fühlten sich nicht ausreichend über das Ereignis aufgeklärt. Die behandelnden Ärzte hingegen gaben an, dass mindestens die Hälfte der Patientinnen gut bis sehr gut aufgeklärt worden sei. Bei Beutel (1996) sind 90% der Abortpatientinnen mit der medizinischen Versorgung nach der Fehlgeburt zufrieden, der überwiegende Teil der Patientinnen (78%) auch mit der psychologischen Betreuung durch das Personal. Dennoch wünschten sich auch in dieser Studie mehr als die Hälfte der Patientinnen (58%) mehr Informationen über Fehlgeburten. 38% der Befragten hätten sich ein zusätzliches Einzelgespräch, 34% ein Paargespräch gewünscht. Selten wurden Gesprächs- oder Selbsthilfegruppen gewünscht (Beutel, 1996).

Einige Autoren betonen, wie wichtig der Zeitpunkt des Aufklärungsgesprächs sei (Beutel, 1996; Lee et al., 1996). So hätten Aufklärungsversuche unmittelbar nach dem Schwangerschaftsverlust einen nur geringen Effekt, da die Frauen unter dem Einfluss von Schock und Betäubung durch den plötzlichen Verlust Informationen kaum aufnehmen könnten. Erst nach der Entlassung aus der Klinik fühlten sich viele Frauen allein gelassen und ratlos über den Verlust (Beutel, 1996). Der optimale Zeitpunkt für ein Aufklärungsgespräch liege demnach bei zwei bis drei Wochen nach der Fehlgeburt (vgl. Lee et al., 1996b).

Angefangen bei ärztlichen Aufklärungsgesprächen über begleitende Einzelgespräche (Swanson, 1999), Paargespräche und Paarberatungen (Rauchfuß, 1999; Beutel, 1994), stützende Kurzzeittherapien und z. T. aufdeckende Langzeittherapien (Pines, 1972; Leon, 1986), Selbsthilfegrup-

pen, stützende ärztliche Begleitung in einer neuen Schwangerschaft („tender loving care“, Clyne, 1972; Stray-Pedersen & Stray-Pedersen, 1988) bis hin zu Entspannungsverfahren und Schwangerengruppen (Rauchfuß 1999; Läßle, 1989a) wurde und wird eine Reihe von Behandlungskonzepten für Patientinnen mit Fehlgeburten vorgeschlagen und angewandt. Leider sind die Effekte der verschiedenen Interventionen bislang kaum systematisch untersucht worden. Die wenigen Effektivitätsstudien weisen Erfolge in der Betreuung von Schwangeren mit rezidivierenden bzw. habituellen Aborten nach. Ein Einfluss der Betreuungsangebote auf den Verarbeitungs- und Anpassungsprozess nach der Fehlgeburt konnte nicht oder mit nur einzelnen Effekten belegt werden.

Erfolge nach einer kombinierten somatischen und psychologischen Betreuung von Frauen mit rezidivierenden Aborten in einer neuen Schwangerschaft berichten Tupper & Weil (1962), Stray-Pedersen & Stray-Pedersen (1988) und Liddell et al. (1991). Die 19 in der Studie von Tupper & Weil behandelten Schwangeren erfuhren während der gesamten Schwangerschaft neben der gynäkologischen Betreuung auch wöchentliche psychiatrische Gespräche zu Themen der Schwangerschaft und Alltagsproblemen. Mit dieser Behandlung erzielten die Autoren eine Geburtenrate von 84% im Gegensatz zu einer Geburtenrate von 26% einer Vergleichsgruppe von anamnestisch belasteten Schwangeren, die keine zusätzliche psychiatrische Betreuung hatten. Ähnliche Ergebnisse erzielten Stray-Pedersen & Stray-Pedersen mit der Methode des „tender loving care“, einer verstärkten, unterstützenden Zuwendung des Arztes zur Patientin. 85% der Schwangeren mit habituellen Aborten ohne medizinischen Befund konnten unter dieser Begleitung ihre Schwangerschaft erfolgreich austragen. Die Erfolgsrate in der nicht behandelten Vergleichsgruppe lag bei 36% (Stray-Pedersen & Stray-Pedersen, 1988). Die Studie von Liddell et al. (1991) repliziert die Ergebnisse der beiden Untersuchungen.

Forrest et al. (1982) berichten Erfolge psychologischer Beratungsgespräche bei 16 Paaren nach Totgeburten. Die Gespräche, im Mittel drei über einen Zeitraum von sechs Wochen, verkürzten den Trauerprozess der betroffenen Frauen im Vergleich zu einer Gruppe nicht behandelter Frauen nach Totgeburt. Die Teilnahme an Gruppengesprächen hat hingegen bei DiMarco et al. (2001) keinen Effekt auf den Trauerprozess nach einer Totgeburt.

Trotz vieler Gemeinsamkeiten prä- und perinataler Kindesverluste kann die Situation einer Frau nach einer Totgeburt nicht direkt auf die einer Frau nach frühem Schwangerschaftsverlust übertragen werden. Zur Wirksamkeit therapeutischer Angebote nach Fehlgeburten liegen kaum Untersuchungen vor. Lee et al. (1996b) führten in einer kontrollierten Studie vier Monate lang psychologische Beratungsgespräche mit 21 Frauen nach einer ersten Fehlgeburt durch. Obwohl die Beratungsgespräche als hilfreich erlebt wurden, hatten sie keine Auswirkung auf die psychische Anpassung der Frauen nach der Fehlgeburt. Die Autoren führen die Ergebnisse v. a. auf die kleinen Stichproben und den späten Zeitpunkt der Zweitbefragung zurück: Innerhalb der

vier Monate nach der Fehlgeburt sei offenbar den Frauen der nicht behandelten Vergleichsgruppe ebenfalls eine psychische Anpassung gelungen. Sie stellen allerdings auch fest, dass vielen Frauen eher an medizinischen Aufklärungsgesprächen und weniger an emotionaler Unterstützung gelegen war. Eine etwas größere Stichprobe von 46 Frauen behandelte Swanson (1999). Im Vergleich zur nicht behandelten Kontrollgruppe verringerten die Beratungsgespräche zwar den Ärger der Frauen deutlich, sie hatten aber ebenfalls keinen Effekt auf die emotionale Anpassung der Frauen, gemessen vier und zwölf Monate nach der Fehlgeburt.

In die letztgenannten Interventionsstudien wurden alle Frauen nach Spontanabort einbezogen, unabhängig davon, ob sie eine Indikation für Beratungsgespräche in Form ausgeprägter Befindensstörungen oder anderer Risikomerkmale aufwiesen. Das könnte bestehende Effekte überdeckt haben. Nach Beutel (1996) sind es gerade Frauen mit psychischen Vorerkrankungen, die eine intensivere Betreuung nach der Fehlgeburt wünschen. In dieser Richtung besteht noch großer Forschungsbedarf.

3 Fragestellung und Hypothesen der vorliegenden Untersuchung

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind nach der Pubertät und Partnerfindung ein weiterer Reifungsschritt der Entwicklung der weiblichen Identität. Im Falle einer Fehlgeburt erlebt die Frau bei diesem Schritt mehr oder minder starke Frustrationen, welche zu starken Schuld- und Versagensgefühlen führen können. Störungen des seelischen Gleichgewichts bis hin zu klinisch auffälligen Symptomen in Form von Trauer, Depressivität und ausgeprägten Ängsten sind nach Fehlgeburten zu beobachten und empirisch gut dokumentiert. Auch zu Trauer- und Bewältigungsprozessen nach Spontanaborten liegt bereits eine Reihe empirischer Befunde vor.

Eine nachfolgende Schwangerschaft stellt für die Frauen eine besondere Belastungssituation dar, auf die sie häufig sehr ängstlich und depressiv reagieren. Der Frage nach Auswirkungen des Abortgeschehens auf das körperliche und psychische Befinden der Frauen in einer nachfolgenden Schwangerschaft sowie auf deren Verlauf und Ausgang ist bislang in nur wenigen Studien nachgegangen worden. Die Befundlage ist noch uneindeutig und z.T. widersprüchlich. Diese Frage ist jedoch für eine adäquate Betreuung der anamnestic belasteten Schwangeren von größter Relevanz. Es ist zu vermuten, dass die psychische Anpassung an eine nachfolgende Schwangerschaft stark von nach der Fehlgeburt eingesetzten Verarbeitungsprozessen abhängig ist. Hierzu liegen unserer Kenntnis nach noch keine empirischen Studien vor. Die Prüfung dieser Annahme soll im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung stehen.

Ziel der vorliegenden Studie ist es zum einen, das Erleben, Befinden und (Bewältigungs-) Verhalten von anamnestic durch Fehlgeburten belasteten Gravidae in einem kontrollierten Studiendesign umfassend zu diagnostizieren und Wechselbeziehungen zu weiteren psychosozialen und personengebundenen Merkmalen der Schwangeren zu untersuchen. Zum anderen handelt es sich um einen prospektiven Untersuchungsansatz, der Aussagen darüber erlauben soll, inwieweit Verarbeitungsprozesse nach einer Fehlgeburt das Befinden der Frauen in einer neuen Schwangerschaft mitbestimmen. Kann ein Einfluss von Verarbeitungsprozessen nach der Fehlgeburt auf die Symptomatik in einer neuen Schwangerschaft nachgewiesen werden, so sind hieraus Indikationen für eine angemessene Betreuung der Frauen schon unmittelbar nach dem Schwangerschaftsverlust abzuleiten, die neben einer Unterstützung der Trauerarbeit der betroffenen Frauen auch präventiv-prophylaktisch auf eine neue Schwangerschaft gerichtet sind.

Die Untersuchung gliedert sich entsprechend der Fragestellungen in drei Teile:

1. Welche Verarbeitungsmuster können unmittelbar nach einer Fehlgeburt beobachtet werden? Wie sind sie hinsichtlich einer längerfristigen psychischen Anpassung zu beurteilen? Welchen Einfluss üben personengebundene und psychosoziale Merkmale auf den Verarbeitungsprozess nach einer Fehlgeburt aus?

2. Hat das Ereignis eines bzw. mehrerer Spontanaborte Auswirkungen auf das Befinden der betroffenen Frauen in einer neuen Schwangerschaft? Lassen sich personengebundene oder psychosoziale Merkmale in der neuen Schwangerschaft nachweisen, die einen protektiven oder pathogenen Einfluss auf das Befinden der Schwangeren und den Verlauf der Gravidität ausüben?
3. Ist das Befinden der anamnestisch belasteten Frauen in einer neuen Schwangerschaft abhängig von Verarbeitungsprozessen nach der (letzten) Fehlgeburt?

Aus theoretischen Überlegungen und dem bisherigen Forschungsstand werden dazu folgende Hypothesen abgeleitet:

Hypothese 1

Nach einer Fehlgeburt lassen sich Verarbeitungsmuster der aktiven und chronischen Trauer beobachten. Während einer aktiven Trauer eine adaptive Funktion zugeschrieben werden kann, geht eine chronische Trauer mit der Etablierung einer länger anhaltenden Symptomatik einher. Es können psychische und soziodemographische Merkmale identifiziert werden, die einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einzelner Verarbeitungsstrategien ausüben.

Wir vermuten, dass sich bei den von uns befragten Frauen ähnliche Verarbeitungsprozesse finden lassen, wie sie von anderen Autoren beschrieben wurden (Beutel et al., 1992, Lasker & Toedter, 1991; Lin & Lasker, 1996):

Aktive Trauer: ausgeprägte Traurigkeit und Auseinandersetzung mit dem eingetretenen Verlust, Verringerung der psychischen und körperlichen Symptomatik (psychovegetative Beschwerden, Ängste, Depression) nach spätestens einem halben Jahr,

Chronische Trauer: gekennzeichnet durch schuldhafte Verarbeitung des Verlustes, übermäßigen Ärger oder Verzweiflung, Vermeidung einer Auseinandersetzung mit dem Verlust (Verleugnung und Bagatellisierung), Anhalten der Symptomatik (ein halbes Jahr nach der Fehlgeburt und länger).

Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt werden differenziert über die Konstrukte Trauer, Bewältigung und Attribution der Fehlgeburt erfasst, welche in enger Wechselwirkung zueinander stehen. Mit dem Begriff *Verarbeitungsprozess* soll ein Bezug zur Adaptivität der einzelnen Verarbeitungsmuster hergestellt werden. Adaptive Verarbeitungsmuster sind in Anlehnung an die Veröffentlichungen von Madden (1994) und Beutel (1996) durch ein Absinken der Symptomatik innerhalb eines halben Jahres nach der Fehlgeburt definiert. Die postulierten Verarbeitungsprozesse sind sehr allgemein gehalten. Da in dieser Untersuchung Verarbeitungsprozesse nach Fehlgeburten aus unserer Sicht erstmals aus Ansätzen der Trauerforschung und Copingtheorien abgeleitet werden und der Forschungsstand ohnehin noch widersprüchlich scheint,

soll diese Hypothese mit explorativen Verfahren, mit welchen sich in der Untersuchungsstichprobe vorkommende Verarbeitungsmuster beschreiben lassen, spezifiziert werden. Diese empirisch gewonnenen Verarbeitungsmuster bilden die Grundlage der Hypothese 3.

Zusatzannahmen:

Wie eine Fehlgeburt verarbeitet wird, ist abhängig von psychosozialen und kognitiven Merkmalen der Betroffenen. Es wird vermutet, dass eine gute (subjektiv wahrgenommene) Unterstützung durch den Partner, eine Erwerbstätigkeit der Frauen, ein höheres Lebensalter, Kinder, die Geplantheit der Schwangerschaft und das Fehlen von früheren Schwangerschaftsverlusten oder -abbrüchen, psychischen Vorerkrankungen und belastenden Lebensereignissen mit adaptiven Verarbeitungsprozessen (aktive Trauer) assoziiert sind.

Hypothese 2a

Schwangere mit einer bzw. mehreren vorangegangenen Fehlgeburt(en) weisen in den ersten Wochen einer erneuten Schwangerschaft eine gegenüber anamnestisch nicht belasteten Schwangeren erhöhte körperliche und psychische Symptomatik auf. Sie äußert sich in Form eines häufigeren Auftretens von Schwangerschaftskomplikationen und schwangerschaftsbedingten Befindensstörungen, allgemeinen Körperbeschwerden und psychovegetativen Symptomen, ausgeprägten schwangerschaftsbezogenen Ängste und/ oder erhöhter Depressivität.

Hypothese 2b

Die beobachtete Symptomatik ist bei Schwangeren mit rezidivierenden und habituellen Aborten stärker ausgeprägt als bei Schwangeren mit „nur“ einer vorangegangenen Fehlgeburt.

Frauen, die mehrmals eine Fehlgeburt erlitten haben, mussten wiederholt einen Kontrollverlust bezüglich der eigenen Reproduktionsfähigkeit erleben. Folgt man der Theorie der gelernten Hilflosigkeit (Abramson et al., 1978), so kann ein wiederholt erlebter Kontrollverlust zu Gefühlen von Hilf- und Hoffnungslosigkeit bis hin zur Ausbildung depressiver Symptome führen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Betroffenen maladaptive Ursachenzuschreibungen in Form internaler, stabiler Attributionen für die als unkontrollierbar erlebte Situation der Fehlgeburt vornehmen. Internale, zeitlich stabile Attributionen werden bei Frauen mit wiederholten Schwangerschaftsverlusten häufiger erwartet, da durch die Wiederholung der Fehlgeburt zeitlich instabile Attributionen (Zufall, Regulativ Natur) subjektiv unwahrscheinlicher werden.

Hypothese 2c

Es besteht ein Zusammenhang zwischen psychosozialen und kognitiven Merkmalen der Schwangeren einerseits und der Ausprägung der psychischen und körperlichen Symptomatik im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft auf der anderen Seite.

Auf psychischer Ebene werden die Einstellung zur neuen Schwangerschaft, schwangerschaftsbezogene Kontrollüberzeugungen, das Bewältigungsverhalten der Schwangeren und die psychische Repräsentation des Kindes (Bindungsbereitschaft, vgl. Kapitel 2.2.3) erfasst, die mit den in der Schwangerschaft auftretenden körperlichen und psychischen Symptomen ein Bedingungsgefüge bilden. So kann ein eher vermeidendes Verhalten der Schwangeren in Zusammenhang mit ausgeprägten Schwangerschaftsängsten stehen, während eine Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft mit stärkerem Wohlbefinden einhergeht (vgl. Läßle & Krumbacher, 1988). Das Gefühl, kaum Einfluss auf den weiteren Schwangerschaftsverlauf ausüben zu können (externale Kontrollüberzeugungen, vgl. Kapitel 2.3.7), führt vermutlich zu starken Ängsten und Depressivität und einer stärkeren Meidung der Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft. Vermeidendes Verhalten bedeutet zugleich ein Nichteinlassen auf die Schwangerschaft und das Kind (psychische Repräsentation des Kindes). Negative Einstellungen zur Schwangerschaft gehen vermutlich mit vermeidendem Bewältigungsverhalten einher.

Zusatzannahmen:

Es wird vermutet, dass eine gute (subjektiv wahrgenommene) Unterstützung durch den Partner, eine Erwerbstätigkeit der Frauen, die Geplantheit der Schwangerschaft und das Fehlen von früheren Schwangerschaftsverlusten oder -abbrüchen, psychischen Vorerkrankungen und belastenden Lebensereignissen mit adaptiven Bewältigungsmustern in der Schwangerschaft verbunden sind.

Hypothese 3

Der Verarbeitungsprozess nach der (letzten) Fehlgeburt hat einen moderierenden Einfluss auf die Ausprägung der Symptomatik der Frauen im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft. Unterschiede der Beschwerdeprofile in einer neuen Gravidität können durch den Verarbeitungsprozess nach der Fehlgeburt vorhergesagt werden. Schwangere, die nach der letzten Fehlgeburt einen Verarbeitungsprozess ähnlich der aktiven Trauer durchlaufen haben, weisen in den ersten Wochen einer neuen Schwangerschaft weniger stark ausgeprägte Befindensstörungen auf als diejenigen, deren Verarbeitungsprozess durch chronische Trauer gekennzeichnet ist.

Ein unverarbeiteter Verlust als Folge von chronischer oder ausbleibender Trauer kann durch eine neu eingetretene Schwangerschaft wieder wachgerufen werden, was mit schmerzlichen Gefühlen, starken Ängsten und nicht selten vermehrten Schuld- und Versagensgefühlen einhergeht (Beutel, 1996). Diese finden ihren Ausdruck in einer depressiven Symptomatik und häufig auch in einer ambivalenten Einstellung gegenüber der Schwangerschaft in Form des „Sich-Nicht-Einlassen-Könnens“ bis hin zum völligen Ignorieren des eigenen Zustandes.

Abbildung 1 gibt die Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung zusammenfassend wieder. Aus den Resultaten der Untersuchung sollen diagnostische Kriterien abgeleitet werden, die eine Identifizierung von bezüglich des Schwangerschaftsverlaufs besonders gefährdeten Frauen mit vorangegangenem/-en Spontanabort(en) in einem möglichst frühen Stadium der Schwangerschaft ermöglichen. Ferner sollen konkrete Interventionen für die Betreuung dieser Risikogruppe nach der Fehlgeburt und in einer neuen Schwangerschaft vorgeschlagen werden, die zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt angewandt werden können und primär auf die Prävention möglicher Befindensstörungen und Komplikationen in einer neuen Schwangerschaft gerichtet sind.



Abbildung 1: Untersuchungsmodell

4 Material und Methoden

4.1 Untersuchungsplan

Das Untersuchungsdesign unserer Studie ist mit den einzelnen Erhebungszeitpunkten und Stichprobenumfängen in Tabelle 1 dargestellt. Es handelt sich um eine Längsschnittuntersuchung mit mindestens einem und maximal drei Erhebungszeitpunkten nach der Fehlgeburt und drei Erhebungszeitpunkten in einer neu eintretenden Schwangerschaft. Zum ersten Untersuchungszeitpunkt liegt die letzte Fehlgeburt der Frauen einige Wochen zurück. Jeweils sechs und zwölf Monate nach der Fehlgeburt werden die Frauen ein zweites und drittes Mal befragt. Die Erhebungszeitpunkte 2 und 3 werden nicht bei allen Probandinnen realisiert, da bei einigen von ihnen zu diesen Zeitpunkten schon eine neue Gravidität eingetreten ist. In diesem Fall erhalten die Frauen dann sofort einen Fragebogen des Erhebungszeitpunktes 4 (1. Trimenon der neuen Schwangerschaft).

Über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren wurden so insgesamt 342 Frauen nach erlittener Fehlgeburt in größeren Zeitabständen wiederholt befragt (Untersuchungsgruppe I). Bei 142 dieser Frauen trat im Untersuchungszeitraum eine neue Schwangerschaft ein. Aus organisatorischen Gründen konnten nicht alle Frauen, die erneut schwanger wurden, zu jedem Erhebungszeitpunkt der neuen Schwangerschaft befragt werden. Zwischen den Erhebungszeitpunkten 4 bis 6 variieren daher die Stichprobenumfänge. Die Vergleichsgruppen setzen sich aus insgesamt 248 Gravidae zusammen, die in ihrer geburtshilflichen Anamnese weder Schwangerschaftsverluste, Totgeburten noch Frühgeburten aufweisen (Kontrollgruppen I, II und III).

Die Symptomatik der Frauen und die Merkmale der psychischen Verarbeitung der Fehlgeburt werden zu allen drei Messzeitpunkten nach der Fehlgeburt erhoben, während Kontrollvariablen nur einmalig zum ersten Erhebungszeitpunkt erfasst werden. Ist eine neue Schwangerschaft eingetreten, erfolgen drei weitere Erhebungen jeweils im ersten, zweiten und dritten Trimenon der neuen Schwangerschaft. Die Ausprägung der psychischen und körperlichen Symptomatik sowie das Auftreten von Schwangerschaftskomplikationen werden bei der Untersuchungsgruppe als Verlaufsmerkmale zu allen drei Erhebungszeitpunkten in der neuen Schwangerschaft erhoben. Ebenso wird mit den Merkmalen psychischer Verarbeitungsprozesse in der Schwangerschaft verfahren.

Tabelle 1: Untersuchungsplan

Erhebungen nach der Fehlgeburt		
1. Erhebungszeitpunkt: ca. 13 Wochen nach der Fehlgeburt	2. Erhebungszeitpunkt⁴: 6 Monate nach der Fehlgeburt	3. Erhebungszeitpunkt⁴: 12 Monate nach der Fehlgeburt
Untersuchungsgruppe (UG), nicht schwanger (UGI: n=342; UGII: n=232 ⁵)	Untersuchungsgruppe (UG), nicht schwanger (UGI: n=203; UGII: n=143)	Untersuchungsgruppe (UG), nicht schwanger (UGI: n=80; UGII: n=58)
Symptomatik: <ul style="list-style-type: none"> • Trauersymptomatik • Körperbeschwerden • Ängste • Depressivität 	Symptomatik: <ul style="list-style-type: none"> • Trauersymptomatik • Körperbeschwerden • Ängste • Depressivität 	Symptomatik: <ul style="list-style-type: none"> • Trauersymptomatik • Körperbeschwerden • Ängste • Depressivität
Psychische Verarbeitung der Fehlgeburt: <ul style="list-style-type: none"> • Trauer • Bewältigung • Attribution 	Psychische Verarbeitung der Fehlgeburt: <ul style="list-style-type: none"> • Trauer • Bewältigung • Attribution 	Psychische Verarbeitung der Fehlgeburt: <ul style="list-style-type: none"> • Trauer • Bewältigung • Attribution
Kontrollvariablen: <ul style="list-style-type: none"> • Soziodemographische Daten • Merkmale der Fehlgeburt(en) • Auftreten belastender Lebensereignisse • Vorerkrankungen • Unterstützung durch den Partner • Allgemeine Ängstlichkeit 		
Erhebungen nach Eintritt einer neuen Schwangerschaft		
4. Erhebungszeitpunkt: nach Eintritt der neuen Schwangerschaft: 8. - 16. Woche	5. Erhebungszeitpunkt: nach Eintritt der neuen Schwangerschaft: 17. - 28. Woche	6. Erhebungszeitpunkt: nach Eintritt der neuen Schwangerschaft: 29.-40. Woche
Untersuchungsgruppe (UG), erneut schwanger (UGI: n=108; UGII: n=80) Kontrollgruppe I (n=69)	Untersuchungsgruppe (UG), erneut schwanger (UGI: n= 125; UGII: n=88) Kontrollgruppe II (n=82)	Untersuchungsgruppe (UG), erneut schwanger (UGI: n=110; UGII: n=78) Kontrollgruppe III (n=97)
Symptomatik: <ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaftskomplikationen • Körperbeschwerden • Ängste • Depressivität 	Symptomatik: <ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaftskomplikationen • Körperbeschwerden • Ängste • Depressivität 	Symptomatik: <ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaftskomplikationen • Körperbeschwerden • Ängste • Depressivität
Psychische Verarbeitung in der Schwangerschaft: <ul style="list-style-type: none"> • Einstellung zur Schwangerschaft • Kontrollüberzeugungen • Bewältigung • Psychische Repräsentation des Kindes 	Psychische Verarbeitung in der Schwangerschaft: <ul style="list-style-type: none"> • Einstellung zur Schwangerschaft • Kontrollüberzeugungen • Bewältigung • Psychische Repräsentation des Kindes 	Psychische Verarbeitung in der Schwangerschaft: <ul style="list-style-type: none"> • Einstellung zur Schwangerschaft • Kontrollüberzeugungen • Bewältigung • Psychische Repräsentation des Kindes
Kontrollvariablen	Kontrollvariablen	Kontrollvariablen:

⁴ Fakultativ: Nur dann, wenn noch keine neue Schwangerschaft eingetreten ist.

⁵ Für die Analyse von Verarbeitungsprozessen nach der Fehlgeburt wurde von den 342 Untersuchungsteilnehmerinnen (Untersuchungsgruppe I) eine Stichprobe von 232 Frauen ausgewählt, deren Fehlgeburt zum ersten Er-

4.2 Stichproben

4.2.1 Schätzung der erforderlichen Stichprobenumfänge

Im Vorfeld der Untersuchung wurde der für die Prüfung unserer Hypothesen erforderliche Mindeststichprobenumfang unter Zuhilfenahme des statistischen Programmpakets „G-Power“ (Faul et al., 1992) bestimmt. Die Kalkulation erfolgte anhand des beabsichtigten Vergleiches anamnestisch durch Fehlgeburten belasteter Schwangerer mit anamnestisch nicht belasteten Schwangeren hinsichtlich situativer und schwangerschaftsbezogener Ängste (Hypothese 2). Die bislang vorliegenden Untersuchungen erzielten hinsichtlich dieser Fragestellung durchgehend mittlere bis große Effekte (Theut et al., 1988; Läpple & Krumbacher, 1988; Rauchfuß et al., 1996; vgl. Anhang B). Die Berechnung des optimalen Stichprobenumfangs für die geplante Studie erfolgte auf der Basis der in der Untersuchung von Rauchfuß et al. (1996) erzielten mittleren Effektgrößen, da der hier verwendete Fragebogen zur Erfassung schwangerschafts- und geburtsbezogener Ängste auch in der vorliegenden Studie zum Einsatz kommen wird. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha=0,05$ und einer Teststärke von $1-\beta=0,80^6$ ergibt sich ein für die Prüfung der Hypothese 2 erforderlicher Stichprobenumfang von $n=72$ (berechnet für den T-Test für unabhängige Stichproben). Es sind demnach 72 anamnestisch durch Fehlgeburten belastete Schwangere (Untersuchungsgruppe) und 72 anamnestisch nicht belastete Gravidae (Kontrollgruppe) zur Prüfung dieser Hypothese notwendig.

4.2.2 Beschreibung der Stichproben der Untersuchung

An der Studie nahmen insgesamt 342 Frauen teil, die wenige Wochen zuvor eine Fehlgeburt erlitten hatten (*Untersuchungsgruppe I*). Die Daten dieser Stichprobe finden Verwendung für die Validierung der Erhebungsmethoden und die Prüfung der Hypothese 2 (Vergleich der Symptomatik anamnestisch belasteter mit anamnestisch nicht belasteten Schwangeren).

Aus der Gesamtstichprobe wurden im Nachhinein diejenigen Frauen ausgewählt, deren Fehlgeburt zum Befragungszeitpunkt 1 nicht länger als 14 Wochen zurücklag (vgl. Kapitel 4.2.2.2). Die Daten dieser 232 Frauen, im Weiteren *Untersuchungsgruppe II* genannt, gehen in die statistischen Analysen zur Prüfung der Hypothesen 1 und 3 ein (Zusammenhang zwischen Verarbeitungsmustern nach der Fehlgeburt und der Symptomatik in der neuen Schwangerschaft).

Die Frauen der *Kontrollgruppen* konnten aus Aufwandsgründen nicht im zeitlichen Verlauf befragt werden. Zu jedem Erhebungszeitpunkt in der Schwangerschaft wurde eine unabhängige

hebungszeitpunkt nicht länger als 14 Wochen zurücklag (Untersuchungsgruppe II). Diese Stichprobe wird in Kapitel 4.2.2.2 beschrieben.

Stichprobe gezogen. Die 248 anamnestisch nicht belasteten Schwangeren verteilen sich auf drei Kontrollgruppen mit einer Stichprobengröße von 69 (Kontrollgruppe I, 1. Schwangerschaftstertial), 82 (Kontrollgruppe II, 2. Schwangerschaftstertial) und 97 (Kontrollgruppe III, 3. Schwangerschaftstertial) Schwangeren.

Die von uns geplante Untersuchung wurde im Vorfeld mit dem Berliner Beauftragten für Datenschutz sowie der Ethikkommission der Universitätsklinik Charité abgestimmt.

Tabelle 2: Kooperierende Einrichtungen, Anzahl der angeschriebenen, teilnehmenden und nichtteilnehmenden Frauen

	Angeschriebene Frauen (prozentualer Anteil an allen angeschriebenen Frauen ⁷)	Teilnehmerinnen (prozentualer Anteil der aus dieser Klinik stammenden Patientinnen)	Nichtteilnehmerinnen (prozentualer Anteil der aus dieser Klinik stammenden Patientinnen)
Universitätsklinikum Charité Campus Charité Mitte Abt. Geburtshilfe Campus Virchow Klinikum Klinik für Geburtsmedizin	431 (29,0%)	94 (22,3%)	337 (77,7%)
Krankenhaus am Urban Abt. für Gynäkologie und Geburtshilfe	209 (14,1%)	26 (12,4%)	183 (87,6%)
Krankenhaus im Friedrichshain Abt. für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	180 (12,1%)	58 (32,2%)	122 (67,8%)
DRK Frauen- und Kinderklinik Westend	178 (12,0%)	46 (25,8%)	132 (74,2%)
Universitätsklinikum Benjamin Franklin Frauenklinik und Poliklinik	149 (10,0%)	33 (22,1%)	116 (77,9%)
Sankt Gertrauden-Krankenhaus	102 (6,9%)	25 (24,5%)	77 (25,5%)
Maria Heimsuchung Caritas-Klinik Pankow Abt. für Gynäkologie	80 (5,4%)	26 (32,5%)	54 (67,5%)
Humboldt-Krankenhaus Abt. für Gynäkologie und Geburtshilfe	59 (4,0%)	14 (23,7%)	45 (76,3%)
Martin-Luther-Krankenhaus Abt. für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	41 (2,8%)	8 (19,5%)	33 (80,5%)
Helios-Klinikum Berlin-Buch Abt. für Gynäkologie und Geburtshilfe	29 (2,0%)	5 (17,2%)	24 (82,8%)
Klinikum Hellersdorf Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	26 (1,8%)	7 (26,9%)	19 (73,1%)
	1481 (100%)	342 (23,1%)	1139 (76,9%)

4.2.2.1 Frauen mit Fehlgeburtsanamnese: Untersuchungsgruppe I

Über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren wurden aus den frauenheilkundlichen Abteilungen von 11 kooperierenden Berliner Krankenhäusern alle Frauen angeschrieben, die eine Fehlgeburt

⁶ Bei der Festlegung der Größe der Irrtumswahrscheinlichkeiten α und β richten wir uns nach den Empfehlungen von Cohen (1988, nach Bortz & Döring, 1995).

⁷ Die Anzahl angeschriebener Frauen ist nicht repräsentativ für die Zahl von Abortpatientinnen dieser Kliniken im Untersuchungszeitraum. Einige Abteilungen wurden erst zu einem späteren Zeitpunkt der laufenden Erhebungen um Zusammenarbeit gebeten.

erlitten hatten und sich deshalb in stationärer Behandlung befanden. Auf diesem Weg baten wir 1481 Frauen um ihre Teilnahme an der Studie⁸. Davon erklärten sich 342 Frauen (23,1%) bereit, an der Befragung teilzunehmen. In Tabelle 2 ist die Verteilung von teilnehmenden und nicht teilnehmenden Frauen über die einzelnen Einrichtungen dargestellt.

Ein großer, aber schwer zu schätzender Teil der nicht teilnehmenden Frauen erhielt vermutlich aufgrund falscher oder veralteter Anschriften unser Anschreiben nicht. Der geringe Rücklauf aus Kliniken mit hohem Ausländeranteil (z. B. Krankenhaus am Urban) deutet darauf hin, dass mangelnde Deutschkenntnisse ein wesentlicher Grund dafür sein könnten, nicht an der Studie teilzunehmen.

*Tabelle 3: Gründe zur Nichtteilnahme an der Befragung
(Angaben von n=42 nicht an der Studie teilnehmenden Frauen)*

Zusammenfassung der Aussagen (Anzahl der Aussagen)	Aussagen	Anzahl der Aussagen
Vermeidung einer Auseinandersetzung mit dem Schwangerschaftsverlust (16)	• Nicht an die Fehlgeburt erinnert werden wollen	8
	• Teilnahme wäre eine zu starke emotionale/ schmerzhaft Belastung	4
	• mit dem Thema abgeschlossen, es nicht auffrischen wollen	2
	• laufende Behandlung durch IVF, die zu stark belastet	2
Befragung wird der Intimität des Problems nicht gerecht (3)	• sich nicht persönlich genug angesprochen gefühlt	2
	• sich nicht so persönlich mitteilen wollen	1
Zeitliche Belastung (5)	• keine Zeit haben	3
	• zeitliche Belastung wegen Kindern	2
kein Kinderwunsch (4)	• Schwangerschaft war nicht gewollt	2
	• wollte die Schwangerschaft abtreiben	1
	• kein Kinderwunsch mehr	1
weitere (14)	• bereits erneut schwanger	5
	• Angst, Familie könnte etwas von der Fehlgeburt erfahren	1
	• mangelnde Deutschkenntnisse	3
	• Aufenthalt im Ausland	3
	• kein Interesse	1
	• Fehlgeburt wegen ärztlichen Versagens	1

Frauen, die nicht an der Befragung teilnehmen wollten, wurden gebeten, das Antwortschreiben dennoch zurückzusenden und uns ihre Gründe für die Nichtteilnahme zu nennen. 86 Frauen folgten dieser Bitte, allerdings gaben nur 42 Frauen ihre Gründe für die Nichtteilnahme an (Tabelle 3). Auch wenn die Aussagen der 42 Frauen nicht repräsentativ für alle Nichtteilnehmerinnen

⁸ In Abstimmung mit dem Berliner Beauftragten für Datenschutz kontaktierten wir die Frauen wie folgt: Wir erhielten von den gynäkologischen Abteilungen der kooperierenden Krankenhäuser Namen und Anschrift aller Frauen, die sich aufgrund einer Fehlgeburt in den letzten Tagen/Wochen in stationärer Behandlung befanden. Die Frauen wurden einmalig von uns angeschrieben, ihre Anschrift verblieb aber in den Kliniken. Erst auf dem Rückschreiben der Frauen, welches zuvor mit einer Code-Nummer versehen worden war, erhielten wir Namen, Anschrift und gegebenenfalls die Telefonnummer der Teilnehmerinnen. Die Archivdaten der Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen wurden anonymisiert unter den Code-Nummern vermerkt. Das Anschreiben an die Frauen befindet sich in Anhang A.

rinnen sein können, geben sie Hinweise darauf, dass neben mangelnden Deutschkenntnissen und zeitlicher Belastung die Stärke des Kinderwunsches sowie die nach der Fehlgeburt einsetzenden Verarbeitungsmodi und Attributionsmuster bei der Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Studie eine Rolle gespielt haben könnten.

Tabelle 4: Vergleich von Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen der Studie anhand der aus den Krankenakten entnommenen und anonymisierten anamnestischen Daten

	Alle Frauen	Teilnehmerinnen	Nichtteilnehmerinnen	Signifikanztest	Effektstärken⁹
Anzahl	1481	342 (23,1%) ¹⁰	1139 (76,9%)		
Alter zum Zeitpunkt der Fehlgeburt	M=30,67 sd=7,07	M=32,06 sd=6,41	M=30,23 sd=7,21	U=163041,500¹¹ p<0,001	d=0,269
Gravidität (Anzahl bisheriger Schwangerschaften)	M=2,6, sd=1,87	M=2,27 sd=1,50	M=2,7, sd=1,96	U=113739,50 p=0,001	d=0,249
Parität (Anzahl der Kinder)	M=0,91, sd=1,22	M=0,65 sd=0,95	M=0,99, sd=1,28	U=132645,000 p<0,001	d=0,305
Anzahl zurückliegender Fehlgeburten	M=1,37, sd=0,82	M=1,33 sd=0,70	M=1,39, sd=0,85	U=143482,500 p=0,739	d=0,077
Anzahl zurückliegender Schwangerschaftsunterbrechungen	M=0,30, sd=0,71	M=0,27 sd=0,61	M=0,30, sd=0,74	U=138363,000 p=0,703	d=0,044
Schwangerschaftswoche, in der die letzte Fehlgeburt eintrat	M=9,41, sd=2,61	M=9,4 sd=2,57	M=9,42, sd=2,62	U=158079,000 p=0,738	d=0,033
Diagnose des Schwangerschaftsverlustes:					
• missed abortion (ICD-10: O02.1)	777 (52,5%)	197 (57,1%)	580 (51,1%)	Chi²=6,023 df=2 p=0,049	
• abortus incompletus (ICD-10: O06.4)	466 (31,5%)	94 (27,2%)	372 (32,7%)		
• abortus completus (ICD-10: O06.9)	81 (5,5%)	14 (4,1%)	67 (5,9%)		
• sonstige Diagnosen	86 (5,7%) fehlend: 71 (4,8%)	20 (5,8%) fehlend: 20 (5,8%)	66 (5,8%) fehlend: 51 (4,5%)		

So scheint die Gruppe der Nichtteilnehmerinnen im Gegensatz zu den Studienteilnehmerinnen mehr Frauen zu enthalten, die keinen oder nur geringen Kinderwunsch¹² haben, die eine Auseinandersetzung mit dem Schwangerschaftsverlust vermeiden oder die möglicherweise Ursachen ihres Abortes in ärztlichem Fehlverhalten sehen.

⁹ Die Effektstärken d wurden post hoc mit dem Statistik-Programm G-Power (Faul et al., 1992) berechnet. Da in diesem Programm für den nichtparametrischen U-Test keine Angaben zu Effektstärken gemacht werden, wurden den Berechnungen die Parameter eines T-Tests zugrundegelegt. Nach Cohen (1988, nach Bortz & Döring, 1995) handelt es sich bei Effektstärken ab d= 0,2 um kleine, ab d=0,5 um mittlere und ab d=0,8 um große Effekte.

¹⁰ Diejenigen Frauen, die den ersten Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt haben (ihre Teilnahme hatten 411 Frauen (27,8%) erklärt, 69 dieser Frauen (4,7%) sandten allerdings den ersten Fragebogen nicht zurück).

¹¹ U-Test nach Mann und Whitney, da die Variablen nicht normalverteilt sind.

Um Aussagen über die Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe zu erhalten, wurden anamnestische Daten der Nichtteilnehmerinnen (Alter, Anzahl der Kinder, Schwangerschaften und zurückliegende Schwangerschaftsverluste, Zeitpunkt und Diagnose des Schwangerschaftsverlustes) anonymisiert aus den Klinikarchiven erhoben (Tabelle 4). Die Untersuchungsteilnehmerinnen sind im Durchschnitt zwei Jahre älter als die Nichtteilnehmerinnen, haben durchschnittlich weniger Kinder und sind seltener schwanger gewesen. Vermutlich ist Kinderlosigkeit gepaart mit großem Kinderwunsch ein wesentliches Motiv für die Teilnahme an der Studie. Es handelt sich bei den Differenzen zwischen Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen um durchgehend geringe Effekte, so dass grobe Stichprobenverzerrungen ausgeschlossen werden können.

Die Frauen der Untersuchungsgruppe I sind zum ersten Erhebungszeitpunkt im Durchschnitt 32 Jahre alt ($M=32,06$, $sd=6,41$) und zum zweiten Mal schwanger ($M=2,27$, $sd=1,50$). 85 Frauen (24,9%) geben an, zum wiederholten Male eine Fehlgeburt erlitten zu haben (rezidivierende bzw. habituelle Aborte). Die zurückliegende Fehlgeburt hatte sich durchschnittlich in der 9. Schwangerschaftswoche ($M=9,520$, $sd=2,636$) ereignet. Bei 55,8% der Frauen trat die Fehlgeburt mit spontanen Blutungen ein. Bei weiteren 43,3% der Frauen wurde die Fehlgeburt durch eine Ultraschalluntersuchung festgestellt. Bei 95,6% der Frauen erfolgte eine Abortkürrettage, bei 2,9% erfolgte kein operativer Eingriff. Im Mittel verblieben die Patientinnen 2 Tage in stationärer Behandlung ($M=2,038$, $sd=1,551$).

Etwas über die Hälfte der Frauen (56,1%) gibt an, keine Kinder zu haben, 43,9% der Frauen haben bereits ein oder mehrere Kinder. 50,9% der Frauen sind zum ersten Befragungszeitpunkt verheiratet, 39,8% ledig, 8,5% geschieden und 0,9% verwitwet. Fast alle Frauen (97,1%) geben an, in einer festen Partnerschaft zu leben. 82,7% der Frauen teilen mit dem Partner einen gemeinsamen Haushalt.

63,2% der Frauen sind zum ersten Befragungszeitpunkt erwerbstätig, 12,6% der Frauen befinden sich in einer Ausbildung und 22,5% geben an, nicht erwerbstätig zu sein (davon Arbeitslosigkeit 8,8%, Hausfrau/Erziehungsurlaub 11,9%). 62% der Frauen haben ihre schulische Laufbahn mit Fachhochschulreife oder Abitur abgeschlossen. 30,7% haben einen Realschulabschluss (bzw. 10. Klasse Polytechnische Oberschule), 5% der Frauen geben an, einen Haupt- oder Sonderschulabschluss zu haben. In der Stichprobe befinden sich demnach überdurchschnittlich viele Frauen mit hohem Bildungsstatus. In den vom Statistischen Bundesamt Deutschland für das Jahr 2003 (Mikrozensus, 2003) veröffentlichten Daten können nur

¹² Bereits aus unserem ersten Anschreiben an die Frauen geht hervor, dass sich unserer Forschungsanliegen auch auf eine neue Schwangerschaft bezieht. Vermutlich fühlten sich überwiegend Frauen mit bestehendem Kinderwunsch angesprochen, an der Befragung teilzunehmen.

21,17% der Befragten (15- bis 65-Jährige beider Geschlechter) eine Fachhochschul- oder Hochschulreife und 26,35% einen Realschul- bzw. 10.-Klasse-Abschluss nachweisen.

Die 342 teilnehmenden Frauen wurden über einen Zeitraum von ca. 2 Jahren in halbjährlichen Abständen befragt (Tabelle 5). Zum zweiten Erhebungszeitpunkt liegen noch 203 Fragebögen, zum dritten Erhebungszeitpunkt 80 Fragebögen der Frauen vor (Tabelle 5). Die Fehlgeburt der Frauen der Untersuchungsgruppe I liegt zum ersten Erhebungszeitpunkt im Durchschnitt 13 Wochen zurück, zum zweiten Erhebungszeitpunkt 7 Monate und zum dritten Erhebungszeitpunkt 14 Monate.

Tabelle 5: Stichprobengrößen der Untersuchungsgruppe I zu den Erhebungszeitpunkten 1 bis 3
FbI: Anzahl der Fragebögen I zum ersten Erhebungszeitpunkt
FbII: Anzahl der Fragebögen II zum zweiten Erhebungszeitpunkt
FbIII: Anzahl der Fragebögen III zum dritten Erhebungszeitpunkt

	Teilnahme (bezogen auf den jeweiligen Erhebungszeitpunkt)	Nichtteilnahme (bezogen auf den jeweiligen Erhebungszeitpunkt)	Abbruch	Ausfallrate gesamt
Erhebungszeitpunkt 1 (FbI) 13 Wochen nach der Fehlgeburt: M=12,830 Wochen, sd=7,888 Wochen	342			
Erhebungszeitpunkt 2 (FbII) 7 Monate nach der Fehlgeburt: M=30,901 Wochen, sd=7,954 Wochen	203 59,4% zu FbI	139 40,6% zu FbI • davon erneut schwanger: 74 (21,6% zu FbI) • davon erneute Fehlgeburt: 24 (7,0% zu FbI)	49 14,3% ¹³	14,3%
Erhebungszeitpunkt 3 (FbIII) 14 Monate nach der Fehlgeburt: M=56,610 Wochen, sd=5,708 Wochen	80 23,4% zu FbI 39,4% zu FbII	123 36,0% zu FbI 60,6% zu FbII • davon erneut schwanger: 57 (16,7% zu FbI, 28,1% zu FbII), • davon dritter Erhebungszeitpunkt (ein Jahr nach der Fehlgeburt) zum Ende der Studie nicht erreicht: 23 (6,7% zu FbI, 11,3% zu FbII)	43 12,6% zu FbI 21,2% zu FbII ¹⁴	26,9%

74 Frauen (21,6%) wurden bereits nach der Erstbefragung schwanger, erhielten den Fragebogen IV-1 (1. Schwangerschaftstrimenon) zur Beantwortung und nahmen folglich nicht mehr an den

¹³ Die Anzahl der Abbrüche entspricht nicht der Differenz zwischen der Anzahl der Teilnehmerinnen zu Befragungszeitpunkt 1 und Befragungszeitpunkt 2. 74 Frauen (21,6%) wurden vor dem zweiten Erhebungszeitpunkt erneut schwanger und erhielten den Fragebogen IV zur Beantwortung. Insgesamt 24 Frauen (7,0%) erlitten vor dem zweiten Erhebungszeitpunkt eine erneute Fehlgeburt. 12 dieser Frauen (3,5%) verblieben in der Studie und erhielten erneut einen Fragebogen I (Erhebungszeitpunkt 1) zur Beantwortung.

¹⁴ Die Anzahl der Abbrüche entspricht ebenfalls nicht der Differenz zwischen Teilnehmerinnen zu Befragungszeitpunkt 2 und Befragungszeitpunkt 3. 57 Frauen (16,7%) wurden vor dem zweiten Erhebungszeitpunkt erneut schwanger und beantworteten den Fragebogen IV. Bei 23 Frauen (6,7%) war der Erhebungszeitpunkt III bis zum Abschluß der Studie noch nicht erreicht.

Befragungen zu den Erhebungszeitpunkten 2 und 3 teil. Bei weiteren 57 Frauen (16,7%) trat nach dem zweiten Erhebungszeitpunkt eine neue Schwangerschaft ein, bei 11 Frauen (6,7%) nach der Drittbefragung. Insgesamt wurden während des Untersuchungszeitraums 142 Frauen erneut schwanger.

49 Frauen brachen ihre Teilnahme an der Studie nach der Erst- und 43 Frauen nach der Zweitbefragung ab. Die Ausfallrate über den gesamten Erhebungszeitraum liegt bei 26,9% der Teilnehmerinnen. In mehreren Fällen waren Veränderungen der Anschrift aufgetreten, so dass wir die Frauen postalisch nicht mehr erreichen konnten.

*Tabelle 6: Stichprobengröße der Untersuchungsgruppe I zu den Erhebungszeitpunkten 4 bis 6 (neue Schwangerschaft)
Fb4I: Anzahl der Fragebögen 4I zum vierten Erhebungszeitpunkt
Fb4II: Anzahl der Fragebögen 4II zum fünften Erhebungszeitpunkt
Fb4III: Anzahl der Fragebögen 4III zum sechsten Erhebungszeitpunkt*

	Teilnahme (bezogen auf den jeweiligen Erhebungszeitpunkt)	Nichtteilnahme (bezogen auf den jeweiligen Erhebungszeitpunkt)	Abbruch	Ausfallrate gesamt
Schwangere gesamt	142 41,5% aller Teilnehmerinnen			
Erhebungszeitpunkt 4 (Fb4I) 1. Schwangerschaftstrimenon: M=12,230, sd=3,421 Schwangerschaftswochen	108 74,6% der Schwangeren	34 25,4% der Schwangeren ¹⁵		
Erhebungszeitpunkt 5 (Fb4II) 2. Schwangerschaftstrimenon: M=23,120, sd=3,785 Schwangerschaftswochen	125 88,0% der Schwangeren	17 12,0% der Schwangeren ¹⁶	7 4,8% zu Fb4I	
Erhebungszeitpunkt 6 (Fb4III) 3. Schwangerschaftstrimenon: M=36,117, sd=2,578 Schwangerschaftswochen	110 77,5% der Schwangeren	32 22,5% der Schwangeren ¹⁷	23 17,8% zu Fb4II	Gesamtabbruchrate: 30 (21,1% der Schwangeren) Vollständige Schwangerschaftsverläufe: 80 (56,3% der Schwangeren)

¹⁵ Diese Zahl bezieht sich nur auf die erneut schwangeren Frauen in der Untersuchung. Nichtteilnahme bedeutet in diesem Fall, dass die Frauen zwar an der Befragung in der Schwangerschaft teilnahmen, dass zu diesem Erhebungszeitpunkt jedoch kein Fragebogen vorliegt. In 36 Fällen wurde der Fragebogen des Erhebungszeitpunktes 4 von den Frauen Wochen später ausgefüllt, so dass er entsprechend der Schwangerschaftswoche dem Erhebungszeitpunkt 5 oder 6 zugeordnet werden musste.

¹⁶ Diese Zahl bezieht sich nur auf die erneut schwangeren Frauen in der Untersuchung. Bei 7 von 17 Nichtteilnehmerinnen zum Erhebungszeitpunkt 5 liegt nur ein Fragebogen zu Erhebungszeitpunkt 6 vor, d. h. die Erhebungszeitpunkt 4 und 5 fehlen. 7 der Nichtteilnehmerinnen haben die Befragung nach dem Erhebungszeitpunkt 4 abgebrochen. 3 Frauen teilten uns zum Erhebungszeitpunkt 5 eine neue Fehlgeburt mit. Sie nahmen weiterhin an der Befragung teil und erhielten erneut den Fragebogen I zur Beantwortung.

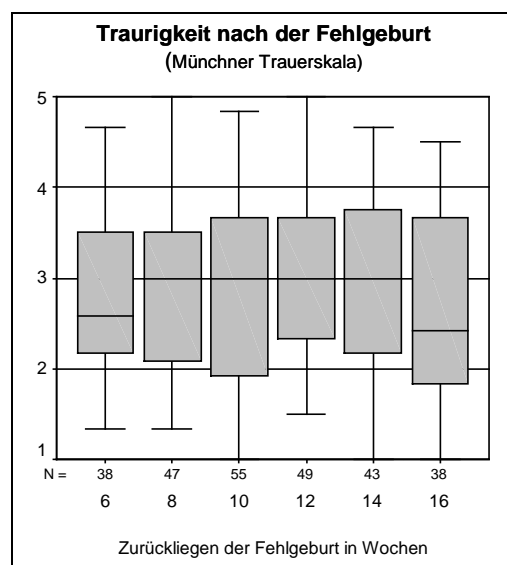
¹⁷ 23 dieser Frauen brachen ihre Teilnahme an der Studie nach dem Erhebungszeitpunkt 5 ab. 7 Frauen hatten die Befragung bereits nach dem Erhebungszeitpunkt 4 abgebrochen. 3 Frauen erlitten nach dem Erhebungszeitpunkt 4 eine erneute Fehlgeburt, nahmen aber weiterhin an der Untersuchung teil (vgl. Fußnote 12).

24 Frauen (7,0%) erlitten im Untersuchungszeitraum eine erneute Fehlgeburt. 12 Frauen bra-chen daraufhin die Teilnahme an der Untersuchung ab, weitere 12 Frauen nahmen weiterhin an der Untersuchung teil.

Eine neue Schwangerschaft trat bei 142 Frauen (43%) durchschnittlich 8 Monate nach der Fehlgeburt ($M=35,672$ Wochen, $sd=17,047$ Wochen) ein. Es gelang uns nicht, alle Schwange-ren zu jedem der drei Erhebungszeitpunkte in der neuen Schwangerschaft (Erhebungszeitpunkt 4 bis 6) zu befragen¹⁸. Es liegen daher nur 80 vollständige Schwangerschaftsverläufe mit Daten zu allen drei Erhebungszeitpunkten in der Schwangerschaft vor (Tabelle 6). Die Frauen befan-den sich zum Erhebungszeitpunkt 4 durchschnittlich in der 12. Schwangerschaftswoche, zum Erhebungszeitpunkt 5 in der 23. Schwangerschaftswoche und zum Erhebungszeitpunkt 6 in der 36. Schwangerschaftswoche.

Zum Befragungszeitpunkt 4 (erstes Trimenon) war bei 58,5% der Frauen das Schwanger-schaftsalter, in dem sich die Fehlgeburt ereignet hatte, bereits überschritten. 41,5% der erneut Schwangeren wurden noch vor dem kritischen Zeitpunkt früherer Schwangerschaftsverluste befragt¹⁹. 85,0% der Frauen geben an, dass ihre Schwangerschaft erwünscht sei, 10,2% geben an, dass ihre Schwangerschaft unerwünscht sei. Zum Erhebungszeitpunkt 4 sind 66,4% der Schwangeren erwerbstätig, 12,1% in Ausbildung und 16,8% nicht erwerbstätig. Von 4,7% feh-len die Angaben. 5,7% der Frauen geben an, dass sich ihr Partnerschaftsverhältnis im Untersu-chungszeitraum geändert hat. 0,9% der Frauen geben an, keinen festen Partner (mehr) zu haben.

4.2.2.2 Frauen mit Fehlgeburtisanamnese: Untersuchungsgruppe II



¹⁸ Bei einigen Frauen erfuhren wir erst in einem fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium von der Schwanger-schaft, andere sandten uns die Fragebögen verspätet zurück.

¹⁹ Bei den Frauen, die zum wiederholten Male eine Fehlgeburt erlitten haben, wurde den Berechnungen die Fehl-geburt mit der maximalen Schwangerschaftsdauer zugrundegelegt.

Abbildung 2: Mittlere Ausprägung der Traurigkeit in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Erstbefragung (Münchener Trauerskala, Skala „Traurigkeit“)

In die Befragung wurden alle Frauen einbezogen, die nach unserem Anschreiben ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung erklärten. Zeitlich verzögerte Rückmeldungen, aber z. T. auch verzögerte Anschreiben an die Frauen führten zu einer großen zeitlichen Streuung des ersten Befragungszeitpunktes (von zwei Wochen bis, in Einzelfällen, zu über einem halben Jahr). Aus der Literatur ist bekannt, dass gesunde Trauerprozesse nach frühen Schwangerschaftsverlusten durch einen Abfall der Trauer nach ca. 3 Monaten gekennzeichnet sind. Da eine Reihe von Frauen erstmals nach drei Monaten oder später befragt wurde, besteht die Gefahr, dass der zeitliche Verlauf des Trauerprozesses durch die Heterogenität der Stichprobe überdeckt wird.

Tabelle 7: Stichprobengrößen der Untersuchungsgruppe II zu den Erhebungszeitpunkten 1 bis 3
 FbI: Anzahl der Fragebögen I zum ersten Erhebungszeitpunkt
 FbII: Anzahl der Fragebögen II zum zweiten Erhebungszeitpunkt
 FbIII: Anzahl der Fragebögen III zum dritten Erhebungszeitpunkt

	Teilnahme (bezogen auf den jeweiligen Erhebungszeitpunkt)	Nichtteilnahme (bezogen auf den jeweiligen Erhebungszeitpunkt)	Abbruch	Ausfallrate gesamt
Erhebungszeitpunkt 1 (FbI) max. 14 Wochen nach der Fehlgeburt: M=9,224 Wochen, sd=2,840 Wochen	232 (67,8% von Untersuchungsgruppe I)			
Erhebungszeitpunkt 2 (FbII) 7 Monate nach der Fehlgeburt: M=29,642 Wochen, sd=7,057 Wochen	143 61,6% zu FbI	89 38,4% zu FbI • davon erneut schwanger: 51 22,0% zu FbI • davon erneute Fehlgeburt: 11 4,7% zu FbI	31 13,4% ²⁰	13,4% davon 4 Frauen (1,7%) nach erneuter FG
Erhebungszeitpunkt 3 (FbIII) 14 Monate nach der Fehlgeburt: M=55,636 Wochen, sd=5,529 Wochen	58 25,0% zu FbI 40,6% zu FbII	85 36,6% zu FbI 59,4% zu FbII • davon erneut schwanger: 41 17,7% zu FbI, 28,8% zu FbII • davon dritter Erhebungszeitraum (ein Jahr nach der Fehlgeburt) zum Ende der Studie nicht erreicht: 22 9,5% von FbI, 15,4% zu FbII	22 9,5% von FbI 15,4% von FbII	22,9% davon 7 Frauen (3,0%) nach erneuter FG

²⁰ Die Anzahl der Abbrüche entspricht nicht der Differenz zwischen Teilnehmerinnen zu Befragungszeitpunkt 1 und Befragungszeitpunkt 2. 51 Frauen (22,0%) wurden vor dem zweiten Erhebungszeitpunkt erneut schwanger und erhielten den Fragebogen 4I. 11 Frauen (4,9%) teilten uns zum bzw. vor dem zweiten Erhebungszeitpunkt eine erneute Fehlgeburt mit. 7 dieser Frauen (3,1%) verblieben in der Studie und erhielten erneut einen Fragebogen I zur Beantwortung.

Abbildung 2 stellt die Ausprägung der Skala „Traurigkeit“ (Münchener Trauerskala, Beutel et al., 1995) der Frauen der Untersuchungsgruppe I (n=342), gruppiert nach dem Zeitpunkt der Erstbefragung, dar. Die mittleren Trauerigkeitswerte sind bei Frauen, die 15 bis 16 Wochen nach der Fehlgeburt befragt wurden, geringer als bei Frauen, die zu einem früheren Zeitpunkt nach der Fehlgeburt befragt wurden. Es wird vermutet, dass die Differenzen durch den für gesunde Trauerverläufe charakteristischen Abfall der Trauer bedingt sind.

Um zu gewährleisten, dass der erste Befragungszeitpunkt noch vor diesem charakteristischen Trauerabfall bei gesunden Trauerverläufen liegt, wurde aus der Gruppe der 342 Untersuchungsteilnehmerinnen eine Stichprobe von 232 Frauen extrahiert, deren Fehlgeburt zum Erhebungszeitpunkt 1 maximal 14 Wochen zurückliegt (Untersuchungsgruppe II).

*Tabelle 8: Stichprobengröße der Untersuchungsgruppe II zu den Erhebungszeitpunkten 4 bis 6 (neue Schwangerschaft)
Fb4I: Anzahl der Fragebögen 4I zum vierten Erhebungszeitpunkt
Fb4II: Anzahl der Fragebögen 4II zum fünften Erhebungszeitpunkt
Fb4III: Anzahl der Fragebögen 4III zum sechsten Erhebungszeitpunkt*

	Teilnahme (bezogen auf den jeweiligen Erhebungszeitpunkt)	Nichtteilnahme (bezogen auf den jeweiligen Erhebungszeitpunkt)	Abbruch	Ausfallrate gesamt
Schwangere gesamt	97 41,8% von Fbl			
Erhebungszeitpunkt 4 (Fb4I) 1. Schwangerschaftstrimenon: M=12,562, sd=3,748 Schwangerschaftswochen	80 82,5% der Schwangeren	17 17,5% der Schwangeren ²¹		
Erhebungszeitpunkt 5 (Fb4II) 2. Schwangerschaftstrimenon: M=23,477, sd=4,185 Schwangerschaftswochen	88 90,7% der Schwangeren	9 9,3% der Schwangeren ²²	4 5,0% zu Fb4I	5,0%
Erhebungszeitpunkt 6 (Fb4III) 3. Schwangerschaftstrimenon: M=34,027, sd=3,284 Schwangerschaftswochen	78 80,4% der Schwangeren	19 19,6% der Schwangeren ²³	14 15,9% zu Fb4II	Gesamtabbruchrate=18 (18,6% der Schwangeren) Vollständige Schwangerschaftsverläufe: 63 (64,9% der Schwangeren)

²¹ Diese Zahl bezieht sich nur auf die erneut schwangeren Frauen der Stichprobe II in der Untersuchung. Nichtteilnahme bedeutet in diesem Fall, dass diese Frauen zwar an der Befragung in der Schwangerschaft teilnahmen, zu diesem Erhebungszeitpunkt jedoch kein Fragebogen vorlag. In 17 Fällen wurde der Fragebogen 4I von den Frauen Wochen später ausgefüllt, so dass er entsprechend der Schwangerschaftswoche dem Erhebungszeitpunkt 5 oder 6 zugeordnet werden musste.

²² Diese Zahl bezieht sich nur auf die erneut schwangeren Frauen der Stichprobe II in der Untersuchung. Bei 4 von 9 Nichtteilnehmerinnen zum Erhebungszeitpunkt 5 liegt nur ein Fragebogen 4III vor, d. h. Fragebogen 4I und 4II fehlen. 4 der Nichtteilnehmerinnen haben die Befragung nach dem Erhebungszeitpunkt 4 abgebrochen. Eine Frau teilte uns zum Erhebungszeitpunkt 5 eine neue Fehlgeburt mit. Sie nahm weiterhin an der Befragung teil und erhielt erneut den Fragebogen I (erster Erhebungszeitpunkt) zur Beantwortung.

²³ 19 dieser Frauen brachen ihre Teilnahme an der Studie nach dem Erhebungszeitpunkt 5 ab. 4 Frauen hatten die Befragung bereits nach dem Erhebungszeitpunkt 4 abgebrochen. Eine Frau erlitt nach dem Erhebungszeitpunkt 4 eine erneute Fehlgeburt, nahm aber weiterhin an der Untersuchung teil.

Die Daten der Untersuchungsgruppe II dienen der Prüfung der Hypothesen 1 und 3 (Zusammenhang zwischen Verarbeitungsmustern nach der Fehlgeburt und der Symptomatik in der neuen Schwangerschaft). Der Umfang dieser Stichprobe zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten sowie die Ausfallraten sind in Tabelle 7 dargestellt. Zum ersten Befragungszeitpunkt liegt der Schwangerschaftsverlust durchschnittlich 9 Wochen zurück, zum zweiten Erhebungszeitpunkt 7 Monate und zum dritten Erhebungszeitpunkt 14 Monate.

Die soziodemographischen Daten der Untersuchungsgruppe II unterscheiden sich nur geringfügig von den Angaben zur Gesamtstichprobe (siehe Anhang B). In der Untersuchungsgruppe II wurden insgesamt 97 Frauen im Befragungszeitraum erneut schwanger. Es liegen 63 vollständige Schwangerschaftsverläufe vor (Tabelle 8).

4.2.2.3 Frauen ohne vorherige Schwangerschaftsverluste: Die Kontrollgruppen I – III

Als Vergleichsgruppe wurden 248 Schwangere ohne zurückliegende Fehlgeburten, Früh- oder Totgeburten befragt. Die Befragungen konnten in Kooperation mit 15 niedergelassenen FrauenärztInnen realisiert werden. Die Schwangeren der Kontrollgruppen erhielten den Fragebogen in der Sprechstunde der Arztpraxen und beantworteten ihn in der Regel während der Wartezeit. Ein geringer Teil der Frauen nahm den Bogen mit nach Hause und sandte ihn postalisch an uns zurück. Es liegen Daten von 69 Schwangeren für das erste Schwangerschaftstrimenon (Kontrollgruppe I), von 82 Schwangeren für das zweite (Kontrollgruppe II) und 97 für das dritte Schwangerschaftstrimenon (Kontrollgruppe III) vor. Die Schwangeren der Kontrollgruppen I bis III unterscheiden sich hinsichtlich des Alters, der Anzahl der Kinder, des Familienstandes sowie des Erwerbsstatus und Bildungsgrades nicht von den Schwangeren der Untersuchungsgruppen I und II. Auch unter den Schwangeren der Kontrollgruppen befinden sich demnach überdurchschnittlich viele Frauen mit hohem Bildungsstatus. In ihrer Anamnese sind sie allerdings deutlich weniger häufig schwanger gewesen als die Frauen der Untersuchungsgruppen. Die Schwangeren der Kontrollgruppe II (2. Trimenon) unterscheiden sich zudem hinsichtlich der Partnerschaft signifikant von den Schwangeren der Versuchsgruppen: Sie geben seltener an, einen festen Partner zu haben (Tabelle 42 in Anhang B).

Hinsichtlich des Schwangerschaftsalters zum Zeitpunkt der Befragung (Schwangerschaftswoche) können keine Unterschiede zwischen den Frauen der Kontrollgruppen und den Frauen der Untersuchungsgruppen festgestellt werden. Die Frauen der Kontrollgruppe I wurden im Durchschnitt in der 12. Schwangerschaftswoche ($M=12,203$, $sd=3,893$) befragt, die Frauen der Kontrollgruppe II in der 23. Schwangerschaftswoche ($M=23,483$, $sd=4,069$) und die Frauen der Kontrollgruppe III in der 34. Schwangerschaftswoche ($M=34,147$, $sd=3,237$).

4.3 Untersuchungsmethoden

Die Befragung der Frauen der Untersuchungs- und Kontrollgruppen erfolgte schriftlich mittels vollstrukturierter und z. T. standardisierter Fragebögen. Zudem wurden die Frauen zu jedem Erhebungszeitpunkt jeweils am Ende des Fragebogens in einer offenen Kategorie aufgefordert, ihre Angaben mit subjektiven und persönlichen Mitteilungen zu ergänzen. Letztere sowie 12 Protokolle von Beratungsgesprächen, die mit Frauen der Untersuchungsgruppe geführt wurden, sollen zur Interpretation der quantitativen Analysen hinzugezogen werden. Tabelle 9 und Tabelle 10 enthalten einen Überblick über die Operationalisierung der Untersuchungsvariablen. Die einzelnen Verfahren werden in Kapitel 4.3.2 beschrieben.

4.3.1 Fragebogenentwicklung im Rahmen einer Pilotstudie

Tabelle 9: Operationalisierung der Untersuchungsvariablen „Symptomatik nach der Fehlgeburt“ und „Verarbeitungsprozess nach der Fehlgeburt“

Merkmal	Merkmalsdimensionen	Erhebungsmethode
Symptomatik nach der Fehlgeburt		
Trauersymptomatik		Münchener Trauerskala, Skala „Gesamttrauer“ (Beutel et al., 1995)
Depressive Symptomatik		Depressivitäts-Skala (von Zerssen, 1976a)
Allgemeine Körperbeschwerden		Beschwerden-Liste (von Zerssen, 1976b)
Zustandsängste		State-Form des State-Trait-Angstinventars (Laux et al., 1981)
Verarbeitungsprozess nach der Fehlgeburt:		
Trauer nach der Fehlgeburt	<ul style="list-style-type: none"> • aktive Trauer • Verlustangst • schuldhaftige Verarbeitung • Ärger • Sinnsuche 	Münchener Trauerskala (Beutel et al., 1995)
Bewältigung der Fehlgeburt	<ul style="list-style-type: none"> • depressive Verarbeitung • Ablenkung und Selbstaufbau • aktives problemorientiertes Coping • Bagatellisierung und Wunschdenken 	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Kurzform, Muthny, 1989), modifiziert
Attribution der Fehlgeburt	<ul style="list-style-type: none"> • Merkmale der eigenen Person • mangelnde ärztliche Betreuung • Stress in der Schwangerschaft • Regulativ Natur 	Im Rahmen einer Pilotstudie entwickeltes Verfahren

Bei der Untersuchungsplanung für diese Studie konnte nur zum Teil auf vorhandene standardisierte Messverfahren zurückgegriffen werden. Für eine Anzahl von Untersuchungsmerkmalen liegen bislang noch keine geeigneten Erhebungsverfahren vor. Für diese Merkmale wurden im

Rahmen einer Pilotstudie, die der vorliegenden Untersuchung vorausging, psychometrische Messverfahren nach der Methode der Klassischen Testtheorie entwickelt²⁴.

Tabelle 10: Operationalisierung der Untersuchungsvariablen „Symptomatik in einer neuen Schwangerschaft“ und „Bewältigungsprozesse in einer neuen Schwangerschaft“

Merkmal	Merkmalsdimensionen	Erhebungsmethode
Symptomatik in der neuen Schwangerschaft:		
Schwangerschafts-bezogene Ängste		Erhebungsbogen des Projektes „Soziopsychosomatisch orientierte Begleitung in der Schwangerschaft“, Skala „Schwangerschafts- und Geburtsängste“ (Rauchfuß et al., 1996)
Zustandsängste		State-Form des State-Trait-Angstinventars (Laux et al., 1981)
Depressive Symptomatik		Depressivitäts-Skala (von Zerssen, 1976)
Allgemeine Körperbeschwerden		Beschwerden-Liste (von Zerssen, 1976)
Subjektive Schwangerschaftsbeschwerden		Erhebungsbogen des Projektes „Soziopsychosomatisch orientierte Begleitung in der Schwangerschaft“ (Rauchfuß et al., 1996)
Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf		Erhebungsbogen des Projektes „Soziopsychosomatisch orientierte Begleitung in der Schwangerschaft“ (Rauchfuß et al., 1996)
Psychische Einstellungs- und Bewältigungsprozesse in der neuen Schwangerschaft		
Bewältigung der Anforderungen in der neuen Schwangerschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Auseinandersetzung mit der Rolle als Mutter • Vermeidung/sozialer Rückzug • schwangerschaftsförderndes Verhalten • Beruhigung bei Ängsten und Befürchtungen 	Im Rahmen einer Pilotstudie entwickeltes Verfahren
Schwangerschafts-bezogene Kontrollüberzeugungen	<ul style="list-style-type: none"> • Internalität • Soziale Externalität • Fatalistische Externalität 	Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (Lohaus & Schmitt, 1989), modifiziert
Einstellung zur Schwangerschaft		Erhebungsbogen des Projektes „Soziopsychosomatisch orientierte Begleitung in der Schwangerschaft“, Skala „Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt“ (Rauchfuß et al., 1996)
Psychische Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung des Kindes als getrenntes Wesen • Sorge um gesunde Entwicklung des Kindes • Beziehung zum Kind • Phantasien über das Kind und die Zukunft 	Im Rahmen der Pilotstudie entwickeltes Verfahren (in Anlehnung an den „Kindschema-Fragebogen“, Gloger-Tippelt, 1991)

In einem ersten Schritt wurden die einzelnen Verfahren innerhalb der Pilotstudie an 48 Frauen mit zurückliegenden Fehlgeburten und 130 schwangeren Frauen (mit und ohne Abortanamnese) erprobt und überarbeitet. Eine genaue Beschreibung der Stichproben der Pilotuntersuchung findet sich in Anhang C. Nach Anwendung der Erhebungsverfahren in der vorliegenden Unter-

²⁴ Die Pilotstudie wurde vom Land Berlin, Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen, Förder-

suchung konnten die Instrumente in einem zweiten Schritt an den Untersuchungsstichproben der vorliegenden Untersuchung validiert werden. Das Vorgehen wird in den folgenden Kapiteln für die einzelnen Verfahren genauer dargestellt.

4.3.2 *Eingesetzte Erhebungsverfahren*

4.3.2.1 Symptomatik nach der Fehlgeburt

Um die Symptomatik nach einer Fehlgeburt zu erfassen, wurde ausschließlich auf standardisierte Verfahren zurückgegriffen. Das hat zum einen den Vorteil, dass die Ergebnisse dieser Erhebung in Beziehung zu den Befunden ähnlicher Studien gesetzt werden können. Bei normierten Verfahren ist zudem ein Vergleich mit Referenzstichproben möglich. Zum Einsatz kommen die **Depressivitäts-Skala** und **Beschwerden-Liste** von von Zerssen (1976a und b) und die State-Form des **State-Trait-Angstinventars** (Laux et al., 1981) zur Messung situationsgebundener Ängste. Die Trauersymptomatik nach der Fehlgeburt wird mit der **Münchener Trauerskala** (Beutel et al., 1995) erfasst, einem Fragebogen, der sowohl verschiedene Symptome von Trauer misst als auch Formen der Auseinandersetzung mit dem Verlust. Er wird deshalb im nächsten Kapitel beschrieben.

„Beschwerden-Liste“ (mit 24 Items) und „Depressivitäts-Skala“ (16 Items) wurden u. a. mit dem Anliegen konzipiert, psychische Zustandsänderungen erfassen zu können. Sie enthalten jeweils eine Parallelfom, die zum zweiten Erhebungszeitpunkt eingesetzt wurde. Die Reliabilität (Cronbach's- α) wird für die Beschwerden-Liste mit $\alpha=0,94$ und für die Depressivitäts-Skala mit $\alpha=0,88$ angegeben. Für beide Verfahren liegen Normwerte (gesunde Erwachsene) vor (von Zerssen, 1976a und b).

Das State-Trait-Angst-Inventar (STAI; Laux et al., 1981) wurde im englisch- und deutschsprachigen Raum häufig zur Beurteilung der Ängste von Frauen mit Abortanamnese eingesetzt (Theut et al., 1988; Läßle, 1989; Beutel et al., 1995). Von wesentlicher Bedeutung sind situative Ängste (State-Angst) (40 Items). Die State-Angst-Skala wurde speziell zur Änderungsmessung konstruiert und soll auch in unserer Untersuchung ein Indikator für die Ausprägung und zeitliche Veränderungen der Angstsymptomatik sein. Für diese Skala geben die Autoren eine innere Konsistenz von $\alpha \geq 0,90$ an²⁵.

programm Frauenforschung mit einem halbjährigen Stipendium gefördert.

²⁵ Die Trait-Form des STAI kommt bei der Erfassung allgemeiner Ängstlichkeit als Kontrollvariable ebenfalls zum Einsatz.

4.3.2.2 Verarbeitung der Fehlgeburt

Die Münchner Trauerskala

Die Variable „Trauer nach einer Fehlgeburt“ wird über die „**Münchner Trauerskala**“ (Beutel et al., 1995) erhoben, eine deutsche Version der im englischsprachigen Raum verbreiteten „Perinatal Grief Scale“ von Potvin et al. (1989).

Tabelle 11: Skalen der Münchner Trauerskala, Skalenreliabilitäten und Gesamtreliabilität (Cronbach's- α) sowie Itemtrennschärfen an n=342 Abortpatientinnen der Untersuchungsgruppe I

Münchner Trauerskala		
Skalen <i>Reliabilität (Cronbach's-α)</i>	Items	Item-Trennschärfe r_{it}
Gesamttrauer $\alpha=0,89$		
Traurigkeit $\alpha=0,86$, $M=2,888$, $sd=0,954$	Ich traue um das Baby.	0,73
	Es tut mir weh, mich an den Verlust zu erinnern.	0,70
	Ich weine, wenn ich an es denke.	0,72
	Bedürfnis, über das Baby zu sprechen.	0,53
	Ich rege mich auf, wenn ich an das Baby denke.	0,49
	Ich vermisse das Baby.	0,71
Verlustangst $\alpha=0,76$, $M=3,326$, $sd=0,990$	Ich habe Angst, noch mal ein Baby zu verlieren.	0,56
	Angst, keine Kinder mehr bekommen zu können	0,52
	Es ist ungerecht, daß ich mein Baby verloren habe.	0,52
	Es schmerzt mich, Schwangere und Babys zu sehen.	0,56
	Ich glaube, ich bin gut über den Verlust hinweggekommen. (umgepolt)	0,52
Schuldhafte Verarbeitung $\alpha=0,81$, $M=1,563$, $sd=0,759$	Ich gebe mir selbst die Schuld an dem Tod.	0,61
	Ich habe Alpträume vom Tod meines Babys.	0,43
	Ich fühle mich schuldig, wenn ich an das Baby denke.	0,74
	Der beste Teil von mir starb mit dem Baby.	0,62
	Ich fühle mich wertlos, seit es tot ist.	0,61
Ärger $\alpha=0,75$, $M=1,652$, $sd=0,860$	Ich habe mehr Ärger mit meinen Freunden.	0,67
	Nach dem Tod des Babys habe ich einige Menschen enttäuscht.	0,55
	Es fällt mich schwer, mit bestimmten Menschen zurechtzukommen.	0,58
Sinnsuche $\alpha=0,50$, $M=2,848$, $sd=0,982$	Ich spüre jetzt genauer, worauf es mir im Leben ankommt.	0,37
	Mein Glaube gibt mir Halt.	0,25
	Durch meine schmerzliche Erfahrung habe ich erkannt, dass es Menschen gibt, auf die ich wirklich zählen kann.	0,33

Das Verfahren wurde von Beutel und Mitarbeitern im deutschsprachigen Raum an 125 Abortpatientinnen überarbeitet und validiert. Der Fragebogen besteht aus 22 Aussagen mit einer 5-stufigen Antwortskala von 1= „gar nicht zutreffend“ bis 5=„sehr zutreffend“ und ist geeignet zur Vorhersage von Trauerverläufen (Beutel, 1996). Er enthält die Skalen „Traurigkeit“, „Verlustangst“, „Schuldhafte Verarbeitung“, „Ärger“ und „Sinnsuche“. Die Retest-Reliabilität des Verfahrens wird mit $r_{tt}=0,76$ nach 6 Monaten und $r_{tt}=0,60$ nach 12 Monaten angegeben, die

interne Konsistenz mit $\alpha=0,89$ (Beutel et al., 1995). Die Skalen der Münchner Trauerskala konnten an den von uns befragten 342 Abortpatientinnen über eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) repliziert werden. Die Gesamt- und Skalenreliabilitäten (Cronbach's-Alpha) für die Stichprobe unserer Untersuchung entsprechen den von Beutel et al. berichteten Kennwerten und sind in Tabelle 11 wiedergegeben.

Entgegen den ersten Validierungsstudien der Autoren (Beutel et al., 1995) an 30 Abortpatientinnen, denen zufolge man mit Hilfe der Münchner Trauerskala zwischen Trauer (Skala „Traurigkeit“) und depressiver Reaktion (Skalen „schuldhafte Verarbeitung“, „Verlustangst“ und „Ärger“) unterscheiden könne, ist eine solche Differenzierung anhand der Daten unserer Untersuchungsstichprobe nicht möglich. Alle Skalen der Münchner Trauerskala korrelieren signifikant mit dem Ausmaß an Depressivität nach der Fehlgeburt, gemessen mit der Depressivitäts-Skala von von Zerssen (1976a, Tabelle 12).

Tabelle 12: Validierung der Münchner Trauerskala anhand der Depressivitäts-Skala (von Zerssen, 1976a) an $n=342$ Abortpatientinnen der Untersuchungsgruppe I (Korrelationskoeffizienten nach Spearman)

	Skalen der Münchner Trauerskala				
	Traurigkeit	Verlustangst	Schuldhafte Verarbeitung	Ärger	Sinnsuche
Depressivitäts-Skala (von Zerssen)	$r=0,507$ $p<0,001$	$r=0,580$ $p<0,001$	$r=0,624$ $p<0,001$	$r=0,583$ $p<0,001$	$r=0,152$ $p=0,005$

Beutel et al. befragten die Abortpatientinnen unmittelbar (1 bis 2 Tage) nach der Fehlgeburt. Möglicherweise ist in unserem Falle eine zwei Monate nach der Fehlgeburt (Erhebungszeitpunkt 1) zu beobachtende starke Traurigkeit bereits ein Zeichen für einen pathologischen Trauerprozess (Entwicklung depressiver Symptome). Ein Zusammenhang zwischen den mittleren Werten der Depressivitäts-Skala und der Skala „Traurigkeit“ der Münchner Trauerskala besteht jedoch auch in der Untergruppe der Frauen, die maximal 6 Wochen nach der Fehlgeburt befragt wurden ($n=38$, $r=0,415$, $p=0,010$). Allein mit der Münchner Trauerskala lässt sich unseren Befunden zufolge keine Form gesunder oder normaler Trauer beschreiben.

Der Fragebogen zur Bewältigung der Fehlgeburt

Der „Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung“ (FKV, Muthny, 1989) wurde zur Operationalisierung der Variable „Bewältigung der Fehlgeburt“ hinzugezogen. Er scheint deshalb geeignet, weil er zum einen eine Fragebogen-Kurzform mit 35 Items bereitstellt. Zum anderen decken die Skalen dieses Fragebogens die theoretisch zu erwartenden Bewältigungsdimensionen der aktiven Verarbeitung, des depressiven Rückzugs sowie der Vermeidung und Verleugnung ab. Da der FKV für die Anwendung an chronisch kranken Patienten konzipiert ist,

mussten einige Items für die Situation nach einer Fehlgeburt umgeschrieben und der Fragebogen an einer Stichprobe von Abortpatientinnen validiert werden.

Die so gestaltete Vorform²⁶ des Fragebogens enthält 35 Items, die verschiedene Bewältigungsmodi stichwortartig benennen und die auf einer 6-stufigen Rating-Skala von 1 = “trifft überhaupt nicht zu“ bis 6 = „trifft ganz genau zu“ eingeschätzt werden müssen. Anhand der Daten der 48 Abortpatientinnen der Pilotstudie wurde der Fragebogen mittels Item- und Reliabilitätsanalysen überarbeitet. Die Endform des Fragebogens zur Bewältigung der Fehlgeburt enthält 27 Items und wurde in dieser Form in der vorliegenden Untersuchung angewandt (Anhang C).

Tabelle 13: Skalen des Fragebogens zur Bewältigung der Fehlgeburt (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung FKV, modifiziert), Skalenreliabilitäten und Gesamtreliabilität (Cronbach's- α) sowie Itemtrennschärfen an n=342 Abortpatientinnen der Untersuchungsgruppe I

Fragebogen zur Bewältigung der Fehlgeburt			
Skalen	Items	Faktorladung a	Item-Trennschärfe r_{it}
Reliabilität (Cronbach's alpha)			
Skala 1: Depressive Verarbeitung $\alpha=0,782$, $M=2,493$, $sd=1,053$	c43 Mit dem Schicksal hadern	0,758	0,575
	c35 Sich selbst bemitleiden	0,756	0,593
	c40 Ins Grübeln kommen	0,682	0,602
	c30 Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	0,592	0,539
	c48 Sich von anderen Menschen zurückziehen	0,592	0,496
Skala 2: Aktives problemorientiertes Coping $\alpha=0,739$, $M=3,430$, $sd=1,162$	c29 Einen Plan machen und danach handeln	0,748	0,625
	c28 Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	0,661	0,625
	c23 Informationen über Fehlgeburten, Behandlung und Ursachen suchen	0,651	0,434
	c44 Genau den ärztlichen Rat befolgen	0,637	0,375
	c34 Entschlossen gegen das Geschehene ankämpfen	0,541	0,460
Skala 3: Ablenkung und Selbstaufbau $\alpha=0,780$, $M=3,545$, $sd=0,988$	c33 Sich vornehmen intensiver zu leben	0,725	0,608
	c37 Erfolge und Selbstbestätigung suchen	0,698	0,585
	c32 Sich mehr gönnen	0,690	0,531
	c36 Sich selbst Mut machen	0,628	0,525
	c38 Abstand zu gewinnen versuchen	0,495	0,402
	c47 Sich gerne umsorgen lassen	0,477	0,456
	c46 Anderen Gutes tun wollen	0,455	0,422
Skala 4: Bagatellisierung und Wunschdenken $\alpha=0,707$, $M=2,235$, $sd=1,123$	c25 Herunterspielen der Bedeutung des Verlustes	0,767	0,473
	c24 Nicht-Wahrhaben-Wollen des Geschehenen	0,674	0,547
	c27 Sich selbst die Schuld geben	0,596	0,461
	c26 Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	0,503	0,494

²⁶ Wir sprechen im Falle der zusammengestellten Itemlisten, welche den Teilnehmerinnen der Pilotstudie vorgelegt wurden, von der *Fragebogen-Vorform*. Nach Beantwortung der Fragebogen-Vorform durch die Probandinnen der Pilotstudie wurde über Itemstatistiken nach Klassischer Testtheorie eine *Fragebogen-Endform* erstellt. Diese wurde in der vorliegenden Untersuchung als Erhebungsinstrument eingesetzt. Nach Beantwortung der Fragebogen-Endform durch die Teilnehmerinnen der vorliegenden Untersuchung wurden die Verfahren, bevor sie in die Hypothesenprüfung eingingen, nochmals anhand der Daten der Untersuchungs- und Kontrollgruppen überarbeitet und ggf. modifiziert. Sie sind in ihrer *endgültigen Form* in den Tabellen dieses und der folgenden Abschnitte dargestellt.

Nach Abschluss der Befragungen der vorliegenden Untersuchung wurde der Fragebogen auf der Grundlage der Daten der Untersuchungsstichprobe ($n=342$) validiert und z.T. nochmals modifiziert. Tabelle 13 enthält die endgültige Form der Fragebogenskalen, wie sie in die statistischen Analysen eingehen. Die 5-Faktoren-Struktur des Fragebogens konnte nicht repliziert werden. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) verweisen auf eine 4-Faktoren-Lösung, wobei sich die vier Faktoren inhaltlich mit den Skalen des FKV decken. Die Skala „Religiosität und Sinnsuche“ entfällt. Die 4 Faktoren erklären 44,97% der Gesamtvarianz. Nach Entfernung von Items mit Trennschärfen $\leq 0,3$ enthält der Fragebogen nurmehr 21 Items. Die Reliabilitäten (Cronbach's- α) der einzelnen Skalen liegen zwischen $\alpha=0,71$ und $\alpha=0,78$.

Zur inhaltlichen Validierung des Fragebogens anhand der Daten der 342 Abortpatientinnen wurden die Depressivitäts-Skala von von Zerssen (1976a) und die Münchner Trauerskala (Beutel et al., 1995) hinzugezogen. Den theoretischen Überlegungen zufolge müsste eine ausgeprägte depressive Verarbeitung, überwiegende Ablenkung vom Geschehenen und ausgeprägte Bagatellisierung des Verlustes mit hoher Depressivität einhergehen (konkordante Validität), nicht jedoch ein ausgeprägtes aktives, problemorientiertes Coping (diskriminate Validität). Des weiteren müssten die Skalen, die eine Vermeidung der Auseinandersetzung mit dem Schwangerschaftsverlust beinhalten, in Zusammenhang zu Formen pathologischer Trauer, nämlich den Skalen „Ärger“ und „schuldhafte Verarbeitung“, stehen (vgl. Kapitel 2.3.6).

Tabelle 14: Validierung des Fragebogens zur Bewältigung der Fehlgeburt (FKV, Muthny, 1989 modifiziert) anhand der Münchner Trauerskala (Beutel et al., 1995) und der Depressivitäts-Skala (von Zerssen, 1976a) an $n=342$ Abortpatientinnen der Untersuchungsgruppe I (Korrelationskoeffizienten nach Spearman)

	Fragebogen zur Bewältigung der Fehlgeburt:			
	Skala 1: Depressive Verarbeitung	Skala 2: Aktives problemorientiertes Coping	Skala 3: Ablenkung und Selbstaufbau	Skala 4: Bagatellisierung und Wunschdenken
Skalen der Münchner Trauerskala:				
Traurigkeit	$r=-0,564$ $p<0,001$	$r=-0,168$ $p=0,002$	$r=-0,155$ $p=0,004$	$r=-0,412$ $p<0,001$
Verlustangst	$r=-0,626$ $p<0,001$	$r=-0,126$ $p=0,020$	$r=-0,064$ $p=0,238$	$r=-0,532$ $p<0,001$
Schuldhafte Verarbeitung	$r=-0,581$ $p<0,001$	$r=-0,034$ $p=0,530$	$r=-0,032$ $p=0,560$	$r=-0,657$ $p<0,001$
Ärger	$r=-0,597$ $p<0,001$	$r=-0,039$ $p=0,471$	$r=-0,096$ $p=0,075$	$r=-0,365$ $p<0,001$
Sinnsuche	$r=-0,155$ $p=0,004$	$r=-0,198$ $p<0,001$	$r=-0,376$ $p<0,001$	$r=-0,048$ $p=0,380$
Depressivitäts-Skala	$r=0,688$ $p<0,001$	$r=-0,011$ $p=0,834$	$r=-0,097$ $p=0,072$	$r=-0,543$ $p<0,001$

Diese Annahmen lassen sich überwiegend nicht widerlegen, was für eine inhaltliche Validität des Fragebogens spricht. Eine depressive Verarbeitung und Bagatellisierung des Verlustes korreliert signifikant mit hoher Depressivität wenige Wochen nach der Fehlgeburt. Es kann kein Zusammenhang zwischen aktivem Coping und der Ausprägung der Depressivität festgestellt werden (Tabelle 14). Gleiches gilt allerdings auch für die Skala „Ablenkung“, die entgegen den Annahmen adaptive Funktion zu besitzen scheint. Die Skalen „Depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ des Bewältigungsfragebogens korrelieren signifikant mit den Skalen „Schuldhafte Verarbeitung“ und „Ärger“ der Münchner Trauerskala. Ein solcher Zusammenhang lässt sich hingegen zu den Skalen „Aktives Coping“ und „Ablenkung“ nicht feststellen. Gemessen an den Außenkriterien Depressivitäts-Skala und Münchner Trauerskala scheint der Fragebogen die Bewältigung einer Fehlgeburt valide abzubilden.

Der Fragebogen zur Attribution der Fehlgeburt

Bislang existieren im deutschsprachigen Raum keine geeigneten Messinstrumente, um Ursachezuschreibungen nach Fehlgeburten zu erfassen. Es wurde daher ein eigenes Verfahren innerhalb der Pilotstudie entwickelt.

Auf die hohe subjektive Bedeutung der Suche nach Ursachen für Frauen nach einem ungewollten Schwangerschaftsverlust ist bereits in Kapitel 2.3.7 hingewiesen worden. Die Untersuchungen von Madden (1988) und James & Kristiansen (1995) weisen auf Zusammenhänge zwischen hoher Depressivität nach der Fehlgeburt und Attributionen der Fehlgeburt auf sich selbst, den Partner oder den behandelnden Arzt hin.

Tabelle 15: Fragebogen zur Attribution der Fehlgeburt: Skalen und Skalenreliabilitäten (Cronbach's- α) der Fragebogen-Endform, ermittelt an n=48 Abortpatientinnen der Pilotuntersuchung

Fragebogen zur Attribution der Fehlgeburt – Fragebogen-Endform
Skala 1: Merkmale der eigenen Person ($\alpha=0,84$)
Skala 2: Stress in der Schwangerschaft ($\alpha=0,86$)
Skala 3: Mangelnde ärztliche Betreuung ($\alpha= 0,95$)
Skala 4: Regulativ Natur ($\alpha=0,82$)
Skala 5: Schwangerschaftsgefährdendes Verhalten ($\alpha=0,74$)
Skala 6: Erkrankungen oder Krisen in der Schwangerschaft ($\alpha=0,62$)

Unter Attribution werden alle Faktoren verstanden (Gründe, Ursachen, Bedingungen, auslösende Faktoren), auf die die betroffenen Frauen ihren Schwangerschaftsverlust zurückführen. Die Zusammenstellung der Items für die Fragebogenvorform erfolgte empirisch auf der Grundlage von 20 Interviews mit schwangeren Frauen, die in der Vergangenheit mindestens eine Fehlgeburt erlitten hatten (Bergner & Peters, 1997). Die Frauen wurden u. a. danach befragt, welche Faktoren sie für die früheren Fehlgeburten verantwortlich machen. Die verschrifteten Inter-

views wurden systematisch nach den Ursachezuschreibungen für die Fehlgeburt durchsucht und jede der genannten Ursachen als Fragebogenitem formuliert. Die so entstandene Itemliste wurde dann von einer Gynäkologin, einer Hebamme und zwei Frauen, die bereits eine Fehlgeburt erlebt hatten, auf Vollständigkeit geprüft und durch weitere Items ergänzt.

Es wurde Wert darauf gelegt, nicht nur realistische Ursachen für die Fehlgeburt zu betrachten, sondern auch irrational anmutende Attributionen in die Liste aufzunehmen. Die Vorform dieses Fragebogens enthält 68 Items mit einfachen Aussagen, die auf einer 6-stufigen Ratingskala hinsichtlich ihres Zutreffens beurteilt werden sollen (1 = "trifft überhaupt nicht zu" bis 6 = "trifft ganz genau zu"). Sie wurde den 48 Abortpatientinnen der Pilotstudie zur Beantwortung vorgelegt.

Tabelle 16: *Skalen des Fragebogens zur Attribution der Fehlgeburt, Skalenreliabilitäten und Gesamtreliabilität (Cronbach's- α) sowie Itemtrennschärfen an n=342 Abortpatientinnen der Untersuchungsgruppe I*

Fragebogen zur Attribution der Fehlgeburt			
Skalen	Items	Faktorladung	Item-Trennschärfe
Reliabilität (Cronbach's alpha)	Meine Fehlgeburt führe ich darauf zurück, dass ...	a	r_{it}
Skala 1: Merkmale der eigenen Person $\alpha= 0,820, M=2,241, sd=1,302$	c62 ... ich irgendwie nicht glücklich werden darf.	0,779	0,640
	c63 ... ich vom Schicksal verfolgt bin.	0,729	0,586
	c56 ... ich psychisch sehr anfällig bin.	0,680	0,739
	c55 ... mein Körper stark auf psychische Probleme reagiert.	0,625	0,618
Skala 2: Stress in der Schwangerschaft $\alpha= 0,796, M=2,982, sd=1,451$	c58 ... ich zu viel Stress hatte.	0,790	0,739
	c49 ... ich mir während der Schwangerschaft zu viel auf einmal vorgenommen hatte.	0,742	0,593
	c61 ... ich wegen eines besonderen Ereignisses (Umzug, Urlaub im Ausland, Hochzeit o. ä.) viel Hektik hatte.	0,741	0,534
	c53 ... ich psychisch sehr stark unter Druck gestanden hatte.	0,679	0,571
Skala 3: Mangelnde ärztliche Betreuung $\alpha= 0,821, M=1,521, sd=0,997$	c60 ... der Arzt nicht gründlich genug war, er hatte Dinge übersehen.	0,856	0,726
	c64 ... die Ärzte nicht schnell genug reagiert haben.	0,826	0,743
	c57 ... nicht alle medizinischen Möglichkeiten zur Verfügung gestanden hatten.	0,758	0,574
Skala 4: Regulativ Natur $\alpha= 0,695, M=4,190, sd=1,179$	c65 ... mein Kind nicht gesund gewesen wäre – daher hat die Natur eingegriffen.	0,798	0,580
	c68 ... es eine Entscheidung der Natur war.	0,780	0,562
	c69 ... Chromosomenschäden der Frucht verantwortlich sind.	0,684	0,398
	c59 ... es reiner Zufall war, das kann jeder Frau passieren.	=0,565	0,420

Im Laufe der Testentwicklung wurden anhand dieser Daten zunächst alle Items aus dem Pool entfernt, deren Schwierigkeiten weniger als $s=0,2$ und mehr als $s=0,8$ betrug. Mittels einer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) konnten die verbleibenden 46 Items auf 6 Dimensionen reduziert werden (Tabelle 15). In der anschließenden Reliabilitätsana-

lyse wurden alle Items mit Trennschärfen $<0,3$ entfernt, so dass 21 Items in der Fragebogen-Endform verbleiben. Die Reliabilitäten und Itemtrennschärfen des Fragebogens, ermittelt an den 48 Frauen nach Fehlgeburt der Pilotstichprobe, sind Anhang C zu entnehmen.

Die Faktorstruktur des Fragebogens ließ sich an den von uns befragten 342 Frauen mittels einer erneuten Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) replizieren. Aufgrund ihrer geringen Reliabilitäten wurde auf die Skalen 5, „schwangerschaftsgefährdendes Verhalten“ ($\alpha=0,464$), und 6, „Erkrankungen und Krisen in der Schwangerschaft“ ($\alpha=0,410$), zugunsten einer höheren Qualität des Fragebogens verzichtet. Die verbleibenden vier Skalen erklären 50,96% der Gesamtvarianz und enthalten 15 Items (Tabelle 16). Die Reliabilitäten der Skalen 1 bis 3 können als gut bis ausreichend beurteilt werden. Skala 4, „Regulativ Natur“, verbleibt trotz vergleichsweise geringer Zuverlässigkeit im Fragebogen, da sich diese Dimension als inhaltlich sehr valide (s. u.) ausweist und bei den geplanten Gruppenvergleichen Reliabilitäten von $\alpha \geq 0,6$ toleriert werden können.

Tabelle 17: Validierung des Fragebogens zur Attribution der Fehlgeburt anhand der Münchner Trauerskala (Beutel et al., 1995), der Depressivitäts-Skala und Beschwerden-Liste (von Zerksen, 1976a und b) an $n=342$ Abortpatientinnen der Untersuchungsgruppe I (Korrelationskoeffizienten nach Spearman)

	Fragebogen zur Attribution der Fehlgeburt:			
	Skala 1: Merkmale der eigenen Person	Skala 2: Stress in der Schwangerschaft	Skala 3: mangelnde ärztliche Betreuung	Skala 4: Regulativ Natur
Münchner Trauerskala:				
Gesamtrauer	$r=0,561$ $p<0,001$	$r=0,369$ $p<0,001$	$r=0,352$ $p<0,001$	$r=-0,292$ $p<0,001$
Traurigkeit	$r=0,404$ $p<0,001$	$r=0,267$ $p<0,001$	$r=0,281$ $p<0,001$	$r=-0,227$ $p<0,001$
Verlustangst	$r=0,478$ $p<0,001$	$r=0,250$ $p<0,001$	$r=0,335$ $p<0,001$	$r=-0,255$ $p<0,001$
Schuldhafte Verarbeitung	$r=0,521$ $p<0,001$	$r=0,406$ $p<0,001$	$r=0,293$ $p<0,001$	$r=-0,280$ $p<0,001$
Ärger	$r=0,521$ $p<0,001$	$r=0,323$ $p<0,001$	$r=0,233$ $p<0,001$	$r=-0,165$ $p=0,002$
Sinnsuche	$r=0,174$ $p=0,001$	$r=0,167$ $p=0,002$	$r=0,157$ $p=0,004$	$r=-0,013$ $p=0,810$
Depressivitäts-Skala	$r=0,622$ $p<0,001$	$r=0,434$ $p<0,001$	$r=0,314$ $p<0,001$	$r=-0,197$ $p<0,001$
Beschwerden-Liste	$r=0,517$ $p<0,001$	$r=0,344$ $p<0,001$	$r=0,239$ $p<0,001$	$r=-0,097$ $p=0,068$

Eine erste Validierung des Fragebogens erfolgte über theoretische Konstrukte. Die Überzeugung, die Fehlgeburt sei durch zufällige, natürliche Regulationsprozesse verursacht, kann für Frauen nach einer Fehlgeburt sehr entlastend sein. Attributionen auf die Kategorie „Regulativ Natur“ sollten daher mit einer geringen Symptomatik (Trauer, Depressivität und Körperbeschwerden) einhergehen. Umgekehrt geht eine depressive Verarbeitung des Verlustes in der

Regel mit Selbstvorwürfen oder Schuldzuweisungen an andere einher. Demnach müssten Frauen, die ihre Fehlgeburt vorwiegend auf Faktoren der Skalen 1 bis 3 („Merkmale der eigenen Person“, „Stress in der Schwangerschaft“ und „Mangelnde ärztliche Betreuung“) zurückführen, eine ausgeprägtere Symptomatik aufweisen. Diese Annahmen wurden über Korrelations-Tests (Spearman's Rho) geprüft und lassen sich nicht widerlegen (Tabelle 17).

4.3.2.3 Symptomatik in einer neuen Schwangerschaft

Die Symptomatik in einer neuen Schwangerschaft wird in den Dimensionen Depressivität, situative und schwangerschaftsbezogene Ängste, körperliche Allgemeinbeschwerden und Schwangerschaftskomplikationen erfasst. Für die Symptomkomplexe Depressivität, Körperbeschwerden und situative Ängste werden die bereits beschriebenen standardisierten Verfahren **Depressivitäts-Skala, Beschwerden-Liste** (von Zerssen, 1976a und b) und die State-Form des **State-Trait-Angstinventars** (Laux et al., 1981) eingesetzt.

Zur Erfassung spezifischer Ängste in der Schwangerschaft liegt ein Erhebungsbogen von Rauchfuß et al. (1996) vor. Letzterer ist ein Verfahren, welches von den Autorinnen auf der Grundlage des Fragebogens zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt (SSG, Lukesch & Lukesch, 1976) entwickelt und über eine Faktorenanalyse an 519 Schwangeren validiert wurde. Er enthält 5 Items mit einer sechsstufigen Antwortskala von 1=„trifft überhaupt nicht zu“ bis 6=„trifft ganz genau zu“. Dabei handelt es sich um Ängste vor Blutungen bzw. um Ängste, dem Kind bei einem Sturz, durch einen Unfall oder eine falsche Lebensweise zu schaden.²⁷

Zur Erhebung von Schwangerschaftskomplikationen orientierten wir uns ebenfalls an dem Erhebungsbogen der Studie von Rauchfuß und Mitarbeiterinnen (1996). Die Schwangeren werden mit dichotomen Items (Antwort ja/nein) nach Schwangerschaftsbeschwerden, Schwangerschaftskomplikationen und anderweitigen Erkrankungen befragt. Wird eines der Items mit „ja“ beantwortet, sollen die entsprechenden Beschwerden oder Erkrankungen in offenen Antwortkategorien benannt werden. Zum Zwecke der Datenauswertung werden die Antworten in Kategorien zusammengefasst und mit Ziffern verschlüsselt.

4.3.2.4 Psychische Einstellungs- und Verarbeitungsprozesse in der Schwangerschaft

Einstellung zur Schwangerschaft

Einstellungen zur Schwangerschaft werden über 8 Items erfasst, die dem Erhebungsbogen der bereits zitierten Studie von Rauchfuß et al. (1996) entnommen sind. Die Autorinnen entwickel-

²⁷ Der Fragebogen enthält zudem 5 Items zu Geburtsängsten, die in den Befragungen ebenfalls Anwendung finden, allerdings hinsichtlich der Fragestellung der Untersuchung eine geringe Rolle spielen.

ten diese Skala auf der Grundlage des „Fragebogens zur Erfassung von Einstellungen zu Schwangerschaft und Geburt“ (SSG) von Lukesch & Lukesch (1976). Die 8 Items werden auf einer Rating-Skala von 1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 6 = „trifft ganz genau zu“ beantwortet. In weiteren 2 Items werden die Frauen nach der Geplantheit (1 = „zu diesem Zeitpunkt geplant“, 2 = zu einem anderen Zeitpunkt geplant“, 3= „nicht geplant“) und der Erwünschtheit der Schwangerschaft befragt (1 = „sehr unerwünscht“ bis 7 = „sehr erwünscht“).

Schwangerschaftsbezogene Kontrollüberzeugungen

Grundlage für die Erhebung schwangerschaftsbezogener Kontrollüberzeugungen bildet der „Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit“ (KKG) von Lohaus & Schmitt (1989), der im Rahmen der Pilotstudie leicht modifiziert wurde. Die Autoren verstehen unter Kontrollüberzeugungen generalisierte Erwartungshaltungen, die jedes Individuum lebensgeschichtlich erwirbt. Der KKG unterscheidet drei Dimensionen von krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen (internale, sozial-externale und fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen).

Tabelle 18: Skalen zu schwangerschaftsbezogenen Kontrollüberzeugungen (nach dem KKG, Lohaus & Schmitt, 1989), Skalenreliabilitäten und Gesamtreliabilität (Cronbach's- α) sowie Itemtrennschärfen an n=390 Schwangeren der Untersuchungs- und Kontrollgruppen

Fragebogen zu schwangerschaftsbezogenen Kontrollüberzeugungen		
Skalen	Items	Item-Trennschärfe
Reliabilität (Cronbach's alpha)		
Skala 1: Internalität $\alpha=0,740$, $M=2,956$, $sd=1,093$	c182 Wenn bei mir Beschwerden auftreten, dann habe ich nicht genügend auf mich aufgepasst.	0,615
	c183 Wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden.	0,626
	c188 Es liegt an mir, wenn meine Beschwerden nachlassen.	0,724
Skala 2: Soziale Externalität $\alpha=0,737$, $M=4,435$, $sd=1,174$	c180 Wenn ich Beschwerden habe, suche ich einen Arzt auf.	0,585
	c185 Wenn bei mir Beschwerden auftreten, bitte ich einen Fachmann, mir zu helfen.	0,585
Skala 3: Fatalistische Externalität $\alpha=0,865$, $M=2,235$, $sd=1,188$	c184 Wenn es das Schicksal so will, dann bekomme ich körperliche Beschwerden.	0,852
	c186 Ob Beschwerden wieder verschwinden, hängt vor allem davon ab, ob ich Glück habe oder nicht.	0,833
	c187 Ich verdanke es meinem Schicksal, wenn meine Beschwerden wieder verschwinden.	0,745

Die drei Skalen enthalten jeweils 7 Items. Die Aussagen wurden z. T. auf die Schwangerschaft bezogen reformuliert und mit einer 6-stufigen Ratingskala (1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 6 = „trifft ganz genau zu“) versehen²⁸. Der modifizierte Fragebogen wurde von den 130

²⁸ Die Ratingskalen der standardisierten Verfahren wurden z. T. verändert, um den Frauen die Beantwortung des umfangreichen Fragebogens durch weitestgehend einheitliche Antwortkategorien zu erleichtern.

Schwangeren der Pilotstudie beantwortet. Anschließend wurden pro Skala die 3 trennschärfsten Items mit mittlerer Schwierigkeit ausgewählt, um den Fragebogen zu kürzen.

Tabelle 18 enthält die Itemtrennschärfen und Skalenreliabilitäten, die nach Beantwortung des Fragebogens durch die 390 Schwangeren der Untersuchungs- (n=142) und Kontrollgruppen (n=248) der Studie ermittelt wurden²⁹. Skala 2 enthält nach diesen Analysen nur noch zwei Items, da das entfernte dritte Item eine Trennschärfe $< 0,2$ aufwies.

Bewältigung der Anforderungen in einer neuen Schwangerschaft

Bewältigungsstrategien in einer Schwangerschaft wurden bislang fast ausschließlich als Stressbewältigung mit entsprechenden Messinstrumenten untersucht (z. B. Läßle & Krumbacher, 1988). Die Anpassung an die Situation einer Schwangerschaft geht jedoch weit über die Bewältigung von Stresssituationen hinaus. Auftretende körperliche und seelische Veränderungen und die Einstellung auf eine zukünftige Mutterschaft erfordern neben den veränderten Anforderungen des sozialen Umfelds hohe Anpassungsleistungen der Schwangeren.

Es gibt mittlerweile eine große Vielzahl von Coping-Theorien. Wir orientieren uns an den Ansätzen von Folkman und Lazarus (1986), Moos & Brennan (1990) und Holahan et al. (1996). Diese Autoren unterteilen Bewältigungsstrategien hinsichtlich ihres Fokus in herangehende vs. vermeidende Strategien, hinsichtlich der Methode in kognitive (intrapyschische) und behaviorale Strategien und hinsichtlich ihrer Funktion in emotionszentrierte (Regulation des emotionalen Gleichgewichts) und problemzentrierte (auf das Problem gerichtete) Bewältigungsstrategien.

Unter der „Bewältigung der Anforderungen in einer Schwangerschaft“ verstehen wir Bemühungen der Schwangeren, die darauf gerichtet sind, die Situation der Schwangerschaft und in diesem Zusammenhang auftretende Probleme sowie körperliche und psychische Belastungen zu bewältigen. Diese Bemühungen können auf kognitiver, emotionaler und/oder Verhaltensebene erfolgen. Für die Erstellung der Fragebogen-Vorform wurden für die folgenden Bereiche jeweils mehrere Items formuliert:

- Bewältigung von Ängsten

²⁹ Die Fragebögen zur neuen Schwangerschaft sollen möglichst allgemeine Gültigkeit besitzen. Sie werden deshalb an einer Stichprobe, die sich sowohl aus anamnestisch nicht belasteten Schwangeren (Kontrollgruppen) und anamnestisch durch Fehlgeburten belasteten Schwangeren (Untersuchungsgruppe I) zusammensetzt, validiert. Bei den Schwangeren der Untersuchungsgruppe I wurden über Zufallszahlen zu etwa gleichen Teilen Daten des ersten, zweiten und dritten Trimenons verwendet. So gehen in die Reliabilitätsanalysen Daten von 44 erneut schwangeren Abortpatientinnen aus dem 1. Trimenon, von weiteren 45 Abortpatientinnen aus dem zweiten und von weiteren 53 Abortpatientinnen aus dem 3. Trimenon ein. Hinzu kommen die Daten der 69 anamnestisch nicht belasteten Schwangeren im 1. Trimenon (Kontrollgruppe I), weiterer 82 Schwangerer aus dem 2. Trimenon (Kontrollgruppe 2) und noch einmal 97 Schwangeren aus dem 3. Trimenon (Kontrollgruppe III). Die Fragebögen zur neuen Schwangerschaft werden demnach an insgesamt 390 Schwangeren der vorliegenden Untersuchung validiert. Davon befinden sich 113 Frauen im ersten, 127 Frauen im zweiten und 150 Frauen im dritten Schwangerschaftsdrittel.

- Planung der Zukunft
- Umgang mit schwangerschaftsbedingten Veränderungen
- Bewältigung notwendiger langfristiger Umstellungen
- Auseinandersetzung mit der Mutterrolle
- Bewältigung der Veränderungen der Beziehungen zum Partner und zur Ursprungsfamilie
- Vorbereitung auf die Geburt.

Es wurde darauf geachtet, dass Strategien der Auseinandersetzung mit diesen Themen ebenso vertreten waren wie Strategien der Vermeidung.

Die Fragebogen-Vorform enthält 108 Items mit einer 6-stufigen Ratingskala, die den 130 Schwangeren der Pilotuntersuchung zur Beantwortung vorgelegt wurden. Vor den weiteren statistischen Analysen zum Zwecke der Dimensionsreduktion wurden anhand der Daten 17 Items mit Schwierigkeiten $s \leq 0,20$ und $s \geq 0,80$ aus dem Datenpool entfernt. Die verbleibenden 91 Items konnten über eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenmethode, Varimax-Rotation) auf fünf Faktoren reduziert werden (Tabelle 19). Anhang C enthält die Skalen und Itemkennwerte des Fragebogens, wie er in den Erhebungsbogen der vorliegenden Untersuchung übernommen wurde.

Tabelle 19: Fragebogen zur Bewältigung der Anforderungen in einer Schwangerschaft: Skalen und Skalenreliabilitäten (Cronbach's- α) der Fragebogen-Endform, ermittelt an n=130 Schwangeren der Pilotuntersuchung

Fragebogen zur Bewältigung der Anforderungen in einer Schwangerschaft – Fragebogen-Endform
Skala 1: Schwangerschaftsförderndes Verhalten ($\alpha=0,79$)
Skala 2: Gedankliche Auseinandersetzung mit der Rolle als Mutter ($\alpha=0,85$)
Skala 3: Sozialer Rückzug ($\alpha=0,76$)
Skala 4: (Selbst-) Beruhigung bei Ängsten und Befürchtungen ($\alpha=0,72$)
Skala 5: Vermeiden, sich emotional auf die Schwangerschaft einzulassen ($\alpha=0,67$)

In einem nächsten Schritt wurde der Fragebogen über eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenmethode, Varimax-Rotation) an den 390 Schwangeren der Untersuchungs- und Kontrollgruppen der vorliegenden Untersuchung validiert. Dem Scree-Plot zufolge wurde eine 4-Faktoren-Lösung mit einer Varianzaufklärung von 45,2% bevorzugt.

Tabelle 20 enthält die 4 Skalen, ihre inneren Konsistenzen und die zugehörigen Items. Diese vier Dimensionen des Merkmals „Bewältigung in der Schwangerschaft“ werden in die statistischen Analysen der Untersuchung eingehen. Die 4 Faktoren decken sich inhaltlich mit den Skalen der Fragebogenendform der Pilotstudie. Die Skalen „Sozialer Rückzug“ und „Vermeiden,

sich emotional auf die Schwangerschaft einzulassen“ finden sich in Skala 2, „Vermeidung und sozialer Rückzug“, wieder. Die Skalenreliabilitäten werden als gut bis befriedigend eingeschätzt, die Reliabilität der Skala 3 ist für Gruppenvergleiche ausreichend.

Tabelle 20: Skalen des Fragebogens zur Bewältigung der Anforderungen in einer neuen Schwangerschaft, Skalenreliabilitäten und Gesamtreliabilität (Cronbach's- α) sowie Itemtrennschärfen an $n=390$ Schwangeren der Untersuchungs- und Kontrollgruppen

Fragebogen zur Bewältigung der Anforderungen in einer neuen Schwangerschaft			
Skalen Reliabilität (Cronbach's-α)	Items	Faktorladung a	Item- Trennschärfe r_{it}
Skala 1: Gedankliche Auseinandersetzung mit der Rolle als Mutter ($\alpha=0,839$, $M=3,850$, $sd=1,251$)	c143 Ich denke darüber nach, ob ich eine gute Mutter sein werde.	0,826	0,723
	c142 Ich mache mir Gedanken über die Verantwortung, die ich gegenüber meinem Kind haben werde.	0,839	0,750
	c141 Ich denke oft darüber nach, wie ich mich als Mutter verhalten werde.	0,808	0,705
	c138 Ich setze mich jetzt oft mit Fragen der Erziehung auseinander.	0,683	0,520
Skala 2: Vermeidung/ Sozialer Rückzug ($\alpha=0,692$, $M=2,272$, $sd=0,718$)	c140 Weil mein Partner* sowieso nie verstehen wird, was momentan in mir vorgeht, rede ich nicht über alles mit ihm.	0,650	0,423
	c144 Ich versuche, meine Gefühle für mich zu behalten.	0,748	0,527
	c153 Ich behalte meine Ängste und Befürchtungen lieber für mich.	0,729	0,522
	c139 Meine Schwangerschaft geht nur mich etwas an.	0,650	0,283
	c132 Ich grübele viel darüber nach, ob alles gut gehen wird.	0,498	0,373
	c151 Ich rechne mit dem Schlimmsten, um nachher nicht so enttäuscht zu sein.	0,429	0,318
	c155 Ich versuche, mich nicht zu sehr von meinen Gefühlen leiten zu lassen.	0,478	0,315
	c133 Ich lenke mich überwiegend von Gedanken an die Schwangerschaft ab.	0,555	0,405
Skala 3: Schwangerschaftsförderndes Verhalten ($\alpha=0,621$, $M=4,172$, $sd=1,076$)	c134 Ich lese viel über die Schwangerschaft.	0,564	0,347
	c136 Ich achte darauf, daß ich nur von kompetenten Ärzten behandelt werde.	0,568	0,374
	c145 Ich nehme mir vor, mich jetzt besonders zu schonen.	0,644	0,439
	c146 Ich nehme mir mehr Zeit für mich selbst.	0,630	0,463
Skala 4: Beruhigung bei Ängsten und Befürchtungen ($\alpha=0,774$, $M=3,935$, $sd=0,951$)	c154 Wenn ich Angst habe, suche ich Trost bei meinem Partner oder anderen mir wichtigen Personen.	0,552	0,418
	c147 Wenn ich Angst um die Schwangerschaft habe, spreche ich mir selbst Mut zu.	0,663	0,543
	c149 Die schwangerschaftstypischen Veränderungen meines Körpers beruhigen mich.	0,658	0,420
	c152 Wenn ich Angst habe, versuche ich mich zu entspannen.	0,580	0,515
	c156 Wenn ich Angst habe, dem Kind könnte etwas geschehen, suche ich nach Anhaltspunkten, die mir Sicherheit geben.	0,683	0,547
	c148 Wenn ich Angst habe, kann mich das Ultraschallbild in der Regel beruhigen.	0,639	0,520
	c150 Wenn ich Angst um die Schwangerschaft habe, suche ich die Nähe anderer.	0,634	0,534

Die inhaltliche Validität des Messinstruments lässt sich über die Adaptivität der Bewältigungsdimensionen nachweisen. Muster der Vermeidung und des sozialen Rückzugs sollten sich auch in einer Schwangerschaft als maladaptiv erweisen und mit psychischen und körperlichen Beschwerden assoziiert sein. Formen der kognitiven Auseinandersetzung mit Schwangerschaft und Mutterschaft, gesundheitsbewusstes Verhalten und Selbstberuhigung (Skalen 1, 3 und 4) werden eher adaptiv beurteilt und gehen mit geringer Symptomatik einher.

Diese Annahmen lassen sich bestätigen: Die Mittelwerte der Skala „Vermeidung/sozialer Rückzug“ korrelieren hoch mit den Rohwerten der Depressivitäts-Skala und der Beschwerden-Liste (von Zerssen, 1976). Zwischen den Skalen „Auseinandersetzung mit der Rolle als Mutter“, „schwangerschaftsförderndes Verhalten“ und „Beruhigung bei Schwangerschaftsängsten“ und Depressivität bzw. Körperbeschwerden lassen sich keine Zusammenhänge nachweisen (Tabelle 21).

Tabelle 21: Validierung des Fragebogens zur Bewältigung der Anforderungen in der Schwangerschaft anhand der Depressivitäts-Skala und Beschwerden-Liste (von Zerssen, 1976a und b) an n=390 Schwangeren der Untersuchungs- und Kontrollgruppen (Korrelationskoeffizienten nach Spearman)

	Fragebogen zur Bewältigung der Anforderungen in einer Schwangerschaft:			
	Skala 1: Auseinandersetzung mit der Rolle als Mutter	Skala 2: Vermeidung/sozialer Rückzug	Skala 3: Beruhigung bei Schwangerschafts- ängsten	Skala 4: Schwangerschafts- förderndes Verhalten
Depressivitäts-Skala	r=0,069 p=0,175	r=0,199 p<0,001	r=-0,059 p=0,251	r=-0,001 p=0,989
Beschwerden-Liste	r=-0,116 p=0,023	r=0,278 p<0,001	r=0,006 p=0,912	r=0,046 p=0,364

Psychische Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft

Bilder der Schwangeren von ihrem Kind und von der Beziehung zu ihrem Kind erfassen zu können, war Ziel der Entwicklung eines Fragebogens zur psychischen Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft. Verschiedene Autoren haben sich bereits mit dieser Thematik befasst. So liegen im englischsprachigen Raum bereits mehrere Erhebungsverfahren zur pränatalen Mutter-Kind-Bindung vor (z. B. die „Maternal Fetal Attachment Scale“ von Cranley (1981) oder die „Maternal Antenatal Attachment Scale“ von Condon (1993)). Im deutschsprachigen Raum stellte Gloger-Tippelt (1991) einen „Kindsschema-Fragebogen“ vor, der das mütterliche Schema vom Kind erfassen soll. Während sich dieses Verfahren auf eine kognitive Wissensstruktur über das heranwachsende Kind bezieht, fokussieren die Verfahren zur Erfassung der Mutter-Kind-Bindung stärker auf emotionale und behaviorale Aspekte der pränatalen Beziehung zum Kind.

Wir meinen, dass mütterliche Bilder vom ungeborenen Kind und die emotionale Bindung zum Kind eng miteinander verwoben sind. Der zu konstruierende Fragebogen soll daher beide Konstrukte enthalten. So verstehen wir unter der „psychischen Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft“ Vorstellungen, Pläne, Wissen, Wahrnehmungen, Einstellungen und Gefühle der Schwangeren bezüglich des heranwachsenden Kindes und der Beziehung zu ihm.

Zu den folgenden Bereichen, die aus der genannten Definition ableitbar sind, wurden jeweils mehrere Items formuliert:

- Vorstellungen, Träume und Phantasien über das Kind
- Erwünschtheit des Kindes/Freude
- Sorgen um Gesundheit und Unversehrtheit des Kindes
- Vorstellungen über das Aussehen und Charaktermerkmale des Kindes
- Zukunftsplanungen
- Schutz des ungeborenen Kindes
- Wahrnehmungen von Reaktionen/Bedürfnissen des Kindes im Mutterleib
- Wahrnehmung des Kindes als getrenntes Wesen (vs. Teil der Mutter).

Zusätzlich zu diesen Items wurden 29 Items des Kindsschema-Fragebogens von Gloger-Tippelt (1991) in die Vorform des Fragebogens aufgenommen. Alle Items wurden als Mehrfachwahlaufgaben mit 6-stufiger Antwortskala von 1=„trifft überhaupt nicht zu“ bis 6=„trifft ganz genau zu“ gestaltet. Der so entstandene Bogen von insgesamt 68 Items wurde von den 130 Frauen der Stichprobe der Pilotstudie beantwortet.

Tabelle 22: Fragebogen zur Psychischen Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft: Skalen und Skalenreliabilitäten (Cronbach's- α) der Fragebogen-Endform, ermittelt an n=130 Schwangeren der Pilotuntersuchung

Fragebogen zur Psychischen Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft – Fragebogen-Endform
Skala 1: Wahrnehmung des Kindes als getrenntes Wesen ($\alpha=0,85$)
Skala 2: Sorge um eine gesunde Entwicklung des Kindes ($\alpha=0,78$)
Skala 3: Wahrnehmung emotionaler Nähe zum Kind ($\alpha=0,82$)
Skala 4: Beziehung zum Kind/Kontaktaufnahme ($\alpha=0,85$)
Skala 5: Phantasien und Vorstellungen über Aussehen des Kindes und die Zukunft mit dem Kind ($\alpha=0,81$)

Die 68 Items gingen in eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenmethode, Varimax-Rotation) ein. Es wurde die differenzierteste und am besten zu interpretierende 5-Faktoren-Lösung bevorzugt, die 44,5% der Gesamtvarianz aufklärt. In die Itemanalysen gingen diejenigen Items ein,

die mit einer Stärke von $r_f > 0,5$ auf den jeweiligen Faktor laden; Fremdladungen wurden nicht berücksichtigt.

Nach dieser Analyse verbleiben nur Items mit guter bis sehr guter Trennschärfe in den Skalen. Die Endform des Fragebogens enthält 23 Items, von denen 11 dem Kindsschema-Fragebogen von Gloger-Tippelt (1991) entstammen (Anhang C). Die Skalen der Fragebogenendform enthält Tabelle 22.

Tabelle 23: *Skalen des Fragebogens zur Psychischen Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft, Skalenreliabilitäten und Gesamtreliabilität (Cronbach's- α) sowie Itemtrennschärfen an $n=390$ Schwangeren der Untersuchungs- und Kontrollgruppen*

Fragebogen zur Psychischen Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft				
Skalen <i>Reliabilität (Cronbach's-α)</i>	Items	Faktorladung <i>a</i>	Item-Trennschärfe <i>r_{it}</i>	
Skala 1: Wahrnehmung des Kindes als getrenntes Wesen ($\alpha=0,789$, $M=4,547$, $sd=1,112$)	C162 Ich empfinde mein Kind schon als eigenständiges Wesen.	0,492	0,485	
	C165 Ich glaube, dass mein Kind bereits eigene Gefühle und Wahrnehmungen hat.	0,772	0,758	
	C166 Ich glaube, dass mein Kind schon wahrnehmen kann, was in seiner Umwelt geschieht.	0,800	0,667	
Skala 2: Sorge um eine gesunde Entwicklung des Kindes ($\alpha=0,791$, $M=4,016$, $sd=1,134$)	C161 Ich frage mich im Moment öfter, ob sich das Kind in meinen Bauch normal und gesund entwickelt.	0,779	0,589	
	C169 Ich habe Angst vor der Feststellung einer Erkrankung oder Fehlbildung des Kindes vor der Geburt.	0,791	0,486	
	C170 Ich habe Angst, mein Kind zu verletzen.	0,643	0,717	
	C179 Mir kommt immer wieder die Frage, ob mein Kind nach der Geburt eine körperliche oder geistige Behinderung haben wird.	0,859	0,628	
Skala 3: Beziehung zum Kind ($\alpha=0,908$, $M=4,544$, $sd=0,998$)	C167 Ich glaube, dass mir mein Kind durch die Erfahrung der Schwangerschaft schon vertraut ist.	0,620	0,713	
	C158 Bis jetzt ist mir mein Kind noch fremd. <i>umgepolt</i>	0,809	0,661	
	C160 Ich empfinde das Kind als einen Teil von mir.	0,717	0,581	
	C163 Ich fühle mich meinem Kind sehr nahe.	0,824	0,808	
	C164 Ich genieße es, dass mein Kind noch so eng bei mir ist.	0,723	0,689	
	C171 Ich habe inzwischen eine Beziehung zu meinem Kind.	0,676	0,634	
	C172 Ich spreche oft mit dem Kind.	0,513	0,718	
	C177 Ich streichle mein Kind oft.	0,494	0,717	
C178 Ich versuche, meinem Kind schon jetzt Zuwendung zu geben.	0,483	0,727		
Skala 4: Phantasien über das Kind und die Zukunft ($\alpha=0,838$, $M=4,286$, $sd=1,158$)	C173 Ich stelle mir in letzter Zeit oft vor, wie ich mit meinem Kind zusammen sein werde.	0,757	0,760	
	C174 Ich stelle mir schon vor, wie ich für mein Kind sorgen werde.	0,756	0,699	
	C175 Ich stelle mir vor, wie das Kind mich ansieht.	0,766	0,719	
	C176 Ich stelle mir vor, wie mein Kind später aussehen wird.	0,673	0,528	

Auf der Basis der Daten der 390 Schwangeren der vorliegenden Untersuchung wurde zum Zwecke der Validierung nochmals eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) durchgeführt. Das Scree-Plot weist eine 4-Faktoren-Lösung mit einer Varianzaufklärung von 61,1% der Gesamtvarianz aus. Die vier Faktoren entsprechen inhaltlich den Skalen der in der Pilotstudie entwickelten Fragebogen-Endform. Die Skalen 3, „Wahrnehmung emotionaler Nähe zum Kind“, und 4, „Beziehung zum Kind/Kontaktaufnahme“, verschmelzen zu einer Skala, die „Beziehung zum Kind“ genannt wird (Tabelle 23). Die inneren Konsistenzen der Skalen des Verfahrens sind mit Werten zwischen $\alpha=0,79$ und $\alpha=0,91$ zufrieden stellend.

Für diesen Fragebogen wurde ebenfalls eine erste Validierung an den Daten der vorliegenden Untersuchung ($n=390$ Schwangere der Untersuchungs- und Kontrollgruppe) vorgenommen. In Kapitel 2.2.3 wurde beschrieben, wie sich die Vorstellungen der Schwangeren mit zunehmendem Schwangerschaftsalter differenzieren und konkretisieren. Misst der vorliegende Fragebogen die einzelnen Dimensionen der psychischen Repräsentation des Kindes zuverlässig, so sollte sich das Antwortverhalten der Schwangeren im ersten Schwangerschaftstrimenon von dem Antwortverhalten der Schwangeren im dritten Trimenon deutlich unterscheiden. Im ersten Trimenon werden noch Sorgen um die Schwangerschaft und Schwangerschaftsängste im Vordergrund stehen. Demgegenüber werden Phantasien über das Kind, der Kontakt zum Ungeborenen und, gefördert durch die Kindesbewegungen, die Wahrnehmung des Kindes als eigenes Wesen im letzten Schwangerschaftsdrittel deutlich zugenommen haben.

Tabelle 24: Validierung des Fragebogens zur Psychischen Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft anhand des Vergleichs der Merkmalsausprägungen der Skalen zwischen Schwangeren im 1. Trimenon ($n=113$) und Schwangeren im 3. Trimenon ($n=150$) (Untersuchungs- und Kontrollgruppen der vorliegenden Untersuchung)

	Fragebogen zur Psychischen Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft:			
	Skala 1: Kind als getrenntes Wesen	Skala 2: Sorgen um die Gesundheit des Kindes	Skala 3: Beziehung zum Kind	Skala 4: Phantasien über das Kind und die Zu- kunft
Vergleichsgruppen:				
• Schwangere 1. Trimenon ($n=113$)	M=3,960 sd=1,205	M=4,179 sd=1,095	M=4,102 sd=1,062	M=3,910 sd=1,177
• Schwangere 3. Trimenon ($n=150$)	M=5,020 sd=0,776	M=3,796 sd=1,152	M=4,777 sd=0,871	M=4,588 sd=0,999
U-Test (Man & Whitney)	U=3863,000 p<0,001	U=6819,000 p=0,013	U=5296,000 p<0,001	U=5335,500 p<0,001

Über einen U-Test nach Man & Whitney (die Merkmale sind nicht normalverteilt) wurden die 113 Schwangeren des ersten Trimenons mit den 150 Schwangeren des dritten Trimenons anhand ihrer Merkmalsausprägungen in den einzelnen Skalen des Fragebogens verglichen (Tabelle 24). Die Schwangeren des ersten Trimenons scheinen sich im Durchschnitt signifikant

häufiger um die Gesundheit des heranwachsenden Kindes zu sorgen (Skala 2) als die Schwangeren im dritten Trimenon. Schwangere, die sich im letzten Drittel ihrer Schwangerschaft befinden, sind deutlich stärker mit Phantasien über ihr Kind beschäftigt (Skala 4), erleben eine intensivere Beziehung zum Kind (Skala 3) und können es stärker als eigenständiges Wesen wahrnehmen (Skala 1) als Frauen in der Frühschwangerschaft.

4.3.2.5 Kontrollvariablen

Als Kontrollvariablen werden erfasst: der soziodemographische Status (Alter, Familienstand, Anzahl der Kinder, Wohnort und -bezirk, Staatsangehörigkeit, Konfession, Erwerbstätigkeit, Bildungsstatus und Einkommensverhältnisse) und das Auftreten von kritischen Ereignissen, die das Aborterleben überlagern könnten (Items mit offenen Antwortkategorien). Des Weiteren die Krankheitsanamnese mit besonderem Augenmerk auf zurückliegende psychische Erkrankungen und neurologische, psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen sowie frühere Unterleibsoperationen und Infertilitätsbehandlungen. Über die Trait-Angst-Skala des STAI (Laux et al., 1981) wird die allgemeine Ängstlichkeit der Frauen gemessen.

Für jede zurückliegende Schwangerschaft wurde nach dem Verlauf und dem Ausgang gefragt, einschließlich des Auftretens von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- und Totgeburten, Fehlgeburten und Schwangerschaftsunterbrechungen. Bei den Frauen der Untersuchungsgruppe wird erfasst, inwieweit die letzte Schwangerschaft, die in einer Fehlgeburt endete, erwünscht und geplant gewesen war, wie die Fehlgeburt festgestellt wurde (Blutungen, spontaner Abgang oder Ultraschallbefund, Diagnose), ob eine Küretage vorgenommen wurde und wie lange sich die Frauen in stationärer Behandlung befanden.

Die in Zusammenhang mit der Fehlgeburt subjektiv wahrgenommene Unterstützung durch den Partner wird über vier Items erfasst, die auf einer 4-stufigen Rating-Skala (1=“trifft gar nicht zu“ bis 4=“trifft ausgesprochen zu“) zu beurteilen sind³⁰.

4.4 Auswertungsmethoden

Für die statistische Auswertung der Daten finden sowohl deskriptive Analysemethoden Anwendung, die die Stichproben lediglich beschreiben, als auch inferenzstatistische Verfahren, die einen explorativen und z. T. hypothesenprüfenden Charakter tragen. Die Kombination von hypothesenprüfenden mit hypothesengenerierenden Verfahren erscheint sinnvoll, da es sich um eine empirische Studie handelt, in der neu entwickelte Verfahren eingesetzt werden und deren

³⁰ Ebenfalls erfasst wurde die wahrgenommene soziale Unterstützung der Frauen (Fragebogen zur Sozialen Unterstützung, Sommer & Fydrich, 1989). Dieses Merkmal geht aus methodischen Gründen nicht in die Auswertungen ein.

wesentliche Hypothese auf theoretischen Überlegungen und klinischen Beobachtungen beruht. Für die Hauptannahme der Untersuchung, den Zusammenhang zwischen Verarbeitungsprozessen nach der Fehlgeburt und Befindensstörungen in einer neuen Schwangerschaft, liegt bislang kaum empirisches Untersuchungsmaterial vor. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist daher nicht nur, die allgemein gehaltenen Untersuchungshypothesen zu verifizieren, sondern vielmehr, Beziehungen zwischen den Merkmalen zu beschreiben und auf dieser empirischen Basis die formulierten Hypothesen zu spezifizieren oder gegebenenfalls neue Hypothesen zu generieren. Im Einzelnen sind folgende Vorgehensweisen vorgesehen: Mittelwertvergleiche zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe über den U-Test nach Man & Whitney und den Chi²-Test sowie mehrerer Gruppen über den H-Test nach Kruskal & Wallis. Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt und Bewältigungsmuster in einer neuen Schwangerschaft werden faktorenanalytisch aus dem Datenpool gewonnen. Der Einfluss der Verarbeitungs- und Bewältigungsmuster auf die Symptomatik nach der Fehlgeburt und in der neuen Schwangerschaft wird im Falle binärer Zielvariablen über die Methode der binär-logistischen Regressionsanalyse, im Falle metrisch skaliertes Zielvariablen über die Methode der linearen Regressionsanalyse gewonnen.

Die statistischen Analysen wurden mit dem Programmpaket SPSS für Windows, Version 11.5 durchgeführt. Um das Vorgehen transparenter zu machen, sollen im Folgenden die zum Einsatz kommenden multivariaten Analysemethoden der Faktorenanalyse, welche bereits bei der Fragebogenentwicklung und -validierung angewandt wurden, und der linearen und logistischen Regressionsanalyse genauer beschrieben werden.

4.4.1 Die Methode der Faktorenanalyse

Mit Hilfe der explorativen Faktorenanalyse ist es möglich, eine Vielzahl von Variablen auf wenige, voneinander weitest gehend unabhängige Dimensionen – Faktoren – zu reduzieren. Die Faktoren werden so bestimmt, dass sie jeweils einen maximalen Anteil der Gesamtvarianz der Beobachtungswerte aufklären. Es liegen verschiedene Methoden für die Extraktion der Faktoren vor. In Anlehnung an die Empfehlungen von Backhaus et al. (2003) werden die Hauptachsenanalyse (Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt (Hypothese 1)) und die Hauptkomponentenanalyse (Anpassungsprozesse in der neuen Schwangerschaft (Hypothese 2)) mit anschließender Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung gewählt. In die Interpretation und weiteren Auswertungen gehen nur die Faktoren ein, deren Eigenwert >1 beträgt (Kaiser-Kriterium). In die inhaltliche Interpretation der Faktoren werden alle Merkmale einbezogen, die Faktorladungen $> 0,4$ aufweisen (Guadagnoli & Venicer, 1988, nach Bortz, 1993).

4.4.2 Die Methode der multiplen Regressionsanalyse

Über die Methode der multiplen Regressionsanalyse ist es möglich, Wirkungszusammenhänge zwischen mehreren unabhängigen Variablen (Prädiktorvariablen oder Regressoren genannt) und einer abhängigen Variable (auch Regressand oder Zielvariable genannt) zu bestimmen. Zwischen den unabhängigen Variablen $X_1, X_2 \dots X_i$ (i ist die Anzahl der unabhängigen Variablen) und der abhängigen Variable Y wird eine lineare Beziehung angenommen, die in der Regressionsgleichung $Y = b_0 + b_1 X_1 + b_i X_i + e$ formuliert wird. Darin sind b_1 bis b_i Regressionskoeffizienten, die Richtung und Stärke des Einflusses der Prädiktorvariablen auf die Zielvariable angeben. Die Koeffizienten der Regressionsgleichung werden so geschätzt, dass ein möglichst hoher Anteil an Varianz der Zielvariable durch die Prädiktoren erklärt wird. Oder umgekehrt: Die Abweichungen der tatsächlich beobachteten Werte von den geschätzten Werten der Regressionsgerade sollen minimiert werden. Diese Abweichungen werden Residuen genannt und sind in der Regressionsgleichung mit „ e “ ausgewiesen.

Die Qualität bzw. Zuverlässigkeit der Schätzung der Regressionskoeffizienten wird über das Bestimmtheitsmaß R^2 angegeben. Es berechnet sich aus dem Quotienten von erklärter Streuung zur Gesamtstreuung der beobachteten Werte. Der F-Test ermöglicht eine Signifikanzprüfung des Bestimmtheitsmaßes und somit des Regressionsmodells hinsichtlich der Verallgemeinerbarkeit auf die Grundgesamtheit. Ein signifikantes Ergebnis des F-Tests weist die Nullhypothese zufällig entstandener Zusammenhänge zugunsten systematischer Wirkzusammenhänge zwischen den Variablen in der Grundgesamtheit zurück. Ebenso können die einzelnen Regressionskoeffizienten einem Signifikanztest unterzogen werden (Backhaus et al., 2003; Bortz, 1993; Brosius, 2004).

Für alle in den folgenden Kapiteln dargestellten Regressionsmodelle werden die folgenden Voraussetzungen geprüft: Normalverteilung der metrisch skalierten unabhängigen und abhängigen Variablen³¹, nominale Daten gehen als Dummy-Variablen (Kodierung 0 – 1) in die Analysen ein. Ein Ausschluss von Multikollinearität muss gewährleistet sein (eine unabhängige Variable darf sich nicht aus einer anderen erklären). Eine hohe Multikollinearität der Merkmale könnte die Genauigkeit der Schätzungen der Regressionskoeffizienten und des Bestimmtheitsmaßes beeinträchtigen. Das Toleranzmaß und der VIF (Variance Inflation Factor) sind Maße zur Beurteilung der Stärke von Kollinearität. Dabei weisen Toleranzwerte um Null und ein $VIF > 10$ auf das Vorliegen hoher Kollinearität hin. Trotz des Vorliegens von Abhängigkeiten zwischen den Prädiktoren scheinen die in den folgenden Kapiteln dargestellten Regressionsmodelle unter den Kriterien der Toleranz und VIF akzeptabel.

Nach Durchführung der Regressionsanalyse wird das Modell auf weitere Prämissen hin überprüft: Ausschluss von Autokorrelation und Heteroskedastizität der Residuen (es dürfen keine systematischen Zusammenhänge innerhalb der Residuen bestehen). Die Regressionsmodelle werden nur unter diesen Voraussetzungen bzw. Prämissen akzeptiert, die Prüfung dieser Voraussetzungen wird nicht im Einzelnen dargestellt.

SPSS bietet verschiedene Vorgehensweisen der Aufnahme potentieller Einflussgrößen in das Regressionsmodell an: Mit der „Einschluss“-Methode werden die infrage kommenden Prädiktorvariablen gleichzeitig in das Modell aufgenommen. Mit der Methode der Vorwärtsselektion werden schrittweise diejenigen Prädiktorvariablen in das Modell aufgenommen, die ein bestimmtes Kriterium (F-Wert des partiellen Korrelationskoeffizienten) maximal erfüllen. Umgekehrt werden bei der Methode der Rückwärtsselektion zunächst alle Prädiktorvariablen in das Regressionsmodell aufgenommen und dann schrittweise diejenigen Variablen mit der höchsten Irrtumswahrscheinlichkeit des F-Testes entfernt. Folgendes Vorgehen wurde bevorzugt: Für jede Zielvariable wird je ein Regressionsmodell mit der Methode der Vorwärts- und Rückwärtsselektion und der Einschlussmethode berechnet. Treten keine oder nur geringfügige Unterschiede hinsichtlich der Variablenselektion zwischen den einzelnen Modellen auf, wird überwiegend die Darstellung der Einschluss-Methode bevorzugt.

4.4.3 Die Methode der logistischen Regressionsanalyse

Unter Hypothese 1 soll die Adaptivität der Verarbeitungsmuster darüber geprüft werden, inwiefern sie einen pathologischen oder einen gesunden Trauerprozess vorhersagen. Die Vorhersagevariable ist in diesem Fall eine dichotome Variable. Damit ist allerdings eine Prämisse der linearen Regressionsanalyse verletzt, die metrisch skalierte und normalverteilte Merkmale voraussetzt. Mit der Methode der binären logistischen Regressionsanalyse ist es möglich, die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Ereignisses – hier die Wahrscheinlichkeit für eine pathologische Trauer – aus einer Vielzahl von Prädiktoren unterschiedlicher Skalierung vorherzusagen. Diese Wahrscheinlichkeit wird nach der Formel $p=1/(1+e^{-Z})$ mit $Z=a+b_1x_1+ b_2x_2+ b_ix_i$ berechnet. Dabei sind x_i die Merkmalsausprägungen der unabhängigen Variablen, b_i die geschätzten Regressionskoeffizienten, und a ist eine Konstante. Ähnlich wie bei der linearen Regressionsanalyse können Koeffizienten für die Güte des geschätzten Regressionsmodells angegeben werden. Hier werden ein „Pseudo“-Bestimmtheitsmaß R^2 nach Nagelkerke sowie eine Signifikanzprüfung des Regressionsmodells über den Chi²-Test der Log-Likelihood-Funktion ver-

³¹ Einige der metrischen Prädiktorvariablen sind dem Kolmogorov-Smirnov-Test zufolge nicht normalverteilt. Sie weisen jedoch eine eingipflige, symmetrische Merkmalsverteilung auf, was eine Regressionsanalyse durchführbar macht (mündliche Mitteilung, Siebert, 2005, Institut für Biometrie der Universitätsmedizin Charité).

wendet. Über standardisierte Regressionskoeffizienten bzw. Odd's Ratios kann die Stärke und Richtung des Einflusses einer Prädiktorvariablen auf die Zielvariablen beurteilt werden.

4.5 Zusammenfassung

Für die Prüfung der Untersuchungshypothesen ist folgendes Vorgehen bei der Datenauswertung geplant: Die Merkmale „Attribution der Fehlgeburt“, „Trauer“ und „Bewältigung nach der Fehlgeburt“ werden faktorenanalytisch zu Verarbeitungsmustern zusammengefasst. Die Adaptivität dieser Verarbeitungsmuster wird über den weiteren Verlauf der Trauer beurteilt (Hypothese 1). Dabei ist eine pathologische Trauer durch Bestehen einer klinisch bedeutsamen Symptomatik noch ein halbes Jahr nach der Fehlgeburt (Erhebungszeitpunkt 2) definiert. Die Symptomatik der Abortpatientinnen in einer neuen Schwangerschaft wird anhand der Symptomatik anamnestisch nicht belasteter Schwangerer beurteilt (Hypothese 2). Abschließend wird der Einfluss von faktorenanalytisch aus den Merkmalen „schwangerschaftsbezogene Kontrollüberzeugungen“, „Einstellungen zur Schwangerschaft“ und „Bewältigung in der Schwangerschaft“ gewonnenen Bewältigungsmustern in der Schwangerschaft sowie von Verarbeitungsprozessen nach der Fehlgeburt auf die Symptomatik in der neuen Schwangerschaft geprüft (Hypothese 3). Die Analysen beziehen sich auf das erste Trimenon der neuen Schwangerschaft. Der Einfluss des Alters der Frauen, der Kinder im Haushalt, kritischer Lebensereignisse, früherer Schwangerschaftsverluste oder -abbrüche, psychischer Vorerkrankungen, der Unterstützung durch den Partner, der Erwerbstätigkeit der Frauen sowie des zeitlichen Abstands einer neuen Schwangerschaft zur letzten Fehlgeburt wird kontrolliert.

5 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse der statistischen Analysen gliedert sich wie folgt: Zunächst wird die Untersuchungsstichprobe hinsichtlich inhaltlich relevanter anamnestischer Daten beschrieben (Abschnitt 5.1). Es sei darauf hingewiesen, dass soziodemographische Daten, die der Beurteilung der Repräsentativität der Stichproben dienen, bereits im Kapitel 4.2.2 erörtert wurden.

Abschnitt 5.2 bezieht sich auf die Erhebungen *nach der Fehlgeburt*. In einem ersten Kapitel (5.2.1) werden die Symptomatik der Frauen im zeitlichen Verlauf sowie Attributions-, Trauer- und Bewältigungsmuster beschrieben und pathologische Trauerverläufe definiert. Die Merkmale Attribution, Trauer und Bewältigung wenige Wochen nach der Fehlgeburt werden in einem nächsten Schritt faktorenanalytisch zu Verarbeitungsmustern zusammengefasst (Kapitel 5.2.2). Der Frage, ob diese Verarbeitungsmuster den weiteren Trauerverlauf mitbestimmen, wird in Kapitel 5.2.3 nachgegangen.

Abschnitt 5.3 widmet sich der auf die Fehlgeburt folgenden *Schwangerschaft*. Die Arbeit konzentriert sich überwiegend auf das erste Trimenon der neuen Schwangerschaft. Zunächst wird die Symptomatik der Frauen mit Fehlgeburtsanamnese im ersten Drittel der neuen Schwangerschaft dargestellt und mit der Symptomatik anamnestisch nicht belasteter Schwangerer verglichen (Kapitel 5.3.2). Veränderungen der Symptomatik im weiteren Schwangerschaftsverlauf werden berichtet. Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit der Analyse von Bewältigungsmustern, die in einer Schwangerschaft allgemein beobachtet werden können (Kapitel 5.3.5).

Der Abschnitt 5.4 stellt abschließend eine Synthese aller dokumentierten Ergebnisse her, denn hier geht es um die Frage, ob sich psychische und körperliche Befindensstörungen in einer auf eine Fehlgeburt folgenden Schwangerschaft durch Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt und Bewältigungsmuster in der neuen Schwangerschaft vorhersagen lassen – das Hauptanliegen der Untersuchung.

5.1 Anamnestische Daten

5.1.1 Krankheitsanamnese

Tabelle 25 gibt die Häufigkeit von Vorerkrankungen bei den Frauen mit zurückliegenden Fehlgeburten (Untersuchungsgruppe I) und bei den anamnestisch nicht belasteten Schwangeren (Kontrollgruppe) an. Als gynäkologische Vorerkrankungen wurden zusammengefasst: Entzündungen der Eileiter/Eierstöcke, Scheidenentzündungen, Dysmenorrhoe, chronische Unterbauschmerzen, Menstruationsstörungen sowie primäre und sekundäre Amenorrhoe. Im Einzelnen sind die psychischen Vorerkrankungen in Tabelle 25 enthalten.

Tabelle 25: Häufigkeit der Nennung von Vorerkrankungen bei Untersuchungsgruppe I (n=342) und Kontrollgruppen I-III (n=248)

	Vorerkrankungen/operative Eingriffe (Anzahl)		
	Untersuchungsgruppe I (n=342)	Kontrollgruppen I-III (n=248)	Vergleich von Untersuchungs- und Kontrollgruppen
Vorerkrankungen gesamt	308 (90,1%)	214 (86,3%)	Chi ² =1,610, df=1, p=0,201
Gynäkologische Vorerkrankungen	299 (87,4%)	205 (82,7%)	Chi ² =2,227, df=1, p=0,150
Psychische Vorerkrankungen	57 (16,7%)	31 (12,5%)	Chi ² =1,967, df=1, p=0,198
• Depressive Störungen	25 (7,3%)	13 (5,2%)	
• Angststörungen	8 (2,3%)	4 (1,6%)	
• Essstörungen	4 (1,2%)	3 (1,2%)	
• Psychosomatische Erkrankungen	5 (1,5%)	1 (0,4%)	
• Psychosen	1 (0,3%)	1 (0,4%)	
• Alkoholismus	1 (0,3%)	0	
Sonstige Erkrankungen	141 (41,2%)	89 (35,9%)	Chi ² =1,416, df=1, p=0,265
Schwangerschaftsabbrüche	80 (23,4%)	35 (14,1%)	Chi ² =0,014, df=1, p=0,899
Wiederholte Fehlgeburt	85 (24,9%)		

Unter sonstigen Vorerkrankungen werden chronische Erkrankungen zusammengefasst: Herzrhythmusstörungen, essentielle Hypertonie, Asthma bronchiale, Magen-Darm-Geschwüre, rheumatische Erkrankungen, Diabetes mellitus und chronische Nierenerkrankungen. Hinsichtlich der Häufigkeit psychischer und körperlicher Vorerkrankungen können keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe festgestellt werden. 85 Frauen der Untersuchungsgruppe (24,9%) gaben an, bereits zum wiederholten Male eine Fehlgeburt erlitten zu haben.

5.1.2 Auftreten kritischer Lebensereignisse

Tabelle 26: Häufigkeit der Nennung von kritischen Lebensereignissen bei Untersuchungsgruppe I (n=342) und Kontrollgruppen I-III (n=248), RR: relatives Risiko

	Kritische Lebensereignisse (Anzahl)		
	Untersuchungsgruppe I (n=342)	Kontrollgruppen I-III (n=248)	Vergleich von Untersuchungs- und Kontrollgruppen
Kritische Lebensereignisse gesamt	139 (40,6%)	42 (16,9%)	Chi ² =9,766, df=1, p=0,003 (RR=3,310)
Verlust Nahestehender	66 (19,3%)	25 (10,1%)	Chi ² =9,363, df=1, p=0,003 (RR=2,636)
Trennung/ Scheidung	25 (7,3%)	3 (1,2%)	Chi ² =11,834, df=1, p<0,001 (RR=8,346)
Arbeitslosigkeit	11 (3,2%)	13 (5,2%)	Chi ² =1,511, df=1, p=0,291 (RR=0,845)
Schwangerschaftsabbrüche	17 (5,0%)	1 (0,4%)	Chi ² =3,533, df=1, p=0,077 (RR=16,857)

Die Teilnehmerinnen der Befragung wurden gebeten, Ereignisse der Vergangenheit, die sie noch heute stark belasten, in offenen Antwortkategorien zu benennen. 139 Frauen (40,6%) der

Untersuchungsgruppe gaben an, noch zum Zeitpunkt der Erstbefragung durch ein einschneidendes Ereignis in der Vergangenheit belastet zu sein. In der Kontrollgruppe gaben das hingegen nur 42 Frauen (16,9%) an (Tabelle 26).

Die Frauen der Untersuchungsgruppe leiden demnach signifikant häufiger unter den Folgen einschneidender Ereignisse. Am häufigsten wurde der Tod von nahe stehenden Verwandten oder Freunden genannt, gefolgt von Belastungen durch Trennungen oder Scheidungen vom Partner und Belastungen durch einen Arbeitsplatzverlust. Ebenfalls häufig wurde die Belastung durch frühere Schwangerschaftsunterbrechungen genannt.

5.2 Symptomatik, Trauer- und Verarbeitungsprozesse nach der Fehlgeburt

Hypothese 1:

Nach einer Fehlgeburt lassen sich Verarbeitungsmuster der aktiven und chronischen Trauer beobachten. Während einer aktiven Trauer eine adaptive Funktion zugeschrieben werden kann, geht eine chronische Trauer mit der Etablierung einer länger anhaltenden Symptomatik einher. Es können psychische und soziodemographische Merkmale identifiziert werden, die einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einzelner Verarbeitungsstrategien ausüben.

Die statistischen Analysen zur Symptomatik und zu den Verarbeitungsprozessen nach der Fehlgeburt werden an der Untersuchungsgruppe II (n=232) durchgeführt. Das sind diejenigen Frauen der Untersuchungsgruppe, bei denen die Fehlgeburt zum ersten Erhebungszeitpunkt nicht mehr als 14 Wochen zurücklag.

5.2.1 Deskriptive Statistiken

5.2.1.1 Symptomatik nach der Fehlgeburt

Die Symptomatik der Frauen in Form von Trauer, depressiven Befindensstörungen, Zustandsängsten und allgemeinen Körperbeschwerden wurde über standardisierte Verfahren (Münchener Trauerskala³², Depressivitäts-Skala, Beschwerden-Liste, State-Trait-Angst-Inventar, vgl. Kapitel 4.3.2.3) über alle drei Erhebungszeitpunkte erfasst.

Wenige Wochen nach der Fehlgeburt zeigen Frauen nach Fehlgeburten im Vergleich zur Normalbevölkerung ausgeprägtere depressive Symptome ($T=6,601$, $df=231$, $p<0,001$), aber weni-

³² Mit „Gesamtrauer“ wird der Durchschnittswert der bereits in Abschnitt 5.2.1.3 ausgewerteten Skalen der Münchener Trauerskala bezeichnet.

ger ausgeprägte allgemeine Körperbeschwerden ($T=-52,719$, $df=231$, $p<0,001$)³³ (Abbildung 3). Die Zustandsängste der Frauen nach dem Abort sind im Vergleich zu 748 Frauen der Normalbevölkerung ebenfalls signifikant erhöht ($T=6,202$, $df=231$, $p<0,001$)³⁴. 60 Frauen (22,8%) der Untersuchungsgruppe II weisen eine klinisch bedeutsame depressive Symptomatik wenige Wochen nach der Fehlgeburt auf (Stanine-Wert ≥ 8). Keine der Frauen weist hingegen auffällige allgemeine Körperbeschwerden mit Stanine-Werten ≥ 8 auf³⁵.

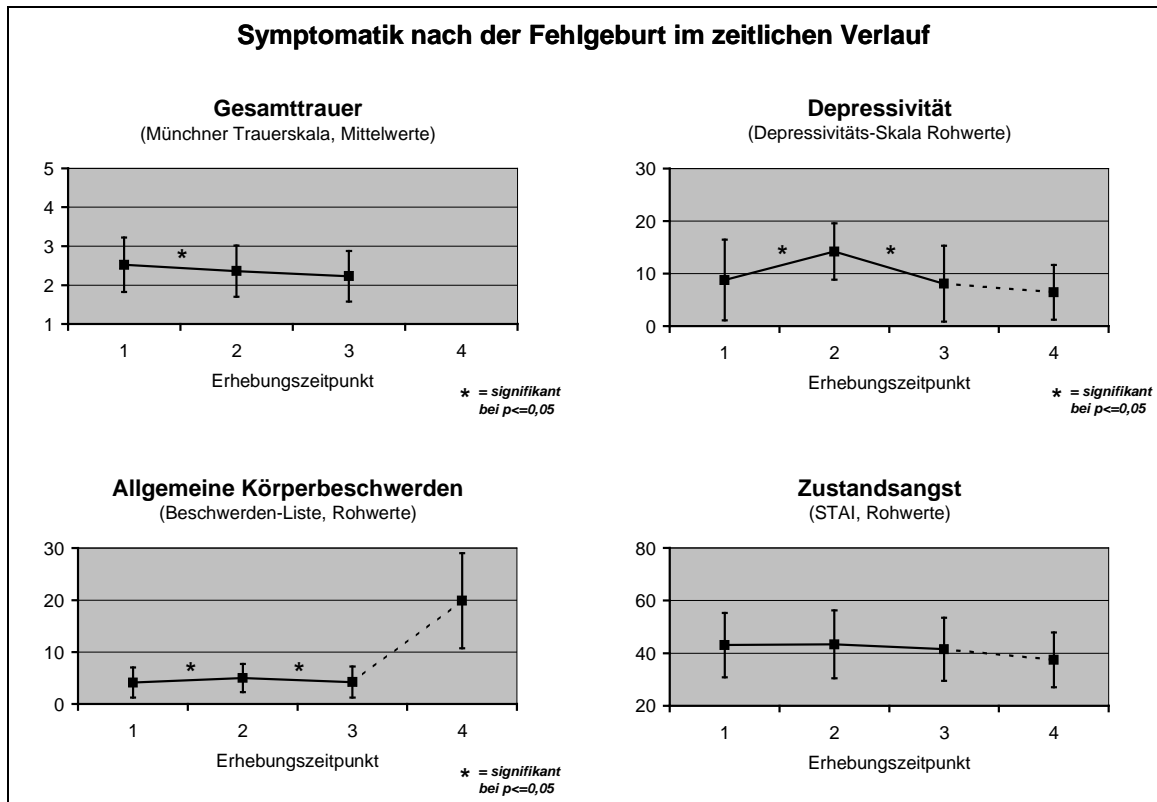


Abbildung 3: Symptomatik nach der Fehlgeburt im zeitlichen Verlauf: Trauer (Gesamttrauer, Münchener Trauerskala, Beutel et al. 1995), Depressivität, allgemeine Körperbeschwerden (von Zerssen, 1976a und b) und Zustandsängste (State-Form, STAI, Laux et al., 1981) (Untersuchungsgruppe II)
 Erhebungszeitpunkt 1: wenige Wochen nach der Fehlgeburt ($n=232$)
 Erhebungszeitpunkt 2: 6 Monate nach der Fehlgeburt ($n=143$)
 Erhebungszeitpunkt 3: 12 Monate nach der Fehlgeburt ($n=58$)
 Erhebungszeitpunkt 4: 1. Trimenon der neuen Schwangerschaft ($n=80$)

Frauen mit wiederholten Fehlgeburten zeigen einige Wochen nach dem Verlust ausgeprägtere allgemeine Körperbeschwerden ($U=3888,500$, $p=0,017$) sowie eine ausgeprägtere Gesamttrauer ($U=3652,500$, $p=0,004$) und Depressivität ($U=3651,000$, $p=0,003$) als Frauen nach einer ersten

³³ Die Werte der Untersuchungsgruppe II wurden mit den Werten der Eichstichprobe der Depressivitäts-Skala ($n=1693$ gesunde Männer und Frauen) und der Beschwerden-Liste ($n=1761$ gesunde Männer und Frauen) verglichen (von Zerssen, 1976a und b).

³⁴ Vergleichsstichprobe sind $n=748$ Frauen zwischen 30 und 59 Jahren (Laux et al., 1981).

³⁵ Vergleichsstichproben sind $n=948$ Frauen der Normalbevölkerung zwischen 20 und 64 Jahren im Falle der Depressivitäts-Skala und $n=988$ Frauen gleichen Alters im Falle der Beschwerden-Liste (von Zerssen, 1976 a und b).

Fehlgeburt. Keine Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen bestehen hinsichtlich der Zustandsängste ($U=4214,000$, $p=0,102$).

Die mittleren Werte der Gesamttrauer (vgl. 5.2.1.3) nehmen zwischen den Erhebungszeitpunkten I und II deutlich ab. Die Depressivitätswerte und allgemeinen Körperbeschwerden steigen innerhalb des ersten halben Jahres nach der Fehlgeburt deutlich an und fallen zwischen einem halben und einem Jahr nach der Fehlgeburt wiederum deutlich ab. Die durchschnittlichen Werte der Zustandsängste weisen keine zeitlichen Veränderungen innerhalb eines Jahres nach der Fehlgeburt auf (Anhang D, Tabelle Tabelle 48).

5.2.1.2 Ursachezuschreibungen nach der Fehlgeburt

Nur 55 (16,1%) der 342 befragten Frauen geben an, dass ihnen von ihrem behandelnden Arzt eine Ursache für die Fehlgeburt genannt werden konnte. 23 dieser Frauen wurden Ursachen allgemeinerer Natur wie „Fehlgeburten kommen häufig vor“ oder „Alter“ genannt. 15 Frauen wurden chromosomale Störungen als Ursache für den Abort genannt und weiteren neun Frauen hormonelle, infektiöse oder immunologische Ursachen.

Die Frauen wurden zum ersten Befragungszeitpunkt wenige Wochen nach der Fehlgeburt gebeten, ihr subjektives Urteil über die Wahrscheinlichkeit infrage kommender Ursachen auf einer 6-stufigen Rating-Skala anzugeben (Fragebogen zur Attribution der Fehlgeburt). Am häufigsten führen die Frauen ihre Fehlgeburt auf natürliche Regulationsprozesse zurück ($M=4,1904$, $sd=1,179$), gefolgt von den Attributionsmustern „Stress in der Schwangerschaft“ ($M=2,982$, $sd=1,451$) und „Schulduweisungen an die eigene Person“ ($M=2,241$, $sd=1,302$). Eher seltener wird der behandelnde Arzt oder das medizinische Personal für die Fehlgeburt verantwortlich gesehen ($M=1,521$, $sd=0,997$). Frauen mit *wiederholten Fehlgeburten* ($n=56$) unterscheiden sich in ihren Ursachezuschreibungen nicht von Frauen mit einer ersten Fehlgeburt (Regulativ Natur: $U=4185,000$, $p=0,100$; Stress in der Schwangerschaft: $U=4842,000$, $p=0,894$; eigene Person: $U=4185,500$, $p=0,096$; Arzt/medizinisches Personal: $U=4677,500$, $p=0,531$).

5.2.1.3 Trauer nach der Fehlgeburt

Die Trauersymptomatik bzw. Trauerprozesse der Frauen wurden zu allen drei Erhebungszeitpunkten der Untersuchung erfasst (wenige Wochen sowie ein halbes und ein Jahr nach der Fehlgeburt). Gemessen mit der Münchner Trauerskala geben die Frauen zum Erhebungszeitpunkt 1 häufiger „Verlustangst“ ($M=3,304$, $sd=1,020$), „Traurigkeit“ ($M=2,905$, $sd=0,956$) und „Sinnsuche“ ($M=2,868$, $sd=0,971$) an, seltener „Ärger“ ($M=1,624$, $sd=0,847$) und „schuldhaftes Verarbeitung“ ($M=1,611$, $sd=0,796$). Bei Frauen mit *wiederholten Fehlgeburten* lassen sich stärkere Traurigkeit, Verlustangst und depressive Verarbeitung beobachten als bei Frauen mit einer ersten Fehlgeburt (Traurigkeit: $U=3978,000$, $p=0,030$; Verlustangst: $U=3803,500$,

$p=0,010$; schuldhafte Verarbeitung: $U=3797,000$, $p=0,008$; Ärger: $U=4146,000$, $p=0,061$; Sinnsuche: $U=4843,000$, $p=0,845$).

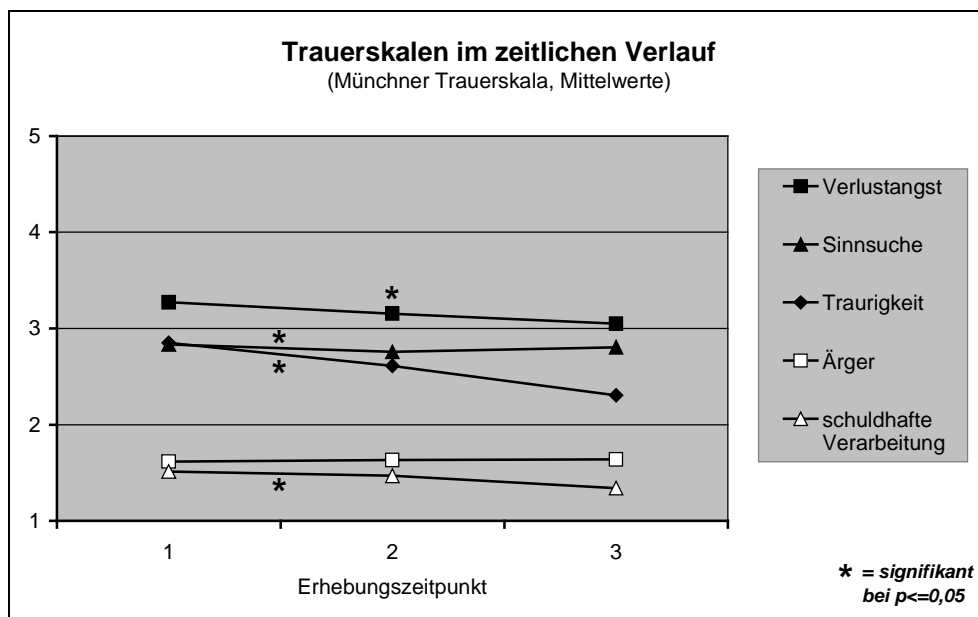


Abbildung 4: Trauer nach der Fehlgeburt im zeitlichen Verlauf (mittlere Werte der Skalen der Münchener Trauerskala (Beutel et al. 1995; Untersuchungsgruppe II))
 Erhebungszeitpunkt 1: wenige Wochen nach der Fehlgeburt ($n=232$)
 Erhebungszeitpunkt 2: 6 Monate nach der Fehlgeburt ($n=143$)
 Erhebungszeitpunkt 3: 12 Monate nach der Fehlgeburt ($n=58$)
 Erhebungszeitpunkt 4: 1. Trimenon der neuen Schwangerschaft ($n=80$)

Die mittleren Werte der Skalen „Traurigkeit“, „schuldhafte Verarbeitung“ und „Sinnsuche“ fallen innerhalb eines halben Jahres signifikant ab, die Werte der Skala „Verlustangst“ innerhalb eines Jahres (Abbildung 4), genaue Angaben zu den mittleren Werten, Standardabweichungen, Testgrößen und Signifikanzniveaus sind in Anhang D, Tabelle 49 enthalten.

5.2.1.4 Bewältigungsmuster nach der Fehlgeburt

Bewältigungsmuster nach der Fehlgeburt wurden mit einer modifizierten Fassung des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung zu den Erhebungszeitpunkten 1, 2 und 3 erhoben.

Wenige Wochen nach der Fehlgeburt sind bei den Frauen am häufigsten „Ablenkung und Selbstaufbau“ ($M=3,549$, $sd=1,012$) und „aktives Coping“ ($M=3,470$, $sd=1,144$) zu beobachten, etwas seltener „depressive Verarbeitung“ ($M=2,477$, $sd=1,027$) und „Bagatellisierung und Wunschenken“ ($M=2,337$, $sd=1,197$) (Abbildung 5). Frauen nach einer *wiederholten Fehlgeburt* zeigen häufiger Bewältigungsstrategien der „depressiven Verarbeitung“ und des „Bagatellisierens und Wunschenkens“ als Frauen nach einer ersten Fehlgeburt (Depressive Verarbeitung: $U=3995,500$, $p=0,033$; aktives Coping: $U=4354,000$, $p=0,189$; Ablenkung und Selbstaufbau: $U=4792,000$, $p=0,756$; Bagatellisierung und Wunschenken: $U=3671,500$, $p=0,004$).

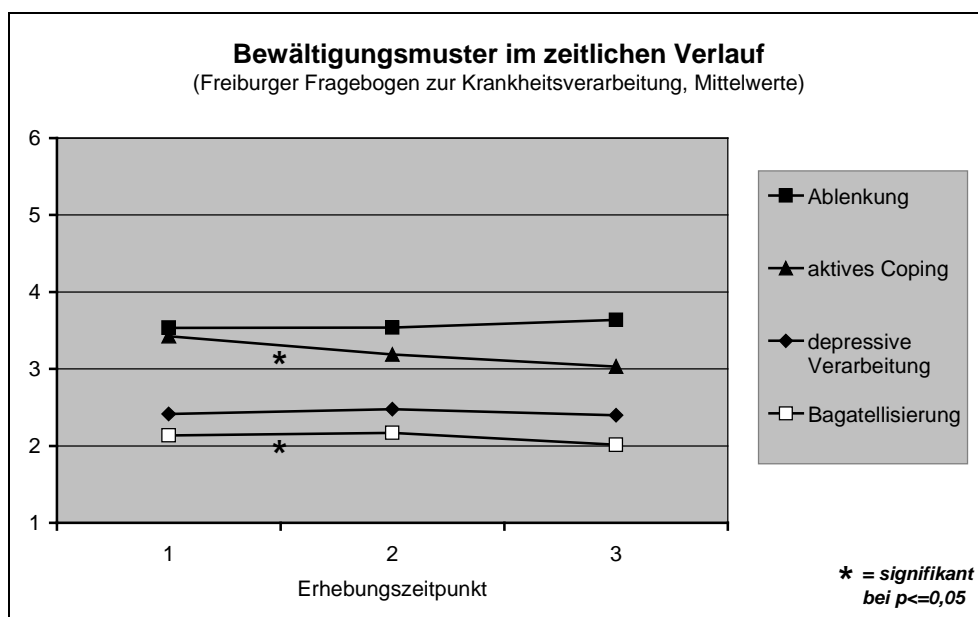


Abbildung 5: Bewältigung nach der Fehlgeburt im zeitlichen Verlauf (mittlere Werte der Skalen des FKV (Muthny, 1989, modifiziert); Untersuchungsgruppe II)
 Erhebungszeitpunkt 1: wenige Wochen nach der Fehlgeburt (n=232)
 Erhebungszeitpunkt 2: 6 Monate nach der Fehlgeburt (n=143)
 Erhebungszeitpunkt 3: 12 Monate nach der Fehlgeburt (n=58)
 Erhebungszeitpunkt 4: 1. Trimenon der neuen Schwangerschaft (n=80)

Im Vergleich zum ersten Erhebungszeitpunkt geben die Frauen zum Erhebungszeitpunkt 2 ein halbes Jahr nach der Fehlgeburt weniger „aktives, problemorientiertes Coping“, jedoch häufiger „Bagatellisierung und Wunschdenken“ an (Abbildung 5). Die Skalen „depressive Verarbeitung“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“ zeigen keine bedeutsame Variation über den Zeitraum von einem Jahr (Anhang D, Tabelle 50).

5.2.2 Trauerverläufe nach der Fehlgeburt

In Hypothese 1 wird angenommen, dass verschiedene Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt eng mit verschiedenen Trauerverläufen assoziiert sind. Eine pathologische oder chronische Trauer nach einer Fehlgeburt wird im allgemeinen durch eine anhaltende Symptomatik v. a. in Form ausgeprägter Trauer und Depressivität noch sechs Monate nach der Fehlgeburt und länger definiert (Deckard et al., 1994). Gesunde oder aktive Trauerverläufe sind hingegen durch ein Abklingen der Symptomatik innerhalb dieses Zeitraumes definiert.

In unseren Analysen werden die einzelnen Trauerverläufe in Anlehnung an die Definition von Deckard et al. (1994) dann als pathologisch kategorisiert, wenn noch sechs Monate nach der Fehlgeburt eine klinisch relevante Symptomatik (Körperbeschwerden, Ängste, Depressivität und Trauersymptome) besteht, sonst sprechen wir von einem „unauffälligen Verlauf“. Dem Vorgehen der Autoren folgend, wird eine klinisch auffällige Symptomatik dann angenommen, wenn zum Erhebungszeitpunkt II (ein halbes Jahr nach der Fehlgeburt) der mittlere Wert der

Depressivitäts-Skala oder der Beschwerden-Liste der einzelnen Teilnehmerin über dem Mittelwert einer psychiatrischen Vergleichsgruppe liegt. Der mittlere Wert der Depressivitäts-Skala muss demnach einen Wert von 1,36, der mittlere Wert der Beschwerden-Liste einen Wert von 1,31 überschreiten, damit eine Frau der Kategorie „pathologische Trauer“ zugeordnet wird (siehe von Zerssen, 1976a, S. 22 und 1976b, S. 13). Im Falle der mittleren Trauerwerte (Gesamttrauer, gemessen mit der Münchner Trauerskala) wurden Mittelwert und Standardabweichung der Untersuchungsstichprobe II zum Erhebungszeitpunkt I wenige Wochen nach der Fehlgeburt zugrunde gelegt ($M=2,513$, $sd=0,669$). Weist eine Frau zum zweiten Erhebungszeitpunkt einen mittleren Gesamttrauerwert $\geq 3,182$ auf, so wird sie ebenfalls der Kategorie „pathologischer Trauerverlauf“ zugeordnet.

Aus inhaltlichen Gründen – die klinische Bedeutsamkeit der mit der State-Form des STAI gemessenen Angstwerte kann schwer beurteilt werden – wird eine Angstsymptomatik zum Erhebungszeitpunkt II nicht in die Definition pathologischer Trauer eingeschlossen.

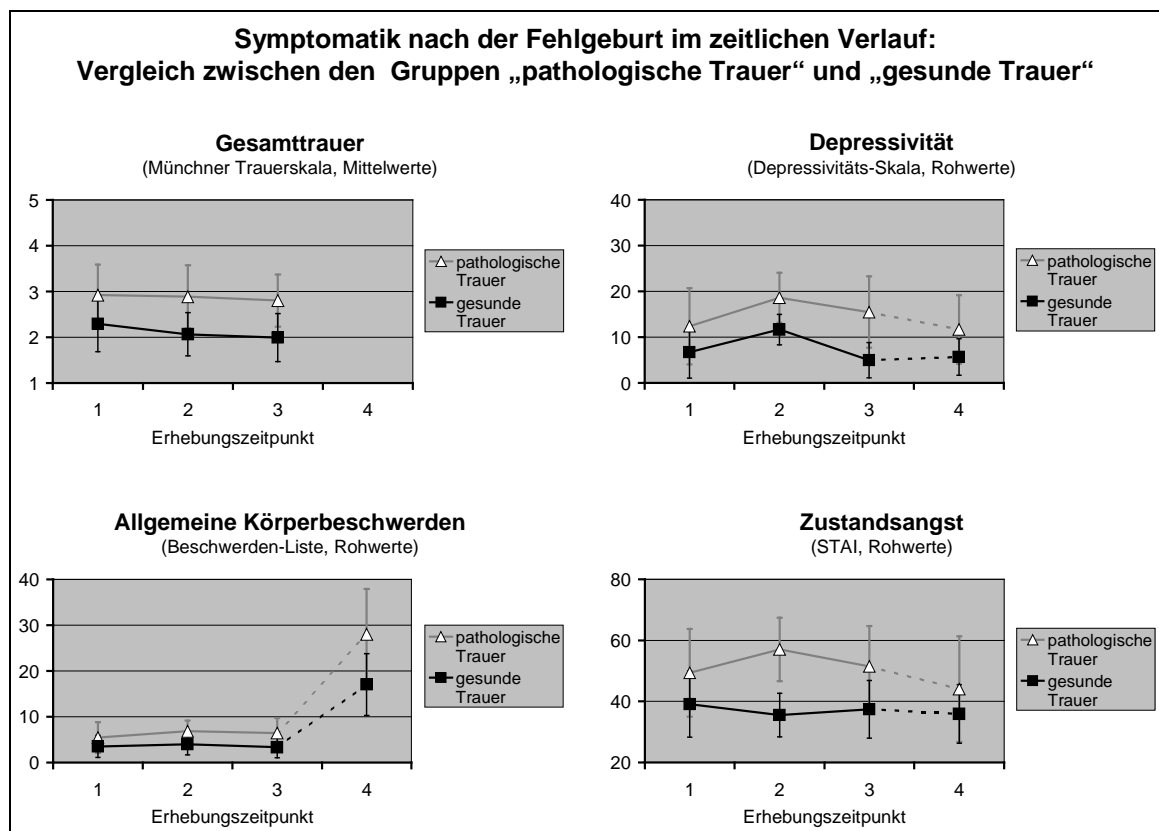


Abbildung 6: Zeitlicher Verlauf von Trauer, Depressivität, Körperbeschwerden und Zustandsängsten nach der Fehlgeburt in den Gruppen „Unauffällige“ und „pathologische Trauer“ (Untersuchungsgruppe II)

Erhebungszeitpunkt 1: wenige Wochen nach der Fehlgeburt ($n=232$)

Erhebungszeitpunkt 2: 6 Monate nach der Fehlgeburt ($n=143$)

Erhebungszeitpunkt 3: 12 Monate nach der Fehlgeburt ($n=58$)

Erhebungszeitpunkt 4: 1. Trimenon der neuen Schwangerschaft ($n=80$)

Keine der befragten Frauen weist 6 Monate nach der Fehlgeburt klinisch auffällige Körperbeschwerden auf (Beschwerden-Liste $B_L \geq 1,31$). Insgesamt 25 der 143 zu Erhebungszeitpunkt II befragten Frauen zeigen klinisch auffällige Werte in der Münchner Trauerskala ($MTS \geq 3,182$) und/oder der Depressivitäts-Skala ($D_S \geq 1,36$). Bei insgesamt 17,4% der untersuchten Frauen sind pathologische Trauerverläufe mit einer ausgeprägten depressiven oder Trauersymptomatik noch ein halbes Jahr nach der Fehlgeburt zu beobachten. Beutel et al. (1992) berichten in ihrer Studie in 20% der Fälle pathologische Trauerverläufe.

Frauen, die nach der oben beschriebenen Definition eine pathologische Trauer entwickelten, weisen noch ein Jahr nach dem Schwangerschaftsverlust (Erhebungszeitpunkt 3) ausgeprägtere körperliche und psychische Symptome in Form von allgemeinen Körperbeschwerden ($U=1190,500$, $p=0,001$), depressiven ($U=1129,000$, $p<0,001$), Angst- ($U=1222,500$, $p=0,010$) und Trauersymptomen ($U=1156,500$, $p<0,001$) auf als unauffällige Frauen. Der zeitliche Verlauf der Symptomatik für die Gruppen „pathologische Trauer“ ($n=25$) und „Unauffällige“ ($n=118$) ist in Abbildung 6 dargestellt.

In einer neuen Schwangerschaft unterscheiden sich Frauen mit „pathologischer Trauer“ von Frauen ohne auffällige Symptomatik hinsichtlich der Ausprägung der Depressivität ($U=30,500$, $p=0,021$), nicht jedoch hinsichtlich der Zustandsängste ($U=47,000$, $p=0,110$) und allgemeinen Körperbeschwerden ($U=63,000$, $p=0,355$).

Frauen mit *wiederholten Schwangerschaftsverlusten* scheinen gegenüber Frauen mit einer ersten Fehlgeburt kein erhöhtes Risiko zu haben, einen pathologischen Trauerverlauf zu entwickeln ($\chi^2=0,224$, $df=1$, $p=0,616$).

5.2.3 Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt

Die mittleren Werte der Skalen der Münchner Trauerskala, des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung und des Fragebogens zur Attribution der Fehlgeburt werden gemeinsam einer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) unterzogen mit dem Ziel, den Merkmalsausprägungen zugrunde liegende Verarbeitungsmuster zu extrahieren. Der Bartlett-Test weist alle Variablen als geeignet aus, in die Analyse einzugehen ($KMO=0,858$ ³⁶; Bartlett-Test: $\chi^2=1183,294$, $df=78$, $p=0,000$ ³⁷). Im Ergebnis der durchgeführten Analyse erhält man 3 Faktoren mit Eigenwerten > 1 , die zusammen 50,070% der Gesamtvarianz aufklären. Tabelle 27 enthält die Faktorladungen der einzelnen Variablen, die Eigenwerte der Faktoren und den prozentualen Anteil der Faktoren an der Aufklärung der Gesamtvarianz.

³⁶ Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium.

³⁷ Der Bartlett-Test auf Sphärizität testet die Nullhypothesen, dass die Korrelationen zufällig entstanden sind und alle Korrelationskoeffizienten einen Wert von 0 haben.

Tabelle 27: Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt: Rotierte Faktormatrix, Eigenwerte und Varianzaufklärung der Faktoren, Faktorladungen der einzelnen Variablen (Untersuchungsgruppe I (n=232), Methode: Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, die fett gekennzeichneten Variablen werden jeweils zur Interpretation des Faktors hinzugezogen)

	Faktor		
	1 <i>depressive Verarbeitung</i> (Eigenwert=2,542, Anteil an Gesamtvarianz= 19,552%) Faktorladung a	2 <i>pessimistisch-traurige Verarbeitung</i> (Eigenwert=2,420, Anteil an Gesamtvarianz= 18,616%) Faktorladung a	3 <i>aktive Auseinandersetzung</i> (Eigenwert=1,547, Anteil an Gesamtvarianz= 11,902%) Faktorladung a
Attribution: Merkmale der eigenen Person	0,804	0,241	0,067
FKV: Depressive Verarbeitung	0,610	0,483	0,091
Attribution: Stress in der Schwangerschaft	0,586	0,129	0,061
Münchener Trauerskala: Ärger	0,578	0,348	-0,038
Attribution: Arzt/ medizinisches Personal	0,326	0,252	0,051
Münchener Trauerskala: Traurigkeit	0,253	0,744	0,163
Münchener Trauerskala: Verlustangst	0,375	0,704	0,060
Münchener Trauerskala: schuldhafte Verarbeitung	0,503	0,646	-0,046
FKV: Bagatellisierung und Wunschdenken	0,465	0,534	0,030
FKV: Ablenkung und Selbstaufbau	0,196	-0,078	0,816
FKV: Aktives Coping	-0,018	0,128	0,671
Münchener Trauerskala: Sinnsuche	0,081	0,227	0,449
Attribution: Regulativ Natur	-0,142	-0,320	0,419

Frauen, die hohe Merkmalsausprägungen auf dem ersten Faktor – *depressive Verarbeitung* genannt – haben, nehmen starke Schuldzuweisungen an sich selbst, das eigene Schicksal oder psychischen Stress vor. Sie weisen weitere depressive Symptome wie Grübelei, Gereiztheit, Wertlosigkeitsgefühle und sozialen Rückzug auf. Der Schwangerschaftsverlust wird von diesen Frauen bagatellisiert und verleugnet.

Der zweite Faktor unterscheidet sich vom ersten Faktor v.a. durch eine ausgeprägte Traurigkeit nach dem Verlust. Hinzu kommen starke Ängste vor erneuten Schwangerschaftsverlusten, Pessimismus, Neid auf andere Schwangere oder Mütter, Selbstvorwürfe und weitere depressive Symptome. Dieses Verarbeitungsmuster wird deshalb *pessimistisch-traurige Verarbeitung* genannt.

Frauen, die hohe Werte auf dem dritten Faktor - der *aktiven Auseinandersetzung* - aufweisen, setzen sich aktiv mit dem Schwangerschaftsverlust auseinander. Sie suchen Information über Fehlgeburten und den Rat ihres behandelnden Arztes. Sie überlegen, was sie verändern könnten und versuchen, dem Ereignis einen Sinn zu geben. Darüber hinaus unternehmen sie Versuche, sich selbst aufzubauen, indem sie nach Selbstbestätigung suchen oder sich an ihren Partner oder andere Bezugspersonen wenden. Attributionen auf natürliche Regulationsprozesse sind typisch für dieses Verarbeitungsmuster.

5.2.3.1 Faktoren, die den Verarbeitungsmodus nach der Fehlgeburt mitbestimmen

Über die Methode der linearen Regressionsanalyse soll der Einfluss von Kontrollvariablen auf die einzelnen Verarbeitungsmuster geprüft werden. Tabelle 28 gibt das Regressionsmodell für die Zielvariable „*Depressive Verarbeitung der Fehlgeburt*“ wieder.

Tabelle 28: *Regressionsmodell für die Zielvariable „Depressive Verarbeitung nach der Fehlgeburt“ (Untersuchungsgruppe II (n=232), lineare Regressionsanalyse, Methode: Einschluss)*

Vorhersage von „Depressive Verarbeitung der Fehlgeburt“ ($R^2=0,374$, $F=8,793$, $df1=10$, $df2=142$, $p<0,001$)					
Prädiktor	Standardisierter Regressionskoeffizient Beta	T	Irrtumswahrscheinlichkeit p	Toleranz	VIF (Variance inflation factor)
Konstante		4,684	p<0,001		
Kinder (ja/nein)	-0,292	-3,990	p<0,001	0,781	1,281
Schwangerschaft war geplant (ja/nein)	0,012	0,167	p=0,868	0,849	1,178
Alter	-0,050	-0,690	p=0,491	0,819	1,222
Erwerbstätigkeit (ja/nein)	-0,079	-1,110	p=0,269	0,832	1,201
Unterstützung durch den Partner	-0,372	-5,248	p<0,001	0,848	1,179
Psychische Vorerkrankung (ja/nein)	0,186	2,638	p=0,009	0,865	1,156
Rezidivierende/ habituelle Aborte (ja/nein)	0,095	1,391	p=0,166	0,936	1,068
Interruptio (ja/nein)	0,134	1,916	p=0,057	0,873	1,145
Belastung durch Tod von Angehörigen/ Freunden (ja/nein)	0,106	1,551	p=0,123	0,899	1,112
Belastung durch Trennung/ Scheidung (ja/nein)	0,196	2,732	p=0,007	0,820	1,220

Die Variablen „Kinder“, „psychische Vorerkrankung“, „Partnerunterstützung“ und „Belastung durch Trennung/Scheidung“ üben einen signifikanten Einfluss auf die Zielvariable aus. Eine depressive Verarbeitung der Fehlgeburt ist bei den Frauen wahrscheinlicher, die sich durch ihren Partner nicht ausreichend unterstützt fühlen und die noch kinderlos sind, bei Frauen, die noch unter einer Trennung oder Scheidung vom Partner leiden und bei Frauen, die bereits in der Vergangenheit schon einmal psychisch erkrankt waren. Dabei sagen das Fehlen eigener Kinder und eine schlechte Unterstützung durch den Partner eine depressive Verarbeitung am ehesten

voraus (Stärke und Richtung des Einflusses der Prädiktorvariablen auf die Zielvariablen werden durch den standardisierten Regressionskoeffizienten Beta angezeigt).

Tabelle 29: Regressionsmodell für die Zielvariable „Pessimistisch-traurige Verarbeitung nach der Fehlgeburt“ (Untersuchungsgruppe II (n=232), lineare Regressionsanalyse, Methode: Einschluss)

Vorhersage von „Pessimistisch-traurige Verarbeitung der Fehlgeburt“ ($R^2=0,150$, $F=2,593$, $df1=9$, $df2=143$, $p=0,006$)					
Prädiktor	Standardisierter Regressionskoeffizient Beta	T	Irrtumswahrscheinlichkeit p	Toleranz	VIF (Variance inflation factor)
Konstante		1,785	p=0,076		
Kinder (ja/nein)	0,128	1,498	p=0,136	0,781	1,281
Schwangerschaft war geplant (ja/nein)	0,086	1,042	p=0,299	0,849	1,178
Alter	-0,177	-2,108	p=0,037	0,819	1,222
Erwerbstätigkeit (ja/nein)	0,036	0,436	p=0,663	0,832	1,201
Unterstützung durch den Partner	-0,137	-1,662	p=0,099	0,848	1,179
Psychische Vorerkrankung (ja/nein)	0,043	0,528	p=0,598	0,865	1,156
Rezidivierende/ habituelle Aborte (ja/nein)	0,193	2,415	p=0,017	0,936	1,068
Interruptio (ja/nein)	-0,068	-0,834	p=0,406	0,873	1,145
Belastung durch Tod von Angehörigen/ Freunden (ja/ nein)	0,168	2,106	p=0,037	0,899	1,112
Belastung durch Trennung/ Scheidung (ja/nein)	-0,001	-0,018	p=0,986	0,820	1,220

Tabelle 30: Regressionsmodell für die Zielvariable „Aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt“ (Untersuchungsgruppe II (n=232), lineare Regressionsanalyse, Methode: Einschluss)

Vorhersage von „Aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt“ ($R^2=0,130$, $F=2,190$, $df1=9$, $df2=143$, $p=0,021$)					
Prädiktor	Standardisierter Regressionskoeffizient Beta	T	Irrtumswahrscheinlichkeit p	Toleranz	VIF (Variance inflation factor)
Konstante		-3,695	p<0,001		
Kinder (ja/nein)	0,117	1,354	p=0,178	0,781	1,281
Schwangerschaft war geplant (ja/nein)	0,094	1,121	p=0,264	0,849	1,178
Alter	0,014	0,163	p=0,871	0,819	1,222
Erwerbstätigkeit (ja/nein)	0,136	1,609	p=0,110	0,832	1,201
Unterstützung durch den Partner	0,253	3,025	p=0,003	0,848	1,179
Psychische Vorerkrankung (ja/nein)	0,057	0,684	p=0,495	0,865	1,156
Rezidivierende/ habituelle Aborte (ja/nein)	0,036	0,442	p=0,695	0,936	1,068
Interruptio (ja/nein)	0,070	0,848	p=0,398	0,873	1,145
Belastung durch Tod von Angehörigen/ Freunden (ja/nein)	0,023	0,279	p=0,781	0,899	1,112
Belastung durch Trennung/ Scheidung (ja/nein)	0,159	1,850	p=0,066	0,820	1,220

Frauen reagieren eher mit Mustern der *pessimistisch-traurigen Verarbeitung* auf eine Fehlgeburt, wenn sie bereits zum wiederholten Male einen Abort erlitten hatten oder noch durch den

Tod von Angehörigen oder Freunden belastet waren (Tabelle 29). Außerdem scheint ein jüngeres Alter diesen Verarbeitungsstil wahrscheinlicher zu machen.

Eine *aktive Auseinandersetzung* mit dem Schwangerschaftsverlust wird durch eine – von den Frauen subjektiv wahrgenommene – gute Unterstützung durch den Partner vorhergesagt (Tabelle 30).

5.2.3.2 Adaptivität der Verarbeitungsmuster hinsichtlich des Trauerverlaufs

Mit einer logistischen Regressionsanalyse soll die Fragestellung überprüft werden, ob sich der weitere Trauerverlauf (unauffällig vs. pathologische Trauer) aus den wenige Wochen nach der Fehlgeburt zu beobachtenden Verarbeitungsmustern vorhersagen lässt. Tabelle 31 gibt die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse für die binäre Zielvariable „unauffällige vs. pathologische Trauer“ wieder. Als Prädiktoren gehen neben den drei unmittelbar nach der Fehlgeburt beobachteten Verarbeitungsmodi die Kontrollvariablen „Geplantheit der Schwangerschaft“, „Erwerbsstatus“ und „frühere Schwangerschaftsunterbrechungen“ in das Regressionsmodell ein. Auf weitere Kontrollvariablen, die theoretischen Überlegungen zufolge den Trauerverlauf beeinflussen (Alter, Unterstützung durch den Partner, psychische Vorerkrankung, frühere Fehlgeburten) muss verzichtet werden, da diese Variablen, wie oben dargestellt, einen starken Einfluss auf die jeweiligen Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt ausüben und das Prinzip der Vermeidung von Kollinearität (lineare Zusammenhänge zwischen den Prädiktoren) nicht gewährleistet wäre.

Tabelle 31: Regressionsmodell für die Zielvariable „unauffällige vs. pathologische Trauer“ nach der Fehlgeburt (Untersuchungsgruppe II (n=232), binär-logistische Regressionsanalyse, Methode: Einschluss, Signifikanzprüfung der Regressionskoeffizienten über den Wald-Test)

Vorhersage von „unauffällige vs. pathologischer Trauer“ 6 Monate nach der Fehlgeburt ($R^2=0,393$ (Nagelkerkes), $-2 \text{ Log Likelihood}=76,404$, $\text{Chi}^2=29,960$, $\text{df}=6$, $p<0,001$)			
Prädiktor	Regressionskoeffizient Beta	Irrtumswahrscheinlichkeit p	Exp (B) (Odd's Ratio)
Konstante	-2,037	p=0,009	0,130
Depressive Verarbeitung	1,097	p=0,004	2,997
Pessimistisch-traurige Verarbeitung	1,624	p=0,001	5,073
Aktive Auseinandersetzung	-0,029	p=0,945	0,972
Schwangerschaft war geplant (ja/nein)	0,059	p=0,945	1,061
Erwerbstätigkeit (ja/nein)	-1,361	p=0,182	0,256
Interruptio (ja/nein)	-0,145	p=0,860	0,130

Die wenige Wochen nach der Fehlgeburt beobachteten Muster der depressiven und pessimistisch-traurigen Verarbeitung üben einen statistisch bedeutsamen Einfluss auf den weiteren Trauerverlauf aus. Frauen, die den Schwangerschaftsverlust überwiegend in depressiver oder pessimistisch-trauriger Form bewältigen, haben ein um ein rund Drei- bis Fünffaches erhöhtes

Risiko, eine pathologische Trauer mit anhaltender depressiver bzw. Trauersymptomatik sechs Monate nach der Fehlgeburt zu entwickeln (vgl. Tabelle 31, Spalte 4). Der Modus der aktiven Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt scheint keine Vorhersagekraft für den weiteren Trauerverlauf zu besitzen. Die Geplantheit der Schwangerschaft, eine Erwerbstätigkeit der Frauen und vorausgegangene Schwangerschaftsabbrüche spielen hinsichtlich der untersuchten Trauerverläufe eine untergeordnete Rolle.

Einschränkend muss angemerkt werden, dass die Vorhersagekraft des Regressionsmodells für die Vorhersage pathologischer Trauer als unbefriedigend beurteilt wird. Mit dem Modell werden zwar 94,0% der Frauen mit einem unauffälligen Trauerverlauf tatsächlich auch der Gruppe „unauffällige Trauer“ zugeordnet. Es werden jedoch nur 50,0% der Frauen, die einen pathologischen Trauerverlauf aufweisen, der Gruppe „pathologische Trauer“ zugeordnet. Die Gesamt-Trefferquote des Modells beträgt 87,0%. Die hohe Fehlerquote in der Gruppe der pathologischen Trauer ist durch methodische Probleme verursacht, die sich durch die asymmetrische Aufteilung der befragten Frauen auf die Gruppen unauffällige (n=107) und pathologische Trauer (n=25) ergeben. Ein Stichprobenumfang von n=25 ist nicht ausreichend, um den Einfluss von sechs Prädiktoren statistisch zu prüfen. Das hat zur Konsequenz, dass mit dem hier dargestellten Regressionsmodell zwar ein bedeutsamer Einfluss der Merkmale „depressive Verarbeitung“ und „pessimistisch-traurige Verarbeitung“ auf den Trauerverlauf nachgewiesen werden kann. Das Modell lässt aber keine Vorhersage darüber zu, ob die Frauen mit hohen Merkmalsausprägungen dieser Variablen (bzw. geringer Ausprägung des Merkmals Erwerbstätigkeit) auch tatsächlich eine pathologische Trauer entwickeln.

5.2.4 Zusammenfassung der bisher dargestellten Ergebnisse

Wenige Wochen nach einer Fehlgeburt können folgende Verarbeitungsmuster bei den befragten Frauen beobachtet werden: eine depressive Verarbeitung des Verlustes mit Selbstvorwürfen, depressiven Symptomen und einer Verleugnung des Verlustes. Dieser Verarbeitungstyp ist häufiger bei Frauen anzutreffen, die kinderlos sind, eine psychische Erkrankung im Vorfeld angeben und über eine mangelhafte Unterstützung durch ihren Partner klagen. Eine pessimistisch-traurige Verarbeitung zeichnet sich durch ausgeprägte Traurigkeit, Schuldgefühle, Pessimismus und Neid aus. Dieser Verarbeitungsmodus ist bevorzugt bei Frauen zu beobachten, die entweder schon mehrere aufeinander folgende Aborte erlitten hatten oder die in jüngerer Vergangenheit mit dem Tod von nahe stehenden Angehörigen oder Freunden konfrontiert waren. Eine aktive Auseinandersetzung mit dem Verlust lässt sich v. a. durch Versuche der Ablenkung und des Selbstaufbaus und die Suche nach emotionaler Unterstützung beschreiben. Diese Form der Verarbeitung wird bei einer guten Unterstützung durch den Partner wahrscheinlicher.

17,4% der Frauen der Untersuchungsgruppe entwickeln pathologische Trauerverläufe mit einer noch sechs Monate nach dem Verlust bestehenden klinisch auffälligen Symptomatik in Form von depressiven Störungen oder Trauersymptomen. Frauen, die nach einer Fehlgeburt Verarbeitungsmuster in Form der beschriebenen depressiven und pessimistisch-traurigen Verarbeitung zeigen, haben ein erhöhtes Risiko, einen pathologischen Trauerprozess mit sich etablierender chronischer Symptomatik zu entwickeln.

5.3 Die neue Schwangerschaft

Von den 342 teilnehmenden Frauen (Untersuchungsgruppe I) wurden insgesamt 142 Frauen (43%) im Untersuchungszeitraum erneut schwanger. Für das erste Schwangerschaftstrimenon liegen Daten von 108 Frauen der Untersuchungsgruppe und 69 Frauen der Vergleichs- bzw. Kontrollgruppe vor.

5.3.1 Zeitpunkt einer neuen Schwangerschaft

Eine neue Schwangerschaft trat im Durchschnitt nach 8 Monaten ein ($M=35,672$ Wochen, $sd=17,047$ Wochen). Ein Einfluss der Verarbeitungsmuster „depressive Verarbeitung“, „pessimistisch-traurige Verarbeitung“ und „aktive Auseinandersetzung“ auf den Zeitpunkt einer neuen Schwangerschaft kann mittels linearer Regressionsanalyse unter Berücksichtigung der Kontrollvariablen „Alter“, „frühere Schwangerschaftsunterbrechungen“ und „Erwerbstätigkeit“ nicht nachgewiesen werden ($R^2=0,172$, $F=1,349$, $df=6$, $p=0,259$).

5.3.2 Symptomatik im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft

5.3.2.1 Gruppenvergleiche

Hypothese 2a und 2b:

Schwangere mit einer bzw. mehreren vorangegangenen Fehlgeburten weisen in den ersten Wochen einer erneuten Schwangerschaft eine gegenüber anamnestisch nicht belasteten Schwangeren erhöhte körperliche und psychische Symptomatik auf. Frauen mit rezidivierenden und habituellen Aborten sind in einer neuen Schwangerschaft stärker durch psychische und körperliche Symptome belastet als Frauen nach einer ersten Fehlgeburt.

Diese Hypothese, die anhand der Daten der Schwangeren der Untersuchungsgruppe I ($n=80$) und der Kontrollgruppe I ($n=69$) geprüft wird, lässt sich zum Teil bestätigen. Frauen mit Fehlgeburtsgeschichte leiden im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft unter signifikant ausgeprägteren schwangerschaftsbezogenen Ängsten als anamnestisch nicht belastete Schwangere ($U=2691,500$, $p=0,002$,) (Abbildung 7). Hinsichtlich der Ausprägung von situativen Ängs-

ten, allgemeinen Körperbeschwerden und depressiven Symptomen unterscheiden sich die Gruppen nicht voneinander ($U=3193,500$, $p=0,145$ für Zustandsangst, $U=3232,500$, $p=0,137$ für allgemeine Körperbeschwerden und $U=3587,000$, $p=0,675$ für Depressivität). Frauen mit Abortanamnese haben darüber hinaus ein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen in Form von Blutungen ($\chi^2=5,609$, $df=1$, $p=0,019$; relatives Risiko $RR=2,833$) und klagen signifikant häufiger über Schwangerschaftsbeschwerden wie Übelkeit, leichtes Erbrechen, Müdigkeit, Schwindel und Erschöpfung ($\chi^2=18,549$, $df=1$, $p=0,000$; $RR=1,579$). Die Häufigkeit des Auftretens einzelner Schwangerschaftskomplikationen und Schwangerschaftsbeschwerden ist Tabelle 32, Seite 114 zu entnehmen.

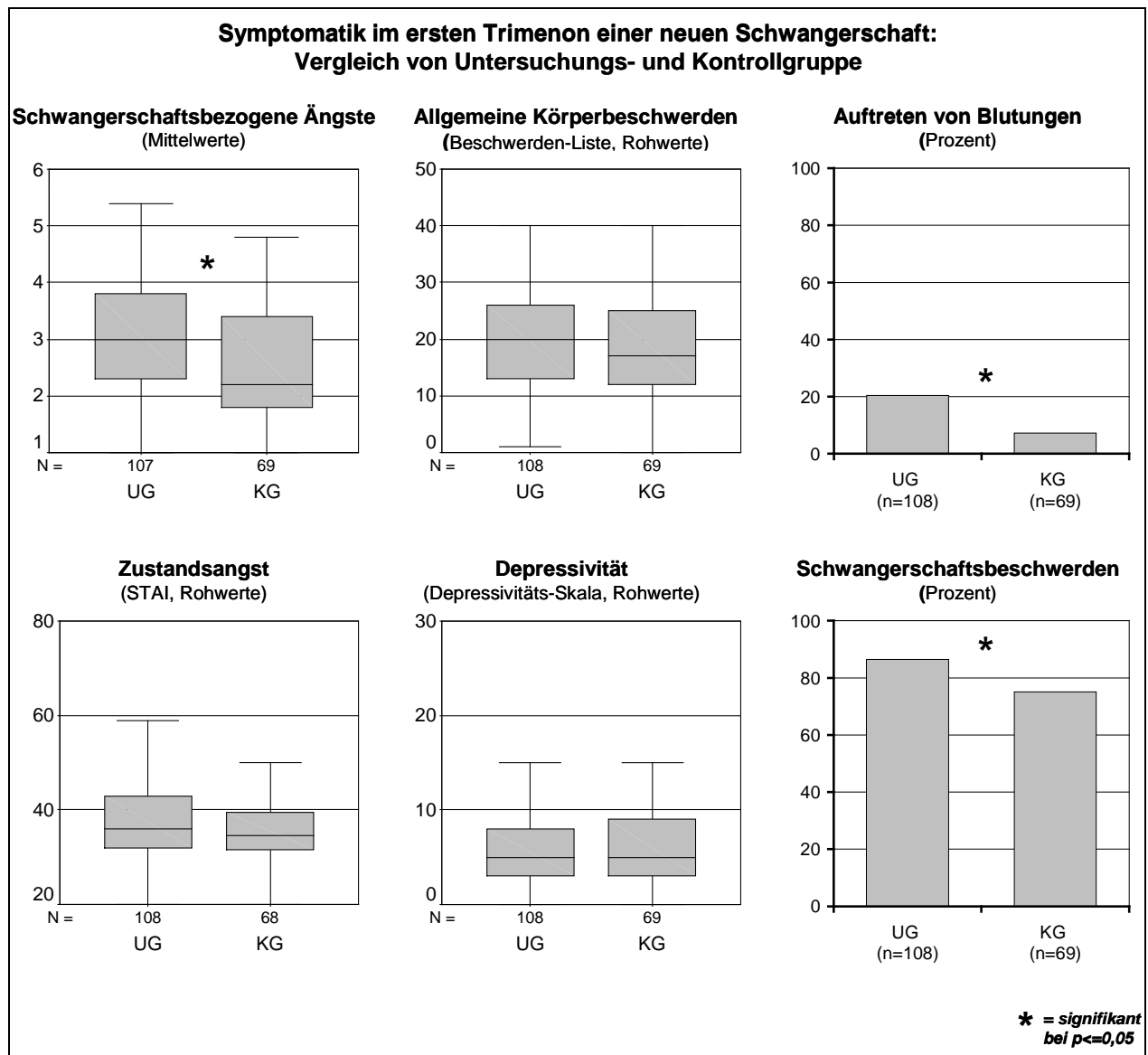


Abbildung 7: Psychische und körperliche Symptomatik im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft (Untersuchungsgruppe I (n=108), Kontrollgruppe I (n=69))

25 Schwangere (12,4%) der Untersuchungsgruppe I weisen eine klinisch bedeutsame depressive Symptomatik auf, 18 Schwangere (9%) klinisch bedeutsame körperliche Beschwerden mit Stanine-Werten ≥ 8 auf³⁸.

Frauen mit *wiederholter Fehlgeburt* leiden unter stärkeren schwangerschaftsbezogenen Ängsten als Frauen mit einer ersten Fehlgeburt und Frauen der Vergleichsgruppe (H-Test nach Kruskal-Wallis: $\chi^2=9,975$, $df=2$, $p=0,007$). Sie klagen häufiger über Schwangerschaftsbeschwerden als die Frauen der anderen beiden Gruppen ($\chi^2=18,553$, $df=2$, $p<0,001$). Hinsichtlich anderer Symptome lassen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den drei Gruppen feststellen ($\chi^2=2,862$, $df=2$, $p=0,239$ für allgemeine Körperbeschwerden, $\chi^2=2,587$, $df=2$, $p=0,274$ für Depressivität $\chi^2=4,868$, $df=2$, $p=0,088$ für Zustandsangst und $\chi^2=5,712$, $df=2$, $p=0,058$ für auftretende Blutungen).

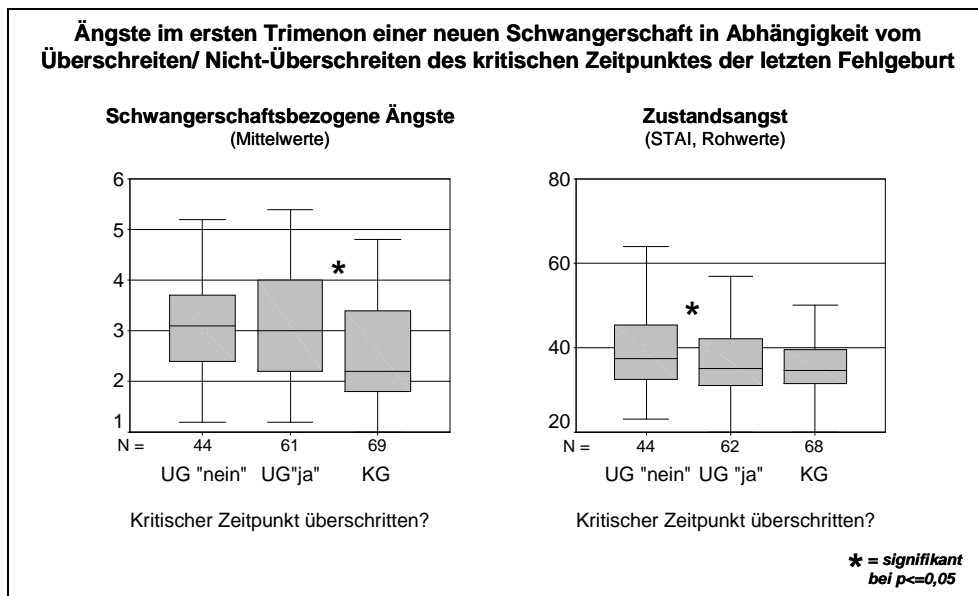


Abbildung 8: Schwangerschaftsbezogene und situative Ängste im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft in Abhängigkeit vom Überschreiten des kritischen Zeitpunktes der letzten Fehlgeburt(en)
 UG „ja“: Untersuchungsgruppe I, kritischer Zeitpunkt bereits überschritten (n=62)
 UG „nein“: Untersuchungsgruppe I, kritischer Zeitpunkt noch nicht überschritten (n=44)
 KG: Kontrollgruppe I (n=69)

Da die von den Frauen berichteten Ängste vor allem auf einen erneuten Schwangerschaftsverlust gerichtet sind, ist anzunehmen, dass mit dem Überschreiten der Schwangerschaftswoche, in der die letzte(n) Fehlgeburt(en) stattgefunden hat, die Ängste, möglicherweise auch die Depressivität der Frauen deutlich absinken. 62 der 107 Schwangeren der Untersuchungsgruppe I hatten zum Zeitpunkt der Befragung bereits diesen *kritischen Zeitpunkt* überschritten, 45 Frauen

³⁸ Vergleichsstichproben sind n=948 Frauen zwischen 20 und 64 Jahren im Falle der Depressivitäts-Skala und n=988 Frauen gleichen Alters im Falle der Beschwerden-Liste (von Zerssen, 1976 a und b).

befanden sich hinsichtlich des Schwangerschaftsalters noch vor dem kritischen Zeitpunkt des Eintretens der zurückliegenden Fehlgeburt(en).

Den Box-Plot-Diagrammen in Abbildung 8 sind Median und Interquartilbereich der schwangerschaftsbezogenen und situativen Ängste jeweils für die Frauen der Untersuchungsgruppe, gruppiert nach Überschreiten (UG „ja“) bzw. Nichtüberschreiten des kritischen Zeitpunktes (UG „nein“), und für die Kontrollgruppe zu entnehmen.

Die Ausprägung der schwangerschaftsbezogenen Ängste ist in der Gruppe der Frauen, die den kritischen Zeitpunkt bereits überschritten haben, ähnlich hoch wie in der Gruppe der Frauen, die den Zeitpunkt noch nicht überschritten haben (H-Test nach Kruskal-Wallis: $\text{Chi}^2=9,770$, $\text{df}=2$, $p=0,008$). Zwischen den beiden Untersuchungsgruppen und der Kontrollgruppe bestehen signifikante Unterschiede (post-hoc-Vergleiche: UG „nein“ vs. UG „ja“: $U=1318,500$, $p=0,878$; UG „nein“ vs. KG: $U=1099,500$, $p=0,014$; UG „ja“ vs. KG: $U=1509,500$, $p=0,005$).

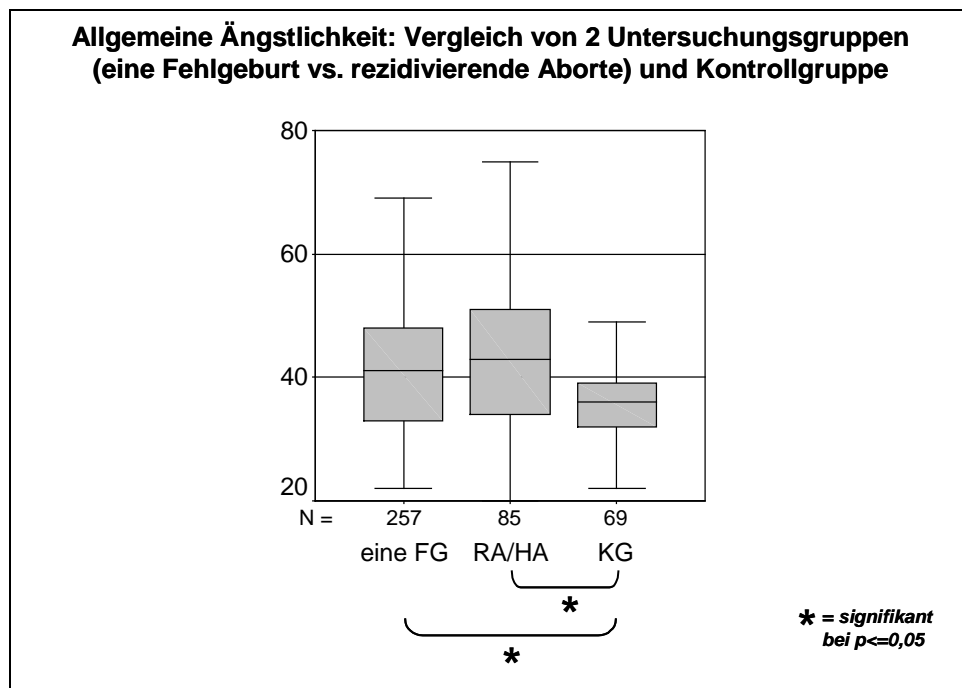


Abbildung 9: Mittlere Ausprägung der Trait-Angst in Untersuchungsgruppe I und Kontrollgruppe I
 KG: Kontrollgruppe I ($n=69$)
 UG eine FG: Untersuchungsgruppe I, eine Fehlgeburt ($n=257$)
 UG RA/ HA: Untersuchungsgruppe I, rezidivierende oder habituelle Aborte ($n=85$)

Das Ausmaß an situativen (Zustands-) Ängsten scheint nach dem Überschreiten des kritischen Zeitpunktes deutlich nachzulassen. Zwischen der Gruppe der Schwangeren, die den Zeitpunkt der letzten Fehlgeburt noch nicht überschritten haben, und den Schwangeren, die sich bereits in einer fortgeschrittenen Schwangerschaftswoche befinden, besteht bezüglich der Stärke der Zustandsängste ein statistisch signifikanter Unterschied. Schwangere, die den kritischen Zeitpunkt überschritten haben, unterscheiden sich hinsichtlich ihres Angstniveaus nicht von den anamnestisch nicht belasteten Schwangeren (H-Test nach Kruskal-Wallis: $\text{Chi}^2=6,271$, $\text{df}=2$,

$p=0,043$; post-hoc-Vergleiche: UG „nein“ vs. UG „ja“: $U=1049,000$, $p=0,043$; UG „nein“ vs. KG: $U=1094,000$, $p=0,016$; UG „ja“ vs. KG: $U=2048,500$, $p=0,781$).

Hinsichtlich der mittleren Ausprägung der Depressivität lässt sich kein bedeutsamer Unterschied zwischen Frauen, die den kritischen Zeitpunkt der letzten Fehlgeburt bereits überschritten haben und Frauen, die sich noch vor dem Zeitpunkt befinden, nachweisen (H-Test nach Kruskal-Wallis: $\text{Chi}^2=0,383$, $\text{df}=2$, $p=0,826$).

Es lassen sich bedeutsame Unterschiede bezüglich *allgemeiner Ängstlichkeit* (Trait-Angst) zwischen den Frauen der Untersuchungsgruppe und den Frauen der Kontrollgruppe nachweisen (Abbildung 9). Dabei weisen die Frauen mit rezidivieren bzw. habituellen Aborten (RA/ HA) die stärkste Neigung zu allgemeiner Ängstlichkeit auf, gefolgt von der Gruppe der Frauen mit einem Spontanabort und der Kontrollgruppe (H-Test nach Kruskal-Wallis: $\text{Chi}^2=9,456$, $\text{df}=2$, $p=0,009$; post-hoc-Vergleiche: RA/ HA vs. eine Fehlgeburt: $U=715,000$, $p=0,090$; RA/ HA vs. KG: $U=474,000$, $p=0,008$; eine FG vs. KG: $U=2335,500$, $p=0,030$). Die allgemeine Ängstlichkeit der Frauen der Untersuchungsgruppe ist im Vergleich zu Frauen der Normalbevölkerung ebenfalls erhöht ($T=8,259$, $\text{df}=410$, $p<0,001$)³⁹.

5.3.2.2 Vergleich mit Eichstichproben und Stichproben anderer Untersuchungen

Durch den Einsatz normierter bzw. standardisierter Verfahren zur Erfassung der Symptomatik in der neuen Schwangerschaft ist es möglich, die körperlichen und psychischen Symptome der Untersuchungsgruppe mit denen von Eichstichproben normierter Verfahren von Stichproben aus ähnlichen Untersuchungen zu vergleichen. Aus den Spalten 1 und 2 von Tabelle 32 sind die mittlere Ausprägung und Standardabweichung der Symptomatik der Schwangeren der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe zu entnehmen. Die Häufigkeit des Auftretens von Schwangerschaftsbeschwerden und Schwangerschaftskomplikationen ist in Prozentwerten angegeben. In Klammern sind für die normierten Verfahren Depressivitäts-Skala und Beschwerden-Liste die Normwerte angegeben. Spalte 4 enthält Durchschnittswerte, die in anderen Untersuchungen an ähnlichen Kollektiven ermittelt wurden.

Hinsichtlich depressiver und allgemeiner Körperbeschwerden liegen die Werte der Schwangeren von Untersuchungs- und Kontrollgruppe im Normalbereich der Eichstichprobe von Frauen zwischen 20 und 64 Jahren.

Rauchfuß et al. setzten zur Erfassung schwangerschaftsbezogener Ängste das auch von uns verwendete Erhebungsinstrument ein und berichten im Durchschnitt höhere schwangerschaftsbezogene Ängste bei den von ihnen untersuchten 519 Schwangeren im Vergleich zu den von uns befragten Frauen (Rauchfuß, 2004). Allerdings hatte die Stichprobe bei Rauchfuß et al. eine

im Durchschnitt höhere Gestationsdauer und enthielt sowohl durch vorherige Schwangerschaftsverluste belastete als auch anamnestisch nicht belastete Gravidae.

*Tabelle 32: Körperliche und psychische Symptomatik im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft: mittlere Ausprägungen bei den Schwangeren der Untersuchungsgruppe I (n=80) und der Kontrollgruppe (n=69) sowie vergleichbaren Stichproben anderer Untersuchungen
SA: eine Fehlgeburt (Spontanabort),
RA/ HA: rezidivierende bzw. habituelle Aborte*

Symptomatik	Untersuchungsgruppe (n=108)	Kontrollgruppe (n=69)	Vergleichsgruppen anderer Untersuchungen	Quelle
Allgemeine Körperbeschwerden Beschwerden-Liste (von Zerssen, 1976)	M=0,832 sd=0,382 Stanine=6 (gemessen an 988 Frauen zwischen 20 und 64 Jahren)	M=0,754 sd=0,407 Stanine=6 (gemessen an 988 Frauen zwischen 20 und 64 Jahren)	M=0,59 sd=0,84 M=1,25 sd=1,11	1761 Männer und Frauen der Eichstichprobe (von Zerssen, 1976) 379 Männer und Frauen einer psychiatrischen Vergleichsgruppe (von Zerssen, 1976)
Depressivität Depressivitätsskala (von Zerssen, 1976)	M=0,404 sd=0,333 Stanine=6 (gemessen an 948 Frauen zwischen 20 und 64 Jahren)	M=0,406 sd=0,283 Stanine=6 (gemessen an 948 Frauen zwischen 20 und 64 Jahren)	M=0,44 sd=0,66 M=1,36 sd=1,07	1700 Männer und Frauen der Eichstichprobe (von Zerssen, 1976) 145 Männer und Frauen einer psychiatrischen Vergleichsgruppe (von Zerssen, 1976)
Schwangerschaftsbezogene Ängste	M=3,064 sd=1,084	M=2,525 sd=1,054	M=3,7 sd=1,3	519 Schwangere zwischen 13. und 24. Schwangerschaftswoche, mit und ohne Abortanamnese (Rauchfuß, 2004)
Zustandsangst (State-Form des STAI, Laux, 1981)	M=38,065 sd=10,437 SA : M=37,306 RA/ HA: M=41,182	M=35,662 sd=7,011	M=38,07, sd=10,12 SA: M=44 RA/ HA: M=45 KG: M=38	Eichstichprobe n=748 Frauen zwischen 30 und 59 Jahren (Laux et al., 1981) 84 Frauen nach erlittener Fehlgeburt (SA), 31 Frauen nach wiederholter Fehlgeburt (RA/HA), 72 Frauen der Kontrollgruppe (Läpple, 1989)
Allgemeine Ängstlichkeit (Trait-Form des STAI, Laux, 1981)	M=40,636 sd=10,650 Stanine=6* SA: M=39,671 sd=10,112 Stanine=6* RA/ HA : M=44,364 sd=12,046 Stanine=6*	M=36,473 sd=8,094 Stanine=5* *(gemessen an 1278 Frauen der Eichstichprobe des STAI, Laux, 1981)	M=36,85, sd=9,5 SA: M=37 RA/ HA: M=35 KG: M=32	Eichstichprobe n=748 Frauen zwischen 30 und 59 Jahren (Laux et al., 1981) 84 Frauen nach erlittener Fehlgeburt (SA), 31 Frauen nach wiederholter Fehlgeburt (RA/HA), 72 Frauen der Kontrollgruppe (Läpple, 1989)

Läpple (1988) berichtet anhand ihrer Stichprobe von 47 Frauen nach einer Fehlgeburt gegenüber den Frauen unserer Untersuchungsgruppe ausgeprägtere situative Ängste – allerdings retrospektiv erfasst. Die retrospektive Einschätzung der Ängste könnte durchaus von dem unerwarteten Ereignis der Fehlgeburt überlagert sein und zu höheren Werten führen.

³⁹ Als Vergleichsstichprobe dienen 748 Frauen zwischen 30 und 59 Jahren (Laux et al., 1981).

Hinsichtlich subjektiver Schwangerschaftsbeschwerden variieren die Angaben in der hiesigen Untersuchung und den beiden zitierten Studien stark (Tabelle 33), was vermutlich auf die nicht standardisierte Form der Erhebung der Beschwerden zurückzuführen ist.

*Tabelle 33: Subjektive Schwangerschaftsbeschwerden und Schwangerschaftskomplikationen im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft: mittlere Ausprägungen bei den Schwangeren der Untersuchungsgruppe I (n=80) und der Kontrollgruppe (n=69) sowie vergleichbaren Stichproben anderer Untersuchungen
SA: eine Fehlgeburt (Spontanabort),
RA/HA: rezidivierende bzw. habituelle Aborte*

Symptomatik	Untersuchungsgruppe (n=108)	Kontrollgruppe (n=69)	Vergleichsgruppen anderer Untersuchungen	Quelle
Schwangerschaftsbeschwerden (subjektiv)				
beschwerdefrei	17,5%	24,9%	38% 40,5%	47 Frauen mit Abortanamnese (Läpple, 1988) 519 Schwangere zwischen 13. und 24. Schwangerschaftswoche (Rauchfuß, 2004)
Übelkeit	62,0%	44,9%	34% 40,1%	47 Frauen mit Abortanamnese (Läpple, 1988) 519 Schwangere zwischen 13. und 24. Schwangerschaftswoche (Rauchfuß, 2004)
Müdigkeit	13,9%	7,2%	38% 5%	47 Frauen mit Abortanamnese (Läpple, 1988) 519 Schwangere zwischen 13. und 24. Schwangerschaftswoche (Rauchfuß, 2004)
Erbrechen	6,5%	0%	23,7%	519 Schwangere zwischen 13. und 24. Schwangerschaftswoche (Rauchfuß, 2004)
Schwindel	6,5%	4,3%	23%	47 Frauen mit Abortanamnese (Läpple, 1988)
Unterleibsschmerzen	10,2%	7,2%		
Schwangerschaftskomplikationen (behandlungswürdig)				
keine	78,7%	91,4%		
Blutungen	20,4%	7,2%	18,3% Blutungen oder Unterleibsschmerzen	519 Schwangere zwischen 13. und 24. Schwangerschaftswoche (Rauchfuß, 2004)
Harnwegsinfekte	0,9%	1,4%		

5.3.3 Symptomatik im weiteren Schwangerschaftsverlauf

Obwohl sich die Untersuchungshypothesen auf das erste Trimenon einer auf die Fehlgeburt folgenden Schwangerschaft beziehen, soll an dieser Stelle kurz die Entwicklung der dargestellten Symptomatik im weiteren Schwangerschaftsverlauf aufgezeigt werden. Für das zweite Schwangerschaftstrimenon liegen Daten von 125 Frauen der Untersuchungsgruppe I und 82

Frauen der Kontrollgruppe II vor, für das dritte Trimenon Daten von 110 Schwangeren der Untersuchungsgruppe I und 97 Schwangeren der Kontrollgruppe III.

Abbildung 10 gibt den Verlauf der Symptomatik über die drei Erhebungszeitpunkte in der neuen Schwangerschaft für die Untersuchungsgruppe wieder. Im Vergleich dazu sind die mittleren Ausprägungen der Symptome der drei Kontrollgruppen als Balken dargestellt.

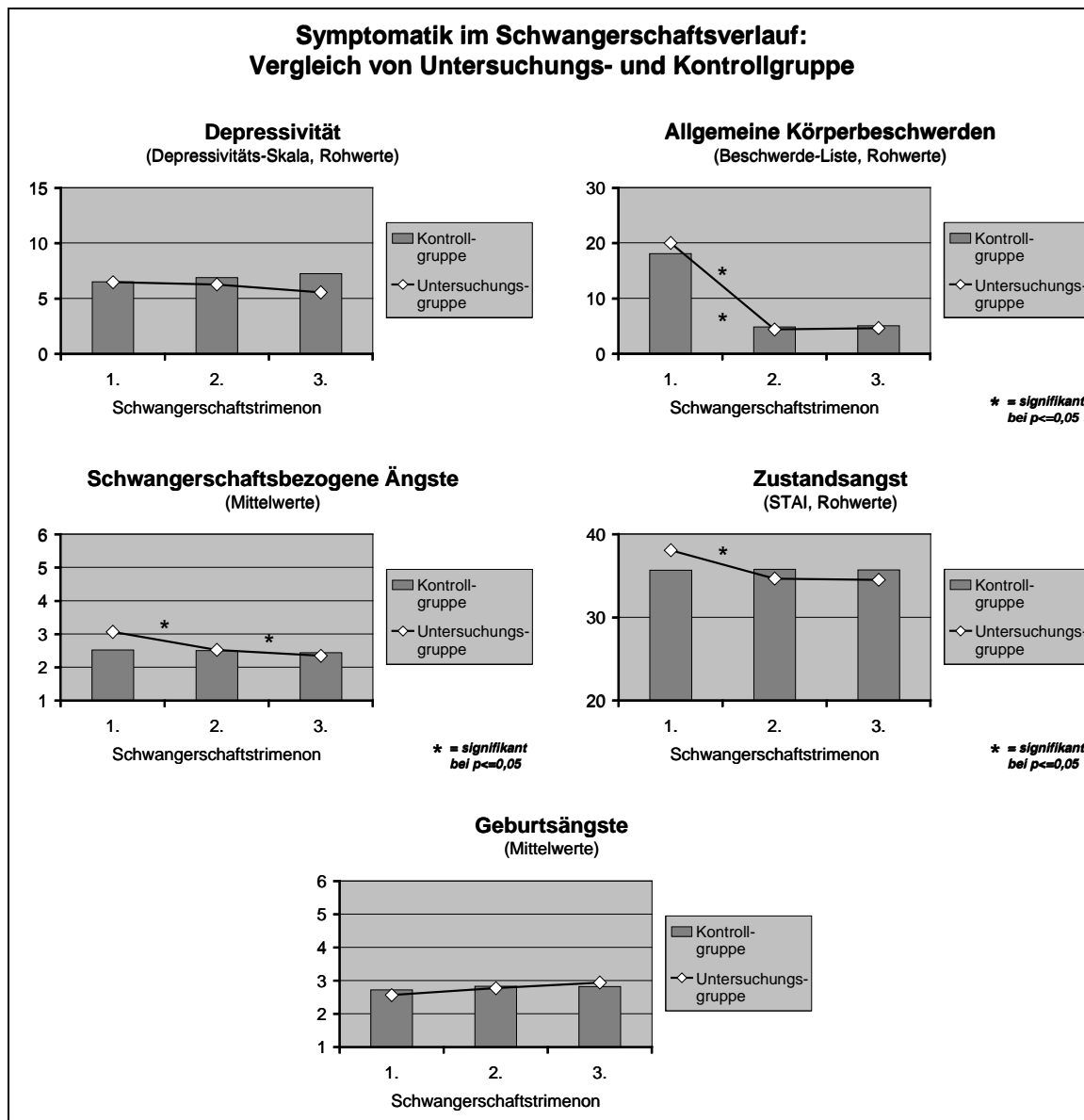


Abbildung 10: Symptomatik im weiteren Schwangerschaftsverlauf
UG: Untersuchungsgruppe I,
KG: Kontrollgruppen I bis III

Da die Voraussetzung der Varianzgleichheit und Normalverteilung der Merkmale nicht in allen Gruppierungen gegeben ist, werden Unterschiede in den Merkmalsausprägungen der Untersuchungsgruppe I zwischen den einzelnen Schwangerschaftstrimeni über nichtparametrische Tests für verbundene Stichproben auf statistische Signifikanz geprüft (Friedman-Test, Post-hoc-Vergleiche über den Test nach Wilcoxon). Schwangerschaftsbezogene und situative Ängste der

Untersuchungsgruppe zeigen zwischen erstem und zweitem Trimenon einen signifikanten Abfall auf bzw. unter das Angstniveau der Kontrollgruppen I und II. Dabei nehmen schwangerschaftsbezogene Ängste zwischen zweitem und drittem Schwangerschaftstrimenon noch einmal deutlich ab, während die Ausprägung situativer Ängste ab dem zweiten Trimenon konstant bleibt (schwangerschaftsbezogene Ängste: $\text{Chi}^2=38,036$, $\text{df}=2$, $p<0,001$; 1.Trimenon vs. 2. Trimenon: $Z=-5,107$, $p<0,001$; 2. Trimenon vs. 3. Trimenon: $Z=-2,955$, $p=0,003$; situative Ängste: $\text{Chi}^2=5,197$, $\text{df}=2$, $p=0,074$; 1.Trimenon vs. 2. Trimenon: $Z=-3,157$, $p=0,002$; 2. Trimenon vs. 3. Trimenon: $Z=-0,594$, $p=0,553$).

Hinsichtlich der Ausprägung der Depressivität lassen sich bei den Frauen der Untersuchungsgruppe I keine signifikanten Veränderungen im zeitlichen Verlauf feststellen ($\text{Chi}^2=2,341$, $\text{df}=2$, $p=0,310$). Sowohl in der Untersuchungsgruppe als auch bei den Kontrollgruppen sinkt die Stärke allgemeiner Körperbeschwerden zwischen erstem und zweitem Schwangerschaftstrimenon deutlich ab und bleibt dann konstant niedrig ($\text{Chi}^2=121,276$, $\text{df}=2$, $p<0,001$; 1.Trimenon vs. 2. Trimenon: $Z=-8,595$, $p<0,001$; 2. Trimenon vs. 3. Trimenon: $Z=-1,618$, $p=0,106$).

Drei der Frauen der Untersuchungsgruppe I, die im ersten Schwangerschaftstrimenon befragt werden konnten, erlitten eine erneute Fehlgeburt. Weitere 7 Frauen brachen nach der Befragung im ersten Schwangerschaftsdrittel die Teilnahme an der Studie ab, möglicherweise erlitten einige von ihnen ebenfalls eine erneute Fehlgeburt. 24 Frauen erlitten einen Frühabort, noch bevor wir Daten zur Schwangerschaft bei ihnen erheben konnten. Aufgrund des Studiendesigns, das auf subjektiven Angaben und der freiwilligen Teilnahme der Frauen beruht, können keine verlässlichen Aussagen über die Häufigkeit schwangerschaftsgefährdender Komplikationen (Aborte, vorzeitige Wehentätigkeit, Früh- und Totgeburten) in späteren Schwangerschaftsstadien getroffen werden.

5.3.4 Zusammenfassung

Frauen mit Fehlgeburtsgeschichte sind in einer neuen Schwangerschaft besonders durch schwangerschaftsbezogene Ängste belastet. Vor Überschreiten des kritischen Zeitpunktes der zurückliegenden Fehlgeburt weisen sie ebenfalls starke situative Ängste (Zustandsangst) auf. Schwangerschaftsängste scheinen sich auf das erste Schwangerschaftsdrittel zu beschränken und nehmen im weiteren Schwangerschaftsverlauf deutlich ab, Zustandsängste bereits nach Überschreiten des kritischen Zeitpunktes der zurückliegenden Fehlgeburt. Bei den Frauen mit Fehlgeburtsgeschichte ist eine stärkere Neigung zu allgemeiner Ängstlichkeit (Trait-Angst) zu beobachten.

Die Frauen der Untersuchungsgruppe klagen darüber hinaus häufiger über Schwangerschaftsbeschwerden wie Übelkeit, Müdigkeit, Erbrechen, Schwindel und Unterleibsschmerzen. Ihre

Schwangerschaft ist deutlich häufiger durch Schwangerschaftskomplikationen in Form von Blutungen gefährdet.

Hinsichtlich allgemeiner Körperbeschwerden und Depressivität sind die Frauen mit zurückliegendem Abort in der neuen Schwangerschaft nicht stärker belastet als die Schwangeren der Kontrollgruppe und Frauen der Allgemeinbevölkerung. Allgemeine Körperbeschwerden sinken nach dem ersten Schwangerschaftsdrittel deutlich ab, das Ausmaß an Depressivität weist keine Veränderungen im Verlauf der Schwangerschaft auf.

5.3.5 *Psychische Einstellungs- und Anpassungsprozesse in einer Schwangerschaft*

Das Wohlbefinden von Schwangeren mit und ohne belastete Anamnese ist u. a. abhängig von psychischen Einstellungs- und Anpassungsprozessen in der Schwangerschaft (vgl. Hypothese 3). Die Schwangeren der Untersuchungs- und Kontrollgruppen wurden in jedem Schwangerschaftstrimenon nach ihrem Bewältigungsverhalten, ihren Kontrollüberzeugungen, ihrem Bild vom Kind und Gedanken über die Mutterschaft (psychische Repräsentation des Kindes) sowie im ersten Trimenon zur Einstellung zur Schwangerschaft befragt. Die Dimensionen dieser Merkmale wurden in Kapitel 4.3.2.4 beschrieben. Die Merkmale sind in ihren Ausprägungen z. T. stark abhängig voneinander. Um die statistischen Analysen zu vereinfachen und die Voraussetzungen für eine Regressionsanalyse zu schaffen, in die die Merkmale als unabhängige Prädiktoren eingehen sollen, wird mit einer Faktorenanalyse nach den Merkmalsausprägungen der Variablen zugrunde liegenden latenten Dimensionen gesucht. Die Analyse wird an den insgesamt 390 Schwangeren der Untersuchungsgruppe I und der Kontrollgruppen I, II, und III vorgenommen (vgl. Kapitel 4.3.2.4).

Ausgehend von der Korrelationsmatrix der Merkmalsdimensionen wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt. Der Bartlett-Test gibt eine Eignung der Variablen für die Faktorenanalyse an ($KMO=0,703$, $\chi^2=1014,279$, $df=66$, $p<0,001$). Im Ergebnis der Faktorenanalyse stehen vier Faktoren mit Eigenwerten > 1 (Tabelle 34). Sie klären 60,5% der Varianz auf. Im Weiteren werden jedoch nur 3 der 4 Faktoren beschrieben, da sich der vierte Faktor inhaltlich schlecht interpretieren lässt und nur eine Merkmalsdimension mit Faktorladungen $> 0,5$ enthält (vgl. Bortz, 1993, S. 509). Die drei verbleibenden Faktoren erklären einen Anteil von 51,233% der Gesamtvarianz.

Schwangere, die hohe Merkmalsausprägungen auf dem ersten Faktor, „*innere Beziehung zum Kind*“, aufweisen, verfügen über eine starke und konkrete innere Repräsentation des Kindes und der eigenen Beziehung zu ihm. Sie spüren eine emotionale Bindung an das Kind und versuchen aktiv über Sprechen oder Streicheln Kontakt zum Kind aufzunehmen. Sie haben bereits Vorstellungen über das Wesen des Kindes, sein Aussehen und das spätere Zusammensein mit

ihm entwickelt. Zudem setzen sich diese Frauen mit ihrer Rolle als zukünftiger Mutter auseinander.

Tabelle 34: Bewältigungsmuster in der Schwangerschaft: Rotierte Faktormatrix, Eigenwerte und Varianzaufklärung der Faktoren, Faktorladungen der einzelnen Variablen (Schwangere der Untersuchungsgruppe I und Kontrollgruppen I-III (n=390), Methode: Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation; die fett gekennzeichneten Variablen werden jeweils zur Interpretation des Faktors hinzugezogen)
 KKG: Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit (Lohaus & Schmitt, 1989)
 SSG: Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt (Lukesch & Lukesch, 1976)

	Faktor			
	1 <i>Innere Beziehung zum Kind</i> (Eigenwert=2,991, Anteil an der Gesamtvarianz= 24,924%) <i>Faktorladung a</i>	2 <i>Vermeidung</i> (Eigenwert=1,978 Anteil an der Gesamtvarianz= 16,485%) <i>Faktorladung a</i>	3 <i>Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft</i> (Eigenwert=1,179 Anteil an der Gesamtvarianz= 9,825%) <i>Faktorladung a</i>	4 <i>nicht interpretiert</i> (Eigenwert=1,114, Anteil an der Gesamtvarianz= 9,287%) <i>Faktorladung a</i>
Repräsentation des Kindes: Phantasien über das Kind	0,848	-0,022	0,063	0,041
Repräsentation des Kindes: Beziehung zum Kind	0,811	-0,032	0,254	-0,116
Repräsentation des Kindes: Kind als getrenntes Wesen	0,728	-0,300	0,116	0,087
Bewältigung: Auseinandersetzung mit der Mutterrolle	0,589	0,167	0,260	0,338
Bewältigung: Vermeidung/sozialer Rückzug	-0,134	0,794	-0,115	-0,054
Repräsentation des Kindes: Sorgen um das Kind	0,406	0,679	0,261	0,127
SSG: Einstellung zur Schwangerschaft	-0,133	0,658	-0,042	0,127
KKG : soziale Externalität	0,084	-0,176	0,783	-0,229
Bewältigung: schwangerschaftsförderndes Verhalten	0,222	0,081	0,703	0,086
Bewältigung: Beruhigung bei Ängsten	0,169	-0,042	0,573	0,449
KKG: Internalität	0,114	0,054	0,054	0,796
KKG: Fatalistische Externalität	0,048	0,343	-0,011	0,498

Der zweite Faktor, „*Vermeidung*“, setzt sich aus Merkmalsdimensionen zusammen, die ein ängstlich-vermeidendes, verleugnendes Verhalten in der Schwangerschaft umschreiben. Sie vermeiden eine gedankliche Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft weitestgehend und ziehen sich vom Partner und anderen nahe Stehenden zurück. Sie sind beschäftigt mit Grübeleien

en um die Gesundheit des Kindes und empfinden die Schwangerschaft überwiegend als Belastung.

Eine „Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft“, der dritte Faktor, ist dadurch gekennzeichnet, dass die Frauen mit hohen Merkmalsausprägungen auf dieser Dimension schwangerschaftsförderliches Verhalten zeigen, wie sich über die Schwangerschaft informieren oder sich entsprechend schonen. Sie zeigen Vertrauen in die ärztliche Behandlung und achten auf eine kompetente Behandlung. Sie suchen bei auftretenden Problemen und Ängsten Trost bei nahe Stehenden oder versuchen, sich selbst zu beruhigen und zu entspannen.

Mit Hilfe linearer Regressionsanalysen soll wiederum geprüft werden, ob und welche soziodemographischen und anamnestischen Merkmale die Art des Anpassungsprozesses in einer Schwangerschaft vorhersagen. In Hinblick auf die spezifische Fragestellung der Untersuchung beschränkt sich die Analyse auf die Frauen der Untersuchungsgruppe I (n=108) im ersten Drittel der neuen Schwangerschaft. Es wird geprüft, inwieweit die drei Merkmale „innere Beziehung zum Kind“, „Vermeidung“ und „Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft“ durch Merkmale der aktuellen Schwangerschaft (Geplantheit der Schwangerschaft, Überschreiten des kritischen Zeitpunkts der Fehlgeburt) sowie soziodemographische Merkmale (Alter, Kinder, Erwerbstätigkeit, Unterstützung durch den Partner) und für die Schwangerschaft relevante anamnestische Daten (frühere Abbrüche, Verluste, zeitlicher Abstand der letzten Fehlgeburt) bedingt sind.

Tabelle 35: Regressionsmodell für die Zielvariable „Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft“ (Schwangere der Untersuchungsgruppe I (n=80), lineare Regressionsanalyse, Methode: Einschluss)

Vorhersage von „Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft“ ($R^2=0,314$, $F=2,387$, $df1=9$, $df2=47$, $p=0,026$)					
Prädiktor	Standardisierter Regressionskoeffizient Beta	T	Irrtumswahrscheinlichkeit p	Toleranz	VIF (Variance inflation factor)
Konstante		4,685	p<0,001		
Kinder (ja/nein)	-0,206	-1,461	p=0,151	0,737	1,357
Schwangerschaft war geplant (ja/nein)	0,004	0,029	p=0,977	0,848	1,180
Zeitlicher Abstand zur letzten Fehlgeburt	0,158	1,164	P=0,250	0,794	1,259
Alter	-0,313	-2,366	p=0,022	0,835	1,197
Erwerbstätigkeit (ja/nein)	0,088	0,584	p=0,562	0,643	1,556
Unterstützung durch den Partner	0,351	2,640	p=0,011	0,826	1,211
Rezidivierende/ habituelle Aborte (ja/nein)	0,073	0,554	p=0,583	0,835	1,197
Interruptio (ja/nein)	0,088	0,676	p=0,502	0,865	1,156
Kritischer Zeitpunkt der zurückliegenden Fehlgeburt überschritten (ja/nein)	0,087	0,630	p=0,531	0,762	1,313

Aus diesen Kontrollvariablen lässt sich das Ausmaß an Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft im ersten Drittel voraussagen ($R^2=0,314$, $F=2,387$, $df_1=9$, $df_2=47$, $p=0,026$). Für die Bewältigungsmuster „innere Beziehung zum Kind“ ($R^2=0,196$, $F=1,276$, $df_1=9$, $df_2=47$, $p=0,275$) und „Vermeidung“ ($R^2=0,155$, $F=0,957$, $df_1=9$, $df_2=47$, $p=0,487$) lassen sich aus den Kontrollvariablen jedoch keine zuverlässigen Vorhersagemodelle entwickeln.

Das Regressionsmodell für die Variable „Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft“ ist in Tabelle 35 dargestellt. Es zeigt sich, dass sich sowohl jüngere Frauen als auch Frauen mit einer guten Partnerunterstützung stärker mit der Schwangerschaft auseinandersetzen als Schwangere ohne diese Voraussetzungen.

Hinsichtlich der eingesetzten Bewältigungsmuster unterscheiden sich Schwangere mit Fehlgeburtsgeschichte (Untersuchungsgruppe I) nicht von anamnestic nicht belasteten Schwangeren der Kontrollgruppen ($U=3422,500$, $p=0,361$ für „Beziehung zum Kind“, $U=3170,500$, $p=0,095$ für „Vermeidung in der Schwangerschaft“ und $U=3702,500$, $p=0,0944$ für „Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft“).

5.4 Vorhersage psychischer und körperlicher Symptome in einer auf eine Fehlgeburt folgenden Schwangerschaft durch Verarbeitungsprozesse nach der Fehlgeburt und Anpassungsprozesse in einer neuen Schwangerschaft

Hypothese 2c:

Psychosoziale und kognitive Merkmale der Schwangeren stehen in Zusammenhang zur Ausprägung der psychischen und körperlichen Symptomatik in einer neuen Schwangerschaft.

Hypothese 3:

Verarbeitungsprozesse nach der Fehlgeburt haben einen Einfluss auf die psychische Anpassung der Frauen in einer neuen Schwangerschaft.

Für die einzelnen Beschwerdekompexe im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft (Depressivität, allgemeine Körperbeschwerden, situative Ängste, schwangerschaftsbezogene Ängste, Schwangerschaftsbeschwerden und Schwangerschaftskomplikationen) sollen insgesamt sechs Vorhersagemodelle mittels multipler linearer bzw. binär-logistischer Regressionsanalyse ermittelt werden. Als Prädiktoren gehen zum einen die drei Verarbeitungsmodi „depressive Verarbeitung“, „pessimistisch-traurige Verarbeitung“ und „aktive Auseinandersetzung“ nach der Fehlgeburt und zum anderen die in der Schwangerschaft zu beobachtenden Anpassungsmuster der „Vermeidung“ und der „Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft“ ein. Das Merkmal „Beziehung zum Kind in der neuen Schwangerschaft“ wird nicht berücksichtigt, da es sich um Verhaltensweisen handelt, die im ersten Trimenon einer Schwangerschaft eine unter-

geordnete Rolle spielen⁴⁰. Als Kontrollvariablen werden die Erwerbstätigkeit der Frauen, die Geplantheit der Schwangerschaft, der zeitliche Abstand zur letzten Fehlgeburt und frühere Schwangerschaftsunterbrechungen berücksichtigt. Das sind diejenigen Variablen, die sich als weitgehend unabhängig von den beschriebenen Verarbeitungs- und Anpassungsprozessen nach der Fehlgeburt und in einer neuen Schwangerschaft erwiesen. Auf weitere Kontrollvariablen muss wegen der Gefahr von Multikollinearität in den Regressionsmodellen verzichtet werden. Ihr Einfluss auf die Anpassungsmechanismen nach der Fehlgeburt und in einer neuen Schwangerschaft wurde bereits dargestellt.

Tabelle 36: Regressionsmodell für die Zielvariable „Depressivität im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft“, ermittelt an n=80 Schwangeren nach Fehlgeburt (Untersuchungsgruppe II, lineare Regressionsanalyse, Methode: Einschluss)

Vorhersage von „Depressivität im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft“ ($R^2=0,751$, $F=10,260$, $df1=10$, $df2=34$, $p<0,001$)					
Prädiktor	Standardisierter Regressionskoeffizient Beta	T	Irrtumswahrscheinlichkeit p	Toleranz	VIF
Konstante		-0,011	p=0,991		
Depressive Verarbeitung der Fehlgeburt	0,355	2,918	p=0,006	0,496	2,017
Pessimistisch-traurige Verarbeitung der Fehlgeburt	0,286	2,812	p=0,008	0,706	1,417
Aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt	0,080	0,703	P=0,487	0,571	1,752
Vermeidung in der Schwangerschaft	0,275	2,646	p=0,012	0,679	1,473
Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft	0,108	1,136	p=0,264	0,815	1,226
Zeitlicher Abstand zur letzten Fehlgeburt	-0,148	-1,593	p=0,120	0,848	1,179
Interruptio (ja/nein)	0,273	2,847	p=0,007	0,798	1,253
Geplantheit der Schwangerschaft (ja/nein)	0,089	0,877	P=0,387	0,703	1,423
Erwerbstätigkeit (ja/nein)	-0,239	-2,222	p=0,033	0,633	1,581

Für die metrischen, normalverteilten Merkmale „Depressivität“, „allgemeine Körperbeschwerden“, „schwangerschaftsbezogene Ängste“ und „situative Ängste“ im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft wird jeweils ein Vorhersagemodell mittels linearer Regressionsanalyse, für die nominal verteilten Merkmale „Auftreten von Schwangerschaftsbeschwerden“ und „Auftreten von Schwangerschaftskomplikationen (Blutungen)“ (kategorisiert in ja/nein) ein Modell mittels binär-logistischer Regressionsanalyse berechnet. Die Analysen werden an der Untersu-

⁴⁰ Die dargestellten Regressionsmodelle wurden zur Kontrolle auch in einer Version mit Einschluss der Variable „Beziehung zum Kind“ berechnet. Die Variable zeigt in keinem der Modelle einen signifikanten Einfluss auf das Befinden in der neuen Schwangerschaft, so dass die Vorhersagemodelle sich unter Verzicht auf diese Variable nicht wesentlich verändern.

chungsgruppe II (80 Schwangere, deren letzte Fehlgeburt zum Zeitpunkt der Erstbefragung maximal 14 Wochen zurücklag) durchgeführt.

5.4.1 Vorhersage von *Depressivität im ersten Schwangerschaftstrimenon*

Tabelle 36 stellt das Ergebnis der linearen Regressionsanalyse dar ($R^2=0,751$, $F=10,260$, $df1=10$, $df2=34$, $p<0,001$). Das Auftreten depressiver Befindensstörungen wird offenbar bei einer depressiven und einer pessimistisch-traurigen Verarbeitung der Fehlgeburt sowie vermeidendem Verhalten in der neuen Schwangerschaft wahrscheinlicher. Bei Frauen mit früheren Schwangerschaftsabbrüchen scheinen depressive Verstimmungen in einer neuen Schwangerschaft ebenfalls wahrscheinlicher zu sein. Ist der kritische Zeitpunkt der letzten Fehlgeburt(en) überschritten oder sind die Frauen erwerbstätig, so mildert das das Risiko für depressive Beschwerden in der neuen Schwangerschaft⁴¹.

5.4.2 Allgemeine Körperbeschwerden im ersten Schwangerschaftstrimenon

Tabelle 37: Regressionsmodell für die Zielvariable „Allgemeine Körperbeschwerden im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft“, ermittelt an $n=80$ Schwangeren nach Fehlgeburt (Untersuchungsgruppe II, lineare Regressionsanalyse, Methode: schrittweiser Ausschluss (F -Wahrscheinlichkeit $<0,10$), Modell 2 nach Ausschluss der Variablen „depressive Verarbeitung der Fehlgeburt“)

Vorhersage von „Allgemeine Körperbeschwerden im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft“ ($R^2=0,400$, $F=4,374$ $df1=10$, $df2=34$, $p=0,001$)					
Prädiktor	Standardisierter Regressionskoeffizient Beta	T	Irrtumswahrscheinlichkeit p	Toleranz	VIF
Konstante		0,443	p=0,660		
Depressive Verarbeitung der Fehlgeburt	-	-	-	-	-
Pessimistisch-traurige Verarbeitung der Fehlgeburt	0,172	1,265	p=0,212	0,705	1,418
Aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt	0,245	1,903	p=0,063	0,789	1,267
Vermeidung in der Schwangerschaft	0,256	2,119	p=0,040	0,892	1,121
Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft	0,055	0,436	p=0,665	0,810	1,235
Interruptio (ja/nein)	0,244	1,807	p=0,077	0,829	1,206
Allgemeine Ängstlichkeit	0,127	0,790	p=0,433	0,717	1,395
Erwerbstätigkeit (ja/nein)	-0,258	-2,059	p=0,045	0,504	1,983

Allgemeine Körperbeschwerden in der neuen Schwangerschaft lassen sich durch vermeidendes Verhalten in der Schwangerschaft und in negativer Beziehung durch die Erwerbstätigkeit der

⁴¹ Die Trait-Angst der Frauen übt einen positiven, statistisch bedeutsamen Einfluss auf die Ausprägung der Depressivität, der allgemeinen Körperbeschwerden, der schwangerschaftsbezogenen und der situativen Ängste im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft aus (Abschnitte 5.4.1 bis 5.4.4). Sie kann jedoch aufgrund hoher Kollinearität zu anderen Variablen nicht in das Schätzmodell aufgenommen werden.

Frauen vorhersagen (Tabelle 37). Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt scheinen keinen signifikanten Einfluss auf körperliche Beschwerden in der neuen Schwangerschaft auszuüben.

5.4.3 Schwangerschaftsbezogene Ängste im ersten Schwangerschaftstrimenon

Die Stärke und Häufigkeit schwangerschaftsbezogener Ängste ist diesem Modell zufolge abhängig von Verarbeitungsprozessen nach der Fehlgeburt und Bewältigungsmustern in der Schwangerschaft ($R^2=0,612$, $F=5,204$, $df1=10$, $df2=33$, $p<0,001$). Während eine depressive Verarbeitung der Fehlgeburt und vermeidendes Verhalten in der Schwangerschaft, aber auch eine Auseinandersetzung in der Schwangerschaft mit stärkeren schwangerschaftsbezogenen Ängsten einhergehen, scheint eine Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt schon unmittelbar nach dem Schwangerschaftsverlust die Ängste in der neuen Schwangerschaft zu mildern (Tabelle 38).

Tabelle 38: Regressionsmodell für die Zielvariable „schwangerschaftsbezogene Ängste im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft“, ermittelt an $n=80$ Schwangeren nach Fehlgeburt (Untersuchungsgruppe II, lineare Regressionsanalyse, Methode: Einschluss)

Vorhersage von „Schwangerschaftsbezogenen Ängsten im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft“ ($R^2=0,612$, $F=5,204$ $df1=10$, $df2=33$, $p<0,001$)					
Prädiktor	Standardisierter Regressionskoeffizient Beta	T	Irrtumswahrscheinlichkeit p	Toleranz	VIF
Konstante		-1,758	p=0,088		
Depressive Verarbeitung der Fehlgeburt	0,587	3,811	p=0,001	0,495	2,019
Pessimistisch-traurige Verarbeitung der Fehlgeburt	-0,099	-0,751	p=0,458	0,673	1,485
Aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt	-0,324	-2,144	p=0,039	0,515	1,944
Vermeidung in der Schwangerschaft	0,506	3,710	p=0,001	0,633	1,579
Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft	0,279	2,327	p=0,026	0,817	1,224
Zeitlicher Abstand zur letzten Fehlgeburt	0,018	0,153	p=0,880	0,834	1,198
Geplantheit der Schwangerschaft (ja/nein)	0,023	0,181	p=0,857	0,702	1,424
Interruptio (ja/nein)	-0,214	-1,753	p=0,089	0,798	1,267
Erwerbstätigkeit (ja/nein)	0,241	1,763	p=0,087	0,628	1,591

5.4.4 Situative Ängste im ersten Schwangerschaftstrimenon

Die Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse für die Vorhersage von situativen bzw. Zustandsängsten ($R^2=0,645$, $F=9,590$, $df1=7$, $df2=37$, $p<0,001$) enthält Tabelle 39. Ausgeprägte Zustandsängste werden durch eine depressive Verarbeitung der Fehlgeburt und vermeidendes Verhalten in der Schwangerschaft vorhergesagt.

Tabelle 39: Regressionsmodell für die Zielvariable „Situative Ängste im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft“, ermittelt an n=80 Schwangeren nach Fehlgeburt (Untersuchungsgruppe II, lineare Regressionsanalyse, Methode: schrittweiser Ausschluss (F-Wahrscheinlichkeit<0,10), Modell 4 nach Ausschluss der Variablen „Erwerbstätigkeit“, „pessimistisch-traurige Verarbeitung der Fehlgeburt“ und „zeitlicher Abstand zur letzten Fehlgeburt“)

Vorhersage von „Situativen Ängsten im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft“ ($R^2=0,541$, $F=11,330$ df_{17} , $df_{2=37}$, $p<0,001$)					
Prädiktor	Standardisierter Regressionskoeffizient Beta	T	Irrtumswahrscheinlichkeit p	Toleranz	VIF
Konstante		4,073	p<0,001		
Depressive Verarbeitung der Fehlgeburt	0,483	3,939	p<0,001	0,640	1,563
Pessimistisch-traurige Verarbeitung der Fehlgeburt	-	-	-	-	-
Aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt	-0,175	-1,673	p=0,103	0,703	1,423
Vermeidung in der Schwangerschaft	0,238	2,024	p=0,050	0,694	1,440
Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft	-0,175	-1,673	p=0,103	0,887	1,141
Zeitlicher Abstand zur letzten Fehlgeburt	-	-	-	-	-
Geplantheit der Schwangerschaft	-0,129	1,216	p=0,232	0,851	1,175
Interruptio (ja/nein)	0,147	1,399	p=0,170	0,868	1,152
Erwerbstätigkeit (ja/nein)					

5.4.5 Schwangerschaftsbeschwerden und -komplifikationen im ersten Schwangerschaftstrimenon

In Hypothese 3 wird angenommen, dass auftretende Schwangerschaftskomplikationen – es treten ausschließlich Blutungen auf – in engem Zusammenhang mit Ängsten und Nervosität in der Schwangerschaft zu sehen sind, aber auch mit bestimmten Bewältigungsmustern (Vermeidung, schwangerschaftsgefährdendes Verhalten) und Verarbeitungsmustern nach der Fehlgeburt. Diese Hypothese kann nicht bestätigt werden. Aus den Prädiktoren Verarbeitung der Fehlgeburt (depressive und pessimistisch-traurige Verarbeitung, Auseinandersetzung), Anpassung in der Schwangerschaft (Vermeidung, Auseinandersetzung), schwangerschaftsbezogene und situative Ängsten sowie Neigung zu allgemeiner Ängstlichkeit lässt sich mittels binär-logistischer Regressionsanalyse kein zuverlässiges Modell entwickeln, welches das Auftreten von Blutungen vorhersagen könnte ($R^2=0,214$ (Nagelkerkes), $\chi^2=4,265$, $df=8$, $p=0,832$ (Hosmer-Lemeshow-Test)). Nur 17 Frauen der Schwangeren der Untersuchungsgruppe I geben Schwangerschaftskomplikationen in Form von Blutungen an. Dieser Stichprobenumfang ist für die Methode der logistischen Regression zu klein.

Auf explorativer Ebene (Mittelwert- bzw. Rangsummenvergleiche der Gruppen Blutungen vs. keine Blutungen über den T-Test und den U-Test nach Man & Whitney) können ebenfalls kei-

ne Merkmale festgestellt werden, die überzufällig häufiger mit Blutungen einhergingen (depressive Verarbeitung der Fehlgeburt: $U=490,000$, $p=0,941$; pessimistisch-traurige Verarbeitung: $T=1,553$, $df=76$, $p=0,125$; Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt: $U=476,000$, $p=0,805$; Vermeidung in der Schwangerschaft: $T=1,330$, $df=106$, $p=0,186$; Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft: $T=-0,041$, $df=106$, $p=0,968$; schwangerschaftsbezogene Ängste: $T=0,101$, $df=40,785$, $p=0,920$; Zustandsangst: $T=1,319$, $df=106$, $p=0,190$; allgemeine Ängstlichkeit: $U=1777,000$, $p=0,311$; Depressivität: $T=1,188$, $df=78,414$, $p=0,238$; allgemeine Körperbeschwerden: $T=-0,636$, $df=72,673$, $p=0,527$).

Auch subjektiv geklagte Schwangerschaftsbeschwerden sind unseren Vermutungen zufolge an Verarbeitungsstrategien nach der Fehlgeburt, Verhaltensweisen in der Schwangerschaft und Ängste in der Schwangerschaft geknüpft. Die Häufigkeit geklagter Beschwerden lässt sich ebenfalls nicht mittels einer logistischen Regressionsanalyse über die in diesem Kapitel aufgezählten Prädiktoren vorhersagen ($R^2=0,174$ (Nagelkerkes), $\chi^2=6,049$, $df=8$, $p=0,642$ (Hosmer-Lemeshow-Test)). Auch in diesem Fall erscheint der Stichprobenumfang ($n=13$ Schwangere, die keine Schwangerschaftsbeschwerden angeben) für die gewählte Analyse-methode nicht ausreichend groß. Mittels explorativer Verfahren ergibt sich hier ein ähnliches Bild: Keines der Merkmale scheint ein geeigneter Prädiktor für die Vorhersage des Auftretens von Schwangerschaftsbeschwerden zu sein (depressive Verarbeitung der Fehlgeburt: $U=419,000$, $p=0,706$; pessimistisch-traurige Verarbeitung: $T=0,529$, $df=76$, $p=0,599$; Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt: $U=319,000$, $p=0,093$; Vermeidung in der Schwangerschaft: $T=-1,469$, $df=106$, $p=0,145$; Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft: $T=-0,815$, $df=23,162$, $p=0,424$; schwangerschaftsbezogene Ängste: $T=0,108$, $df=105$, $p=0,914$; Zustandsangst: $T=-0,054$, $df=106$, $p=0,957$; allgemeine Ängstlichkeit: $U=920,000$, $p=0,843$).

5.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Knapp ein Fünftel aller Teilnehmerinnen der Untersuchung (17,4%) entwickeln nach dem Schwangerschaftsverlust eine chronische Trauer mit ausgeprägten depressiven und Trauersymptomen sechs Monate nach der Fehlgeburt. Frauen, die von chronischen Trauerprozessen betroffen sind, zeigen noch ein Jahr nach der Fehlgeburt auffällige körperliche und psychische Beschwerden.

In einer neuen Schwangerschaft sind Frauen nach Fehlgeburten stärker durch schwangerschaftsbezogene und – vor Überschreiten des kritischen Zeitpunktes der zurückliegenden Fehlgeburt(en) – situative (State-) Ängste belastet als Schwangere ohne Fehlgeburtsanamnese. Sie haben ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Blutungen und klagten häufiger über Schwangerschaftsbeschwerden wie Übelkeit, Müdigkeit, Erschöpfung und Unterleibsschmerzen. Die

Ängste der Frauen mit Abortanamnese beschränken sich auf das erste Schwangerschaftstrimenon und nehmen im weiteren Schwangerschaftsverlauf ab.

Die Studienergebnisse zeigen, dass psychische Bewältigungsmuster nach einer Fehlgeburt wesentlich über den Verlauf des Trauerprozesses und die psychische Anpassung der Frauen in einer neuen Schwangerschaft mitentscheiden (Abbildung 11). Frauen, die nach einer Fehlgeburt Verarbeitungsmuster in Form der beschriebenen depressiven und pessimistisch-traurigen Verarbeitung zeigen, haben ein erhöhtes Risiko, eine pathologische Trauer mit sich etablierender chronischer Symptomatik zu entwickeln und sind in auch einer neuen Schwangerschaft hinsichtlich Ängsten und depressiven Störungen gefährdet. Eine aktive Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft hingegen hat offenbar eine protektive Wirkung hinsichtlich des Befindens der Frauen in einer neuen Schwangerschaft. Frauen mit diesem Verarbeitungsmodus haben im ersten Drittel einer neuen Schwangerschaft weniger ausgeprägte schwangerschaftsbezogene Ängste.

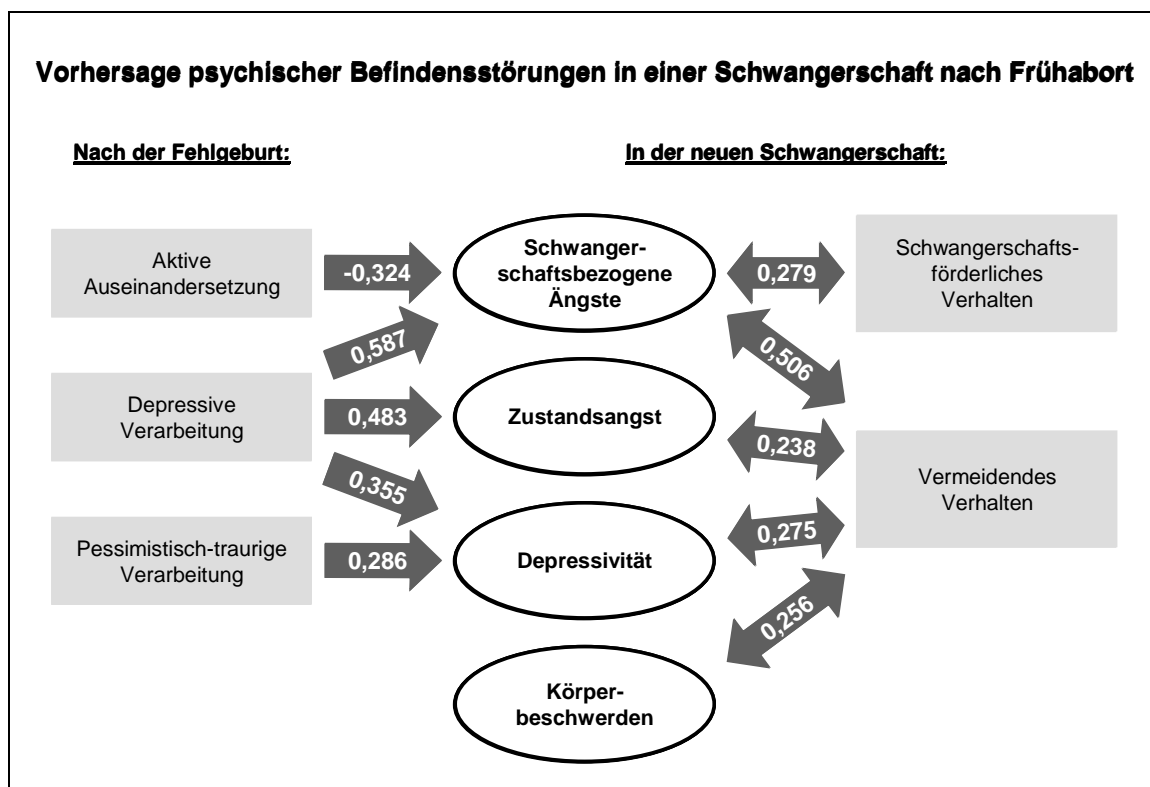


Abbildung 11: Vorhersagemodelle für psychische Befindensstörungen im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft (auf den Pfeilen sind die jeweiligen Regressionskoeffizienten der Regressoren angegeben (siehe Tabellen der vorherigen Kapitel)

Befindensstörungen im ersten Drittel der neuen Schwangerschaft sind bei den Frauen der Untersuchungsgruppe darüber hinaus stark assoziiert mit ihren Bewältigungs- und Anpassungsprozessen in dieser Zeit. Vermeidendes Verhalten in der Schwangerschaft, bei Abortpatientinnen häufig als skeptisch-abwartendes Verhalten beobachtet, steht bei den befragten Frauen in engem Zusammenhang mit einer ausgeprägten psychischen und körperlichen Symptomatik in

der Schwangerschaft (Depressivität, allgemeine Körperbeschwerden, Ängste). Eine Auseinandersetzung mit Fragen von Schwangerschaft und Mutterschaft in dieser Zeit ist an stärkere schwangerschaftsbezogene (kognitive) Ängste geknüpft.

Dabei ist deutlich geworden, dass eine gute Unterstützung durch den Partner Auseinandersetzungsstrategien bei den Frauen sowohl nach der Fehlgeburt als auch in einer neuen Schwangerschaft fördert. Eine mangelnde Unterstützung des Partners und zurückliegende Ehescheidungen/Trennungen, ein jüngeres Alter der Frauen, eine psychische Vorerkrankung, Kinderlosigkeit und vorangegangene Verluste (Tod nahe Stehender, aber auch wiederholte Aborte) sind Risikofaktoren für maladaptive Verarbeitungsprozesse nach der Fehlgeburt.

6 Diskussion der Ergebnisse

6.1 Reaktionen auf die Fehlgeburt

Hypothese 1:

Nach einer Fehlgeburt lassen sich Verarbeitungsmuster der aktiven und chronischen Trauer beobachten. Während einer aktiven Trauer eine adaptive Funktion zugeschrieben werden kann, geht eine chronische Trauer mit der Etablierung einer länger anhaltenden Symptomatik einher. Es können psychische und soziodemographische Merkmale identifiziert werden, die einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einzelner Verarbeitungsstrategien ausüben.

Übereinstimmend mit den Befunden anderer Untersuchungen weisen die Frauen unserer Untersuchungsgruppe wenige Wochen nach der Fehlgeburt gegenüber Frauen der Normalbevölkerung ausgeprägtere psychische Befindensstörungen auf. Doch nur bei einem geringeren Teil der Frauen, knapp einem Fünftel, hält die Symptomatik ein halbes Jahr und länger an. Der überwiegende Teil der Frauen scheint den Schwangerschaftsverlust gut verarbeiten zu können.

Wie erwartet, lassen sich wenige Wochen nach der Fehlgeburt verschiedene Verarbeitungsmuster beobachten, die sich hinsichtlich ihrer Adaptivität, bezogen auf den weiteren Verlauf der Symptomatik (pathologische Trauer vs. unauffällig), von einander unterscheiden. Hypothesenkonform lässt sich ein Muster chronischer Trauer beschreiben, welches durch überwiegend depressive Bewältigungsversuche gekennzeichnet ist und deshalb „depressive Verarbeitung“ genannt wird.

Im Gegensatz zu bisherigen Befunden können wir das Muster einer aktiven Trauer mit ausgeprägter Traurigkeit kurz nach dem Abort und einem Absinken der Symptomatik in den folgenden Monaten nicht beobachten. Eine ausgeprägte Traurigkeit ist unseren Ergebnissen nach vielmehr mit derpressiven Verarbeitungsweisen und einer über Monate anhaltenden Symptomatik verbunden („pessimistisch-traurige Verarbeitung“). Nicht mit einem pathologischen Trauerverlauf assoziiert und damit als adaptiv zu werten ist das Muster der „aktiven Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt“. Es beinhaltet u. a. Bewältigungsstrategien des Selbstaufbaus und der Ablenkung, weniger des Trauerns.

In den folgenden Kapiteln sollen zunächst unsere Befunde zu kurz- und langfristigen Folgen einer Fehlgeburt für das psychische Gleichgewicht der Frauen in den Forschungsstand eingeordnet werden. Anschließend werden Überlegungen zur Bedeutung der psychischen Gleichgewichtsstörungen nach einer Fehlgeburt dargelegt (Kapitel 6.1.1). Die darauf folgenden Kapitel (6.1.2) widmen sich der Beschreibung und Diskussion der von uns wenige Wochen nach dem

Schwangerschaftsverlust beobachteten Verarbeitungsmuster. Ihre Adaptivität wird sowohl hinsichtlich des Trauerverlaufs nach der Fehlgeburt (pathologische Trauer vs. unauffällig sechs Monate nach dem Abort) als auch hinsichtlich des psychischen Gleichgewichts und körperlichen Befindens der Frauen in den ersten Wochen einer neuen Schwangerschaft beurteilt.

6.1.1 Die psychische und körperliche Symptomatik nach der Fehlgeburt

6.1.1.1 Bezug zu Befunden anderer Untersuchungen

Die Frauen unserer Untersuchungsgruppe weisen nach dem Schwangerschaftsverlust ausgeprägte Trauersymptome sowie gegenüber der Normalbevölkerung erhöhte depressive Symptome und Ängste auf. Bei insgesamt 23% der Befragten kann sogar eine klinisch bedeutsame depressive Symptomatik festgestellt werden. Die Ergebnisse bestätigen die zahlreichen Befunde anderer Autoren, denen zufolge bei bis zu 33% der Abortpatientinnen depressive Störungen beobachtet werden können (Craig et al., 2002; Klier et al., 2000; Neugebauer et al., 1997; Hori et al., 2002; Prettyman et al., 1993; Lee et al., 1996; Klock et al., 1997; Nikcevics et al., 1998). Die durchschnittliche *Trauersymptomatik* der von uns befragten Frauen sinkt, ähnlich den Berichten von Beutel, innerhalb der ersten Monate nach der Fehlgeburt deutlich ab (Beutel, 1998). Im Gegensatz dazu nimmt die durchschnittliche Ausprägung der *Depressivität* über den Zeitraum eines Jahres nicht ab. In Übereinstimmung mit unseren Befunden berichten Lee et al. (1996), Janssen et al. (1996) und Beutel et al. (1995) bei den von ihnen untersuchten Frauen lang anhaltende psychische Befindensstörungen über mindestens ein Jahr nach dem Abort. Allerdings verringere sich im Durchschnitt die Häufigkeit psychischer Störungen im Laufe eines Jahres. Die Ausprägung der bei den Frauen unserer Untersuchungsgruppe beobachteten *Zustandsängste* zeigt ebenfalls keine zeitlichen Veränderungen im ersten Jahr nach der Fehlgeburt.

Das Befinden von Frauen mit *rezidivierenden und habituellen Aborten* ist nach der Fehlgeburt weit mehr beeinträchtigt als das von Frauen nach einer ersten Fehlgeburt. Unseren Studienergebnissen zufolge leiden sie im Vergleich zu Frauen nach *einem* Spontanabort unter ausgeprägteren allgemeinen Körperbeschwerden, depressiven Beschwerden und Trauersymptomen, was die Befunde der Untersuchungen von Stirtzinger et al. (1995), Lin & Lasker (1996) und Nikcevics et al. (1999) bestätigt.

17,4% aller befragten Frauen entwickelten einen *pathologischen Trauerverlauf*, der in Anlehnung an Deckardt et al. durch eine anhaltende depressive oder Trauersymptomatik ein halbes Jahr nach der Fehlgeburt und länger definiert ist (Deckardt et al., 1994; vgl. Kapitel 5.2.2). Diese Zahl entspricht den Beobachtungen von Deckardt, Beutel und Mitarbeitern, die bei ca. 20% der von ihnen befragten Abortpatientinnen pathologische Trauerverläufe beobachten (Deckardt

et al., 1994). Stirtzinger et al. (1995) sowie Lin & Lasker (1996) berichten höhere Inzidenzraten für langfristige depressive Störungen nach Aborten (zwischen 50 und 60%, vgl. Kapitel 2.3.4.2). In beiden Untersuchungen wurden jedoch auch fetale Verluste in späteren Schwangerschaftsstadien berücksichtigt, was in der Regel schwerere und länger anhaltende emotionale Reaktionen nach sich zieht.

Einen pathologischen Trauerverlauf können wir häufiger bei den Frauen feststellen, bei denen wenige Wochen nach der Fehlgeburt maladaptive Verarbeitungsmuster der pessimistisch-traurigen und der depressiven Verarbeitung zu beobachten sind (vgl. Kapitel 6.1.2). Eine anamnestische Belastung durch eine psychische Vorerkrankung, frühere Schwangerschaftsverluste und belastende Lebensereignisse wie den Tod von nahe Stehenden oder eine Scheidung bzw. Trennung vom Partner begünstigt maladaptive Verarbeitungsmuster und damit pathologische Trauerverläufe. Diese Merkmale werden auch in anderen Studien als Risikofaktoren für pathologische Trauerverläufe sowohl nach Trauerfällen als auch nach Fehlgeburten identifiziert (vgl. Langenmeyer, 1999; Friedman & Gath, 1989; Stirtzinger et al., 1995; Lin & Lasker, 1996; Janssen et al., 1997; Neugebauer et al., 1997). Eine gute Unterstützung durch den Partner, ein höheres Lebensalter der Frauen und die vorherige Entbindung von Kindern machen hingegen maladaptive Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt unwahrscheinlicher und wirken sich somit protektiv auf den weiteren Trauerverlauf aus (siehe Kapitel 6.1.2)⁴².

6.1.1.2 Bedeutung und Funktion der beobachteten Symptomatik

Wie in Kapitel 2.3.4.1 dargestellt wurde, tritt das Ereignis einer Fehlgeburt für die meisten Frauen sehr unerwartet ein. Im Falle der von uns befragten Frauen fanden die Aborte in einem sehr frühen Stadium der Schwangerschaft statt, einer Zeit, in der sich freudige Erwartungen mit Zweifeln abwechseln können, in der die Frauen mit hormonell bedingten körperlichen und psychischen Veränderungen konfrontiert sind und in der sie sich hinsichtlich ihrer Partnerschaft, ihrer sozialen Beziehungen sowie ihrer Zukunftsperspektiven neu zu orientieren beginnen („Verunsicherungsphase“, Gloger-Tippelt, 1986; vgl. Kapitel 2.2.1). Eine mehr oder weniger bewusste Ambivalenz gegenüber der Schwangerschaft und eine Regression der psychischen Abwehr sind typisch für die Frühschwangerschaft (vgl. Kapitel 2.2.2). Die Schwangere befindet sich also in einer ohnehin schon labilen emotionalen Verfassung, wenn sie plötzlich mit dem unwiderrufbaren Verlust ihrer Schwangerschaft konfrontiert wird. Mit der Fehlgeburt wird sie ihrer nahen Zukunftsentwürfe beraubt, erste mütterliche Impulse der Sorge um das heranwachsende Kind werden überflüssig.

⁴² Aus methodischen Gründen konnte ein direkter Einfluss der Kontrollmerkmale auf den Trauerverlauf nicht bestimmt werden (siehe Abschnitt 5.2.3.2).

Eine Fehlgeburt kann den Verlust eines Kindes bedeuten, zu dem die Frauen innerlich schon begonnen haben, eine Beziehung aufzubauen. Sie kann aber auch als Enttäuschung über die verwehrte Zukunft mit einem Kind erlebt werden. Ebenso kann das Scheitern der Mutterschaft auf narzisstischer Ebene eine Kränkung darstellen, die dann mit einem starken Selbstwertverlust einhergeht. Nicht selten erleben die betroffenen Frauen darüber hinaus die unvermittelten Entscheidungen des behandelnden Arztes oder den operativen Eingriff als eine Verletzung ihrer Selbstgrenzen. Eine unserer Studienteilnehmerinnen beschreibt uns ihre Erinnerungen an das Ereignis der Fehlgeburt wie folgt:

„Unter dem von mir so empfundenen Zwang zur Ausschabung litt ich wochenlang. Denn nicht nur meine Seele war verletzt, man hatte auch noch meinen Körper verletzt, war mit Gewalt an Stellen vorgedrungen, die ich gerne geschützt hätte. Ich konnte in den ersten Wochen kaum unterscheiden, was das Schlimmere gewesen war, die Fehlgeburt, die Krankenhausbehandlung oder die Ausschabung.“ (30-jährige Teilnehmerin, eine Fehlgeburt in der 6. Schwangerschaftswoche)

Eine andere Teilnehmerin schreibt uns:

„Auch wenn die Kurettag für Ärzte und OP-Team nur ein ‚kleiner operativer Eingriff ist‘ – so ist es für viele Frauen ein großer, emotional wichtiger Einschnitt in Körper und Seele – das sollte den Ärzten bewusst werden!“ (33-jährige Teilnehmerin, eine Fehlgeburt in der 7. Schwangerschaftswoche, ein Kind, ein Schwangerschaftsabbruch)

Die nach dem Abort beobachteten depressiven Symptome und Trauersymptome sind unserer Meinung nach Folge einer psychischen Krise der Frauen, welche durch die Fehlgeburt ausgelöst wird. Sie können nicht ausschließlich mit durch den Schwangerschaftsverlust bedingten hormonellen Umstellungen erklärt werden. So belegen die Studien von Neugebauer et al. (1992), Beutel et al. (1992) und Thapar & Thapar (1992) erhöhte depressive und z. T. Angstsymptome bei Abortpatientinnen im Vergleich zu schwangeren Frauen. Janssen et al. (1996) weisen eine erhöhte Symptomatik bei Frauen nach dem Abort im Vergleich zu Frauen nach, die gerade ein gesundes Kind entbunden haben.

Für viele Frauen besonders schwer zu ertragen ist der mit der Fehlgeburt eintretende Kontrollverlust bezüglich der eigenen Reproduktionsfähigkeit, d. h. der Fähigkeit, eine Schwangerschaft auszutragen und ein Kind zu gebären. Nach Prettyman et al. handelt es sich bei Ängsten nach Fehlgeburten um Erwartungsängste, die sich auf zukünftige Schwangerschaften richten. Denn ab einem Zeitpunkt von ca. 12 Wochen nach der Fehlgeburt beschäftigen sich viele Frauen mit dem Gedanken, erneut schwanger zu werden (Prettyman et al., 1993). Die Suche der Frauen nach Ursachen für den Verlust kann als ein Versuch gewertet werden, internale Kontrolle über zukünftige Schwangerschaften wiederzuerlangen. So teilen uns zwei Teilnehmerinnen folgendes mit:

„Das Bedrückende an der Fehlgeburt war und ist, dass wir nicht wissen, warum es dazu gekommen ist und welche Einflüsse wir ausschalten müssen/können, um eine weitere Fehlgeburt zu verhindern.“ (30-jährige Teilnehmerin, eine Fehlgeburt in der 7. Schwangerschaftswoche, ein Kind)

„Das Schlimmste ist, die Ursache für die Fehlgeburt nicht zu wissen. Denn ich möchte wieder schwanger werden und habe etwas Angst davor, dass wieder etwas schief geht.“ (32-jährige Teilnehmerin, eine Fehlgeburt in der 9. Schwangerschaftswoche, ein Schwangerschaftsabbruch)

Kognitive Theorien schreiben der Erfahrung von subjektivem Kontrollverlust eine große Rolle bei der Entstehung von Angst- und depressiven Störungen zu (Abramson et al., 1978; siehe Abschnitt 2.3.5.2). Besonders das wiederholte Erleben eines Kontrollverlustes, wie es bei rezidivierenden und habituellen Aborten der Fall ist, erhöht bei entsprechend ungünstigen kognitiven Verarbeitungsprozessen das Risiko für psychische Erkrankungen. Auf diesem Hintergrund wird die stark ausgeprägte depressive Symptomatik und Trauersymptomatik bei Frauen mit wiederholten Aborten verständlich.

Der unerwartete Verlust ihrer Schwangerschaft bedeutet für viele Frauen, in einem für sie sehr bedeutsamen Bereich ihrer weiblichen Identität – der Identität als Partnerin und (das zukünftige gemeinsame Kind) umsorgenden Mutter – versagt zu haben. Das Gefühl, in dieser gerade neu begonnenen Lebensphase der Mutterschaft – wenn auch nur vorübergehend – gescheitert zu sein, wird von den Frauen mehr oder weniger bewusst erlebt. Dies kann gerade bei wiederholten Schwangerschaftsverlusten das narzisstische Gleichgewicht der Frauen stören. Erfahrungsgemäß glauben viele Betroffene, den erlittenen Selbstwertverlust nur durch eine neue erfolgreiche Schwangerschaft kompensieren zu können, wodurch häufig eine starke Fixierung auf den Wunsch nach einer neuen Schwangerschaft und einem Kind besteht. Schon allein der Gedanke an eine neue Schwangerschaft ist dann an große Versagensängste geknüpft. Bestanden in der Schwangerschaft unbewusste, stark ambivalente Gefühle gegenüber dem (phantasierten) Kind, so kann der dringende Kinderwunsch dieser Frauen neben dem Versuch der Wiederherstellung des Selbstvertrauens auch den Versuch der (unbewussten) Wiedergutmachung unbewusster, gegen das Kind gerichteter aggressiver Impulse beinhalten. Deutsch (1954) spricht in diesem Zusammenhang von einem „Wiederholungszwang“ bei Patientinnen mit habituellen Aborten (zu möglichen unbewussten Konfliktkonstellationen in der Schwangerschaft siehe Kapitel 2.2.2 und 2.3.3.4).

Eine psychische Symptomatik kann im Einzelfall schon vor der Schwangerschaft, die in einer Fehlgeburt endete, bestanden haben oder durch Konflikte mit Eintritt der Schwangerschaft ausgelöst worden sein. So werden unseren Befunden zufolge maladaptive Verarbeitungsmuster, welche mit psychischen Beschwerden assoziiert sind, durch eine psychische Vorerkrankung oder die Ungeplantheit der Schwangerschaft vorhergesagt. Da die Häufigkeit psychischer Befindensstörungen nach Aborten höher ist als die Prävalenz psychischer Störungen in der

Durchschnittsbevölkerung, gehen wir jedoch davon aus, dass in häufigen Fällen das Ereignis der Fehlgeburt zum *Auslöser* für psychische Symptome wird.

Als Reaktion auf den erlittenen Verlust ist die psychische Symptomatik der Frauen zugleich der Beginn der Bewältigung der neuen Situation. Mit der emotionalen Reaktion auf den Verlust werden Trauerprozesse und Bewältigungsmechanismen mobilisiert, die günstigenfalls zu einer psychischen Anpassung führen. Binser & Försterling interpretieren depressive Symptome nach Fehlgeburten als eine genetische Schutzreaktion, die eine psychische und körperliche Erholung der Frau nach dem Schwangerschaftsverlust gewährt (Binser & Försterling, 2004). Die Stärke der emotionalen Krise und die Ausprägung der Symptomatik ist sicherlich abhängig von der Bedeutung, welche eine Schwangerschaft für die Betroffene hat. Hier spielen die in Abschnitt 2.1 besprochenen, individuell sehr unterschiedlichen Kinderwunschnotive eine wesentliche Rolle.

In Kapitel 2.3.4.1 wurde bereits darauf Bezug genommen, dass gerade bei Frauen mit Frühaborten der Austausch über das Ereignis durch fehlende Zeichen der Existenz des Kindes erschwert ist. Die Existenz des Kindes und damit die Berechtigung zu trauern wird nach Graham (1987) von vielen Frauen infrage gestellt, was einen Umgang mit der Fehlgeburt erschwert und pathologische Trauerverläufe wahrscheinlicher macht. Trotz des recht hohen Anteils von Frauen, die eine langanhaltende Symptomatik in Form pathologischer Trauer entwickeln, gelingt dem überwiegenden Teil der Frauen (82,6% der Frauen unserer Untersuchungsgruppe) eine gute psychische Anpassung innerhalb weniger Monate nach dem Schwangerschaftsverlust.

6.1.1.3 Zusammenfassung

Psychische Befindensstörungen mit z. T. klinisch bedeutsamen Symptomen von Trauer, Depressivität oder Ängsten sind nach Frühaborten häufig anzutreffen. Sie scheinen Ausdruck einer durch den plötzlichen Schwangerschaftsverlust ausgelösten emotionalen Krise zu sein, die die meisten Betroffenen innerhalb weniger Monate zu bewältigen vermögen. Frauen mit wiederholten Schwangerschaftsverlusten reagieren mit ausgeprägteren Symptomen auf den Frühabort, vermutlich aufgrund der wiederholten Erfahrung eines Kontrollverlustes bzw. dem wiederholten Gefühl, versagt zu haben, was zu Zweifeln bezüglich der eigenen Reproduktionsfähigkeit führen kann. Etwa ein Fünftel aller von uns befragten Frauen nach Frühabort entwickelt eine ausgeprägte, meist depressive Symptomatik, die ein halbes Jahr und länger bestehen kann (pathologische Trauer). Diesen Frauen gelingt es nicht, den Schwangerschaftsverlust zu verarbeiten und ihr psychisches Gleichgewicht wieder zu erlangen – möglicherweise aufgrund der großen subjektiven Bedeutung der Schwangerschaft für die Wiederherstellung ihres narzisstischen Gleichgewichts oder aufgrund von weiteren, durch die Fehlgeburt wiederbelebten neurotischen

Konflikten. Der Gruppe der Frauen mit pathologischer Trauer wird in den folgenden Kapiteln besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

6.1.2 Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt

Zum Zeitpunkt einer Fehlgeburt sind Schwanger- und Mutterschaft noch überwiegend in Gedanken, Gefühlen und Phantasien der Frauen repräsentiert und resultieren weniger aus der Erfahrung sichtbarer körperlicher Veränderungen oder konkreter Interaktionen mit dem Kind. Es wurde bereits im vorherigen Kapitel diskutiert, dass nach einer Fehlgeburt, gerade weil sie in einem sehr frühen Stadium der Schwangerschaft stattfindet, individuell sehr unterschiedliche Aspekte des Schwangerschaftsverlustes zu verarbeiten sind. Während viele Frauen eine Fehlgeburt als einen Verlust ihres Kindes oder zumindest einen Verlust der Zukunft mit dem Kind erleben und darüber trauern, kann von anderen Frauen der Schwangerschaftsverlust als Versagen des eigenen Körpers erlebt werden, das es zu bewältigen gilt. Wiederum andere Frauen können aufgrund stark ambivalenter Einstellungen zur Schwangerschaft erleichtert auf die Fehlgeburt reagieren oder, im Gegensatz dazu, unter starken Schuldgefühlen leiden, mit der Ablehnung der Schwangerschaft zum Schwangerschaftsverlust beigetragen zu haben. Frauen, die in der Schwanger- und Mutterschaft einen starken Selbstwertzuwachs erleben, leiden im Falle eines Schwangerschaftsverlustes unter Versagens- und Minderwertigkeitsgefühlen, die sie bewältigen müssen. Für viele Frauen stellt sich zeitnah zur Fehlgeburt die Frage nach einer neuen Schwangerschaft. Hier muss ein Umgang mit der aus der Fehlgeburt resultierenden Unsicherheit gefunden werden. Die Bedeutung der Fehlgeburt und die im Vordergrund stehenden stressauslösenden Emotionen und Kognitionen können demnach sehr vielfältig sein. Um die Breite möglicher Reaktionen zu illustrieren, sollen an dieser Stelle zunächst exemplarisch einige persönliche Mitteilungen der von uns befragten Frauen zitiert werden.

„Man steht vor einer eigenen kleinen Welt, ohne Kind, und versteht vieles einfach nicht ...“ (24-jährige Teilnehmerin, eine Fehlgeburt in der 8. Schwangerschaftswoche)

„Ich habe mich von allem ausgeschlossen und war sehr unentschlossen (beruflich, Bekanntenkreis, Arzt, Sport, Partnerschaft). Nun habe ich die Fehlgeburt als Schicksal angenommen. Ich habe der vertanen Chance nachgetrauert, weil ich schon älter bin. Es war bestimmt die letzte Schwangerschaft.“ (42-jährige Teilnehmerin, eine Fehlgeburt in der 10. Schwangerschaftswoche, ein Kind)

„Eigentlich wollte ich nie ein zweites Kind. Dann war ich ‚aus Versehen‘ schwanger, hatte die Fehlgeburt und das Gefühl, es doch noch einmal beweisen zu müssen (wem auch immer), ein Kind bekommen zu können.“ (32-jährige Patientin, eine Fehlgeburt in der 9. Schwangerschaftswoche, ein Kind)

„Ich selbst hätte nie gedacht, wie sehr mich die Fehlgeburt in meinem Selbstwertgefühl erschüttert hat.“ (36-jährige Teilnehmerin, eine Fehlgeburt in der 15. Schwangerschaftswoche, ein Kind)

„Der Verlust ist bei mir jetzt ungefähr ein Jahr her – und nicht ständig ist mir der Verlust bewusst, aber immer, wenn ich Mütter mit Säuglingen sehe, habe ich das Gefühl, wieder von vorn anzufangen mit der Verarbeitung.“

(29-jährige Teilnehmerin, eine Fehlgeburt in der 11. Schwangerschaftswoche, 3 Kinder, zwei Schwangerschaftsabbrüche)

„Wie soll ich gegen Vergangenes ankämpfen? Es ist doch schon passiert. Ändern lassen sich die Dinge nur gegenwärtig oder zukünftig.“ (38-jährige Teilnehmerin, eine Fehlgeburt in der 12. Schwangerschaftswoche, zwei Schwangerschaftsabbrüche)

„Die letzte Schwangerschaft war nicht geplant. Wir haben uns aber dann nach gründlicher Überlegung für das Kind entschieden. Die Natur hat uns dann schließlich die Entscheidung abgenommen, was es uns etwas leichter gemacht hat, ...“ (36-jährige Patientin, zweite Fehlgeburt in der 10. Schwangerschaftswoche, ein Kind, zwei Schwangerschaftsabbrüche)

„Man hat bei mir die Fehlentwicklung der Frucht bereits in der 8. Woche festgestellt, als ich zum ersten Mal zu der Untersuchung bei der Frauenärztin war. Wir hatten uns also noch gar nicht ernsthaft mit dem Baby angefreundet, deshalb kann ich nicht wirklich über den Verlust des Babys mitreden.“ (33-jährige Teilnehmerin, eine Fehlgeburt in der 9. Schwangerschaftswoche)

Unserer Meinung nach wird man den intrapsychischen Prozessen nach einer Fehlgeburt nicht gerecht, wenn man sie ausschließlich als einen *Verlust* betrachtet und Trauerprozesse erhebt. Um eine möglichst große Bandbreite von Reaktionen auf die Fehlgeburt erheben zu können, näherten wir uns dem Phänomen aus unterschiedlichen Perspektiven: der *Trauer* um den Verlust bzw. um die eigene Zukunft, der *Bewältigung* der neuen Situation, des eigenen Versagens, der Schuldgefühle, der Unsicherheit und emotionalen Krise und aus der Perspektive der subjektiven *Ätiologievorstellungen* über die Fehlgeburt. Aus diesen drei Merkmalen werden anhand der Datenbasis faktorenanalytisch *Verarbeitungsmuster* gebildet, die Rückschlüsse auf überzufällig häufige Merkmalskonstellationen in der untersuchten Population zulassen. Mit dieser Methode lassen sich anhand unserer Ergebnisse drei Verarbeitungsmuster beschreiben: eine „aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt“, eine „pessimistisch-traurige Verarbeitung der Fehlgeburt“ und eine „depressive Verarbeitung der Fehlgeburt“.

6.1.2.1 Die aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt

Beschreibung des Verarbeitungsmusters „aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt“

Frauen, bei denen wir dieses Verarbeitungsmuster beobachten können, setzen sich aktiv mit dem Schwangerschaftsverlust auseinander, indem sie versuchen, sich über Fehlgeburten und ihre Ursachen bzw. Folgen zu informieren, indem sie ärztlichen Rat suchen und versuchen, neue Lösungen für ihre Situation zu finden. Sie sprechen sich selbst Mut zu, suchen in anderen Lebensbereichen Selbstbestätigung und versuchen, Abstand zum Geschehenen zu gewinnen und ihm einen Sinn zu geben. Gleichzeitig wenden sie sich anderen Personen zu, lassen sich umsorgen. Sie führen ihre Fehlgeburt meist auf natürliche Regulationsprozesse zurück.

Dieses Verarbeitungsmuster setzt sich zusammen aus

- problem- und emotionszentrierten Auseinandersetzungsstrategien: Skala „aktives, problemorientiertes Coping“ des FKV, Skala „Sinnsuche“ der MTS sowie Skala „Regulativ Natur“ des Fragebogens zur Attribution der Fehlgeburt und
- emotionszentrierten Vermeidungsstrategien: Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ des FKV.

Emotionszentrierte Auseinandersetzungsstrategien sind entgegen unseren Erwartungen weniger durch ein „Durcharbeiten“ des Verlustes und intensives Trauern gekennzeichnet, sondern vielmehr durch beruhigende, selbstentlastende Ursachenzuschreibungen und Versuche, dem Ereignis einen tröstenden Sinn zu geben.

Beurteilung der Adaptivität von „Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt“

Das Verarbeitungsmuster der aktiven Auseinandersetzung ist bei den Frauen unserer Untersuchungsgruppe nicht mit einem pathologischen Trauerverlauf assoziiert und trägt hinsichtlich der Ausprägung schwangerschaftsbezogener Ängste in einer neuen Gravidität präventiven Charakter. Es wird daher als ein *adaptives Verarbeitungsmuster* beurteilt. Übereinstimmend weisen die Untersuchungen von Madden (1986), James & Kristiansen (1995) und Dorfer et al. (1999) problem- und emotionszentrierte Copingstrategien des „Problemlösens“, der „kognitiven Umbewertung“, des „Gefühlsausdrucks“ und der „Suche nach sozialer Unterstützung“ als adaptiv bezüglich des Anpassungsprozesses nach der Fehlgeburt aus.

Gerade der Wechsel von sowohl emotionszentrierten Auseinandersetzungs- als auch Vermeidungsstrategien scheint im Sinne einer Dosierung der durch die Fehlgeburt ausgelösten Emotionen eine psychische Anpassung zu gewährleisten (Horowitz, 1986; Stroebe & Shut 1999, siehe Kapitel 2.3.5.2). Dabei spielt die Frage, inwieweit die betroffenen Frauen in der Lage sind, auch in anderen Lebensbereichen Selbstbestätigung zu suchen und zu erfahren, eine wesentliche Rolle (Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ des FKV). Dies wiederum ist vermutlich abhängig von inneren Ressourcen der Frauen wie ihrer Persönlichkeitsstruktur und ihrer psychischen Gesundheit sowie äußeren Ressourcen wie der Partnerschaft, vorhandenen Kindern oder der Berufstätigkeit. Allerdings erweist sich lediglich die wahrgenommene Unterstützung durch den Partner als zuverlässiger Prädiktor für eine aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt (siehe unten).

Die Suche nach Ursachen für ein subjektiv bedeutsames Ereignis, welches mit einem Kontrollverlust verbunden ist, ist eine wichtige Bewältigungsstrategie, um einen Sinnzusammenhang und ein subjektives Gefühl der Kontrollierbarkeit der Situation wiederherstellen zu können. Nur 16,1% der befragten Frauen geben an, dass ihnen vom behandelnden Arzt eine Ursache für die Fehlgeburt genannt werden konnte. Subjektive Ursachenzuschreibungen der Fehlgeburt auf natürliche Regulationsprozesse, die ein geringes Wiederholungsrisiko haben, entlasten unseren

Ergebnissen nach die Frauen und beruhigen sie. Übereinstimmend beobachten Tunaley et al. (1993) eine bessere psychische Anpassung bei den Frauen, die ihre Fehlgeburt auf medizinische Ursachen zurückführen. Solche Attributionen verringern vermutlich Selbstbeschuldigungen und das Gefühl des eigenen Versagens. Viele Frauen nehmen zudem Abwärtsvergleiche vor, die sie zu trösten scheinen (z. B. „es hätte noch viel schlimmer kommen können“, vgl. Schuth et al., 1992, Kapitel 2.3.6). Attribuierungen auf „natürliche Regulationsprozesse“ entsprechen der allgemein üblichen ärztlichen Aufklärung über die Ursachen von Fehlgeburten und sind vermutlich das Resultat einer aktiven Auseinandersetzung der Frauen mit dem Ereignis der Fehlgeburt.

Das Verarbeitungsmuster der aktiven Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt erweist sich vermutlich gerade deshalb als adaptiv, weil es sich überwiegend auf die Bewältigung der Kränkung ihres weiblichen Selbstverständnisses richtet, welche den Frauen mit dem Ereignis der Fehlgeburt widerfahren ist. Die Verletzung ihres Selbstgefühls wird von den Frauen offenbar weniger geleugnet. Sie aktivieren vielmehr Ressourcen, um ihr narzisstisches Gleichgewicht wiederzuerlangen, ohne dabei die mit dem Schwangerschaftsverlust verbundenen Emotionen zu verdrängen (Suche nach Trost und emotionaler Unterstützung).

Faktoren, die eine „aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt“ begünstigen

Eine gute, subjektiv wahrgenommene Unterstützung durch den Partner der von uns befragten Abortpatientinnen macht den Verarbeitungsmodus der aktiven Auseinandersetzung wahrscheinlicher⁴³. Caplan (1964) schreibt der Suche nach sozialer Unterstützung besonders nach Trauerfällen eine große Bedeutung zu, da in Situationen mit großem emotionalen Stress übliche Copingstrategien versagten und die Betroffenen die Hilfe von Nahestehenden bräuchten. Eine intakte Partnerschaft stellt unserer Ansicht nach eine wesentliche soziale Ressource der Frauen dar, über die sie nicht nur Rost, sondern auch Anerkennung finden kann.

6.1.2.2 Die pessimistisch-traurige Verarbeitung der Fehlgeburt

Beschreibung des Verarbeitungsmusters „pessimistisch-traurige Verarbeitung“

Der von uns beobachtete Modus der pessimistisch-traurigen Verarbeitung einer Fehlgeburt ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte Traurigkeit über den Verlust des Kindes sowie durch Ängste vor einem erneuten Schwangerschaftsverlust und Befürchtungen, keine Kinder mehr bekommen zu können. Frauen mit diesem Verarbeitungsmuster fühlen sich nach dem Verlust

⁴³ Die nach der Fehlgeburt von den Frauen subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung wurde ebenfalls im Rahmen der Befragung über den „Fragebogen zur sozialen Unterstützung“ (F-SOZU, Sommer & Fydrich, 1989) erhoben. Da aber dieses Merkmal hoch mit der wahrgenommenen Unterstützung durch den Partner kor-

der Schwangerschaft wertlos, geben sich selbst die Schuld an der Fehlgeburt und erleben oft Neid auf andere Schwangere und Mütter. Ähnlich wie bei dem Muster der „depressiven Verarbeitung“ (Kapitel 6.1.2.3) ziehen sich Frauen mit pessimistisch-traurigem Verarbeitungsmuster von anderen zurück, verfallen häufig in Grübeleien und versuchen, den Verlust zu bagatellisieren. Sie unterscheiden sich von Frauen mit depressivem Verarbeitungsmodus durch die intensive Beschäftigung mit der Fehlgeburt und die Trauer um den Verlust.

Dieses Verarbeitungsmuster enthält

- vermeidende Bewältigungsstrategien: „depressive Verarbeitung“ (FKV), „schuldhaftes Verarbeitung“ (MTS) und „Bagatellisieren und Wunschenken“ (FKV),
- emotionszentrierte Auseinandersetzungsstrategien des Gefühlsausdrucks: Skalen „Traurigkeit“ und „Verlustangst“ der MTS.

Beurteilung der Adaptivität von „pessimistisch-trauriger Verarbeitung“

Das Muster ist als maladaptiv zu bewerten, da es eine pathologische Trauer mit ausgeprägter Symptomatik noch ein halbes Jahr nach der Fehlgeburt nach sich ziehen kann und mit einer erhöhten Depressivität in einer nachfolgenden Schwangerschaft einhergeht.

Die Befunde widersprechen unseren Annahmen und den Beobachtungen anderer Autoren, die davon ausgehen, dass eine ausgeprägte Trauer unmittelbar nach der Fehlgeburt einen gesunden Trauerverlauf und eine gute psychische Anpassung an den Verlust fördert (Lin & Lasker, 1996; Beutel 1998; vgl. Kapitel 2.3.5). Ein Modus „aktive Trauer“ mit einer starken Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt, einer Trauer um den Verlust und einem Absinken der Symptomatik im zeitlichen Verlauf kann anhand der Daten unserer Stichprobe *nicht* festgestellt werden. Vielmehr ist unseren Befunden zufolge eine ausgeprägte Traurigkeit im Modus der pessimistisch-traurigen Verarbeitung mit Merkmalen depressiver Bewältigungsmuster verbunden. Das kann verschiedene Ursachen haben:

Die Trauer um die verlorene Schwangerschaft wurde mit der Skala „Traurigkeit“ der Münchner Trauerskala erfasst (Beutel et al., 1995). Entgegen den Validierungsstudien der Autoren, denen zufolge man mit diesem Erhebungsinstrument zwischen gesunder Trauer und depressiver Reaktion unterscheiden könne, lässt sich dieser Befund anhand unserer Daten nicht aufrechterhalten. Die Skala „Traurigkeit“ korreliert nach unseren Analysen an Frauen mit Frühaborten hoch mit

der nach dem Verlust gemessenen Depressivität (vgl. Kapitel 4.3.2.2). Demnach lässt sich eine gesunde Trauerreaktion an diesem Kollektiv mit der Münchner Trauerskala nicht erheben⁴⁴.

Kritisch zu bewerten sind zudem die Itemformulierungen der Skala „Traurigkeit“ der Münchner Trauerskala (vgl. Kapitel 4.3.2.2). Die Münchner Trauerskala ist eine Übersetzung der englischsprachigen „Perinatal grief scale“ von Potvin et al. (1989), die an Frauen mit sowohl frühen als auch späten Schwangerschaftsverlusten entwickelt wurde. Wörtlich beziehen sich die Itemaussagen auf die Trauer um „das Baby“. Die wenigsten Frauen sprechen jedoch bereits nach Frühaborten von ihrem „Baby“. Zudem richtet sich die Trauer im Falle von Frühaborten oft nicht nur auf das verlorene Kind, sondern vielmehr auch auf die verlorene Schwangerschaft und die enttäuschten Hoffnungen. Allgemeiner formulierte Items (z. B. „ich bin traurig über die Fehlgeburt“) hätten möglicherweise zu anderen Ergebnissen geführt.

Unabhängig von methodischen Problemen der Erfassung gesunder Trauer vermuten wir allerdings aufgrund unserer Ergebnisse, dass nach so frühen Schwangerschaftsverlusten wie den Frühaborten keine aktive bzw. gesunde Trauer im herkömmlichen Sinne erwartet werden kann. Im ersten Trimenon der Schwangerschaft wird das Kind noch als ein Teil des eigenen Selbst wahrgenommen (Gloger-Tippelt, 1991). Die Fehlgeburt wird daher häufig als Verlust eines Teils des eigenen Selbst erlebt, als ein Versagen oder eine narzisstische Kränkung (siehe Kapitel 6.1.1.2). Aus der natürlichen Ambivalenz der Frühschwangeren gegenüber der Schwangerschaft und dem Kind resultieren leicht Schuldgefühle, durch zwiespältige Emotionen zum Verlust beigetragen zu haben. Frauen nach Frühaborten sind nicht nur mit der Trauer um den Verlust konfrontiert, sondern auch mit Enttäuschung, Schuldgefühlen und Selbstwertproblemen, auf die die Verarbeitung der Fehlgeburt gerichtet ist. Nach Frühaborten treten demnach häufiger Symptome wie Selbstanklagen oder Wertlosigkeitsgefühle auf, die in der Regel depressiven Prozessen zugeschrieben werden, so dass sich eine gesunde Trauer nur schwer abgrenzen lässt. Wie sich in unserer Untersuchung zeigt, ist eine aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt im Sinne der Suche nach Selbstbestätigung und sozialer Unterstützung geeigneter, diese Aspekte des Erlebens einer Fehlgeburt zu bewältigen, als ein intensives Trauern wie im Falle der pessimistisch-traurigen Verarbeitung. Studien, in denen gesunde Trauerverläufe mit einer initial stark ausgeprägten Traurigkeit berichtet werden, haben durchgehend auch Spätaborte miteinbezogen, bei denen durch die stärkere Repräsentanz des verlorenen Kindes durch

⁴⁴ Beutel et al. (1995) befragten die Patientinnen ein bis zwei Tage nach dem Abort. Da unser Befragungszeitpunkt einige Wochen später liegt, könnten die ausgeprägten Trauersymptome bei den Frauen unserer Untersuchung schon Ausdruck einer pathologischen bzw. chronischen Trauer sein. Dieses Argument lässt sich jedoch dadurch entkräften, dass selbst bei Frauen, deren Fehlgeburt zum Befragungszeitpunkt maximal 4 Wochen zurückliegt, ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Skala „Traurigkeit“ und der Ausprägung der Depressivität besteht.

Ultraschallbilder und Kindesbewegungen andere Trauerreaktionen erwartet werden können (Lin & Lasker, 1996; Beutel et al. 1998).

Eine *ausgeprägte Traurigkeit* nach der Fehlgeburt scheint also aufgrund der hohen Korrelation mit depressiven Symptomen einen *Risikofaktor* für einen pathologischen Trauerverlauf darzustellen. Diese Annahme lässt sich durch das duale Prozessmodell der Trauer nach Stroebe & Shut (1999) untermauern. Die für den pessimistisch-traurigen Verarbeitungsmodus maßgeblichen Merkmale der Trauer und Verlustangst können als Zeichen übermäßiger Beschäftigung mit dem Verlust interpretiert werden, wobei den Frauen eine Dosierung der Trauerarbeit durch Hinwendung zu anderen Aufgaben erschwert ist. Frauen mit pessimistisch-traurigem Verarbeitungsmodus scheinen zwischen einer übermäßigen emotionalen Beschäftigung mit dem Verlust und einer depressiv getönten Vermeidung einer Auseinandersetzung mit dem Verlust zu schwanken. Dem Aufschaukelungsmodell der Trauer zufolge führen Versuche der Vermeidung von Gedanken an den Verlust (Bagatellisierung, depressiver Rückzug) immer wieder zu einem unerwarteten „Durchbrechen“ starker Emotionen, die die Frauen, überfordert durch die Stärke der Emotionen, erneut verleugnen bzw. bagatellisieren. Dieser Kreislauf manifestiert eine pathologische bzw. komplizierte Trauer (Znoj, 2004).

Wir vermuten, dass die ausgeprägten Symptome von Traurigkeit und Verlustangst bei Frauen mit pessimistisch-trauriger Verarbeitung der Fehlgeburt Folge einer psychischen Abwehr unbewusster Konflikte sind, die durch den Verlust der Schwangerschaft aktualisiert werden. Während Frauen, die sich mit der Fehlgeburt aktiv auseinandersetzen, eher in der Lage sind, Enttäuschung und Kränkung bewusst zu verarbeiten, scheinen sich bei Frauen mit einer pessimistisch-traurigen Verarbeitung der Fehlgeburt eher neurotische Abwehrmechanismen zu etablieren, die zu psychischen Störungen führen können (pathologische Trauer). Bei diesem Verarbeitungsmuster werden abgewehrte Affekte von Trauer, Wut und Enttäuschung über den Verlust verleugnet oder bagatellisiert, auf ein idealisiertes Kind projiziert (Trauer um das „Baby“) oder über Mechanismen der Verschiebung auf eine neue Schwangerschaft (Schwangerschaftsängste) bzw. der Wendung gegen das Selbst (depressive Symptome) unbewusst gehalten.

Faktoren, die eine „pessimistisch-traurige Verarbeitung der Fehlgeburt“ begünstigen

Frauen mit pessimistisch-traurigem Verarbeitungsmodus nach der Fehlgeburt sind eher jüngeren Alters und haben in der Vergangenheit häufiger Verluste in Form von vorangegangenen Fehlgeburten oder Trauerfällen in Familie und Freundeskreis erlitten. Während eine Reihe von Autoren keinen Einfluss des *Lebensalters* auf die psychische Verarbeitung einer Fehlgeburt feststellen kann (Neugebauer et al., 1997; Craig et al., 2002; Hori et al., 2002), weisen Stirtzinger et al. (1995) bei Frauen mit wiederholten Fehlgeburten unter 30 Jahren ein erhöhtes Risiko für depressive Störungen nach. Der Gefahr von Fehlgeburten sind sich jüngere Frauen vermut-

lich weniger bewusst als ältere Frauen, die von ihrem behandelnden Arzt gelegentlich darauf hingewiesen werden. Möglicherweise lassen sich ältere Frauen emotional langsamer auf eine neue Schwangerschaft ein und reagieren dann weniger heftig auf den Verlust (vgl. Kapitel 6.2.1).

Frauen mit *wiederholten Fehlgeburten* und auch Frauen, die durch den *Verlust von Angehörigen oder Freuden* belastet sind, erleben wiederholt eine Situation, auf die sie keinen Einfluss nehmen können. Der wiederholte Kontrollverlust kann zu starker Verunsicherung („Verlustangst“) und erlernter Hilflosigkeit führen und, in Kombination mit ungünstigen Attributionsprozessen wie Selbstanklagen, depressive Symptome bzw. eine pathologische Trauer begünstigen (Abramson et al., 1978).

Unseren Analysen zufolge waren Frauen mit Fehlgeburten auch schon vor dem Schwangerschaftsverlust signifikant häufiger *belastenden Lebensereignissen* in Form von Trennungen oder dem Tod von nahe Stehenden ausgesetzt als die Vergleichsgruppe. Das bestätigt die Befunde von O'Hare & Creed (1995), Beutel et al. (1996) und Neugebauer et al. (1996), die das Auftreten stressinduzierender, belastender Ereignisse als einen ätiologischen Faktor in der Ätiopathogenese des Abortes betrachten. Eine Anhäufung negativer Lebensereignisse wird auch als ätiologischer Faktor in der Entstehung einer generalisierten Angststörung diskutiert (vgl. Comer, 1995). Einschränkend muss allerdings angemerkt werden, dass unsere Untersuchungs- und Vergleichsgruppen in sehr unterschiedlichen Situationen befragt wurden. Während die Frauen der Untersuchungsgruppe wenige Wochen nach erlittener Fehlgeburt befragt wurden, stammen die Angaben der Frauen der Kontrollgruppe aus der Zeit einer intakten Schwangerschaft. Die Frauen sollten nur solche Ereignisse nennen, von denen sie sich noch zum Befragungszeitpunkt belastet fühlten. Möglicherweise erhalten die von den Abortpatientinnen berichteten Ereignisse nach dem gerade erlittenen Schwangerschaftsverlust subjektiv größere Bedeutung und werden deshalb häufiger genannt als von Frauen der Vergleichsgruppe. Ein Rückschluss auf eine pathogenetische Rolle der belastenden Lebensereignisse im Abortgeschehen kann daher anhand unserer Daten nicht ohne Weiteres vorgenommen werden.

6.1.2.3 Die depressive Verarbeitung der Fehlgeburt

Beschreibung des Verarbeitungsmusters „depressive Verarbeitung der Fehlgeburt“

Frauen, deren Umgang mit der Fehlgeburt durch ein depressives Verarbeitungsmuster gekennzeichnet ist, nehmen unseren Studienergebnissen zufolge überwiegend Attributionen auf Merkmale der eigenen Person, das eigene Schicksal oder psychischen Stress vor. Sie ziehen sich, ähnlich wie die Frauen mit pessimistisch-traurigem Bearbeitungsmodus, von ihrer Umwelt zurück oder reagieren ärgerlich und gereizt auf ihre Umwelt, grübeln häufig, verfallen in Tagträume und Wunschdenken und versuchen, den Verlust zu bagatellisieren oder zu verleug-

nen. Im Gegensatz zur pessimistisch-traurigen Verarbeitung fehlen Zeichen von Trauer oder einer Auseinandersetzung mit dem Verlust.

Das Muster der depressiven Verarbeitung ist überwiegend geprägt durch

- internale Attribuierungen: Skalen „eigene Person“ und „Stress in der Schwangerschaft“ des Fragebogens zur Attribution der Fehlgeburt,
- Vermeidungsstrategien: Skalen „Depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ des FKV, Skala „schuldhafte Verarbeitung“ der MTS und
- Gefühlen von Ärger und Enttäuschung.

Beurteilung der Adaptivität einer „depressiven Verarbeitung der Fehlgeburt“

Eine depressive Verarbeitung der Fehlgeburt geht nach unseren Befunden mit einem erhöhten Risiko für einen pathologischen Trauerverlauf einher. Sie ist darüber hinaus mit einer ausgeprägten Symptomatik in der neuen Schwangerschaft in Form erhöhter Depressivität und situativer sowie schwangerschaftsbezogener Ängste assoziiert und somit ein prognostisch ungünstiger Verarbeitungsmodus. Einen Zusammenhang zwischen depressiven Verarbeitungsmustern und einer schlechten psychischen Anpassung an die Fehlgeburt weisen Beutel (1998), Madden (1986), James & Kristiansen (1996) und Dorfer et al. (1999) nach.

Fehlgeburten stellen eine Verlusterfahrung dar, die bei bestehender psychischer Disposition (depressive Neurosenstruktur oder depressogene Schemata, vgl. Kapitel 2.3.5.2) symptomauslösend sein kann. Nach den psychodynamischen Theorien der Depression werden unbewusste Konflikte durch eine reale Trennungs- oder Verlusterfahrung wiederbelebt. In das Bewusstsein drängende Emotionen wie Hass, Wut und Enttäuschung über frühere Versagungen können durch die Wiederbelebung des Konfliktes nicht mehr verdrängt werden und werden über regressivere Abwehrmechanismen der Wendung gegen das Selbst, der Verleugnung und Affektisolation auf Kosten einer depressiven Symptomatik unbewusst gehalten (vgl. Kapitel 2.3.5.2).

Der Beck'schen Depressionstheorie zufolge werden durch eine traumatische Situation negative Kognitionen ausgelöst, die eine depressive Symptomatik bedingen und aufrechterhalten. Auf dem Hintergrund einer generell negativen Sicht von sich selbst, der Welt und der Zukunft wird dem Misserfolg (hier der Fehlgeburt) eine enorme Bedeutung zugemessen und auf andere Situationen (z. B. Schwangerschaften) generalisiert. Die Ursache für das negative Ereignis suchen diese Frauen nur bei sich.

Depressive Verarbeitungsmuster sind unseren Befunden nach bei solchen Frauen besonders häufig zu beobachten, die durch verschiedene Umstände starke *Schuldzuweisungen an sich selbst* vornehmen. Auch James und Kristiansen (1995) beobachten einen Zusammenhang zwischen Attributionen auf den eigenen Charakter und das eigene Verhalten und depressiven Be-

wältigungsstrategien wie sozialem Rückzug und Selbstanklagen. Als Teil depressiver Verarbeitungsmodi können internale Attributionen sowohl Ursache als auch Folge depressiver Bewältigungsmechanismen sein. Aufgrund der ausgeprägten Schuldgefühle vermeiden die Frauen vermutlich eine Auseinandersetzung mit dem Verlust und können sich eine Trauer und Enttäuschung über das Ereignis kaum zugestehen, was den depressiven Verarbeitungsmodus in Gang setzt (Wendung gegen das Selbst, durch Selbstanklagen verstärkte Schuldgefühle). Auch wenn Frauen mit depressivem Verarbeitungsmuster mittelfristig eine vorübergehende Stabilisierung ihres psychischen Gleichgewichts erlangen können, besteht für sie gerade aufgrund der ausgeprägten Selbstanklagen ein erhöhtes Risiko dafür, dass Schuldgefühle und Selbstanklagen mit Eintritt einer neuen Schwangerschaft wiederbelebt werden und zu psychischen Befindensstörungen führen.

Einflussfaktoren, die eine „depressive Verarbeitung der Fehlgeburt“ begünstigen

Das Muster der depressiven Verarbeitung wird bei den Teilnehmerinnen unserer Studie durch eine psychische Vorerkrankung, durch die Ungeplantheit der Schwangerschaft und durch eine mangelnde Unterstützung durch den Partner bzw. eine bestehende emotionale Belastung durch Trennung oder Scheidung wahrscheinlicher. Diese Risikofaktoren werden auch in anderen Untersuchungen diskutiert (Lasker & Toedter, 1991; Neugebauer et al., 1992; Janssen et al., 1997; Lin & Lasker, 1996; Deckardt et al., 1994; vgl. Kapitel 2.3.4.3).

Im Falle einer *psychischen Erkrankung*, die bereits vor der Fehlgeburt bestand, handelt es sich um ein Fortbestehen der psychischen Störung mit neurotischen Abwehrmechanismen, die hier als depressive Verarbeitung erfasst wird. Es ist aber auch denkbar, dass das Ereignis der Fehlgeburt erneut zum Auslöser einer bereits remittierten Störung wird.

Schuldzuweisungen an die eigene Person sind dann besonders häufig zu beobachten, wenn eine ambivalente Haltung gegenüber der Schwangerschaft bestand (Beutel et al., 1995; Stirtzinger et al., 1995). Ambivalente Gefühle gegenüber der Schwangerschaft können Folge ungeplanten, möglicherweise auch ungewollten Schwangerschaft sein. Letztere erhöhen unseren Analysen zufolge das Risiko einer depressiven Verarbeitung und internaler Attributionen. In diesem Zusammenhang sollten auch die Folgen zurückliegender Schwangerschaftsabbrüche erwähnt werden, obwohl sie kein signifikanter Prädiktor für eine depressive Verarbeitung der Fehlgeburt sind. Frühere Schwangerschaftsabbrüche können Schuldgefühle nach Fehlgeburten ebenfalls verstärken, besonders auch deshalb, weil die operativen Eingriffe bei Schwangerschaftsabbrüchen und Fehlgeburten identisch sind. So berichten Klock et al. (1997) bei Abortpatientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen stärker ausgeprägte internale Attributionen für die Fehlgeburt. In unserer Untersuchung sagen frühere Schwangerschaftsabbrüche eine erhöhte Depressivität in der auf die Fehlgeburt folgenden Schwangerschaft voraus. Vermutlich

handelt es sich um durch die Schwangerschaft wieder belebte Schuldgefühle, die sich auf die frühere Entscheidung zur Abtreibung beziehen.

Partnerschaftsprobleme wie Trennungen oder mangelnde Unterstützung können das Verlassensgefühl der Frauen verstärken und depressive Bewältigungsweisen fördern. Umgekehrt kann eine geringe Unterstützung durch den Partner ein Resultat des sozialen Rückzugs bzw. einer negativ verzerrten Wahrnehmung der Frauen sein.

6.1.2.4 Zusammenfassung

Bei Frauen mit pathologischen Trauerverläufen lassen sich überwiegend maladaptive Verarbeitungsmuster der pessimistisch-traurigen Verarbeitung oder der depressiven Verarbeitung der Fehlgeburt beobachten. Der Verarbeitungsmodus der aktiven Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt trägt hinsichtlich der psychischen Anpassung der Frauen nach der Fehlgeburt adaptiven Charakter, da er nicht mit längeranhaltenden Befindensstörungen assoziiert ist und das Risiko für schwangerschaftsbezogene Ängste in einer neuen Gravidität verringert. Wir gehen aufgrund unserer Ergebnisse davon aus, dass bislang nach Trauerfällen beschriebene Trauerverläufe mit starker Traurigkeit und Trauerarbeit nach Frühaborten in der Regel nicht oder nur wenig ausgeprägt erwartet werden können, da es sich bei so frühen Schwangerschaftsverlusten nicht um den Verlust eines bereits deutlich repräsentierten Objektes handelt, sondern vielmehr um eine Situation des Versagens des eigenen Körpers, der eigenen Fähigkeit, Mutter zu werden. Der Verlust stellt eher eine narzisstische Kränkung dar, die unseren Befunden zufolge am ehesten mit Strategien des Selbstaufbaus, der Ablenkung, der Suche nach entlastenden Ätiologiemodellen für die Fehlgeburt und der Suche nach Trost und partnerschaftlicher Unterstützung bewältigt werden kann (aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt). Wird nach Frühaborten eine ausgeprägte Traurigkeit, meist verbunden mit großer Verlustangst und depressiven Symptomen, beobachtet (pessimistisch-traurige bzw. depressive Verarbeitung der Fehlgeburt), so ist dies als Zeichen einer neurotischen Abwehr der erfahrenen Versagungssituation des Schwangerschaftsverlustes zu verstehen, die mit einem Risiko für langanhaltende psychische Befindensstörungen einhergehen kann. Eine gute Unterstützung durch den Partner der Frauen stellt sich als wertvolle Ressource für adaptive Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt dar. Eine noch bestehende emotionale Belastung durch zurückliegende Ereignisse wie Schwangerschaftsverluste, Trauerfälle oder Trennungen erhöht die Wahrscheinlichkeit maladaptiver Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt ebenso wie eine psychische Vorerkrankung oder ambivalente Einstellung zur Schwangerschaft.

6.2 Die neue Schwangerschaft

Hypothese 2:

Schwangere mit einer bzw. mehreren vorangegangenen Fehlgeburten weisen in den ersten Wochen einer erneuten Schwangerschaft eine gegenüber anamnestisch nicht belasteten Schwangeren erhöhte körperliche und psychische Symptomatik auf. Frauen mit rezidivierenden und habituellen Aborten sind in einer neuen Schwangerschaft stärker durch psychische und körperliche Symptome belastet als Frauen nach einer ersten Fehlgeburt. Psychosoziale und kognitive Merkmale der Schwangeren stehen in Zusammenhang zur Ausprägung der psychischen und körperlichen Symptomatik in einer neuen Schwangerschaft.

Diese Annahmen lassen sich durch die Daten der vorliegenden Untersuchung weitest gehend bestätigen. Die Schwangeren mit zurückliegenden Fehlgeburten weisen gegenüber den Schwangeren der Kontrollgruppe erhöhte schwangerschaftsbezogene Ängste und, vor dem Überschreiten des kritischen Zeitpunktes der zurückliegenden Fehlgeburten, auch erhöhte Zustandsängste auf. Sie klagen häufiger als anamnestisch nicht belastete Schwangere über Schwangerschaftsbeschwerden und sind ebenfalls häufiger von Schwangerschaftskomplikationen in Form von Blutungen betroffen. Entgegen unseren Annahmen sind jedoch die durchschnittliche Depressivität und allgemeinen Körperbeschwerden in einer neuen Schwangerschaft gegenüber der Vergleichsgruppe nicht erhöht. Dies trifft selbst auf Schwangere mit zurückliegenden rezidivierenden oder habituellen Aborten nicht zu.

In der Schwangerschaft lassen sich faktorenanalytisch drei wesentliche Bewältigungsdimensionen beschreiben: eine „Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft“ eine „vermeidendes Verhalten in der Schwangerschaft“ und eine „innere Beziehung zum Kind“. Die „innere Beziehung zum Kind“ spielt im ersten Schwangerschaftstrimenon eine untergeordnete Rolle und wird deshalb nicht weiterführend interpretiert. Ausgeprägte depressive Symptome, allgemeine Körperbeschwerden, schwangerschaftsbezogene und Zustandängste im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft stehen in engem Zusammenhang zu vermeidendem Verhalten der Frauen mit Abortanamnese. Schwangerschaftsbezogene Ängste stehen zugleich in positiver Beziehung zu einer Auseinandersetzung der Frauen mit ihrer Schwangerschaft. Zwischen der Häufigkeit von subjektiven Schwangerschaftsbeschwerden und Schwangerschaftskomplikationen auf der einen Seite und psychischen Befindensstörungen der Schwangeren und ihren Bewältigungsversuchen auf der anderen Seite kann kein Zusammenhang hergestellt werden. In den folgenden Kapiteln werden zunächst die beiden Bewältigungsmuster in der Schwangerschaft genauer beschrieben und ihr Bezug zur Symptomatik der Schwangeren mit zurückliegenden Aborten diskutiert (Kapitel 6.2.1). Das darauf folgende Kapitel widmet sich der körperlichen und psychischen Symptomatik der Frauen in der auf die Fehlgeburt folgenden Schwanger-

schaft. Zunächst wird ein Bezug zu Befunden anderer Untersuchungen hergestellt, dann werden ätiopathogenetische Überlegungen dargelegt und anschließend Risikofaktoren beschrieben, die Einfluss auf die Ausprägung der Symptomatik nehmen (Kapitel 6.2.2).

6.2.1 Bewältigungsmuster in einer Schwangerschaft

Viele Frauen erleben nach dem unerwarteten Verlust ihrer Schwangerschaft einen starken Wunsch nach einer möglichst baldigen, neuen Schwangerschaft (Leon, 1986). Im Laufe eines Jahres wurden 43% der Teilnehmerinnen unserer Untersuchung erneut schwanger, ca. die Hälfte davon bereits innerhalb weniger Monate. Beutel et al. (1995) berichten bei ca. 50% der von ihnen untersuchten Frauen mit Fehlgeburten eine neue Gravidität innerhalb des ersten Jahres nach der Fehlgeburt.

Eine Schwangerschaft wird nicht ohne Grund von vielen Autoren als „Entwicklungskrise“ bezeichnet (Gloger-Tippelt, 1985; Wimmer-Puchinger, 1992, vgl. Kapitel 2.2.1). Sie ist mit einschneidenden körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen verknüpft und stellt daher, wie jede Entwicklungskrise, hohe Anforderungen an die Bewältigungsmöglichkeiten der Frauen. Bei Frauen mit Fehlgeburten kommen in einer neuen Schwangerschaft ein hoher Erwartungsdruck, eine mehr oder weniger große Verunsicherung, und manchmal sogar eine Resignation hinzu, die von den Frauen ebenfalls bewältigt werden müssen.

Psychische und körperliche Befindensstörungen lassen sich unserer Meinung nach nicht von Einstellungs- und Bewältigungsmustern in der Schwangerschaft trennen, sondern sind in einer Wechselbeziehung miteinander verknüpft (vgl. Hypothese 2c in Kapitel 6.2.2). Wir haben deshalb erneut schwangere Frauen nicht nur nach ihrem Befinden, sondern auch nach ihren Einstellungen zur Schwangerschaft, ihren Kontrollüberzeugungen und ihrem Bewältigungsverhalten sowie nach ihrem inneren Bild von ihrem Kind und eventuellen Interaktionen mit dem Kind (psychische Repräsentation des Kindes) befragt. Faktorenanalytisch lassen sich aus diesen Merkmalen drei Bewältigungsmuster gewinnen: das der „Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft“, das der „Vermeidung“ und das der „inneren Beziehung zum Kind“.

6.2.1.1 Die Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft

Das Bewältigungsmuster „*Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft*“ ist unseren Ergebnissen nach gekennzeichnet durch schwangerschaftsförderliches Verhalten wie sich über die Schwangerschaft informieren oder sich schonen und mehr Zeit gönnen. Treten Ängste in der Schwangerschaft auf, versuchen sich Frauen mit diesem Bewältigungsmuster durch kognitive Umbewertungen und Entspannung zu beruhigen oder suchen die Nähe anderer, um sich beruhigen zu lassen. Sie sind der Überzeugung, dass ein Arzt oder ein anderer Fachmann ihnen bei Beschwerden helfen könne.

Dieses Bewältigungsmuster enthält demnach

- problem- und emotionszentrierte Auseinandersetzungsstrategien: Skalen „Schwangerschaftsförderndes Verhalten“ und „Beruhigung bei Ängsten und Befürchtungen“ des Fragebogens zur Bewältigung der Anforderungen in einer Schwangerschaft und
- sozial-externale Kontrollüberzeugungen: Skala „Soziale Externalität“ des KKG.

Eine Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft steht in engem Zusammenhang mit ausgeprägten schwangerschaftsbezogenen Ängsten. So kann zwar eine intensive Auseinandersetzung mit Aspekten der Schwangerschaft gerade bei Frauen nach Fehlgeburten stärkere Ängste durch die Kenntnis möglicher Risiken hervorrufen. Es ist jedoch wahrscheinlicher, dass ausgeprägte schwangerschaftsbezogene Ängste, wenn sie positiv bewältigt werden, Verhaltensmuster des Sich-Schonens, der Entspannung und Selbstberuhigung und der Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung und ärztlicher Betreuung nach sich ziehen. Deshalb wird das Muster der aktiven Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt als ein *adaptives Bewältigungsmuster* interpretiert, welches besonders bei ausgeprägten schwangerschaftsbezogenen Ängsten aktiviert wird.

Das Bewältigungsmuster beinhaltet sowohl bewusst eingesetzte, schwangerschaftsförderliche Verhaltensweisen als auch sozial-externale Kontrollüberzeugungen – starkes Vertrauen in den behandelnden Arzt – bezüglich des weiteren Verlaufs der Schwangerschaft. *Externale Kontrollüberzeugungen*, gemessen nach einer Fehlgeburt, erweisen sich auch bei Tunaley et al. (1993) insofern als adaptiv, als sie mit geringeren Ängsten nach der Fehlgeburt einhergehen. Je stärker die Frauen das Gefühl hatten, dass sie selbst den Ausgang einer neuen Schwangerschaft beeinflussen könnten, desto ausgeprägter waren ihre Ängste. Die Autorinnen schlussfolgern daraus, dass internale Kontrollüberzeugungen zwar in vielen Situationen adaptiven Charakter trügen, im Fall von Fehlgeburten aber wenig hilfreich seien. Das bestätigen die Befunde von Madden (1988), denen zufolge internale Kontrollüberzeugungen bezüglich einer neuen Schwangerschaft mit einer erhöhten Depressivität nach der Fehlgeburt assoziiert sind. Franche & Michail (1999) finden bei Abortpatientinnen in einer neuen Schwangerschaft dann erhöhte Schwangerschaftsängste, wenn sie überwiegend internale Kontrollüberzeugungen über den weiteren Schwangerschaftsverlauf berichten.

In einer Schwangerschaft tragen die Frauen nicht nur eine Verantwortung für sich selbst, sondern auch eine Verantwortung für den Fötus. Unseren Befunden nach scheint gerade eine Kombination von bewusstem Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft und der Fähigkeit der Frauen, Verantwortung für bzw. die Kontrolle über den Verlauf der Schwangerschaft und die Gesundheit des Fetus abgeben zu können, die Frauen psychisch zu entlasten. Die Mitübernahme einer Verantwortung für den Fötus durch den behandelnden Arzt, wie es heute ohnehin all-

gemein üblich ist (vgl. Kapitel 2.2.4) scheint für Frauen nach Fehlgeburten besonders wichtig zu sein.

Nach den Ergebnissen unserer Untersuchung ist das Muster der Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft in den ersten Schwangerschaftswochen häufiger bei Frauen zu beobachten, die eine gute Unterstützung durch ihren Partner berichten. Es nimmt in seiner Häufigkeit mit steigendem Lebensalter der Schwangeren ab. Eine geringere Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft bei *älteren Frauen* kann die Funktion haben, sich von vornherein nicht so stark auf die Schwangerschaft einzulassen, da mit zunehmendem Alter die Risiken für Fehlbildungen des Feten und Schwangerschaftsverluste erhöht sind. Es hat sich gezeigt, dass ältere Frauen nach einem Schwangerschaftsverlust tendenziell weniger starke emotionale Reaktionen in Form ausgeprägter Traurigkeit und Verlustangst (pessimistische Trauer) zeigen als jüngere Frauen, möglicherweise auch durch die Antizipation von eventuellen Komplikationen noch in der Schwangerschaft (vgl. Kapitel 6.1.2.2).

6.2.1.2 Die Vermeidung in der Schwangerschaft

Das Bewältigungsmuster der *Vermeidung in der Schwangerschaft* ist dadurch gekennzeichnet, dass die Schwangeren sich von ihrem Partner und anderen Personen zurückziehen, positive wie auch negative Gefühle gegenüber der Schwangerschaft zu unterdrücken versuchen und häufig über mögliche Komplikationen nachgrübeln. Ihre innere Beziehung zum Kind ist von Sorgen um die Gesundheit des Kindes geprägt und einer Angst, den Fötus zu verletzen. Frauen mit vermeidendem Bewältigungsverhalten empfinden ihre Schwangerschaft als unangenehm und belastend und fühlen sich durch die Schwangerschaft stark eingeschränkt.

Dieses Bewältigungsmuster wird dominiert von

- Vermeidungsverhalten, welches auf die Unterdrückung von Emotionen und die Vermeidung emotionalen Austauschs gerichtet ist: Skalen „Vermeidung/Sozialer Rückzug“ des Fragebogens zur Bewältigung der Anforderungen einer Schwangerschaft,
- negativen Einstellungen zur Schwangerschaft,
- negativen Gedanken der Sorge und Angst u die Schwangerschaft: Skala „Sorge um eine gesunde Entwicklung des Kindes“ des Fragebogens zur psychischen Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft.

Ein skeptisch-abwartendes Verhalten in den ersten Wochen einer neuen Schwangerschaft bei Frauen nach Spontanaborten zum Zwecke des Selbstschutzes wird in der Literatur verschiedentlich beschrieben (z. B. Leon, 1986). Läßle & Krumbacher (1988) berichten bei Frauen mit rezidivierenden Aborten ausgeprägtere ausweichende und depressive Bewältigungsmechanismen, v. a. in Form erhöhter Selbstbeschuldigung, Aggressivität und Nervosität. Diese Befunde

lassen sich durch unsere Untersuchung nicht belegen. Es können keine erhöhten Vermeidungsstrategien bei Schwangeren mit Abortanamnese im Vergleich zu anamnestisch nicht belasteten Schwangeren nachgewiesen werden. Die Häufigkeit von Vermeidungsstrategien scheint vielmehr von anderen Faktoren abhängig zu sein wie beispielsweise allgemeinen Persönlichkeitsdispositionen (z. B. depressive Neurosenstruktur), Kontrollüberzeugungen über den Verlauf der Schwangerschaft oder dem Auftreten von psychischen oder körperlichen Beschwerden bzw. Komplikationen in der Schwangerschaft.

Das Bewältigungsmuster der Vermeidung, unabhängig davon, ob es als Ursache psychischer Befindensstörungen der Schwangeren oder als Folge verstärkter psychischer und körperlicher Beschwerden in der Schwangerschaft auftritt, ist als *maladaptiv* und damit prognostisch ungünstig einzuschätzen. So versuchen diese Schwangeren offenbar, ihren Ängsten und Befürchtungen zu begegnen, indem sie Gedanken und Gefühle bezüglich der Schwangerschaft weitestgehend vermeiden, ihren schwangeren Zustand ignorieren und sich von anderen zurückziehen. Diese abgewehrten Erlebnisinhalte tauchen allerdings in anhaltendem Grübeln und übermäßiger Sorge um das Kind auf. Solche Sorgen können u. a. einer Vorwegnahme einer erneuten Fehlgeburt entspringen. Negative Einstellungen zur Schwangerschaft als Folge eines von den Frauen antizipierten erneuten Scheiterns der Schwangerschaft führen vermutlich zu weiteren Schuld- und Versagensgefühlen. Der soziale Rückzug verhindert nicht nur eine partnerschaftliche oder anderweitige Unterstützung. Viele der Frauen suchen darüber hinaus erst in einem recht späten Schwangerschaftsstadium ihren behandelnden Arzt auf. Beginnend mit starken Erwartungsängsten oder einer sehr ambivalenten Einstellung zur Schwangerschaft wird über das Vermeidungsverhalten offenbar ein Kreislauf in Gang gesetzt, der depressive und Angstsymptome nicht mildert, sondern im Gegenteil verstärkt.

Bei prädisponierten Frauen mit einer neurotischen Persönlichkeitsstruktur kann das beobachtete Vermeidungsverhalten und die negativen Einstellungen zur Schwangerschaft auch eine Folge von in der Schwangerschaft erneut wachgerufenen neurotischen Konflikten sein, denen die Frauen mit depressiven Abwehrmechanismen der Verleugnung und der Wendung gegen das Selbst begegnen.

6.2.1.3 Die innere Beziehung zum Kind

Das dritte Bewältigungsmuster der *inneren Beziehung zum Kind* beinhaltet v. a. Bewältigungsstrategien der Auseinandersetzung mit der zukünftigen Rolle als Mutter und der psychischen Repräsentation des Kindes als getrenntes Wesen. Frauen mit diesem Verarbeitungsmodus haben bereits bildhafte Phantasien über das Kind und konkrete Interaktionen mit dem Kind. Es handelt sich daher um ein Bewältigungsmuster, welches erst in späteren Stadien der Schwangerschaft (ab den ersten Kindesbewegungen) zum Tragen kommt. Da sich die Analysen der

vorliegenden Untersuchung auf das erste Trimenon einer neuen Schwangerschaft beziehen, wird dieses Muster an dieser Stelle nicht eingehender diskutiert.

6.2.1.4 Zusammenfassung

In den ersten Wochen einer auf eine Fehlgeburt folgenden Schwangerschaft spielen zwei Bewältigungsmuster eine wesentliche Rolle: Eine Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft, die besonders häufig in Verbindung mit starken schwangerschaftsbezogenen Ängsten steht und unserer Meinung nach adaptiven Charakter trägt, da sie zum einen ein bewusstes Gesundheitsverhalten beinhaltet und zum anderen stark entlastende, sozial-externale Kontrollüberzeugungen. Ein Vermeidungsverhalten hingegen geht einher mit einer ausgeprägten psychischen Symptomatik nicht nur in Form schwangerschaftsbezogener Ängste, sondern auch in Form depressiver und körperlicher Symptome.

6.2.2 *Symptomatik der Abortpatientinnen im ersten Drittel einer neuen Schwangerschaft*

6.2.2.1 Bezug zu Befunden anderer Untersuchungen

Eine Fehlgeburt hinterlässt bei vielen Frauen eine Verunsicherung bezüglich ihrer eigenen Reproduktionsfähigkeit. An den Schwangerschaftsverlust sind häufig Gefühle des Versagens, der Ohnmacht oder Schuld geknüpft. Der Wunsch nach einer neuen Schwangerschaft ist daher immer auch unter dem Aspekt des bewussten oder unbewussten Bedürfnisses nach Wiedergutmachung bzw. des Beweises der eigenen Fähigkeit zur Mutterschaft zu verstehen. Dementsprechend ist eine neu eintretende Schwangerschaft mit Ängsten und Erwartungen emotional hoch aufgeladen. Das spiegelt sich in unseren Befragungsergebnissen: Schwangere nach Fehlgeburten klagen über ausgeprägtere schwangerschaftsbezogene Ängste als anamnestisch nicht durch frühere Schwangerschaftsverluste belastete Schwangere. Die Ängste sind in der Gruppe der Frauen mit wiederholten Aborten am stärksten ausgeprägt. Die psychische Symptomatik in einer neuen Schwangerschaft scheint sich jedoch in der Regel auf schwangerschaftsbezogene Ängste zu beschränken: Eine gegenüber anamnestisch nicht belasteten Gravidae erhöhte Depressivität oder erhöhte psychovegetative Beschwerden (allgemeine Körperbeschwerden) können nicht berichtet werden. Die allgemeine Ängstlichkeit der Frauen mit Abortanamnese, erhoben zum Erhebungszeitpunkt 1 wenige Wochen nach der Fehlgeburt, ist gegenüber anamnestisch nicht belasteten Schwangeren deutlich erhöht, d. h. die Frauen der Untersuchungsgruppe haben eine generell erhöhte Bereitschaft, mit Ängsten auf schwierige Situationen zu reagieren.

Während sich bisherige Untersuchungen auf die Analyse einzelner Symptombereiche – meist der Ängste und Depressivität – beschränken, beschreibt die vorliegende Untersuchung erstmals umfassend körperliche und psychische Symptome in einer auf eine Fehlgeburt folgenden Gra-

vidität. Unsere Ergebnisse erhärten die bisherige Befundlage im Wesentlichen: Alle vorliegenden Untersuchungen berichten erhöhte *schwangerschaftsbezogene Ängste* bei Frauen mit vorausgegangenen Fehlgeburten (Theut et al., 1988; Rauchfuß & Trautmann, 1997; Statham & Green, 1994; Armstrong & Hutti; 1998, Bergner et al., 2000). Die zitierten Studien (bis auf die Studie von Rauchfuß & Trautmann) untersuchen allerdings durchgehend relativ kleine Stichproben, die sich aus Schwangeren nach Früh- und Spätaborten sowie nach Totgeburten zusammensetzen, was Rückschlüsse auf die Folgen von *Frühaborten* erschwert. Lediglich Rauchfuß & Trautmann (1997) unterscheiden Frauen nach *einem* von Frauen mit *wiederholten* Spontanaborten und beschreiben ausgeprägtere schwangerschaftsbezogene Ängste in der Gruppe der Frauen mit rezidivierenden Aborten⁴⁵. Mit unseren Ergebnissen können die bisherigen Befunde dahingehend spezifiziert werden, dass bereits ein *erster Frühabort* zu erheblichen Schwangerschaftsängsten in einer nachfolgenden Gravidität führen kann.

Analog unseren Ergebnissen können Theut et al. (1988) bei anamnestisch belasteten Schwangeren ebenfalls keine ausgeprägteren *depressiven Symptome* berichten, während Franche & Mikail (1999) in einer auf einen Schwangerschaftsverlust folgenden Gravidität milde depressive Symptome beobachten. In einer eigenen Untersuchung an einer allerdings sehr kleinen Stichprobe (Bergner et al., 2000) beobachteten wir bei Schwangeren nach rezidivierenden Aborten signifikant ausgeprägtere depressive und Angstsymptome verglichen mit den Beschwerden Schwangerer mit einer zurückliegenden Fehlgeburt und anamnestisch nicht belasteter Schwangerer.

6.2.2.2 Ängste in einer neuen Schwangerschaft

Schwangerschaftsbezogene Ängste sind auf konkrete Gefährdungen der Schwangerschaft gerichtet (Angst vor Blutungen; Angst, dem Kind zu schaden). *Zustandsängste* hingegen haben keinen solchen Fokus. Sie sind vielmehr ein Maß „für die Intensität eines emotionalen Zustands, der gekennzeichnet ist durch Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen“ (Laux et al., 1981, S.49). Allerdings sind sie im Gegensatz zu Trait-Ängsten abhängig von Merkmalen der Situation, in der die Befragung erfolgt (in unserem Falle die Schwangerschaft). Dieser Zustand der Anspannung und Nervosität ist nur bei denjenigen der von uns befragten Schwangeren mit Abortanamnese signifikant ausgeprägt, die den kritischen Zeitpunkt der letzten Fehlgeburt(en) noch nicht überschritten haben. Das bestätigt die klinischen Beobachtungen vieler Ärzte, die gerade bei Frauen mit rezidivierenden Aborten einen Kreislauf aus Angst und Abort beschreiben: Um den Zeitpunkt des letzten Abortes

⁴⁵ Auch Läßle & Krumbacher (1988) berichten ausgeprägtere State-Ängste nach rezidivierenden Aborten. Allerdings führten sie die Befragungen zum Befinden in der Schwangerschaft retrospektiv *nach einem erneutem Schwangerschaftsverlust* durch.

nehme die Angst vor einer erneuten Fehlgeburt zu und nicht selten erfolge in dieser Zeit ein erneuter Abort (z. B. Rauchfuß, 1999; Läßle, 1988; Hertz & Molinski, 1986).

Ängste in der neuen Schwangerschaft können unterschiedlichen Ursprungs sein. In der Regel resultieren sie aus der Erfahrung von Hilflosigkeit und Nichtkontrollierbarkeit während des plötzlichen Ereignisses der Fehlgeburt. Eine Häufung nichtkontrollierbarer negativer Lebensereignisse kann zu erhöhten Erwartungsängsten bezüglich zukünftiger negativer Ereignisse führen (vgl. Kapitel 6.1.1). Die Ängste bestehen bereits vor Eintreten einer neuen Schwangerschaft und sind mit der Antizipation eines erneuten Verlustes verbunden (Prettyman et al., 1993; Beutel et al., 1995). Bewältigungsversuche, die auf eine Einordnung des Ereignisses in einen Sinnzusammenhang und die Wiedererlangung innerer Sicherheit gerichtet sind, modulieren die Ausprägung der Ängste. So reduziert unseren Befunden zufolge eine Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt schwangerschaftsbezogene Ängste in der neuen Schwangerschaft, während eine depressive Verarbeitung der Fehlgeburt schwangerschaftsbezogene und Zustandsängste verstärkt.

Es können jedoch auch unbewusste, neurotische Konflikte zu Angstsymptomen führen. In Kapitel 2.2.2 wurden verschiedene unbewusst gehaltene Konflikte beschrieben, die mit Eintritt einer Schwangerschaft aktualisiert werden und zur Symptombildung führen können. Gerade bei Schwangeren mit Fehlgeburtisanamnese ist eine aus der narzisstischen Kränkung durch den Verlust resultierende Ambivalenz gegenüber der neuen Schwangerschaft denkbar, die in der Angstsymptomatik über Mechanismen der Verschiebung und Somatisierung abgewehrt wird.

Welche Bedeutung sollte man den bei Abortpatientinnen besonders ausgeprägten Ängsten in der Frühschwangerschaft beimessen? Diese Frage wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Wir fanden keine Belege für einen Zusammenhang zwischen Angst und erneuter Fehlgeburt bzw. drohendem Abort (Blutungen). Auch in unserer Untersuchung kein Zusammenhang zwischen schwangerschaftsbezogenen und Zustandsängsten auf der einen Seite und Schwangerschaftskomplikationen in Form von Blutungen auf der anderen Seite nachweisen. Empirische Befunde zum Zusammenhang zwischen Ängsten in der Schwangerschaft und Komplikationen in späteren Schwangerschaftsstadien (vorzeitige Wehentätigkeit und Blasensprung) wurden in Kapitel 2.3.8 beschrieben (Rauchfuß, 2004; Standley et al., 1979; Wimmer-Puchinger, 1992; Whadwha et al., 1993; Rizzardo et al., 1988). Allerdings werden Schwangerschaftsängste in diesen Studien meist erst nach dem ersten Schwangerschaftstrimenon erhoben, einem Zeitpunkt, zu dem die Schwangerschaftsängste der Abortpatientinnen unserer Untersuchung bereits deutlich abnehmen.

Rizzardo et al. (1988) stellen bei gesunden Schwangeren fest, dass sich diejenigen Frauen, die im weiteren Verlauf der Schwangerschaft Komplikationen erleiden, von Frauen ohne Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen dadurch unterscheiden, dass sie im ersten Schwanger-

schaftstrimenon unter ausgeprägten Zustandsängsten (STAI) leiden, welche zum sechsten Schwangerschaftsmonat hin abnehmen. Rauchfuß & Trautmann berichten einen Zusammenhang zwischen schwangerschaftsbezogenen Ängsten und Schwangerschaftskomplikationen nur bei gesunden Schwangeren. In der Gruppe der anamnestisch durch Fehl-, Früh- oder Totgeburten belasteten Schwangeren lasse sich ein solcher Zusammenhang hingegen nicht nachweisen (Rauchfuß & Trautmann, 1997). Verknüpft man die Ergebnisse dieser beiden Untersuchungen mit den Befunden unserer Untersuchung, lassen sich folgende Überlegungen ableiten:

Schwangerschaftsbezogene Ängste

Die ausgeprägten schwangerschaftsspezifischen Ängste der Frauen mit vorangegangenen Fehlgeburten sind isolierte Ängste, die ausschließlich auf mögliche Schwangerschaftskomplikationen gerichtet sind. Sie stellen weniger irrationale neurotische Ängste dar als vielmehr realistische Befürchtungen, da sie an die real erfahrene, als bedrohlich erlebte Situation der Fehlgeburt anknüpfen⁴⁶. Sie sind Zeichen einer mit der neuen Schwangerschaft eintretenden Erwartungsangst vor einer erneuten Fehlgeburt und daher bei Frauen, die durch wiederholte Schwangerschaftsverluste stark verunsichert sind, besonders ausgeprägt. Wie schon erwähnt, besteht gerade bei Frauen mit wiederholten Schwangerschaftsverlusten eine starke Fixierung auf den Kinderwunsch, welche die subjektive Bedeutsamkeit einer neuen Schwangerschaft erhöht und dementsprechend Erwartungsängste verstärkt.

Da sich schwangerschaftsbezogene Ängste auf eine reale Bedrohung richten, es sich also um begründete Ängste handelt, müssen sie nicht unbedingt als pathologisch eingeschätzt werden. So können sich im Falle einer positiven Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft die schwangerschaftsbezogenen Ängste erhöhen, da sich die Frauen über bestehende Risiken bewusster werden. Umgekehrt können ausgeprägte Schwangerschaftsängste einen bewussteren Umgang mit der Schwangerschaft veranlassen. Indem sich die Frauen beispielsweise stärker schonen oder Vorsorgeuntersuchungen häufiger in Anspruch nehmen, kann sich dieses Verhalten protektiv auf den weiteren Schwangerschaftsverlauf auswirken (Rauchfuß & Trautmann, 1997).

Der potentiell protektive Charakter von Schwangerschaftsängsten bei Abortpatientinnen wird durch die Ergebnisse unserer Befragung unterstrichen: Auseinandersetzungsstrategien sind nur mit schwangerschaftsbezogenen Ängsten assoziiert, nicht jedoch mit allgemeineren Zustandsängsten. Stark schwangerschaftsbezogene Ängste können aber auch mit vermeidendem Verhalten in der Schwangerschaft einhergehen, was sich über Risikoverhalten wie Nikotin- oder Alkoholgenuss und ein Vermeiden ärztlicher Untersuchungen u. U. negativ auf den weiteren

Schwangerschaftsverlauf auswirken kann. Es sind demnach nicht die erhöhten schwangerschaftsbezogenen Ängste selbst, die das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen erhöhen, sondern der Grad ihrer Ausprägung und der Umgang der Frauen mit diesen Ängsten (Läpple, 1988). Schwangerschaftsbezogene Ängste nehmen bei den von uns befragten Frauen mit Abortanamnese im 2. Schwangerschaftstrimenon auf das Angstniveau anamnestisch nicht belasteter Schwangerer ab und werden im dritten Trimenon von Geburtsängsten abgelöst. Auch der zeitliche Verlauf der Ängste deutet darauf hin, dass es sich um Erwartungsängste handelt, welche mit fortgeschrittenerem Schwangerschaftsalter und geringer werdender Bedrohung durch Fehlgeburten abnehmen.

Zustandsängste

Zustandsängste in Form innerer Unruhe, Anspannung und Nervosität erfassen stärker die psychovegetative Seite von Ängsten. Sie können schwangerschaftsbezogene Ängste mehr oder weniger stark begleiten, aber auch Ausdruck allgemeinerer, ungerichteter Ängste sein. Unserer Meinung nach sind es diese das Allgemeinbefinden erheblich beeinträchtigenden Zustandsängste mit stark vegetativer Erregung, die das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen erhöhen. Allerdings kann unsere Untersuchung den Nachweis eines Zusammenhangs zwischen Zustandsängsten und Schwangerschaftskomplikationen nicht erbringen (siehe Kapitel 6.2.2.4). Rizzardo et al. (1988) weisen einen Zusammenhang zwischen Zustandsangst und Schwangerschaftskomplikationen bei gesunden Schwangeren nach. Kopplungen über das vegetative Nervensystem und das Immunsystem sind denkbar und in einer Reihe von Studien nachgewiesen (siehe Kapitel 2.3.3.4).

Anders ausgedrückt: Um die tatsächliche Belastung der Schwangeren durch Angstsymptome beurteilen zu können, ist es erforderlich, neben den auf konkrete Gefährdungen gerichteten Befürchtungen der Schwangeren (schwangerschaftsbezogene Ängste) v. a. auch das Ausmaß an allgemeiner Unruhe, Nervosität und psychovegetativer Symptomatik zu erfassen. Durchschnittlich hohe Zustandsängste mit unveränderter Ausprägung bestehen bei den Frauen mit Abortanamnese bereits seit dem ersten Erhebungszeitpunkt einige Wochen nach der Fehlgeburt. Offenbar gewinnen betroffene Frauen erst in einer neuen Schwangerschaft, und zwar erst nach Überschreiten des kritischen Zeitpunktes der letzten Fehlgeburt, an innerer Sicherheit. Obwohl schwangerschaftsbezogene Ängste weiterhin bestehen können, nehmen nach „Überstehen“ des kritischen Zeitpunktes die Zeichen allgemeiner Verunsicherung ab. Eine Teilnehmerin, die nach drei Fehlgeburten in der 6., 7. und 9. Schwangerschaftswoche (bisher keine Kinder) erneut schwanger ist, schreibt uns dazu Folgendes:

⁴⁶ Klinisch kann eine reale Furcht von einer körpernahen, ungerichteten Angst unterschieden werden (vgl. Mentzos, 1984).

„Ich bin in der 10. Woche schwanger. Die Ultraschalluntersuchung gestern ist sehr positiv verlaufen. Da in den ersten drei Schwangerschaften jeweils in den Schwangerschaftswochen 6 bis 9 eine missed abortion festgestellt wurde, bin ich so weit wie noch nie und habe seit gestern ein Freudengefühl.“

Zustandsängste in der Schwangerschaft stehen, ähnlich wie depressive Symptome, in engem Zusammenhang mit einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten und lassen sich durch eine depressive Verarbeitung der Fehlgeburt voraussagen. Wir vermuten daher, dass sie aus Versagensängsten und Schuldgefühlen resultieren, die Folge maladaptiver Verarbeitungsmuster des zurückliegenden Schwangerschaftsverlustes oder neurotischer Vorerkrankungen sind.

Schwangerschaftsbezogene Ängste und Zustandsängste können zwar inhaltlich und z. T. symptomatisch voneinander unterschieden werden, sie stehen jedoch auch in positivem Zusammenhang. Stark ausgeprägte Befürchtungen von Gefährdungen der Schwangerschaft gehen überzufällig häufig mit innerer Unruhe, allgemeiner Anspannung und Nervosität einher.

Während eine Reihe von Veröffentlichungen den schwangerschaftsbezogenen Ängsten große Aufmerksamkeit schenkt, geben unsere Befunde einen Hinweis darauf, dass es notwendig ist, gerichtete, isolierte schwangerschaftsbezogene Ängste von Zustandsängsten allgemeinerer Natur zu unterscheiden, um sie hinsichtlich ihrer Ätiologie und Adaptivität beurteilen zu können. Da diese Unterscheidung in unserer Untersuchung unseres Wissens zum ersten Mal getroffen wird, bedürfen diese Befunde einer weiteren empirischen Replikation.

Allgemeine Ängstlichkeit

Die Neigung zu allgemeiner Ängstlichkeit zählt nicht zu den Schwangerschaftsbeschwerden im engeren Sinne. Dennoch können und müssen schwangerschaftsbezogene und Zustandsängste auf dem Hintergrund der allgemeinen Disposition, Situationen als bedrohlich zu erleben, bewertet werden. Bei Frauen mit Fehlgeburten beobachten wir eine durchschnittlich höhere allgemeine Ängstlichkeit als bei Schwangeren ohne Fehlgeburtsgeschichte und Frauen der Normalbevölkerung. Dabei wird bei Frauen mit rezidivierenden und habituellen Aborten das durchschnittlich höchste Niveau der Trait-Angst gemessen. Unsere Befunde widersprechen den Ergebnissen anderer Untersuchungen (Läpple & Krumbacher, 1988; Theut, 1988). Lediglich Klock et al. (1997) bestätigen erhöhte Trait-Ängste bei Frauen mit Fehlgeburten. Es ist nicht auszuschließen, dass sich die von uns befragte Population aus überzufällig vielen ängstlichen Frauen zusammensetzt und die Befunde Folge unkontrollierter Stichprobenverzerrungen sind. Sollte der Befund ausgeprägter Trait-Angst bei Frauen mit Fehlgeburten in weiteren Untersuchungen Bestätigung erfahren, so könnte das auf eine bei Frauen mit Fehlgeburten überdurchschnittlich häufig anzutreffende neurotische Disposition deuten. Eine neurotische Persönlichkeitsstruktur bei Frauen mit habituellen Aborten wird in der Literatur kontrovers diskutiert (vgl. Kapitel 2.3.3.3). Darüber hinaus bleibt offen, ob die ausgeprägtere Angstbereitschaft bei Frauen

mit Fehlgeburten als Merkmal ihrer Persönlichkeitsstruktur bereits vor der ersten Fehlgeburt besteht oder erst eine Folge des von tiefer Verunsicherung der Frauen geprägten Abortgeschehens ist.

Zusammenfassung

Ängste vor einem erneuten Verlust der Schwangerschaft können sowohl protektive Funktion haben als auch eine Gefährdung für die Schwangerschaft darstellen. Ob eine Gefährdung durch Ängste besteht, ist abhängig vom Ausmaß der Ängste, dem Umgang der Frauen mit ihren Ängsten und v. a. dem Ausmaß an allgemeiner Verunsicherung und psychovegetativen Begleiterscheinungen der Angst (Zustandsangst). Die Ausprägung der Ängste ist in großem Maße davon abhängig, wie die Frauen die zurückliegende Fehlgeburt verarbeitet haben und mit welchen Einstellungs- und Bewältigungsmustern sie der neuen Schwangerschaft begegnen. Beruhigende Interventionen sind bei stark ausgeprägten Ängsten, die mit hoher Anspannung, innerer Unruhe und Nervosität einhergehen, indiziert und, wie sich gezeigt hat, auch erfolgreich (Stray-Pedersen & Stray-Pedersen, 1984; Liddell et al., 1991). Es sei aber auch darauf hingewiesen, dass Schwangerschaftsängste nach Fehlgeburten aufgrund der erfahrenen Verunsicherung durchaus natürlich und für einen Anpassungsprozess notwendig sind. Können diese Ängste ausgelebt und durchlebt werden, so können sie dem Selbstschutz dienen und zur Wiederherstellung von Selbstsicherheit beitragen (Hohenstein, 1998).

6.2.2.3 Depressivität und allgemeine Körperbeschwerden in einer neuen Schwangerschaft

Depressivität und allgemeine Körperbeschwerden stehen in engem Zusammenhang und werden in diesem Kapitel gemeinsam diskutiert. Im Allgemeinen zeigen die von uns befragten Frauen mit Fehlgeburtisanamnese in einer neuen Schwangerschaft keine ausgeprägteren depressiven oder psychovegetativen Symptome als anamnestisch nicht belastete Schwangere.

In der Untersuchung von Cuisinier und Mitarbeitern nimmt die mit der Perinatal Grief Scale erhobene Trauer nach der Fehlgeburt mit Eintritt einer neuen Schwangerschaft deutlich ab. Dieser Effekt ist bei Frauen mit Frühaborten und wiederholten Schwangerschaftsverlusten besonders groß. Trotz bestehender Ängste sind die Frauen glücklich über die neue Schwangerschaft, was ihnen die Bewältigung des vorangegangenen Schwangerschaftsverlustes erleichtert (Cuisinier et al., 1996). Wir vermuten einen ähnlichen Effekt bezüglich der depressiven Symptomatik der Frauen.

Überraschend scheint, dass Frauen mit *wiederholten Fehlgeburten* zwar gegenüber Frauen mit einer Fehlgeburt unter ausgeprägteren schwangerschaftsbezogenen Ängsten leiden, Depressivität, Zustandsängste und allgemeine Körperbeschwerden im Mittel jedoch nicht erhöht sind. Unter den Annahmen der Theorie der gelernten Hilflosigkeit (Abramson et al., 1978) wird er-

wartet, dass Frauen mit rezidivierenden Aborten unter größeren Versagens- und Minderwertigkeitsgefühlen leiden, da sie wiederholte Kontrollverluste bezüglich der Schwangerschaft erlitten haben. Außerdem wird, wie schon im letzten Kapitel erwähnt, Patientinnen mit wiederholten Aborten häufig eine neurotische Persönlichkeit zugeschrieben, die entweder schon vor den Schwangerschaftsverlusten bestand oder sich im Zuge der wiederholten Verlusterfahrungen entwickelt hat.

Diese Hypothesen lassen sich den Ergebnissen unserer Untersuchung zufolge nicht halten. Patientinnen mit rezidivierenden und habituellen Aborten reagieren zwar mit erheblich stärkerer Symptomatik auf die Fehlgeburt als Frauen nach einem ersten Abort. Eine neue Schwangerschaft scheint sie jedoch ebenso zu entlasten wie die Frauen nach erstem Abort. Im Gegensatz zu unseren Vermutungen und früheren Befunden (Bergner et al., 2000) neigen Frauen mit rezidivierenden und habituellen Aborten im Durchschnitt nicht stärker zu internalen, depressionsfördernden Attributionsmustern als Frauen mit „nur“ einer Fehlgeburt. Der durch die wiederholten Verluste entstehende Selbstwertverlust und die Versagensängste scheinen sich demnach in der Regel ausschließlich auf reproduktive Aspekte des Selbsterlebens zu beziehen (Rauchfuß, 1999). Sie finden daher am ehesten in ausgeprägten Erwartungsängsten bezüglich der neuen Schwangerschaft ihren Ausdruck und seltener in einer allgemeinen depressiven oder Angstsymptomatik.

Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Teilnehmerinnen unserer Untersuchung dem Ereignis ihrer Fehlgeburt durch die wiederholten Befragungen viel Aufmerksamkeit schenken und dadurch psychische Auseinandersetzungsprozesse gefördert wurden, welche zu einer allgemeinen Reduktion der Symptomatik in der neuen Schwangerschaft geführt haben könnten (vgl. Abschnitt 6.5). Möglicherweise ist die durchschnittliche Depressivität bei nicht befragten Abortpatientinnen in einer neuen Schwangerschaft ausgeprägter als bei den Teilnehmerinnen unserer Untersuchung. Einschränkend muss zudem angemerkt werden, dass die Abwehr unbewusster neurotischer Konflikte über Somatisierungsprozesse gerade durch die Abwesenheit bewusster, ambivalenter Emotionen gekennzeichnet ist (Ermann, 1999). Wenngleich bei Frauen mit rezidivierenden Aborten über schwangerschaftsbezogene Ängste hinaus keine stärkere psychische Belastung nachgewiesen werden kann, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Somatisierungsprozesse in der Genese habituellem Aborte eine Rolle spielen.

Eine pessimistisch-traurige und depressive Verarbeitung der Fehlgeburt sowie stark vermeidendes Verhalten in der neuen Schwangerschaft gehen nach unseren Befunden mit erhöhter Depressivität und erhöhten Körperbeschwerden in der neuen Schwangerschaft einher. Wir gehen davon aus, dass bei vielen der depressiven Schwangeren die Symptomatik bereits vor der Schwangerschaft (pathologische Trauer) oder bereits vor dem Fehlgeburtsgeschehen (psychi-

sche Vorerkrankung) bestand. Sie könnte u. a. Folge von negativen Lebensereignissen sein, welche von Abortpatientinnen überzufällig häufig berichtet werden.

Bei einem Teil der Frauen kann die depressive Symptomatik auch erst durch die erneute Schwangerschaft ausgelöst werden. Denkbar ist eine Wiederbelebung unbewusster Konflikte durch die Schwangerschaft. Ambivalente Einstellungen zur Schwangerschaft und wieder belebte Schuldgefühle können die Frauen stark belasten und depressive Symptome des Zweifels und der Selbstkritik hervorrufen. Wir stellten fest, dass *frühere Schwangerschaftsabbrüche*, die oft mit Schuldgefühlen verknüpft sind, depressive Beschwerden in einer auf eine Fehlgeburt folgenden Schwangerschaft wahrscheinlicher machen.

Eine *Erwerbstätigkeit* der Frauen mildert die Ausprägung depressiver Symptome und allgemeiner Körperbeschwerden in einer neuen Schwangerschaft. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich stark auf Verarbeitungsaspekte der Fehlgeburt und der neuen Schwangerschaft. Für viele Frauen kann es demgegenüber äußerst entlastend sein, zum Kinderwunsch alternative, subjektiv bedeutsame Lebensbereiche zu haben, denen sie Zukunftspläne widmen und aus denen sie Selbstbestätigung ziehen. Gerade in einer den Selbstwert bedrohenden Situation wie der einer gefürchteten, erneuten Fehlgeburt, stellt die Erwerbstätigkeit eine wichtige Ressource der Selbstwertregulation dar. Sie schützt möglicherweise vor einer einseitigen Fixierung an den Kinderwunsch, die aus unseren klinischen Erfahrungen heraus mit ausgeprägten Erwartungs- und Versagensängsten verbunden ist.

Auf psychodynamischer Ebene könnte man vermuten, dass berufstätige Frauen mit dem Konflikt zwischen dem Wunsch nach einem (abhängigen) Kind und dem (autonomen) Bedürfnis nach einer Erwerbstätigkeit bewusster umzugehen wissen. Bei einer ausgeprägten Fixierung auf den Wunsch nach einem Kind hingegen besteht die Gefahr, dass autonome, aggressive Impulse und die für die Frühschwangerschaft typische Ambivalenz über Mechanismen der Verschiebung und der Wendung gegen das Selbst abgewehrt werden und sich entsprechend in Angstsymptomen und depressiven Symptomen äußern. Während eine Erwerbstätigkeit der Frauen unseren Befunden nach ein präventiver Faktor bezüglich des psychischen und körperlichen Befindens in der Schwangerschaft ist, kann sie bei starker zeitlicher und psychischer Belastung auch ein Risikofaktor für Fehlgeburten sein (Läpple, 1990; Brandt & Nielsen, 1992; siehe Kapitel 2.3.3.3).

Depressive Symptome sind mit maladaptiven Bewältigungsmustern der Verleugnung und des sozialen Rückzugs verbunden, ein bewusstes schwangerschaftsförderliches Verhalten wird in der Regel vermieden. Eine ausgeprägte Depressivität in der neuen Schwangerschaft stellt daher, ebenso wie ausgeprägte Zustandsängste, einen Risikofaktor für Komplikationen im weiteren Schwangerschaftsverlauf dar. Allerdings fehlen auch hier eindeutige empirische Befunde. Während Sugiura-Ogasawara et al. (2002) in einer prospektiven Untersuchung an 61 Patientin-

nen mit rezidivierenden Aborten einen Zusammenhang zwischen Depressivität und darauf folgender erhöhter Abortrate feststellen können, lässt sich bei Nelson et al. (2003) und in unserer Untersuchung kein solcher Zusammenhang nachweisen.

Zusammenfassung

Die durchschnittliche Depressivität und die allgemeinen Körperbeschwerden Schwangerer mit vorausgegangenem Fehlgeburten sind gegenüber anamnestisch nicht belasteten Schwangeren im Allgemeinen nicht erhöht. Es neigen v. a. die Frauen zu einer ausgeprägten depressiven und körperlichen Befindensstörungen in einer neuen Schwangerschaft, bei denen schon wenige Wochen nach der Fehlgeburt maladaptive Verarbeitungsmuster zu beobachten sind. Frühere Schwangerschaftsunterbrechungen sind ebenfalls ein Risikofaktor für depressive Symptome in einer auf einen Frühabort folgenden Schwangerschaft. Eine Erwerbstätigkeit der Frauen erweist sich als starker protektiver Faktor bezüglich der depressiven Symptomatik der Schwangeren und stellt unserer Ansicht nach eine wesentliche Ressource der Selbstwertregulation in einer neuen Schwangerschaft dar. Da ausgeprägte depressive und körperliche Symptome an ein schwangerschaftsgefährdendes Vermeidungsverhalten geknüpft ist, vermuten wir bei Schwangeren mit ausgeprägter Symptomatik ein erhöhtes Risiko für Komplikationen im weiteren Schwangerschaftsverlauf.

6.2.2.4 Schwangerschaftsbeschwerden und -komplifikationen

Die Befürchtung der Schwangeren, das Kind erneut zu verlieren, geht häufig mit zwanghaft-hypochondrischen Beobachtungen ihres Körpers einher. Kleinste, als unregelmäßig wahrgenommene körperliche Veränderungen oder Empfindungen können die Frauen stark beunruhigen (Leon, 1986). Schwangerschaftstypische Veränderungen hingegen haben für die Frauen oft beruhigenden Charakter. Schwangere nach Aborten scheinen daher für die Wahrnehmung der Schwangerschaftsbeschwerden besonders sensibilisiert zu sein. So berichten Schwangere mit zurückliegenden Fehlgeburten in unserer Untersuchung häufiger Schwangerschaftsbeschwerden als die Kontrollgruppe. Unterstellt man bei Frauen mit Aborten eine Neigung zur Abwehr unbewusster Konflikte über Somatisierungsprozesse (z. B. Grimm, 1962), können die häufig beklagten Schwangerschaftsbeschwerden auch Ausdruck unbewusster psychischer Konflikte in der Schwangerschaft sein.

20% der anamnestisch durch Fehlgeburten belasteten Schwangeren berichten behandlungswürdige Schwangerschaftskomplikationen in Form von Blutungen, während nur 7% der Schwangeren der Vergleichsgruppe Blutungen angeben. Schwangere mit einem vorausgegangenem Abort unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeit von Blutungen nicht von Schwangeren mit wiederholten Aborten. Rauchfuß (2004) berichtet an einer Stichprobe von 519 Schwangeren mit und ohne Fehlgeburtisanamnese in 18% der Fälle Blutungen. Allerdings befragten sie Schwan-

gere ab der 13. Schwangerschaftswoche, d. h. Blutungen in der Frühschwangerschaft wurden nicht erfasst.

In der Frühschwangerschaft auftretende Blutungen werden häufig als drohender Abort interpretiert und behandelt. Nur ein Teil der Schwangerschaftskomplikationen mündet tatsächlich in einer Fehlgeburt (siehe Kapitel 2.3.2). Epidemiologischen Studien zufolge ist das Risiko für einen erneuten Abort nach einer erlittenen Fehlgeburt nur geringfügig erhöht (10 bis 20%, vgl. Kapitel 2.3.1).

Weder die Häufigkeit subjektiv geklagter Schwangerschaftsbeschwerden noch die Häufigkeit von Blutungen lässt sich durch die Verarbeitungsmodi nach der Fehlgeburt und die Bewältigungsmodi in der neuen Schwangerschaft vorhersagen. Selbst mit deskriptiven statistischen Analysemethoden kann ein Zusammenhang zwischen einzelnen Bewältigungsstrategien, Kontrollüberzeugungen, Attributionsmustern und Schwangerschaftsbeschwerden bzw. -komplikationen nicht nachgewiesen werden.

Das Auftreten von Blutungen ist nicht mit einer Zunahme schwangerschaftsbezogener Ängste, Zustandsängste oder Depressivität assoziiert. Klinischen Erfahrungen zufolge erhöhen jedoch in der Frühschwangerschaft auftretende Blutungen die Angst, die Schwangerschaft erneut zu verlieren. Dass sich ein solcher Zusammenhang auf der vorliegenden Datenbasis nicht verifizieren lässt, wird in erster Linie auf methodische Probleme zurückgeführt. Vermutlich gibt es tatsächlich keinen singulären direkten Zusammenhang zwischen Ängsten in der Schwangerschaft und Schwangerschaftskomplikationen. Unserer Meinung nach wird, wie in Kapitel 6.2.2.2 diskutiert, die Wechselwirkung dieser Symptome über Bewältigungs- und Einstellungsmuster modifiziert (vgl. auch Rizzardo et al, 1985). Die Studienergebnisse von Fenster et al. (1995), Hjollund et al. (1999) und Nelson et al. (2003) bestärken die Vermutung multipler Zusammenhänge einzelner Faktoren in der Ätiopathogenese der Fehlgeburt (vgl. Kapitel 2.3.3.3).

Die Stichprobe von $n=17$ Frauen der Untersuchungsgruppe, die in der neuen Schwangerschaft Blutungen erlitten, ist zu klein, um multiple Wirkungszusammenhänge nachweisen zu können. Bergant et al. (1997) betonen zwar, dass die Rolle psychischer Merkmale in der Ätiopathogenese der Fehlgeburt in der Vergangenheit überschätzt wurde. Allerdings weist ihre Untersuchung ebenfalls die Mängel einer sehr kleinen Stichprobe ($n=36$) auf. Hier fehlen empirische Untersuchungen mit ausreichend großen Stichproben.

6.2.3 Der Zusammenhang zwischen Verarbeitungsmustern nach der Fehlgeburt und der Symptomatik in einer neuen Schwangerschaft

Hypothese 3:

Verarbeitungsprozesse nach der Fehlgeburt haben einen Einfluss auf die psychische Anpassung der Frauen in einer neuen Schwangerschaft.

Die Hauptannahme der vorliegenden Untersuchung lässt sich in folgender Weise bestätigen: Eine aktive Auseinandersetzung der Frauen mit dem Schwangerschaftsverlust unmittelbar nach dem Abort verringert schwangerschaftsbezogene Ängste in den ersten Wochen einer neuen Schwangerschaft. Dieses Verarbeitungsmuster ist zum einen durch entlastende Attributionen auf medizinische Ursachen gekennzeichnet, die eine erneute Fehlgeburt eher unwahrscheinlich machen und die Frauen daher beruhigen. Zum anderen gelingt es den Frauen offenbar besser, Gefühlen des Versagens bezüglich ihrer eigenen Reproduktionsfähigkeit zu begegnen, indem sie Trost und Anerkennung bei ihrem Partner oder anderen Personen suchen oder Selbstbestätigung in anderen Lebensbereichen finden. Eine neue Schwangerschaft scheint dann weniger stark durch Erfolgsdruck bzw. Versagensängste belastet zu sein. Frauen, die sich mit dem Verlust ihrer Schwangerschaft aktiv auseinandersetzen, berichten häufig eine gute Unterstützung durch ihren Partner. Dies scheint eine wertvolle Ressource nicht nur hinsichtlich der Verarbeitung der Fehlgeburt zu sein, sondern auch hinsichtlich einer positiven Auseinandersetzung mit der neuen Schwangerschaft in den ersten Wochen einer neuen Gravidität.

Frauen, bei denen wenige Wochen nach der Fehlgeburt Muster einer pessimistisch-traurigen oder depressiven Verarbeitung beobachtet werden können, sind im ersten Drittel einer neuen Schwangerschaft häufiger durch depressive Beschwerden und Zustandsängste belastet. Frauen mit diesen Verarbeitungsmustern sind aus verschiedenen Gründen – sei es, weil sie schon in der Vergangenheit wiederholt Schwangerschaftsverluste erlitten haben, weil sie noch mit emotional belastenden Trennungen oder Trauerfällen beschäftigt sind, weil sie sich durch ihren Partner wenig unterstützt fühlen oder weil ihr psychisches Gleichgewicht ohnehin durch eine psychische Vorerkrankung labilisiert ist – weniger gut in der Lage, das unerwartete Ereignis der Fehlgeburt zu verarbeiten. Mit dem Verlust verbundene Gefühle von Trauer, Enttäuschung oder Versagen werden über verschiedene Abwehrmechanismen unbewusst gehalten (Kapitel 6.1.2). Eine unverarbeiteter Verlust kann sich so in einer psychischen Störung manifestieren, die trotz einer allgemeinen Entlastung durch das Eintreten einer neuen Schwangerschaft (die durchschnittliche Depressivität sinkt mit Eintritt einer neuen Gravidität) in den ersten Schwangerschaftswochen fort besteht. Selbst wenn diese Verarbeitungsmuster nicht in eine chronischen Symptomatik nach der Fehlgeburt münden, bleibt der Verlust der Schwangerschaft unverarbeitet. Die abgewehrten Emotionen können mit der Feststellung einer neuen Schwangerschaft er-

neut wachgerufen werden und zu Versagensängsten, Wertlosigkeitsgefühlen und Resignation führen (depressive und Angstsymptomatik).

Bislang können keine zuverlässigen Aussagen über eine Gefährdung der Schwangerschaft durch psychische Befindensstörungen getroffen werden. Sollte sich ein solcher Zusammenhang in zukünftigen Studien nachweisen lassen, so wären die hier dargestellten Ergebnisse von großer Bedeutung für eine rechtzeitige Prävention erneuter Schwangerschaftskomplikationen. Man muss sich darüber hinaus jedoch auch fragen, inwieweit sich psychische Befindensstörungen von Schwangeren mit zurückliegenden Fehlgeburten auf die pränatale Bindungsbereitschaft auswirken und Folgen für die frühe Mutter-Kind-Bindung nach sich ziehen können (vgl. Kapitel 2.2.3). Auch hierauf sollten präventive Maßnahmen gerichtet sein. Auch wenn nur ein Teil der Frauen mit Fehlgeburten mit maladaptiven Verarbeitungsmustern und psychischer Symptomatik auf den Schwangerschaftsverlust reagiert, lohnt es sich daher, dieser Risikogruppe verstärkte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

6.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Wir haben schwangerschaftsbezogene Ängste von allgemeineren Zustandsängsten unterschieden. Frauen mit Fehlgeburtsgeschichte sind in einer neuen Schwangerschaft besonders durch schwangerschaftsbezogene Ängste und, vor dem Überschreiten des kritischen Zeitpunktes der letzten Fehlgeburt, auch durch erhöhte Zustandsängste belastet. Sie haben darüber hinaus ein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftsbeschwerden und -komplikationen. Unseren Vermutungen zufolge können isolierte schwangerschaftsbezogene Ängste mittlerer Ausprägung adaptive Bewältigungsmechanismen und ein bewusstes Gesundheitsverhalten der Schwangeren fördern. Die körpernahen, allgemeineren Zustandsängste hingegen scheinen eher mit maladaptivem Vermeidungsverhalten assoziiert zu sein und könnten direkt, vermittelt über neuroendokrine und immunologische Prozesse, oder indirekt, über ein Risikoverhalten der Schwangeren, zu Schwangerschaftskomplikationen führen.

Auch wenn die Frauen hinsichtlich depressiver Symptome und allgemeiner Körperbeschwerden im Allgemeinen nicht stärker belastet sind als anamnestisch nicht belastete Schwangere, lässt sich das Auftreten dieser Symptome – ebenso wie das Auftreten von schwangerschaftsbezogenen und situativen Ängsten in der neuen Schwangerschaft – durch das Fehlgeburtsgeschehen vorhersagen. Frauen, die nach einer Fehlgeburt Verarbeitungsmuster in Form der beschriebenen depressiven und pessimistisch-traurigen Verarbeitung zeigen, haben ein erhöhtes Risiko, eine pathologische Trauer mit sich etablierender chronischer Symptomatik zu entwickeln. Sie sind auch in einer neuen Schwangerschaft hinsichtlich der schwangerschaftsbezogenen und Zustandsängste sowie depressiver Störungen gefährdet. Strategien der Auseinandersetzung mit der

Fehlgeburt wirken sich v. a. auf die schwangerschaftsbezogenen Erwartungsängste der Frauen in einer nachfolgenden Schwangerschaft protektiv aus.

Vermeidendes Verhalten in der Schwangerschaft, bei Abortpatientinnen häufig als skeptisch-abwartendes Verhalten beobachtet, steht bei den befragten Frauen in engem Zusammenhang mit einer ausgeprägten psychischen Symptomatik in der Schwangerschaft. Es ist deutlich geworden, dass eine gute Unterstützung durch den Partner adaptive Auseinandersetzungsstrategien bei den Frauen sowohl nach der Fehlgeburt als auch in einer neuen Schwangerschaft fördert. Eine psychische Vorerkrankung, Kinderlosigkeit und vorangegangene Verlusterfahrungen (also auch wiederholte Aborte) sind Risikofaktoren für maladaptive Verarbeitungsprozesse nach der Fehlgeburt.

6.4 Schlussfolgerungen für die Praxis

Die Studienergebnisse zeigen, dass psychische Bewältigungsmuster nach einer Fehlgeburt wesentlich über den Verlauf des Trauerprozesses und die psychische Anpassung der Frauen in einer neuen Schwangerschaft mitentscheiden. Die ausführliche Darstellung maladaptiver Verarbeitungsprozesse nach der Fehlgeburt in den vorangegangenen Kapiteln sollte jedoch nicht zu der Annahme verleiten, dass durch Frühaborte immer intensive Trauer- bzw. Bewältigungsreaktionen ausgelöst werden. Für viele Frauen stellt die Fehlgeburt zwar eine schwere Enttäuschung dar, die sie aber recht schnell verarbeiten können. In Kapitel 6.1.2.2 wurde besprochen, wie individuell unterschiedlich Reaktionen auf eine Fehlgeburt sein können. Während sich die überwiegende Mehrzahl der Frauen über unser Interesse an ihrer Situation nach der Fehlgeburt dankbar und aufgeschlossen zeigte, gab es auch vereinzelt Frauen, die sich durch die Inhalte der Fragebögen nicht angesprochen und manchmal nicht verstanden fühlten.

Eine nicht zu unterschätzende Anzahl von Frauen leidet jedoch deutlich unter dem Schwangerschaftsverlust. Die Fehlgeburt kann für einen Teil von ihnen zum Auslöser für psychische Erkrankungen werden und starke Befindensstörungen in einer neuen Schwangerschaft auslösen. Für den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin ist es daher wichtig, Risikofaktoren zu kennen, die den Patientinnen eine Verarbeitung des Schwangerschaftsverlustes erschweren und den Verlauf einer neuen Schwangerschaft gefährden. Mindestens ebenso hilfreich ist es, um protektive Faktoren zu wissen, v. a. auch im Hinblick auf eine nachfolgende Schwangerschaft.

Sicher können viele Frauen gut mit dem Schwangerschaftsverlust umgehen, und es wäre falsch, das Fehlgeburtsgeschehen unnötig zu dramatisieren (Madden, 1994). Genauso falsch ist es aber, die Fehlgeburt, gerade weil sie so häufig vorkommt und zur Alltagsroutine vieler OP-Teams gehört, als ein „Nichtereignis“ (Leon, 1990) zu behandeln und die Enttäuschung, Trauer und

Verunsicherung der Frauen zu ignorieren. Leider ist Letzteres in der klinischen Praxis noch immer weit verbreitet, wie folgende Zitate zeigen:

„Wenig Hilfe und Verständnis habe ich von Seiten der Ärzte im Krankenhaus erfahren. Obwohl ich während der stationären Behandlung in einem sehr desolaten (psychisch) Zustand war, viel weinte und nicht problemlos über die Fehlgeburt reden konnte, reagierten die meisten Ärzte sehr schroff, unsensibel und gaben mir das Gefühl, dass ich übertreibe.“ (25-jährige Teilnehmerin, eine Fehlgeburt in der 6. Schwangerschaftswoche)

„Ich fand es sehr befremdlich und bedrückend, dass die Ärztin im Krankenhaus bei der Untersuchung lapidar zu ihrer Assistentin sagte ‚Das ist gerade Abort-Zeit‘, weil sie anscheinend zu der Zeit viele solche Fälle hatte.“ (30-jährige Teilnehmerin, dritte Fehlgeburt in der 13. Schwangerschaftswoche, ein Kind)

Tabelle 40: Durch die vorliegende Untersuchung belegte Risikomerkmale sowie protektive Faktoren für die Verarbeitung einer Fehlgeburt und das Befinden in einer nachfolgenden Schwangerschaft

	Risikomerkmale	Protektive Faktoren
Soziodemographische Merkmale:	<ul style="list-style-type: none"> • Jüngerer Alter • Keine Kinder • Partnerschaftsprobleme, emotionale Belastung durch zurückliegende Trennungen/Scheidungen • Emotionale Belastung durch zurückliegende Todesfälle nahe Stehender 	<ul style="list-style-type: none"> • Gute Unterstützung durch den Partner/das soziale Umfeld • Erwerbstätigkeit
Anamnestische Merkmale:	<ul style="list-style-type: none"> • Zurückliegende ungewollte Schwangerschaftsverluste in Form von Fehl- oder Totgeburten • Zurückliegende Schwangerschaftsabbrüche • Psychische Vorerkrankung 	
Merkmale der Verarbeitung der Fehlgeburt:	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Symptome (Grübeleien, Gereiztheit, depressive Verstimmungen, Minderwertigkeitsgefühle, Selbstzweifel, Selbstanklagen) • Schuldgefühle bezüglich der Fehlgeburt • Starke Trauer/ausgeprägter Ärger, Verzweiflung noch Wochen nach dem Schwangerschaftsverlust • Verleugnung des Ereignisses, Vermeiden, sich auseinander zu setzen • Sozialer Rückzug 	<ul style="list-style-type: none"> • Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt • Überzeugung, medizinische Ursachen und natürliche Regulationsprozesse hätten zur Fehlgeburt geführt
Verhalten in einer nachfolgenden Schwangerschaft:	<ul style="list-style-type: none"> • Risikoverhalten (Aufschieben ärztlicher Untersuchungen, Alkohol-, Nikotinkonsum) • Sozialer Rückzug • Schwangerschaft als starke Belastung empfinden und ignorieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsverhalten in der nachfolgenden Schwangerschaft: sich schonen, beruhigen, den ärztlichen Rat suchen • Vertrauen in den Arzt/die Ärztin (sozial-externale Kontrollüberzeugungen bzgl. der Schwangerschaft)

Ziel einer ganzheitlichen Behandlung von Abortpatientinnen sollte es sein, den emotionalen Reaktionen der Frauen Raum zu geben, sie weder zu bagatellisieren noch zu pathologisieren. Anhand von Risikomerkmalen (Tabelle 40), psychischen und körperlichen Symptomen und Merkmalen maladaptiver Verarbeitungsprozesse, die durch unsere Untersuchung belegt wurden, kann der behandelnde Arzt Risikopatientinnen, die hinsichtlich des weiteren Trauerverlaufs und v. a. hinsichtlich einer neuen Schwangerschaft gefährdet sind, identifizieren und entsprechende Hilfestellungen anbieten. Wie können hilfreiche Interventionen aussehen?

6.4.1 Der Umgang mit Frühaborten im stationären Bereich

Auch wenn die Mehrzahl von Abortpatientinnen mit der medizinischen und psychologischen Betreuung während ihres stationären Aufenthaltes zufrieden ist (Beutel, 1996), erreichen uns im Einzelfall immer wieder Klagen über eine uneinfühlsame Behandlung durch das medizinische Personal. Klinikärzte und Betreuungspersonal begegnen im Falle von Fehlgeburten Patientinnen, die sich akut in einer emotionalen Situation des eigenen Scheiterns, starker Enttäuschung oder des Verlustes befinden können. Unseren Untersuchungsbefunden nach sind bei Frauen mit wiederholten Schwangerschaftsverlusten, mit psychischer Vorerkrankung und bei Frauen ohne Kindern stärkere emotionale Reaktionen auf den Schwangerschaftsverlust und eher maladaptive Verarbeitungsmuster zu erwarten. Diese Frauen bedürfen besonderer Aufmerksamkeit durch das betreuende Personal. Es scheint wichtig, dass Ärzte und Krankenpfleger für die individuelle Bedeutsamkeit des Schwangerschaftsverlustes sensibilisiert sind und ihn nicht als Routinefall im Klinikalltag ignorieren.

Durch den operativen Eingriff der Curettage stehen Frühaborte in besonderer Nähe zu gewollten Schwangerschaftsabbrüchen. Den Unterschied zwischen gewolltem und ungewolltem Schwangerschaftsverlust sollte man sich besonders deshalb vergegenwärtigen, da Patientinnen nach Fehlgeburten ohnehin häufig unter Schuldgefühlen leiden, die Fehlgeburt verursacht zu haben. Durch eine indifferente Haltung von Ärzten und Schwestern könnten Schuldgefühle verstärkt werden.

6.4.2 Das ärztliche Aufklärungsgespräch

Therapeutische Effekte von generell angebotenen Beratungsgesprächen nach einer Fehlgeburt konnten bislang nicht nachgewiesen werden (Lee et al., 1996; Swanson, 1999). Die Autoren bemerken, dass eine Reihe von Frauen die Fehlgeburt auch ohne professionelle Begleitung gut verarbeitet hat und vielen Frauen mehr an ärztlichen Aufklärungsgesprächen und weniger an emotionaler Unterstützung gelegen ist. Hier fehlen systematische Evaluationsstudien, die eine differentielle Indikation für Beratungs- bzw. Therapiegespräche anhand von Risikomerkmale des Verarbeitungsprozesses der Frauen berücksichtigen.

Der Bedarf an psychologischen Beratungsgesprächen ist den Erkenntnissen von Lee et al. (1996) zufolge insgesamt relativ gering, was sich auch in unserer Untersuchung zeigt. Den Teilnehmerinnen unserer Befragung wurde angeboten, bei Bedarf bei uns ein ärztliches oder psychologisches Beratungsgespräch in Anspruch nehmen zu können. Nur 32 Frauen (9,3%) nahmen dieses Angebot wahr, 12 davon wünschten ein psychologisches Beratungsgespräch. Allerdings ist nicht genau bekannt, inwieweit die befragten Frauen andere Hilfsangebote wahrgenommen haben.

Lee et al. (1996) und Beutel (1998) kommen zu dem Schluss, dass ein ärztliches Aufklärungsgespräch, welches ca. zwei bis drei Wochen nach der Fehlgeburt geführt wird, für die Frauen sehr hilfreich sein könnte. Ein solches Nachgespräch beim behandelnden Gynäkologen/der behandelnden Gynäkologin ist bislang nicht vorgesehen. Oft fühlen sich die Frauen nach der Entlassung allein gelassen und ratlos. Dem Aufklärungsgespräch vor oder kurz nach der Curettage können viele von ihnen aufgrund ihrer emotionalen Betroffenheit nicht folgen. Unserer Meinung nach ist ein Aufklärungsgespräch wenige Wochen nach der Fehlgeburt geeignet, um Frauen nochmals über mögliche Ursachen der Fehlgeburt aufzuklären und den hinsichtlich des Verarbeitungsprozesses gefährdeten Frauen weiter gehende Hilfe anzubieten. Das können Angebote weiterer ärztlicher bzw. psychologischer Beratungsgespräche oder aber, bei entsprechender Indikation, die Vermittlung von Psychotherapie sein.

Ein Gespräch mit der Patientin über die *Ursachen des Schwangerschaftsverlustes* kann ein guter Ausgangspunkt sein, um etwas über ihre Betroffenheit und ihren Umgang mit der Fehlgeburt zu erfahren (siehe auch Rauchfuß, 1999). Der Verweis auf die Häufigkeit einzelner Spontanaborte und das geringe Wiederholungsrisiko entlastet, wie sich in unserer Untersuchung gezeigt hat, die Patientinnen meist und vermittelt ihnen Sicherheit bezüglich neuer Schwangerschaften. Allerdings sollten der Patientin damit keinesfalls ihre Enttäuschung oder ihre Trauer um den Verlust abgesprochen werden. Das Wissen um chromosomale Schäden, die zur Fehlgeburt geführt haben könnten, erleichtert es vielen Frauen, das Ereignis in einen subjektiven Sinnzusammenhang einzuordnen, eine Bewältigungsstrategie, die sich in unserer Studie als sehr adaptiv erwiesen hat. Neben der ärztlichen Aufklärung kann es aber auch wichtig sein, die Patientin nach ihren subjektiven Vermutungen über die Ursachen der Fehlgeburt zu befragen. So kann der Arzt/die Ärztin dazu beitragen, Frauen von Schuldgefühlen, beispielsweise infolge früherer Schwangerschaftsabbrüche oder negativer Einstellungen zur Schwangerschaft, zu entlasten.

Ein ärztliches Gespräch wird sich vermutlich auch auf eine neue Schwangerschaft beziehen. Aus psychologischer Sicht gibt es unseren Studienergebnissen zufolge keinen Grund, mit einer neuen Schwangerschaft abzuwarten. Der *Zeitpunkt des Eintretens einer neuen Schwangerschaft* hatte keinen Einfluss auf das psychische Befinden der Frauen in den ersten Wochen der neuen Schwangerschaft. Aus medizinischer Sicht wird nach einem operativem Eingriff ein Abstand von mindestens einer Menstruationsblutung empfohlen.

Unsere Ergebnisse und die anderer Autoren zeigen, dass *sozial-externale Kontrollüberzeugungen* bezüglich des Verlaufs einer neuen Schwangerschaft als adaptiv zu werten sind. Interventionen, die auf eine Stärkung internaler Kontrollüberzeugungen gerichtet sind, beispielsweise Ratschläge über besseres Verhalten in einer neuen Schwangerschaft, sollten demnach nur vor-

sichtig eingesetzt werden. Sie könnten bei den Frauen Schuldgefühle induzieren. Das Vertrauen in den Arzt hingegen scheint die Frauen eher zu beruhigen (siehe nächstes Kapitel).

Eine subjektiv wahrgenommene gute *Unterstützung durch den Partner* hat sich in unserer Untersuchung als starker Prädiktor hinsichtlich adaptiver Anpassungsprozesse sowohl nach der Fehlgeburt als auch in einer nachfolgenden Schwangerschaft erwiesen. Rauchfuß (1999) und Beutel (1998) empfehlen, den Partner der Frauen in ärztliche Beratungsgespräche miteinzubeziehen, um ihn für die emotionale Situation seiner Partnerin zu sensibilisieren und seinen Gefühlen zum Schwangerschaftsverlust Raum geben zu können. Auf jeden Fall erscheint es wichtig, die Patientin auf mögliche Partnerschaftsprobleme anzusprechen.

Bei Frauen mit starkem Kinderwunsch taucht häufig die Frage auf, ob sie entweder ihre *Berufstätigkeit* wieder aufnehmen oder versuchen sollten, erneut schwanger zu werden. Eine Erwerbstätigkeit der Frauen scheint den Verarbeitungsprozess nach der Fehlgeburt zu fördern und erweist sich in unserer Untersuchung auch in einer neuen Schwangerschaft als adaptiv. Geben die Frauen ihre Berufstätigkeit zugunsten des dringenden Kinderwunsches auf, so resultiert daraus nicht selten eine starke Fixierung auf den Wunsch nach einer neuen Schwangerschaft. Nach Erfahrungen aus der Praxis berichten diese Frauen häufig Infertilitätsprobleme oder, im Falle einer neuen Schwangerschaft, extreme Erwartungsängste. Die Frage der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit sollte auf diesem Hintergrund mit der Patientin sorgfältig besprochen werden.

Wir schlagen vor, das Aufklärungsgespräch auch dazu zu nutzen, die *Bewältigungsmuster und das psychische Befinden* der Patientinnen zu explorieren, um auffällige Patientinnen im Bedarfsfall einer weiteren Behandlung zuzuführen (vgl. Tabelle 40). Hinweise auf maladaptive Verarbeitungsmuster sind gegeben, wenn die Patientin noch Wochen nach der Fehlgeburt mit großer Traurigkeit und Verzweiflung auf den Schwangerschaftsverlust reagiert und berichtet, dass sie im Allgemeinen auffällig gereizt und ärgerlich auf andere reagiert und den Kontakt zu anderen meidet. Andere depressive Symptome wie Zwangsgrübeleien, starke Selbstanklagen und Selbstzweifel und häufige depressive Verstimmungen sind ebenso Zeichen eines pathologischen Trauerverlaufs (Muster der pessimistisch-traurigen und depressiven Verarbeitung). Bei Patientinnen mit anamnestischer Belastung durch *wiederholte Aborte, Früh- oder Totgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder eine psychische Erkrankung*, mit bestehender *Kinderlosigkeit* sowie mit zurückliegenden *Trennungen, Scheidungen oder Trauerfällen* ist eine vertiefte Exploration besonders indiziert, da bei ihnen das Risiko maladaptiver Verarbeitungsmuster erhöht ist.

6.4.3 Betreuung der Patientinnen in einer neuen Schwangerschaft

In einer neuen Schwangerschaft hat sich gerade bei Schwangeren mit wiederholten Aborten eine engmaschige ganzheitliche Betreuung durch den Gynäkologen/die Gynäkologin bzw. ein

ärztliches Team als erfolgreich erwiesen (Rauchfuß, 1999; Stray-Pedersen & Stray-Pedersen, 1988; Liddell et al., 1991). Diese als *Tender Loving Care* bezeichnete Behandlungsmethode umfasst die gynäkologische Untersuchung der Schwangeren und ein psychologisches, meist beruhigendes Gespräch durch den Arzt/die Ärztin. Für die Betreuung Schwangerer mit Fehlgeburtsanamnese ist es wichtig, zu berücksichtigen, dass sie in der Zeit *vor dem kritischen Zeitpunkt* der letzten Fehlgeburt(en) psychisch besonders stark belastet sind und in dieser Zeit mehr ärztlicher Aufmerksamkeit bedürfen.

In unserer Untersuchung hat sich gezeigt, dass auf den Schwangerschaftsverlauf gerichtete Ängste bei Schwangeren sehr häufig sind, aber nicht zwangsläufig behandelt werden müssen. Ein starkes *Vermeidungsverhalten* bis hin zu Risikoverhalten wie Rauchen oder Alkoholenuss und/oder ausgeprägte *körpernahe Zustandsängste* in Form von innerer Unruhe, Angespanntheit, Nervosität und Unsicherheit sollten jedoch Anlass geben, den Frauen angstreduzierende Therapien wie Gesprächsgruppen oder Entspannungsverfahren vorzuschlagen. Zustandsängste können in ihrer Ausprägung mit geringem Zeitaufwand über standardisierte Fragebögen, z. B. die State-Angst-Skala des State-Trait-Angst-Inventars (Laux et al., 1981), erfasst werden. *Ultraschalluntersuchungen* sind bei Abortpatientinnen z. T. häufiger als bei gesunden Schwangeren indiziert, da sie den Patientinnen Sicherheit über die Intaktheit der Schwangerschaft geben können, stark beruhigenden Charakter haben und das Vertrauen in den behandelnden Arzt stärken (Li, 1998).

Viele Frauen erleben die Möglichkeit des *telefonischen Kontaktes* zum Arzt/zur Ärztin als sehr hilfreich. Das Angebot von Telefonkontakt ist eine wenig aufwendige, niedrig schwellige Methode, durch die Patientinnen an innerer Sicherheit gewinnen, auch ohne dass sie davon Gebrauch machen. So berichtet uns eine Teilnehmerin unserer Untersuchung:

„Ich möchte anmerken, dass es für mich die ganze Zeit über sehr gut war zu wissen, dass ich nur eine Telefonnummer wählen muss, um bei Problemen psychologische Beratung und Hilfe durch die Mitarbeiter dieser Studie bekommen zu können. Auch wenn ich diese Möglichkeit nicht genutzt habe, war es eine Stütze.“ (25-jährige Teilnehmerin, eine Fehlgeburt in der 5. Schwangerschaftswoche, ein Schwangerschaftsabbruch)

Allerdings ist es für den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin oft eine Gratwanderung, der Schwangeren das notwendige Maß an Sicherheit zu geben, ohne eine zu große Abhängigkeit der Patientin vom Arzt/der Ärztin zu erzeugen. Rauchfuß (persönliche Mitteilung) berichtet aus ihren früheren Erfahrungen, dass von ihr betreute Schwangere mit Fehlgeburtsanamnese häufig in Zeiten ihrer Abwesenheit (Urlaub, Dienstreisen) einen erneuten Abort erlitten. Wenn es möglich ist, die Schwangeren in einem Team von Ärzten, Schwestern und eventuell Psychologen zu behandeln, kann eine engmaschige, ganzheitliche Betreuung angeboten werden, ohne eine Abhängigkeit der Patientin von einer Person zu forcieren. Alternativ bieten sich *regelmäßige Gesprächsgruppen* anamnestic belasteter Schwangerer an, in denen sich die Schwange-

ren gegenseitig unterstützen können (Rauchfuß, 1999). Allerdings ist die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren und Gesprächsgruppen bislang noch nicht ausreichend evaluiert worden.

In selteneren Fällen können bei Schwangeren mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten und/oder ausgeprägter Angst- und depressiver Symptomatik neben stützenden auch aufdeckende Interventionen durch psychotherapeutisch ausgebildete Ärzte/Psychologen sinnvoll sein (Pines, 1997). Das Bewusstwerden der ambivalenten Einstellungen zur Schwangerschaft und die Akzeptanz negativer, auf das Kind gerichteter Impulse durch den Behandler kann die Schwangere sehr entlasten und ihr helfen, diese Impulse zu tolerieren.

6.5 Methodenkritische Überlegungen und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung erlaubt es durch ihren prospektiven Untersuchungsansatz erstmals, die Folgen einer Fehlgeburt und des daraufhin einsetzenden Verarbeitungsprozesses für eine spätere Schwangerschaft zu beurteilen. Dabei wurde die Symptomatik in einer nachfolgenden Schwangerschaft umfassend und differenziert mittels standardisierter Verfahren erhoben. Neu daran ist, dass wir zwischen isolierten schwangerschaftsbezogenen Ängsten, ungerichteten körpernahen Zustandsängsten und einer allgemeinen Ängstlichkeit als Persönlichkeitsdisposition unterscheiden, eine Differenzierung, die wesentliche Konsequenzen für die Behandlung Schwangerer mit Abortanamnese haben könnte.

Bei der Beschreibung und Erfassung von Verarbeitungsmustern nach einer Fehlgeburt wurde versucht, die Perspektive kognitiver bzw. verhaltensorientierter Coping- und Attributionstheorien mit der Perspektive psychodynamischer Theorien von Trauerverläufen zu verknüpfen. Das ermöglicht eine genauere Beschreibung und Beurteilung von Verarbeitungsmustern und Trauerverläufen nach Fehlgeburten. Wir beschränkten uns auf die Untersuchung der Folgen von Frühaborten bis zur 16. Schwangerschaftswoche, was unserer Meinung nach zuverlässigere Aussagen über die Verarbeitungsprozesse erlaubt als bisherige Studien, deren Stichproben sowohl Frauen mit Früh- als auch Frauen mit Spätaborten, manchmal auch mit Totgeburten, enthalten.

Um möglichst verallgemeinerbare Aussagen über den Einfluss von Verarbeitungsprozessen nach der Fehlgeburt auf das Befinden in einer neuen Schwangerschaft zu erhalten, war es notwendig, eine repräsentative, d. h. in erster Linie ausreichend große Stichprobe betroffener Frauen zu befragen. Eine so umfangreiche Erhebung wie die vorliegende, in der 342 Frauen über einen Zeitraum von ca. zwei Jahren in regelmäßigen Abständen befragt wurden, lässt sich nur über eine postalische Befragung mit standardisierten Erhebungsinstrumenten realisieren. Dabei konnte überwiegend auf bereits vorliegende Erhebungsinstrumente zurückgegriffen werden. Für eine Reihe von Untersuchungsmerkmalen wie die Attribution der Fehlgeburt, die Bewälti-

gung der Anforderungen einer Schwangerschaft und die psychische Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft liegen jedoch keine geeigneten Erhebungsinstrumente vor. Für diese Merkmale entwickelten wir anhand der Interviewaussagen von 20 Schwangeren mit Abortanamnese spezielle Fragebögen. Die Verfahren wurden im Rahmen einer Pilotstudie testtheoretisch überarbeitet und validiert. Die Skalenreliabilitäten dieser Verfahren sind zwar zufriedenstellend, eine inhaltliche Validierung anhand einer gesonderten Validierungsstichprobe steht allerdings noch aus.

Unser Untersuchungsdesign weist einige, z. T. nicht zu vermeidende, methodische Einschränkungen auf. Mit einer Antwortquote von 23,1% ist die Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung relativ gering. Bereits im ersten Anschreiben, in welchem wir die Frauen um die Teilnahme an unserer Untersuchung baten, wurden die Frauen darüber aufgeklärt, dass sich der Fokus der Untersuchung auch auf eine neue Schwangerschaft richtet, so dass vermutlich überwiegend Frauen mit Kinderwunsch antworteten. Ein persönlicher Kontakt zu den Frauen unmittelbar nach der Fehlgeburt hätte die Teilnehmerquote sicher wesentlich erhöht. Beutel (1998) berichtet mit diesem Vorgehen eine Teilnahmebereitschaft von 73%. Um eine ausreichend große Anzahl von Probandinnen zu gewinnen (es wurden über 1200 Frauen kontaktiert), mussten mehrere stationäre Einrichtungen in die Befragungen eingeschlossen werden, was nur über eine schriftliche Kontaktierung der Frauen umsetzbar war. Das Vorgehen hatte zugleich eine zeitliche Verzögerung des ersten Erhebungszeitpunktes zur Folge. Die Untersuchungsteilnehmerinnen erhielten den ersten Fragebogen erst einige Wochen nach dem Schwangerschaftsverlust, einem Zeitpunkt, zu dem einige von ihnen die Fehlgeburt vermutlich schon verarbeitet hatten. Dies könnte die Teilnahmebereitschaft ebenfalls verringert haben. Durch einen Vergleich von Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen anhand von sozialen und anamnestischen Daten, die aus den Krankenakten entnommenen wurden, können jedoch grobe Stichprobenverzerrungen ausgeschlossen werden (siehe Kapitel 4.2.2).

Im Gegensatz dazu kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Frauen mit maladaptiven Verarbeitungsprozessen und erhöhtem Leidensdruck in unserer Studie überrepräsentiert sind. Ein Vergleich mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen spricht allerdings dafür, dass psychische Beschwerden und pathologische Trauerverläufe in unserer Untersuchungspopulation gegenüber Abortpatientinnen anderer Studien nicht erhöht sind (Craig et al., 2002; Klier et al., 2000; Neugebauer et al., 1997; Hori et al., 2002; Prettyman et al., 1993; Lee et al., 1996; Klock et al., 1997; Nikcevic et al., 1998; Deckhardt et al., 1994).

Eine Befragung von 342 Frauen über einen Zeitraum von ungefähr zwei Jahren bedeutet einen hohen organisatorischen Aufwand. Zu den Frauen der Untersuchungsgruppe wurde regelmäßiger schriftlicher oder telefonischer Kontakt gehalten (ca. alle 8 Wochen), um möglichst schnell von einer neuen Schwangerschaft zu erfahren. Dennoch ist es uns nicht immer gelungen, die

geplanten Erhebungszeitpunkte exakt einzuhalten, was besonders in Hinblick auf die beschriebenen Trauerverläufe Ungenauigkeiten hervorrufen könnte.

Problematisch, besonders in Anbetracht der Beurteilung der psychischen Symptomatik der Frauen in einer neuen Schwangerschaft, sind die nicht kontrollierten therapeutischen Effekte unserer Befragung. Die regelmäßigen Befragungen könnten die Frauen angeregt haben, sich stärker mit der Fehlgeburt auseinander zu setzen.

Nicht zuletzt können auch in unserer Untersuchung keine Aussagen über einen Zusammenhang zwischen psychischen Beschwerden, Bewältigungsmustern in der neuen Schwangerschaft und dem Auftreten von Blutungen oder erneuten Fehlgeburten getroffen werden, da sich hierfür der Stichprobenumfang als zu klein erweist. Die Untersuchung dieser Fragestellung erfordert ein spezielles Untersuchungsdesign mit einer sehr großen Stichprobe, die sich sicher nur als Querschnittserhebung realisieren lässt.

Die vorliegende Studie ist unserer Kenntnis nach die erste Untersuchung, in der in einem prospektiven Längsschnittdesign gezielt Erhebungen, begonnen in der Zeit unmittelbar nach der Fehlgeburt über den gesamten Verlauf einer neuen Schwangerschaft bis nach der Entbindung des Kindes (Letzteres wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt) vorgenommen wurden. Im Allgemeinen lassen sich die Ergebnisse unserer Untersuchung gut in die Theorien und den bisherigen Forschungsstand zu Schwangerschaft und Verarbeitung von Fehlgeburten einordnen. Allerdings bedürfen besonders die neuen Erkenntnisse über Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt, ihren Einfluss auf die neue Schwangerschaft und verschiedene Angstformen in einer neuen Schwangerschaft einer empirischen Replikation.

Die vorliegende Arbeit soll mit einem Zitat einer Studienteilnehmerin abgeschlossen werden, die aus der Sicht der betroffenen Frauen betont, wie wichtig empirische Studien zum Thema früher Schwangerschaftsverluste und die daraus abgeleiteten Hilfestellungen sein können:

„Ich finde es wichtig, dass Sie sich dieser Problematik annehmen, da der Verlust, den man bei einer Fehlgeburt erleidet, und die Trauer, die einen dann ergreift, oft in der Öffentlichkeit und in der eigenen Familie nicht ernst genommen werden, besonders dann nicht, wenn man schon ein Kind hat. Es wird auch von einem erwartet, dass man nach einiger Zeit mit der Trauer abgeschlossen hat und man erntet viel Unverständnis, wenn dem nicht so ist. Ich würde mir wünschen, wenn diese Studie ein Beitrag dazu ist, dass in der Öffentlichkeit, in Krankenhäusern usw. noch viel Aufklärung über das Thema Fehlgeburt betrieben wird.“ (33-jährige Teilnehmerin, eine Fehlgeburt in der 11. Schwangerschaftswoche, ein Kind)

Literaturverzeichnis

- Abramson, E.Y., Seligman, M.E., Teasdale, J.E. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 87 (1),49-74.
- Arck, P. C., Rose, M., Hertwig, K., Hagen, E., Hildebrandt, M., Klapp, B.F. (2001). Stress and immune mediators in miscarriage. *Human Reproduction*, 16 (7), 1505-1511.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden – Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.
- Bashour, H. & Abdul Salam, A. (2001). Psychological stress and spontaneous abortion. *International journal of Gynecology and Obstetrics* 73, 179-181.
- Bauer, A. (1996). Ist das medizinisch Machbare auch psychologisch vertretbar? *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 42, 277-286.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A thirty-year retrospective. *American Psychology* 46 (4), 368-375.
- Benedek, T. (1970). The family as a psychologic field. In: Anthony, E. J., Benedek, T. (Hrsg.), *Parenthood. Its psychology and psychopathology*. Boston: Little Brown.
- Bergant, A. M., Reinstadler, K., Moncayo, H. E., Sölder, E., Heim, K., Ulmer, H., Hinterhuber, H., Dapunt, O. (1997). Spontaneous abortion and psychosomatics. A prospective Study on the impact of psychological factors as a cause of recurrent spontaneous abortion. *Human Reproduction*, 12 (5), 1106-1110.
- Bergner, A. & Peters, H. (1997). Auswirkungen von Fehlgeburten auf das Befinden und Erleben in einer neuen Schwangerschaft. Diplomarbeit, unveröffentlicht.
- Bergner, A., Rauchfuß, M., Beyer, R. (2002). Subjektive Ursachenzuschreibungen nach Fehlgeburten. In: Neises, M., Bartsch, S., Dohnke, H., Falck, H.-R., Jauffels, W., Schmid-Ott, G., Schwerdtfeger, J., Walter, H. *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2002 der DGPF*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bergner, A., Rudolf, H., Rauchfuß, M., Beyer, R. (2000). Auswirkungen von Fehlgeburten auf das Befinden und Erleben in einer neuen Schwangerschaft. In: Bodden-Heidrich, R., Rechenberger, I., Bender, H.G., *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 1999*. 245-256.
- Berle, B.B., Javert, C.T. (1954). Stress and habitual abortion: Their relationship and the effect of therapy. *Obstet Gynecol* 3: 298-306.
- Berle, P. (1988). Spontanabortrate in der Frühschwangerschaft. *Gynäkologe*, 2, 93-98.

- Besch-Cornelius, J. (1987). Psychoanalyse und Mutterschaft. Gedanken zum Problem der Analytikerin-Mutter und der Mutter als Analytikerin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Beutel, M. & Weiner, H. (1993). Trauer und Depression nach einem Objektverlust. *Forum der Psychoanalyse*, 9, 224-239.
- Beutel, M. (1990). Coping und Abwehr - Zur Vereinbarkeit zweier Konzepte. In: Muthny, F. A. (Hrsg.). *Krankheitsverarbeitung: Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse* (S. 1-12). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Beutel, M. (1994). Besonderheiten und Chancen der Psychotherapie nach Spontanabort. *Psychotherapeut*, 39, 10-16
- Beutel, M. (1995). Verarbeitung von Spontanabort und Totgeburt in der Partnerschaft. *Psychotherapeut*, 40, 291-297.
- Beutel, M. (1996). Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Fehlbildung. Göttingen: Hogrefe.
- Beutel, M., Deckardt, R., Schaudig, K., Franke, S. & Zauner, R. (1992). Trauer, Depressivität und Angst nach einem Spontanabort. Eine Studie über systematische Erfassung und Einflußfaktoren. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 42, 158-166.
- Beutel, M., Hertweck, J., Willner, H., Deckardt, R., Weiner, H. (1996). Verarbeitung eines Spontanaborts – Ergebnisse einer kontrollierten Längsschnittstudie mit 125 Patientinnen. In: Brähler, E. & Unger U., *Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft*, Opladen: Westdeutscher Verlag, S.245-263.
- Beutel, M., Will, H., Völkl, K., von Rad, M., Weiner, H. (1995). Erfassung von Trauer am Beispiel des Verlustes einer Schwangerschaft: Entwicklung und erste Ergebnisse zur Validität der Münchner Trauerskala. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinischen Psychologie* 45, 295-302.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S., Valenstein, A. F. (1962). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *Annual psychoanalytical study of the child* 16, 9-25.
- Binsler, M.J. & Försterling, F. (2004). „Sadder but Fitter“. Die evolutionäre Funktion von depressiven Symptomen nach Fehl- und Totgeburten. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 35 (3), 157-170.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. (1993). *Statistik*. Berlin: Springer.

- Bowlby, J. (1987). Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt: Fischer.
- Brandt, L. P. A. & Nielsen, C. V. (1992). Job stress and adverse outcome of pregnancy: A causal link or recall bias? *American journal of epidemiology*, *135*, 302-311.
- Brier, N. (2004). Anxiety after miscarriage: A review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth* *31*, 138-144.
- Brockmann, A. & Reichard, D. (2000). Schwangerschaft und Geburt im „Zangengriff“ der Medizin. In Kolip, P. (Hrsg.), *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen.* (117-142) Weinheim, München: Juventa.
- Brosius, F. (2004). SPSS 12. Bonn: mipt-Verlag.
- Brüderl, L. (Hrsg.). *Belastende Lebenssituationen: Untersuchungen zur Bewältigungs- und Entwicklungsforschung.* Weinheim: Juventa-Verlag.
- Campo, R.L. , Schlösser, H.W. (1988). Kongenitale und erworbene Organveränderungen des Uterus und habituelle Aborte. *Gynäkologie* *21*: 237-244.
- Clyne, M. B. (1972). Der habituelle Abort. *Sexualmedizin*, *1*, 93.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for behavioral sciences.* New York: Erlbaum.
- Comer, R.J. (1995). *Klinische Psychologie.* Heidelberg: Spektrum.
- Condon, J. T. (1993). The assesment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British journal of medical psychology*, *66*, 167 –183.
- Conway, K. & Russell, G. (2000). Couples' grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *British Journal of Medical Psychology* *73*, 531-545.
- Coulam, C. B. (1991). Epidemiology of recurrent spontaneous abortion. *American Journal of Reproductive Immunology* *26*, 23-27.
- Coulam, C.B. (1992). Immunologic tests in the evaluation of reproductive disorders: a critical review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *167*: 1844-1851.
- Craig, M., Tata, P., Rgan, L. (2002). Psychiatric morbidity among patients with recurrent miscarriage. *Journal of psychosomatic Obstetrics and Gynecology* *23* (3), 157-164.
- Cranley, M.S. (1981). Developmetn of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research* *30*, 281-284.
- Cullberg, J. (1972). Mental reactions of women to perinatal death. In: *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology.* Basel: Karger.

- Deckardt, R., Beutel, M. & Schaudig, K. (1994). Psychische Langzeitfolgen nach Spontanabort. Helfen medizinische Betreuung, neuerliche Schwangerschaft und Entbindung wirklich bei der Trauerverarbeitung? *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 54, 347-354.
- Deutsch, H. (1954). *Psychologie der Frau*. Bern: Huber.
- DiMarco, M.A., Menke, E.M., Mcnamara, T. (2001). Evaluating a support group for perinatal loss. *American Journal of Maternal Child Nursing* 26 (3), 135-140.
- Dorfer, M., Egger, J., Häusler, M. (1999). Psychische Bewältigung des kritischen Lebensereignisses Abortus. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 49, 235-240.
- Engelhard, I. M. (2004). Miscarriage as a traumatic event. *Clinical obstetrics and Gynecology* 47 (3), 547-551.
- Engelhard, I.M., van den Hout, M., Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital psychiatry* 23, 62-66.
- Ermann, M. (1999). *Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faul, F. , Erdfelder, E. (1992). *GPOWER: A priori, post-hoc and compromise power analyses for MS-DOS (Computer Program)*. Bonn, FRG: Bonn University, Dep. of Psychology.
- Fenster, L., Schaefer, C., Mathur, A., Hiatt, R. A., Pieper, C., Hubbard, A. E., von Behren, J., Swan, S. H. (1995). Psychologic stress in the workplace and spontaneous abortion. *American Journal of Epidemiology*, 142 (11), 1176-1183.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Forrest, G.C., Standish, E., Baum, J.D. (1982). Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. *British Medical Journal* 285, 1475-1479.
- Freud, S. (1917). *Trauer und Melancholie*. Gesammelte Werke, Bd. 10, Frankfurt: Fischer.
- Frey, D., Stahlberg, D., Gollwitzer, G.M. (1993). Einstellung und Verhalten: Die Theorie des überlegten Handelns und die Theorie des geplanten Verhaltens. In: Frey, D. & Irle, M. : *Theorien der Sozialpsychologie*. Band I: Kognitive Theorien. Bern: Huber, 361-398.
- Frick-Bruder, V. (1993). Bewußtes und unbewußtes Erleben von Abort und perinatalem Kindstod In: Petersen, P., Fervers-Schorre, B., Schwerdtfeger, J.: *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe*, Berlin: Springer.
- Friedman, T. & Gath, D. (1989). The Psychiatric Consequences of Spontaneous Abortion. *British Journal of Psychiatry*, 155, 810-813.

- Gambaroff, M. (1984). *Utopie der Treue*. Reinbek: Rowohlt.
- Geller, P. A., Kerns, D., Klier, C. M. (2004). Anxiety following pregnancy and the subsequent pregnancy. A review of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic Research* 56 (1), 35-45.
- Gerl, D., Kraus, A., Robel, R. (1980). Eine Pilotstudie zum Abortus habituais. *Zentralblatt für Gynäkologie* 102, 93-98.
- Gloger-Tippelt, G. (1985). Der Übergang zur Elternschaft. Ein entwicklungspsychologische Analyse. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, XVI (1), 53-92.
- Gloger-Tippelt, G. (1991). Zusammenhänge zwischen dem Schema vom eigenen Kind vor der Geburt und dem Bindungsverhalten nach der Geburt bei erstmaligen Müttern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie*, 13, 95-114.
- Gossmann, K. (1988). Trauerarbeit nach Verlust des Kindes. In: Prill, H. J., Stauber, M., Teichmann, A., *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1987*. Berlin: Springer, S. 32-47.
- Graham, M.A., Thompson, S.C., Estrada, M. & Yonekura, M.D. (1987). Factors affecting psychological adjustment to a fetal death. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 157 (2), 254-257.
- Grimm, E. (1962). Psychological investigation of habitual abortion. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 24: 369.
- Hatasaka, H.H. (1994). Recurrent Miscariage: Epidemiologic Factors, Definitions and Incidence. *Journal of clinical Obstetrics and Gynecology* 37: 625-634.
- Hautzinger, M. & de Jong-Meyer, R. (2003). Depressionen. In: Reinecker, H., *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie*, Göttingen: Hogrefe, 215-258.
- Hertz, D. G. & Molinski, H. (1986). *Psychosomatik der Frau. Entwicklungsstufen der weiblichen Identität in Gesundheit und Krankheit*. (3. neu bearb. und erw. Aufl.). London: Springer.
- Hill, J. A. (1995). T-Helper 1-Type immunity to trophoblast: evidence for a new immunological mechanism for recurrent abortion in women. *Human reproduction* 10, 114-120.
- Hinney, B. Habituelle Abortneigung. Abklärung und Therapie. *Gynäkologe* 34, 339-356.
- Hjollund, N. H. I., Kold Jensen, T., Bonde, J. P. E., Brnk Henriksen, T., Andersson, A., Kolstad, H. A., Ernst, E., Giwercman, A., Skakkebaek, N. E., Olsen, J. (1999). Distress

- and reduced fertility: a follow-up study of first-pregnancy planners. *Fertility and Sterility* 72, 47-53.
- Hohenstein, H. (1998). Störfaktoren bei der Verarbeitung von Gefühlen in der Schwangerschaft. Gesellschaftliche und ethische Hintergründe der Fruchtwasserpunktion – Interviews mit Betroffenen und Erörterung ihrer Erfahrungen. Münster: Waxmann.
- Holahan, C., J., Moos, R. & Schaefer, J. A. (1996). Coping, Stress Resistance, and Growth: Conceptualizing Adaptive Functioning. In Zeidner, M., Endler, N. S. (Ed.). *Handbook of Coping: theory, research, applications* (pp. 24-43). John Wiley & Sons.
- Hori, S., Nakano, Y., Yamada, A., Azuma, H., Noda, Y., Sugiura, M., Aoki, K., Kitamura, T., Furukawa, T.A. (2002). Personality, social support, coping and emotional distress after repeated spontaneous abortions. *Journal of psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 23 (2), 133-135.
- Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonnano, G.A., Milbrath, C., Stinson, C.H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry* 154 (7), 904-910.
- Hughes, P., Turton, P., Evans, C.D. (1999). Stillbirth as a risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *British Medical Journal* 318, 1721-1724.
- Jakobovits, A. A. & Iffy, L. (1996). Luteal phase defects and tubal transport. *Fertility and Sterility* 65 (1), 204-205.
- Jakobovits, A. A. & Skekeres, L. (2002). Interactions of stress and reproduction – a personal view. *Zentralblatt für Gynäkologie* 124, 189 –193.
- James, D.S. & Kristiansen, C.M. (1995). Woman's Reactions to Miscarriage: The Role of Attributions, Coping Styles, and Knowledge. *Journal of Applied Social Psychology*, 25 (1), 59-76.
- Janke, W., Erdmann, G., Kallus, W. (1985). Streßverabreingsbogen SVF. Handanweisung. Göttingen: Hogefe.
- Janssen, H. J. E. M., Cuisinier, M. C. J., de Graauw, K. P. H. M. & Hoogduin, K. A. L. (1997). A Prospective Study of Risk Factors Predicting Grief Intensity Following Pregnancy Loss. *Archive of General Psychiatry*, 54, 56-61.
- Janssen, H.J., Cuisinier, M.C., Hoogduin, K.A., de Graauw, K.P. (1996). Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *American Journal of Psychiatry* 153, 226-230.

- Johnson, J. M. P. & Puddifoot, J. E. (1996). The grief response in the partners of women who miscarry. *British Journal of Medical Psychology*, *69*, 313-329.
- Kerstenberg, J. (1977). Regression and reintegration in pregnancy. *Journal of American Psychological Association*, *24*, suppl. 5, 213-250.
- Keye, W. (1994). Psychological relationships. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *37*(3), 671-680.
- Klier, C. M., Geller, P. A., Neugebauer, R. (2000). Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *Journal of Affective Disorders* *59*, 13-21.
- Klier, C. M., Geller, P. A., Ritsher, J. B. (2002). Affective disorders in the aftermath of miscarriage: A comprehensive review. *Archives of Women's Mental Health* *5*, 129-149.
- Klock, S.C., Chang, G., Hiley, A., Hill, J. (1997). Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychosomatics* *38*, 503-507.
- Knudsen, U.B., Hansen, V., Juul, S. , Secher, N.J. (1991). Prognosis of a new pregnancy following previous spontanous abortions. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproduktive Biology* *39*: 31-36.
- Langenmeyer, A. (1999). Trauerbegleitung, Therapie-Beratung, Fortbildung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Läpple, M. (1991). Gesundheitliche und psychosoziale Auswirkungen der Fehlgeburt. *Fortschritt Neurologie Psychiatrie*, *59*, 155-163.
- Läpple, M. & Lukesch, H. (1988). Psychische und psychosoziale Faktoren sowie relevante therapeutische Maßnahmen bei Spontanaborten und rezidivierenden Spontanaborten bzw. habituellen Aborten. *Zentralblatt für Gynäkologie*, *110*, 1185-1194.
- Läpple, M. (1988). Streß als Erklärungsmodell für Spontanaborte und rezidivierende Spontanaborte. *Zentralblatt für Gynäkologie*, *110*, 325-335.
- Läpple, M. (1989a). Diagnostik, Beratung und Psychotherapie bei Spontanaborten und rezidivierenden Spontanaborten bzw. habituellen Aborten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, *37*, 227-290.
- Läpple, M. (1989b). Pilotstudie zur Ermittlung medizinischen, psychischer und psychosozialer Faktoren bei Fehlgeburten, Spontanaborte und Rezidivierendem Spontanaborte. *Wiener klinische Wochenschrift*, *101*, 666-673.
- Läpple, M. (1990). Berufliche Faktoren bei Spontanaborten. *Zentralblatt für Gynäkologie*, *112*, 457-466.

- Läpple, M., Krumbacher, K. (1988). Medizinische psychische und psychosoziale Faktoren bei Spontanaborten (SA) und rezidivierenden Aborten (RSA) bzw. habituellen Aborten (HA). *Zentralblatt für Gynäkologie* 22: 1416-1427.
- Lasker, J. M. & Toedter, L. J. (1991). Acute versus Chronic Grief: The Case of Pregnancy Loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61 (4), 510-522.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). Das State-Trait-Angst-Inventar. Weinheim: Beltz Test.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer. [zitiert nach Holahan, Moos & Schaefer, 1996].
- Lazarus, R.S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lee, C. & Slade, P. (1996a). Miscarriage as a traumatic event: a review of the literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research* 40 (3), 235-244.
- Lee, C., Slade, P., Lygo, V. (1996b). The influence of psychological debriefing on emotional adaption in women following early miscarriage: a preliminar study. *British Journal of Medical Psychology* 69, 47-58.
- Lee, D.T.S., Wong, C.K., Cheung, L.P., Haines, C.J., Chung, T.K.H. (1997a). Sreening psychiatric morbidity after miscarriage: Application of the 30-item General Health Questionnaire and the Endinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychosomatic Medicine* 59, 207-210.
- Lee, D.T.S., Wong, C.K., Cheung, L.P., Leung, H.C.M., Haines, C.J., Chung, T.K.H. (1997b). Psychiatric morbidity following miscarriage: a prevalence study of chinese women in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders* 43, 63-68.
- Leeners, B. (2000). Psychosomatik der normalen Schwangerschaft. In: Neises, M. & Ditz, S. (Hrsg.), *Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde. Ein Kursbuch nach den Richtlinien der DGPPG und DGGG*, (149-155). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Leifer, M. (1977). Psychological chances accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, 95, 55-96.
- Leon, I. G. (1986). Psychodynamics of Perinatal Loss. *Psychiatry*, 49, 312-324.
- Leppert, P.C. & Pahlka, B. S. (1984). Grieving Characteristics After Spontaneous Abortion: A Management Approach. *Obstetrics & Gynecology*, 64, 119-122.
- Li, T.C. (1998). Guides for practitioners. Recurrent miscarriage: principles of management. *Human Reproduction* 13 (2), 478-482.

- Liddell, H.S., Pattison, N.S., Zanderigo, A. (1991). Recurrent miscarriage-outcome after supportive care in early pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology* 31 (4), 320-322.
- Lin, S. X. & Lasker, J. N. (1996). Patterns of grief reaction after pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (2), 262-271.
- Lohaus, A. & Schmitt, G.M. (1989). Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit (KKG). Göttingen: Hogrefe.
- Lothrop, H. (1991). Gute Hoffnung - jähes Ende. München: Kösel.
- Lukesch, H. & Lukesch, M. (1976). Ein Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt (S-S-G). Göttingen: Hogrefe.
- Lukesch, H. (1981). Schwangerschafts- und Geburtsängste: Verbreitung - Genese - Therapie. Stuttgart: Enke.
- Madden, E.M. (1994). The variety of emotional reactions to miscarriage. *Women & Health* 21 (2/3), 85-104.
- Madden, M. E. (1988). Internal and external attributions following miscarriage. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7 (2,3), 113-121.
- Mandelbrote, C. M. & Monro, M. (1964). Neurotic illness as a factor in reproduction. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 40, 419-423.
- Mann, C. (1959). Habitual abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 77, 706-718.
- Michael, T., Ehlers, A., Margraf, J. (2003). Agoraphobie und Panikanfälle. In: Reinecker, H., Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie, Göttingen: Hogrefe, 75-108.
- Milad, M. P., Klock, S.C., Moses, S., Chatterton, R. (1998). Stress and anxiety do not result in pregnancy wastage. *Human Reproduction* 13 (8), 2296-2300.
- Molinski, H. (1972). Die unbewußte Angst vor dem Kind. München: Kindler.
- Molinski, H. (1988). Psychosomatische Aspekte bei Fehlgeburt. *Gynäkologe*, 21, 273-275.
- Moos, R. H. & Brennan, P. L. (1990). Der Kontext und das Ergebnis von Coping: Neue Konzepte aus der Untersuchung älterer Alkoholiker. In: Muthny, F. A. (Hrsg.). Krankheitsverarbeitung: Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse (S. 107-119). Heidelberg: Springer-Verlag.

- Mulder, E. J. H., Robles de Medina, P. G., Huizink, A. G., Van Den Bergh, G. R. H., Buitelaar, J. K., Visser, G. H. A. (2002). Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development* 70, 3-14.
- Muthny, F.A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*. Weinheim: Beltz Test.
- Nelson, D. B., Grisso, J. A., Joffe, M. m., Brensinger, C., Shaw, L., Datner, E. (2003). Does stress influence early pregnancy loss? *Annals of Epidemiology* 13, 223-229.
- Neugebauer, R., Kline, J., O'Connor, P., Shrout, P., Johnson, J., Skodol, A., Wicks, J. & Susser, M. (1992a). Determinants of Depressive Symptoms in the Early Weeks after Miscarriage. *American Journal of Public Health*, 82, 1332-1339.
- Neugebauer, R., Kline, J., O'Connor, P., Shrout, P., Johnson, J., Skodol, A., Wicks, J. & Susser, M. (1992b). Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 166, 104-109.
- Neugebauer, R., Kline, J., Shrout, P., Skodol, A., O'Connor, P., Geller, P. A., Stein, Z., Susser, M. (1997). Major Depressive Disorder in the six months after miscarriage. *The Journal of American Medical Association* 277, 383-388.
- Neugebauer, R., Kline, J., Stein, Z., Shrout, P., Warburton, D., Susser, M. (1996). Association of stressful life events with cromosomally normal spontaneous abortion. *American Journal of Epidemiology* 143 (6), 588-596.
- Nielsen, S. & Hahlin, M. (1995). Expectant management of first-trimester spontaneous abortion. *Lancet*, 345, 84 –86.
- Nielsen, S., Hahlin, M., Möller, A. & Granberg, S. (1996). Bereavement, Grieving and psychological morbidity after first trimester spontaneous abortion: comparing expectant management with surgical evacuation. *Human Reproduction*, 11 (8), 1767-1770.
- Nikcevic, A.V., Kuczmierzyk, A.R., Nicolaides, K.H. (1998). Personal coping resources, responsibility, Anxiety and depression after early pregnancy loss. *Journal of psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 19, 145-154.
- O'Hare, T.& Creed, F. (1995). Life events and miscarriage. *British Journal of Psychiatry* 167: 799-805.
- Ohno, M. Meada, T. Matsunobu, A. (1991). A cytogenetic Study of spontaneous abortions with direct analysis of chorionic villi. *Obstetrics and Gynecology* 77: 394-398.

- Parazzini, F., Acaia, B., Ricciardiello, O, Fedele, L., Liati, P , Candiani, G.B. (1988). Short-term reproductive prognosis when no cause can be found for recurrent miscarriage. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 95: 654-658.
- Pattison, N.S., Chamley, L.W., McKay, E.J., Liggins, G.C. , Butler, W.S. (1993). Antiphospholipid antibodies in pregnancy: prevalence and clinical associations. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 100: 909-913.
- Peppers L. G. & Knapp, R. J. (1980a). Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry*, 43, 155-159
- Perkin, M.R., Bland, J.M., Peacock, J.L., Anderson, H.R. (1993). The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 100, 629-634.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychiatry* 45, 333-343.
- Pines, D. (1990). Schwangerschaft, Fehlgeburt und Abtreibung. Eine psychoanalytische Perspektive. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 5 (4), 311-320
- Pines, D. (1997). *Der weibliche Körper. Eine psychoanalytische Perspektive*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Poland, B.J., Miller, J.R., Harris, M. , Livingston, J. (1981). Spontaneous abortion: A study of 1916 women and their abortuses. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 102: 1-32.
- Potvin, L., Lasker, J., Toedter, L. (1989). Measuring Grief: a short version of the perinatal grief scale. *Journal of Psychopathological and Behavioral Assessment* 11: 29-45.
- Prettyman, R.J., Cordle, C.J., Cook, G.D. (1993). A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *British Journal of Medical Psychology* 66, 363-372.
- Prigerson, H.G., Shear, M.K., Jacobs, S.C., Reynolds, C.F., Maciejewski, P.K., Davidson, J.R.T., Rosenheck, R., Pilkonis, P.R., Wortman, C.B., Williams, J.B.W., Widiger, T.A., Frank, E., Kupfer, D.J., Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry* 174, 67-73.
- Rajab, K. E., Mohammad, A. M., Mustafa, F. (2000). Incidence of spontaneous abortion in Bahrain before and after the Gulf War of 1991. *International journal of Gynecology and Obstetrics* 68, 139-144.
- Rauchfuß, M. (1992/93). Betreuung von Frauen mit Fehlgeburt. *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe*, 79-87

- Rauchfuß, M. (1996). Psychosomatische Aspekte von Schwangerschaftskomplikationen. In: Rauchfuß, M., Kuhlmeier, A., Rosemeier, P. (Hrsg.) *Frauen in Gesundheit und Krankheit. Die neue frauenheilkundliche Perspektive*. Trafo-Verlag Dr. Wolfgang Weist.
- Rauchfuß, M. (1999). Psychosomatische Aspekte des Abortgeschehens. In: Stauber, M., Kentenich, H., Richter, D. *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie*. Berlin: Springer.
- Rauchfuß, M. (2004). Bio-psycho-soziale Prädiktoren der Frühgeburtlichkeit und Differentialdiagnose zur intrauterinen fetalen Retardierung – Ergebnisse einer prospektiven Studie. Habilitationsschrift, Medizinische Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin.
- Rauchfuß, M., Trautmann, (1997). Ängste nach Fehl- und Totgeburten und ihr Einfluß auf den Schwangerschaftsverlauf. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 57: M7-M9.
- Rauchfuß, M., Begenau, J., Bodnar, I., Schleinitz, C., Schuckardt, A., Zeibe, M., Trautmann, K. (1996). Soziopsychosomatisch orientierte Begleitung in der Schwangerschaft. Berliner Forschungsverbund Public Health, Forschungsbericht, unveröffentlicht.
- Reagan, L. (1988). A Prospective Study of habitual abortion. In: Beard, R.W., Sharp, F. (Hrsg.): *Early pregnancy loss. Mechanism and Treatment*. Springer, Berlin.
- Regan, L., Owen, E.J., Jacobs, H.S. (1990). Hypersecretion of luteinising hormone, infertility and miscarriage. *Lancet*: 336: 1141-1144.
- Reinecker, H. (2003). Soziale und spezifische Phobien. In: Reinecker, H., *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie*, Göttingen: Hogrefe, 109-130.
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (2002). *Bundesanzeiger* 242.
- Ringler, M. (1991). Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. In: Springer-Kremser, M., Ringler, M., Eder, A. *Patient Frau. Psychosomatik des weiblichen Lebenszyklus*. Wien: Springer.
- Ringler, M. (1992). Zur Frage der psychologischen Betreuung von Schwangeren: Schwangerschaftsängste und Geburtsvorbereitung. In Ringler, M., Fennesz, U. & Springer-Kremser, M. (Hrsg.). *Frauenkrankheiten. Reihe: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe in Österreich 1982-1992*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Rizzardo, R., Magni, G., Cremonese, C., Rossi, R.T., Cosentino, M. (1988). Variations in anxiety levels during pregnancy and psychosocial factors in relation to obstetric complications. *Psychotherapy and Psychosomatics* 49:10-16.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological monographs* 80.

- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (2003). Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Schenk, H. (1998). Mütterlichkeit im Wandel der Zeit. Der Mythos von der guten Mutter. In: Richter, D., Schuth, W., Müller, K. (Hrsg.), Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 1997. (143-150), Gießen: Psychosozial.
- Schleske, G. (1993). Innere Vorstellungsbilder der Schwangeren von ihrem Kind und Versuch ihrer prognostischen Bewertung. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, *144*, 5, 443-460.
- Schmedders, M. & Wlotzka, K. (2000). Ungewollte Kinderlosigkeit und Reproduktionsmedizin. In Kolip, P. (Hrsg.), Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. (117-142) Weinheim, München: Juventa.
- Schuth, W., Posselt, W., Breckwoldt, M. (1992). Fehlgeburt im ersten Trimenon – ein „Nicht-Ereignis“? Eine empirische Untersuchung an 40 Frauen und ihren Ärzten zum Erleben und zur Bewältigung. Geburtshilfe und Frauenheilkunde *2*, 742-748.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte, F-SOZU. Tübingen: Dt. Ges. für Verhaltenstherapie.
- Stagnaro-Green, A., Roman, S.H., Cobin, R.H., El-Harazy, E. Alvarez-Marfany, M., Davis, T.F. (1990). Detection of at-risk pregnancy by means of highly sensitive assay for thyroid autoantibodies. Journal of American Medical Association *264*: 1422-1425.
- Standley, K., Soule, B., Copans, S.A. (1979). Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. American Journal of Obstetrics and Gynecology *135*: 22-26.
- Statham, H., Green, J.M. (1994). The effects of miscarriage and other unsuccessful pregnancies on feelings early in a subsequent pregnancy. Journal of Reproductive and Infant Psychology *12*: 45-54.
- Stirrat, G.M. (1990a). Recurrent miscarriage I: definition and epidemiology. Lancet *336*, 673-675.
- Stirrat, G.M. (1990b). Recurrent miscarriage II: clinical associations, causes and management. Lancet *336*, 728 - 738.
- Stirtzinger, R.M., Robinson, G.E., Stewart, D.E., Ralevski, E. (1999). Parameters of grieving in spontaneous abortion. International Journal of Psychiatry in Medicine *29* (2), 235-249.
- Stöbel-Richter, Y. & Brähler, E. (2000). Persönliche Kinderwunschnotive und Einstellungen zum Kinderwunsch in Ost- und Westdeutschland – Ergebnisse einer Repräsentativbe-

- fragung. In: Brähler, E., Felder, H., Strauß, B. (Hrsg.), *Fruchtbarkeitsstörungen, Jahrbuch der medizinischen Psychologie 17*. Göttingen: Hogrefe.
- Stray-Pedersen, B. & Stray-Pedersen, S. (1988). Recurrent abortion. The role of psychotherapy. In Beard, R. W., Sharp, F. (Hrsg.). *Early pregnancy loss. Mechanism and treatment*. London: Springer.
- Stroebe, M.S. & Schut, H.A. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death studies 23*, 197-224.
- Stern, D.N., Bruschiweiler-Stern, N. Freeland, A. (2000). *Geburt einer Mutter. Die Erfahrung, die das Leben einer Frau für immer verändert*. München: Pieper.
- Sugiura-Ogasawara, M., Furukawa, T. A., Nakano, Y., Hori, S., Aoki, K., Kitamura, T. (2002). Depression as a potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters. *Human Reproduction 17 (10)*, 2580-2584.
- Summers, P.R. (1994). Microbiology relevant to recurrent miscarriage. *Clinical Obstetrics and Gynecology 37*: 722-729.
- Swanson, K.M. (1999). Effects of caring, measurement, and time on miscarriage Impact and women's well-being. *Nursing Research 48(6)*, 288-298.
- Thapar, A.K. & Thapar, A. (1992) Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *The British Journal of General Practice 42 (356)*, 94-96.
- Theut, S. K., Pedersen, F. A., Zaslow, M. J. & Rabinovich, B. A. (1988). Pregnancy subsequent to perinatal loss. Parental anxiety and depression. *Journal of American Academic Child Adolescens Psychiatry, 27(3)*, 289-292.
- Theut, S.K., Pederson, F.A., Zaslow, M.J., Cain, R.L., Rabinovich, B.A., Mrihisa, J.M. (1989). Perinatal loss and parental bereavement. *American Journal of Psychiatry 146 (5)*, 635-639.
- Trautmann, K., Siedentopf, F., Rauchfuß, M. (2004). *Die Fehlgeburt*. In: Beckermann, M.J. & Perl, F.M. *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe, Band 2*, Basel: Schwabe-Verlag.
- Tubert, S. (1994). Die Forderung nach einem Kind und der Wunsch, Mutter zu sein. *Psyche, 7*, 653-681.
- Tunaley, J.R., Slade, P., Duncan, S.B. (1993). Cognitive processes in psychological adaption to miscarriage: a preliminary report. *Psychology and Health 8*, 369-381.
- Tupper, C. & Weil, M.D. (1962). The problem of spontaneous abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 83*, 421-424.

- Von Zerssen, D. (1976a). Die Paranoid-Depressivitäts-Skala. Weinheim: Beltz Test.
- Von Zerssen, D. (1976b). Die Beschwerden-Liste. Weinheim: Beltz Test.
- Wadhwa, P.D., Sandman, C.A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., Garite, T.J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 169, 858-865.
- WHO recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period (1977). *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 56: 247-53
- Wilcox, A. J., Weinberg, C.R., O'Connor, J.F., Baird, D.D., Schlatterer, J.P., Canfield, R.E., Armstrong, E.G., Nisula, B.C. (1988). Incidence of early loss in pregnancy. *New England Journal of Medicine* 319: 189-194.
- Wimmer-Puchinger, B. (1992a). Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen. London: Springer.
- Wimmer-Puchinger, M. (1992b). Auswirkungen vergangener Geburts- und Schwangerschaftserlebnisse auf die nachfolgende Schwangerschaft. In Ringler, M., Fennesz, U., Springer-Kremser, M. (Hrsg.). Frauenkrankheiten. Reihe: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe in Österreich 1982-1992. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Winnicott D. W. (1976). Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler.
- Winnicott, D. W. (1990). Die Angst vor dem Zusammenbruch. *Psyche* 12, 1116-1126.
- Wolf Steiner, C. (1994). Kausalattribution und Krankheitsverarbeitung bei Brustkrebspatientinnen. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. Zürich: Zentralstelle der Studentenschaft.
- Wyss, P., Biedermann, K., Huch, A. (1994). Relevance of the miscarriage - new pregnancy interval. *Journal of Perinatal Medicine* 22, 235-241.
- Znoj, H. (2004). Komplizierte Trauer. Göttingen: Hogrefe.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Untersuchungsmodell	57
Abbildung 2:	Mittlere Ausprägung der Traurigkeit in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Erstbefragung	68
Abbildung 3:	Symptomatik nach der Fehlgeburt im zeitlichen Verlauf	98
Abbildung 4:	Trauer nach der Fehlgeburt im zeitlichen Verlauf	100
Abbildung 5:	Bewältigung nach der Fehlgeburt im zeitlichen Verlauf	101
Abbildung 6:	Zeitlicher Verlauf von Trauer, Depressivität, Körperbeschwerden und Zustandsängsten nach der Fehlgeburt in den Gruppen „Unauffällige“ und „pathologische Trauer“ (Untersuchungsgruppe II)	102
Abbildung 7:	Psychische und körperliche Symptomatik im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft (Untersuchungsgruppe I, Kontrollgruppe I)	110
Abbildung 8:	Schwangerschaftsbezogene und situative Ängste im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft in Abhängigkeit vom Überschreiten des kritischen Zeitpunktes der letzten Fehlgeburt(en)	111
Abbildung 9:	Mittlere Ausprägung der Trait-Angst in Untersuchungsgruppe I und Kontrollgruppe I	112
Abbildung 10:	Symptomatik im weiteren Schwangerschaftsverlauf	116
Abbildung 11:	Vorhersagemodelle für psychische Befindensstörungen im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft	127

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Untersuchungsplan.....	59
Tabelle 2:	Kooperierende Einrichtungen, Anzahl der angeschriebenen, teilnehmenden und nichtteilnehmenden Frauen	61
Tabelle 3:	Gründe zur Nichtteilnahme an der Befragung.....	62
Tabelle 4:	Vergleich von Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen der Studie anhand der aus den Krankenakten entnommenen und anonymisierten anamnestischen Daten.....	63
Tabelle 5:	Stichprobengrößen der Untersuchungsgruppe I zu den Erhebungszeitpunkten 1 bis 3	65
Tabelle 6:	Stichprobengröße der Untersuchungsgruppe I zu den Erhebungszeitpunkten 4 bis 6.....	66
Tabelle 7:	Stichprobengrößen der Untersuchungsgruppe II zu den Erhebungszeitpunkten 1 bis 3.....	68
Tabelle 8:	Stichprobengröße der Untersuchungsgruppe II zu den Erhebungszeitpunkten 4 bis 6.....	69
Tabelle 9:	Operationalisierung der Untersuchungsvariablen (Symptomatik und Verarbeitungsprozess nach der Fehlgeburt)	71
Tabelle 10:	Operationalisierung der Untersuchungsvariablen (Symptomatik und Bewältigungsprozesse in einer neuen Schwangerschaft)	72
Tabelle 11:	Skalen der Münchner Trauerskala, Skalenreliabilitäten und Gesamtreliabilität	74
Tabelle 12:	Validierung der Münchner Trauerskala anhand der Depressivitäts-Skala (von Zerssen, 1976a).....	75
Tabelle 13:	Skalen des Fragebogens zur Bewältigung der Fehlgeburt (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung FKV, modifiziert), Skalenreliabilitäten und Gesamtreliabilität.....	76
Tabelle 14:	Validierung des Fragebogens zur Bewältigung der Fehlgeburt (FKV, Muthny, 1989 modifiziert) anhand der Münchner Trauerskala (Beutel et al., 1995) und der Depressivitäts-Skala (von Zerssen, 1976a)	77
Tabelle 15:	Fragebogen zur Attribution der Fehlgeburt: Skalen und Skalenreliabilitäten; Abortpatientinnen der Pilotuntersuchung	78
Tabelle 16:	Skalen des Fragebogens zur Attribution der Fehlgeburt, Skalenreliabilitäten und Gesamtreliabilität; Abortpatientinnen der Untersuchungsgruppe I.....	79
Tabelle 17:	Validierung des Fragebogens zur Attribution der Fehlgeburt anhand der Münchner Trauerskala (Beutel et al., 1995), der Depressivitäts-Skala und Beschwerden-Liste (von Zerssen, 1976a und b).....	80
Tabelle 18:	Skalen zu schwangerschaftsbezogenen Kontrollüberzeugungen (nach dem KKG, Lohaus & Schmitt, 1989), Skalenreliabilitäten und Gesamtreliabilität	82

Tabelle 19:	Fragebogen zur Bewältigung der Anforderungen in einer Schwangerschaft: Skalen und Skalenreliabilitäten; Schwangere der Pilotuntersuchung.....	84
Tabelle 20:	Skalen des Fragebogens zur Bewältigung der Anforderungen in einer neuen Schwangerschaft, Skalenreliabilitäten und Gesamtreliabilität; Schwangere der Untersuchungs- und Kontrollgruppen.....	85
Tabelle 21:	Validierung des Fragebogens zur Bewältigung der Anforderungen in der Schwangerschaft anhand der Depressivitäts-Skala und Beschwerden-Liste (von Zerssen, 1976a und b)	86
Tabelle 22:	Fragebogen zur Psychischen Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft: Skalen und Skalenreliabilitäten; Schwangere der Pilotuntersuchung	87
Tabelle 23:	Skalen des Fragebogens zur Psychischen Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft, Skalenreliabilitäten und Gesamtreliabilität; Schwangere der Untersuchungs- und Kontrollgruppen.....	88
Tabelle 24:	Validierung des Fragebogens zur Psychischen Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft anhand des Vergleichs der Merkmalsausprägungen der Skalen zwischen Schwangeren im 1. Trimenon und Schwangeren im 3. Trimenon	89
Tabelle 25:	Häufigkeit der Nennung von Vorerkrankungen bei Untersuchungsgruppe I und Kontrollgruppen I-III.....	96
Tabelle 26:	Häufigkeit der Nennung von kritischen Lebensereignissen bei Untersuchungsgruppe I und Kontrollgruppen I-III	96
Tabelle 27:	Verarbeitungsmuster nach der Fehlgeburt: Rotierte Faktormatrix, Eigenwerte und Varianzaufklärung der Faktoren, Faktorladungen der einzelnen Variablen	104
Tabelle 28:	Regressionsmodell für die Zielvariable „depressive Verarbeitung nach der Fehlgeburt“	105
Tabelle 29:	Regressionsmodell für die Zielvariable „pessimistisch-traurige Verarbeitung nach der Fehlgeburt“	106
Tabelle 30:	Regressionsmodell für die Zielvariable „aktive Auseinandersetzung mit der Fehlgeburt“	106
Tabelle 31:	Regressionsmodell für die Zielvariable „unauffällige vs. pathologische Trauer“ nach der Fehlgeburt.....	107
Tabelle 32:	Körperliche und psychische Symptomatik im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft: mittlere Ausprägungen bei den Schwangeren der Untersuchungsgruppe I und der Kontrollgruppe sowie vergleichbaren Stichproben	114
Tabelle 33:	Subjektive Schwangerschaftsbeschwerden und Schwangerschaftskomplikationen im ersten Trimenon einer neuen Schwangerschaft: mittlere Ausprägungen bei den Schwangeren der Untersuchungsgruppe I und der Kontrollgruppe sowie vergleichbaren Stichproben	115
Tabelle 34:	Bewältigungsmuster in der Schwangerschaft: Rotierte Faktormatrix, Eigenwerte und Varianzaufklärung der Faktoren, Faktorladungen der einzelnen Variablen	119

Tabelle 35:	Regressionsmodell für die Zielvariable „Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft“	120
Tabelle 36:	Regressionsmodell für die Zielvariable „Depressivität im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft“	122
Tabelle 37:	Regressionsmodell für die Zielvariable „Allgemeine Körperbeschwerden im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft“	123
Tabelle 38:	Regressionsmodell für die Zielvariable „schwangerschaftsbezogene Ängste im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft“	124
Tabelle 39:	Regressionsmodell für die Zielvariable „Situative Ängste im ersten Trimenon der neuen Schwangerschaft“	125
Tabelle 40:	Durch die vorliegende Untersuchung belegte Risikomerkmale sowie protektive Faktoren für die Verarbeitung einer Fehlgeburt und das Befinden in einer nachfolgenden Schwangerschaft	165
Tabelle 41:	Studien, die Grundlage der Schätzung der für die vorliegende Untersuchung notwendigen Stichprobenumfänge bilden.....	198
Tabelle 42:	Vergleich Schwangeren der Untersuchungsgruppen (UG) I und II mit den Schwangeren der Kontrollgruppen (KG) I, II und III anhand soziodemographischer Daten	200
Tabelle 43:	Vergleich der Schwangeren der Untersuchungsgruppen I und II mit den Schwangeren der Kontrollgruppen I, II und III anhand soziodemographischer Daten	201
Tabelle 44:	Fragebogen zur Bewältigung der Fehlgeburt: Fragebogen-Endform	203
Tabelle 45:	Fragebogen zur Attribution der Fehlgeburt: Fragebogen-Endform.....	204
Tabelle 46:	Fragebogen zur Bewältigung der Anforderungen in einer Schwangerschaft: Fragebogen-Endform	205
Tabelle 47:	Fragebogen zur psychischen Repräsentation des Kindes in einer Schwangerschaft: Fragebogen-Endform.....	206
Tabelle 48:	Vergleich der Ausprägung von Gesamttrauer, Depressivität, allgemeinen Körperbeschwerden und Zustandsängsten zwischen Erhebungszeitpunkt 1, 2 und 3 anhand der Untersuchungsgruppe II.....	207
Tabelle 49:	Vergleich der Ausprägung der einzelnen Skalen der Münchner Trauerskala zwischen Erhebungszeitpunkt 1, 2 und 3 anhand der Untersuchungsgruppe II	207
Tabelle 50:	Vergleich der Ausprägung der einzelnen Skalen des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (modifiziert) zwischen Erhebungszeitpunkt 1, 2 und 3 anhand der Untersuchungsgruppe II	208

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei all jenen bedanken, die zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben.

Mein großer Dank gilt in erster Linie allen Frauen, die an den Befragungen dieser Untersuchung teilgenommen haben, die die Mühe nicht gescheut haben, die zeitaufwendigen Fragebögen zu beantworten und ohne deren Mitarbeit diese Studienergebnisse nicht vorlägen.

Herzlich bedanken möchte ich mich bei Frau PD Dr. med. Martina Rauchfuß, die es ermöglichte, diese Untersuchung durchzuführen und die als ärztliche Leiterin der Studie einen hohen organisatorischen und zeitlichen Aufwand auf sich genommen hat. Ich danke ihr nicht nur für die inhaltlichen Diskussionen zu dieser Arbeit, sondern auch für die vielen Gespräche der letzten Jahre, in denen sie mir in sehr lebhafter und anregender Weise ihre jahrelangen Erfahrungen als Gynäkologin und Psychotherapeutin vermittelte.

Herrn PD Dr. Reinhard Beyer danke ich herzlich für die engagierte Beratung, die praktische und v. a. auch mentale Unterstützung bei der Durchführung der Untersuchung und seine wertvollen inhaltlichen Hinweise und Anregungen beim Anfertigen dieser Arbeit.

Meinen großen Dank möchte ich an dieser Stelle außerdem Frau Barbara Köhne, Frau Regine Wagenbreth, Frau Dipl.-Psych. Nadine Falke, Frau Dipl.-Psych. Katrin Osswald und den TeilnehmerInnen der Forschungspraktika des Reformstudiengangs Medizin sowie des Hauptstudiengangs Psychologie aussprechen, die mit großer Verantwortung Befragungen im Rahmen des Projektes durchführten. Mein besonderer Dank gilt dabei Frau Osswald für die genaue und zuverlässige Eingabe der Untersuchungsdaten.

Herrn Dr. Ulrich Scheidereiter, Herrn Dr. Ulrich Gauger und Frau Dr. Siebert danke ich für die Beratungen bei methodischen Fragen der Untersuchung. Herrn Dr. Héctor Wittwer danke ich für anregende Diskussionen und das Korrekturlesen dieser Arbeit.

Mein größter Dank gilt meinem Lebensgefährten Martin Grau für die praktische und emotionale Unterstützung bei allen Herausforderungen und Krisen während dieses Forschungsprojektes. Besonders schätze ich seine Bereitschaft, die Betreuung unserer Kinder mit all ihren schönen, aber auch anstrengenden Seiten mit mir zu teilen, was es mir ermöglicht, meine Berufstätigkeit mit dem Familienleben zu vereinen. Hier gilt mein Dank auch seinen Vorgesetzten, die ihm in unkonventioneller Weise eine Teilzeitstelle zur Verfügung stellten. Ich danke Martin besonders auch für die unzähligen inhaltlichen Gespräche zu dieser Arbeit und die meiner Meinung nach sehr gelungene graphische Umsetzung der Erhebungsbögen dieser Untersuchung.

Nicht zuletzt gebührt mein großer Dank meinen Eltern, Schwiegereltern, Freundinnen und Freunden, die mich in hektischen Zeiten entlasteten und die mir große emotionale Unterstützung während der letzten Jahre meiner wissenschaftlichen Arbeit zuteil werden ließen.

Sehr dankbar bin ich für die finanzielle Unterstützung, die mir von der Berliner Senatsverwaltung für Frauen, Gesundheit und Soziales in Form eines Forschungsstipendiums und vom Evangelischen Studienwerk Villigst e.V. in Form eines Promotionsstipendiums gewährt wurde.

Erklärung

Ich versichere, dass die vorliegende Dissertation „Unerwarteter Verlust und neue Hoffnung: Fehlgeburten, ihre Verarbeitung und die Folgen für eine neue Schwangerschaft“ von mir selbstständig und ausschließlich unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt wurde.

Die Promotionsordnung der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät II vom 14.7.2005 habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Dissertation wurde in dieser oder einer ähnlichen Form bei keiner anderen Hochschule eingereicht und hat noch keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

Berlin, den 19. August 2005

Dipl.-Psych. Annekathrin Bergner

Veröffentlichungen

- Bergner, A., Rudolf, H., Rauchfuß, M., Beyer, R. (1999). Auswirkungen von Fehlgeburten: Befinden und Erleben in einer neuen Schwangerschaft. *Symposium Medical 2*, 19-20.
- Bergner, A., Rudolf, H., Rauchfuß, M., Beyer, R. (1999). Psychische Folgen früherer Schwangerschaftsverluste: Fehlgeburt und neue Schwangerschaft. *Frauenheilkunde plus 5*, 204-205.
- Bergner, A., Rudolf, H., Rauchfuß, M., Beyer, R. (2000). Auswirkungen von Fehlgeburten auf das Befinden und Erleben in einer neuen Schwangerschaft. In: Bodden-Heidrich, R., Rechenberger, I., Bender, H.G., *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 1999*. 245-256.
- Bergner, A., Rauchfuß, M., Beyer, R. (2002). Subjektive Ursachezuschreibungen nach Fehlgeburten. In: Neises, M., Bartsch, S., Dohnke, H., Falck, H.-R., Jauffels, W., Schmid-Ott, G., Schwerdtfeger, J., Walter, H. *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2002 der DGPPG*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bergner, A., Beyer, R., Rauchfuß, R. (2005). Fehlgeburten, ihre Verarbeitung und die Folgen für eine neue Schwangerschaft. *Abstract. Zentralblatt für Gynäkologie 127*:43-45.
- Bergner, A., Beyer, R., Rauchfuß, R. (2006). Fehlgeburten, ihre Verarbeitung und die Folgen für eine neue Schwangerschaft. In: Stöbel-Richter, Y., Ludwig, A., Franke, P., Neises, M., Lehmann, A. (Hrsg.). *Anspruch und Wirklichkeit in der psychosomatischen Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2005 der DGPPG*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Anhang A: Text des ersten Anschreibens an die Frauen

Liebe Patientin,

seit Beginn letzten Jahres führen wir an der Humboldt-Universität ein groß angelegtes Forschungsprojekt durch, in dessen Mittelpunkt Frauen stehen, die durch Fehlgeburten ungewollt ihre Schwangerschaft verloren haben. Im Rahmen dieser Studie soll untersucht werden, wie Frauen und ihre Partner den Schwangerschaftsverlust körperlich und psychisch verarbeiten und ob bzw. welche Auswirkungen solche Schwangerschaftsverluste auf eine neu eingetretene Schwangerschaft und deren Verlauf haben können. Eine solche Untersuchung ist notwendig, um feststellen zu können, welche Art von medizinischer, aber auch psychologischer Betreuung für Frauen nach einer Fehlgeburt erforderlich und angemessen sind. Für diese Untersuchung bitten wir um Ihre Mitarbeit.

Wenn Sie sich an unserer Studie beteiligen, möchten wir Sie über einen Zeitraum von ca. 2 Jahren begleiten. Sie erhalten dann postalisch von uns in halbjährlichen Abständen einen Fragebogen zur Beantwortung. Darin enthalten sind Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation, Ihrem Umgang mit der Fehlgeburt, und zu Ihren Lebens- und Arbeitsbedingungen. Die Befragung bleibt völlig anonym. Wenn Ihr Partner einverstanden ist, möchten wir auch ihn über einen gesonderten Fragebogen in die Befragung miteinbeziehen.

Über den gesamten Zeitraum der Untersuchung stehen wir Ihnen als Ansprechpartner bei Fragen oder Problemen in Hinblick auf die Fehlgeburt oder eine neue Schwangerschaft zur Verfügung.

Wir bitten Sie, uns innerhalb der nächsten zwei Wochen auf beiliegenden Antwortkärtchen mitzuteilen, ob Sie bereit sind, an dieser Studie teilzunehmen. Wenn ja, erhalten Sie von uns den ersten Fragebogen, der auch detailliertere Informationen über das Projekt enthält. Hierbei ist es notwendig, Ihre Anschrift (Absender) lesbar auf dem Antwortkärtchen zu vermerken. Das Vorgehen ist mit dem Berliner Datenschutzbeauftragten (Tel.: 75 60 47 86, Vorgangsnr. 54.1933.1) abgesprochen. Genauere Ausführungen zu unserem Vorgehen, das auf die aktuellen datenschutzrechtlichen Bestimmungen abgestimmt ist, finden Sie auf der nächsten Seite.

Datenschutzrechtliche Bestimmungen: Wie kommen wir zu Ihrer Anschrift?

Die Mitarbeiter Ihrer behandelnden Klinik wurden von uns gebeten, allen Frauen, die wegen einer Fehlgeburt im letzten Monat behandelt wurden, unser Anschreiben zuzuschicken. Da wir als Forschungseinrichtung natürlich die Portokosten übernehmen müssen, wurden diese Briefe in einem verschlossenen Umschlag von Ihrer Klinik zunächst dem Universitätsklinikum Charité übergeben und von dort aus zu Ihnen weitergeleitet. Uns, den Mitarbeitern dieses Projektes sind damit augenblicklich weder Ihr Name noch Ihre Anschrift bekannt. Erst, wenn Sie uns das Antwortkärtchen mit Ihrem Absender zurücksenden, erfahren wir diese persönlichen Daten von Ihnen.

Diese persönlichen Daten (Ihr Name und Ihre Anschrift) werden getrennt von allen weiteren Daten der Fragebögen (die anonymisiert bleiben) gespeichert und sind nur den Mitarbeitern unseres Projektes, die selbstverständlich unter Schweigepflicht stehen, zugänglich. Sollten Sie sich trotz Zusage aus irgendeinem Grunde gegen eine weitere Teilnahme an der Studie entscheiden, so können Sie Ihr Einverständnis jederzeit widerrufen. Ihre persönlichen Daten werden dann umgehend gelöscht. Das gleiche geschieht mit den Anschriften aller Teilnehmerinnen nach Abschluß der Studie.

Des weiteren hat uns Ihre Klinik eine anonymisierte Liste zur Verfügung gestellt, die allgemeine Daten der Frauen, die wegen einer Fehlgeburt behandelt wurden, enthält (u.a. Alter der Frauen, Anzahl der Kinder, Anzahl früherer Schwangerschaften). Es ist nicht möglich, aus diesen Angaben auf eine bestimmte Person zurück zu schließen. Die Liste enthält Kode-Nummern, die Sie auch auf dem Antwortkärtchen finden. Diese Kode-Nummern ermöglichen uns eine Zuordnung der Frauen, die an der Studie teilnehmen.

Die anonymisierten „Kontrolldaten“ zu denjenigen Frauen, die nicht an der Untersuchung teilnehmen, sind wichtig, um die wissenschaftliche Qualität einer Untersuchung zu sichern. Ein konstruiertes Beispiel soll Ihnen das verdeutlichen: Damit soll beispielsweise vermieden werden, daß ohne unsere Kenntnis nur Frauen ohne Kindern an der Untersuchung teilnehmen, während Frauen mit Kindern möglicherweise aus Zeitgründen ablehnen. Dies hätte natürlich erhebliche Konsequenzen für die Ergebnisse unserer Untersuchung, die Aussagen über alle Frauen mit Fehlgeburten treffen möchte.

Sollten Sie Fragen an uns haben, so können Sie sich gern unter den im Briefkopf aufgeführten Telefonnummern an uns wenden.

Anhang B: Ergänzungen zur Stichprobenbeschreibung (Abschnitt 4.2)

Bestimmung der erforderlichen Stichprobenumfänge

Die A-Priori-Abschätzung des erforderlichen Mindeststichprobenumfangs erfolgte unter Zuhilfenahme des statistischen Programmpakets „G-Power“ (Faul & Erdfelder, 1992) für die Hypothese 2a): Frauen mit vorausgegangenen Fehlgeburten weisen in einer neuen Schwangerschaft ein gegenüber anamnestisch nicht belasteten Schwangeren erhöhtes Beschwerdeniveau und erhöhte Komplikationsraten auf.

In den bislang vorliegenden Studien werden im Vergleich der anamnestisch durch vorausgegangene Fehlgeburten belasteten Schwangeren mit in dieser Hinsicht unbelasteten Schwangeren für das Beschwerdeniveau, hier in erster Linie der Ängste in der Schwangerschaft, und die Häufigkeit von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen durchgehend mittlere bis hohe Effekte erzielt (vgl. Tabelle 41). Die Berechnung des optimalen Stichprobenumfangs für die geplante Studie erfolgt auf der Basis der in unserer eigenen Untersuchung erzielten mittleren Effektgrößen (Rauchfuß et al., 1996), da der hier verwendete Fragebogen zur Erfassung schwangerschafts- und geburtsbezogener Ängste auch in der vorliegenden Studie zum Einsatz kommen wird. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,05$ und einer Teststärke von $1-\beta = 0,80$ ergibt sich ein für die Prüfung der Hypothesen erforderlicher Stichprobenumfang von $n = 72$ (berechnet für den T-Test für unabhängige Stichproben). Es sind demnach 72 anamnestisch durch Fehlgeburten belastete Schwangere (Versuchsgruppe) und 72 anamnestisch nicht belastete Gravidae (Kontrollgruppe) zur Prüfung dieser Hypothesen notwendig.

Tabelle 41: Studien, die Grundlage der Schätzung der für die vorliegende Untersuchung notwendigen Stichprobenumfänge bilden

Quelle	Variable/ Meßverfahren	Mittelwert – Schwangere mit vorausgegangenen Fehlgeburten	Mittelwert – anamnestisch nicht belastete Schwangere	mittlere Standardabweichung	Effektgröße
Theut et al. (1988)	Schwangerschaftsbezogene Ängste: Pregnancy Outcome Questionnaire (POQ)	32,84	27,81	5,67	0,89 (t-Test)
Läpple & Krumbacher (1988)	Zustandsängste: State-Trait-Angst-Inventar (STAI, Laux et al., 1981)	7	5	2	1,00 (t-Test)
Rauchfuß et al. (1996)	Schwangerschaftsbezogene Ängste: Fragebogen zu schwangerschafts- und geburtsbezogenen Ängsten	18,49	15,49	4,79	0,59 (t-Test)
	Auftretenshäufigkeit von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen	-	-	-	0,70 (Chi ² -Test)

Beschreibung der Untersuchungsgruppe II

Die 232 Frauen der Untersuchungsgruppe II sind im Durchschnitt 31 Jahre alt ($M=31,400$, $sd=6,124$), und zum zweiten Mal schwanger ($M=2,170$, $sd=1,395$). Von den 232 Frauen haben 56 Frauen (24,1%) bereits zum wiederholten Male eine Fehlgeburt erlitten. 39,7% der Frauen geben an, bereits Kinder zu haben, 60,3% geben an, keine Kinder zu haben. Der Familienstatus verteilt sich in der Stichprobe II wie folgt: 50,9% der Frauen sind verheiratet, 41,8% ledig, 6,5% geschieden und 0,9% verwitwet. 97,8% der Frauen geben an, in einer festen Partnerschaft zu leben. 61,6% können eine Fachhochschulabschluß oder Abitur nachweisen, 31,9% eine mittlere Reife und 4,7% einen Haupt- oder Sonderschulabschluß. Zum ersten Befragungszeitpunkt sind 63,8% der Frauen erwerbstätig, 11,6% in Ausbildung und 24,6% nicht erwerbstätig.

Vergleich der Untersuchungsgruppen I und II mit den Kontrollgruppen I – III anhand soziodemographischer Daten

Tabelle 42: Vergleich der Schwangeren der Untersuchungsgruppen (UG) I und II mit den Schwangeren der Kontrollgruppen (KG) I, II und III anhand soziodemographischer Daten

	Alter	Anzahl der Kinder	Gravidität (Anzahl der Schwangerschaften)	Familienstand
Untersuchungsgruppe I zu Erhebungszeitpunkt 4 (n=108)	M=31,0 sd=5,10	M=0,454 sd=0,741	M=2,888 sd=1,022	verheiratet: 54,6% ledig: 41,7% geschieden: 2,8% verwitwet: 0,9%
Untersuchungsgruppe II zu Erhebungszeitpunkt 4 (n=80)	M=30,676 sd=4,380	M=0,375 sd=0,582	M=2,808 sd=0,854	verheiratet: 50,9% ledig: 41,8% geschieden: 6,5% verwitwet: 0,9%
Kontrollgruppe I (n=69)	M=30,116 sd=5,043	M=0,493 sd=0,851	M=1,696 sd=0,928	verheiratet: 40,6% ledig: 56,5% geschieden: 2,9%
Kontrollgruppe II (n=82)	M=28,744 sd=4,873	M=0,390 sd=0,681	M=1,561 sd=0,833	verheiratet: 42,7% ledig: 56,1% geschieden: 1,2%
Kontrollgruppe III (n=97)	M=29,81 sd=4,707	M=0,258 sd=0,582	M=1,500 sd=0,918	verheiratet: 41,2% ledig: 55,7% geschieden: 3,1%
Kruskal-Wallis-Test⁴⁷ Vergleich UGI, KGI, KGII, KGIII	Chi ² =5,514 df=3 p=0,138	Chi ² =5,505 df=3 p=0,138	Chi²=108,657 df=3 p=0,000	Chi ² =2,221 df=3 p=0,528
			U-Test (post hoc):	
UGI – KGI			U=928,500 p=0,000	
UGI – KGII			U=913,500 p=0,000	
UGI – KGIII			U=990,500 p=0,000	
Kruskal-Wallis-Test⁴⁸ Vergleich UGII, KGI, KGII, KGIII	Chi ² =5,514 df=3 p=0,138	Chi ² =5,505 df=3 p=0,138	Chi²=108,657 df=3 p=0,000	Chi ² =2,221 df=3 p=0,528
			U-Test (post hoc):	
UGII – KGI			U=928,500 p=0,000	
UGII – KGII			U=913,500 p=0,000	
UGII – KGIII			U=990,500 p=0,000	

⁴⁷ Keine der Variablen ist normalverteilt, so dass ein nichtparametrischer Test angewandt wird.

⁴⁸ Keine der Variablen ist normalverteilt, so dass ein nichtparametrischer Test für multiple Mittelwertvergleiche angewandt wird.

Tabelle 43: Vergleich Schwangeren der Untersuchungsgruppen (UG) I und II mit den Schwangeren der Kontrollgruppen (KG) I, II und III anhand soziodemographischer Daten

	Partnerschaft (fester Partner ja/nein)	Erwerbsstatus	Bildungsstatus
Untersuchungsgruppe I zu Erhebungszeitpunkt 4 (n=108)	ja: 99,1% nein: 0,9%	erwerbstätig: 66,4% in Ausbildung: 12,1% nicht erwerbstätig: 16,8% fehlend: 4,7%	Hoch-/ Fachschule/ Abitur: 68,5% mittlere Reife: 26,9% Haupt-/Sonderschule: 2,8%
Untersuchungsgruppe II zu Erhebungszeitpunkt 4 (n=80)	ja: 97,8% nein: 2,2%	erwerbstätig: 63,8% in Ausbildung: 11,6% nicht erwerbstätig: 24,6%	Hoch-/ Fachschule/ Abitur: 61,6% mittlere Reife: 31,9% Haupt-/Sonderschule: 4,7%
Kontrollgruppe I (n=69)	ja: 98,6% nein: 1,4%	erwerbstätig: 68,1% in Ausbildung: 10,1% nicht erwerbstätig: 21,7%	Hoch-/ Fachschule/ Abitur: 62,3% mittlere Reife: 33,3% Haupt-/Sonderschule: 4,3%
Kontrollgruppe II (n=82)	ja: 92,7% nein: 6,1% fehlend: 1,2%	erwerbstätig: 56,1% in Ausbildung: 15,9% nicht erwerbstätig: 28,0%	Hoch-/ Fachschule/ Abitur: 53,7% mittlere Reife: 37,8% Haupt-/Sonderschule: 7,3%
Kontrollgruppe III (n=97)	ja: 99,0% nein: 1,0%	erwerbstätig: 58,8% in Ausbildung: 10,3% nicht erwerbstätig: 28,9% fehlend: 2,1%	Hoch-/ Fachschule/ Abitur: 63,9% mittlere Reife: 34,0% Haupt-/Sonderschule: 2,1%
Kruskal-Wallis-Test⁴⁹ Vergleich UGI, KGI, KGII, KGIII	Chi ² =8,737 df=3 p=0,033	Chi ² =2,610 df=3 p=0,456	Chi ² =4,390 df=3 p=0,222
	Kreuztabellen:		
UGI – KGI	Standardisierte Residuen: -0,3		
UGI – KGII	Standardisierte Residuen: 2,7		
UGI – KGIII	Standardisierte Residuen: -0,7		
Kruskal-Wallis-Test⁵⁰ Vergleich UGII, KGI, KGII, KGIII	Chi ² =8,737 df=3 p=0,033	Chi ² =2,610 df=3 p=0,456	Chi ² =4,390 df=3 p=0,222
	Kreuztabellen:		
UGII – KGI	Standardisierte Residuen: -0,4		
UGII – KGII	Standardisierte Residuen: 2,5		
UGII – KGIII	Standardisierte Residuen: -0,7		

⁴⁹ Keine der Variablen ist normalverteilt, so dass ein nichtparametrischer Test angewandt wird.

⁵⁰ Keine der Variablen ist normalverteilt, so dass ein nichtparametrischer Test für multiple Mittelwertvergleiche angewandt wird.

Anhang C: Ergänzungen zur Verfahrensentwicklung (Abschnitt 4.3)

Beschreibung der Stichprobe der Pilotstudie

Der Zugang zu den im Rahmen der Pilotuntersuchung befragten Frauen erfolgte über 24 niedergelassene Gynäkologen Berlins. Die 48 *nichtschwangeren Frauen* hatten in den letzten 4 Jahren mindestens eine *Fehlgeburt* erlitten. Die Frauen waren zum Zeitpunkt der Erhebung durchschnittlich 30 Jahre alt ($M=29,8$, $sd=4,6$) und zu 84,7% verheiratet bzw. lebten mit einem festen Partner zusammen. 45,7% der Frauen hatten bereits Kinder. Ihre letzte Fehlgeburt lag im Durchschnitt 22 Monate zurück ($M=21,9$, $sd=30,5$). 10 der Frauen (21,7%) hatten bereits mehrere Fehlgeburt erlitten, davon 6 Frauen (13%) zwei (rezidivierende Aborte) und 4 Frauen (8,7%) drei und mehr Fehlgeburten (habituelle Aborte). An dieser Stichprobe wurden der „Fragebogen zur Attribution der Fehlgeburt“ und der „Fragebogen zur Bewältigung der Fehlgeburt“ entwickelt.

Die Befragung von 130 *Schwangeren* in der Pilotstudie diente der Konstruktion bzw. Überarbeitung von Messverfahren für die Merkmale „Bewältigung der Anforderungen in einer Schwangerschaft“, „Schwangerschaftsbezogene Kontrollüberzeugungen“ und „psychische Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft“. Es wurden alle Schwangeren befragt, die sich bereit erklärten, an der Pilotstudie teilzunehmen, unabhängig davon, ob sie in der Vergangenheit bereits ungewollte Schwangerschaftsverluste erlitten hatten. Die Frauen waren im Durchschnitt 28 Jahre alt ($M=28,5$, $sd=4,7$) und lebten zu 89,3% in einer festen Partnerschaft bzw. waren verheiratet. 30% der Schwangeren hatten bereits Kinder. Die Frauen befanden sich zum Erhebungszeitpunkt durchschnittlich in der 28. Schwangerschaftswoche ($M=27,8$, $sd=8,5$). 82,3% der Frauen gaben an, dass die aktuelle Schwangerschaft erwünscht sei. 20 der Befragten (15,3%) hatten vor der jetzigen Schwangerschaft eine Fehlgeburt erlitten, wovon 16 Frauen (12,2%) eine und 4 Frauen (3,1%) mehrere Fehlgeburten erlitten hatten.

Endformen der Fragebogen

Der Fragebogen zur Bewältigung der Fehlgeburt (Endform)

Tabelle 44: Fragebogen zur Bewältigung der Fehlgeburt: Fragebogen-Endform, entwickelt an n=48 Frauen nach einer Fehlgeburt

Fragebogen zur Bewältigung der Fehlgeburt (Endform)		
Skalen	Items	Item-Trennschärfe r_{it}
Reliabilität (Cronbach's alpha)		
Skala 1: Depressive Verarbeitung $r_r=0,88$	Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	0,63
	Sich selbst bemitleiden	0,59
	Ins Grübeln kommen	0,77
	Mit dem Schicksal hadern	0,63
	Sich von anderen Menschen zurückziehen	0,78
	Sich selbst die Schuld geben	0,79
Skala 2: Aktives problemorientiertes Coping $r_r=0,73$	Informationen über Fehlgeburten, Behandlung und Ursachen suchen	0,30
	Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	0,42
	Einen Plan machen und danach handeln	0,61
	Entschlossen gegen das Geschehene ankämpfen	0,46
	Sich vornehmen intensiver zu leben	0,76
Skala 3: Ablenkung und Selbstaufbau $r_r=0,73$	Sich mehr gönnen	0,44
	Sich selbst Mut machen	0,37
	Erfolge und Selbstbestätigung suchen	0,58
	Abstand zu gewinnen versuchen	0,31
	Anderen Gutes tun wollen	0,63
	Sich gerne umsorgen lassen	0,42
Skala 4: Sinnsuche $r_r=0,79$	Die Fehlgeburt als Schicksal annehmen	0,64
	Versuch, in dem Verlust einen Sinn zu sehen	0,53
	Sich damit trösten, daß es andere noch schlimmer getroffen hat	0,71
Skala 5: Bagatellisierung und Wunschdenken $r_r=0,71$	Nicht-Wahrhaben-Wollen des Geschehenen	0,52
	Herunterspielen der Bedeutung des Verlustes	0,56
	Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	0,53
Skala 6: Resignation, Mißtrauen und Substanzmißbrauch $r_r=0,64$	Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel suchen	0,32
	Sich vornehmen intensiver zu leben	0,58
	Den Ärzten Mißtrauen, andere Ärzte aufsuchen	0,49
	Genau den ärztlichen Rat befolgen <i>umgepolt</i>	0,38

Der Fragebogen zur Attribution der Fehlgeburt (Endform)

Tabelle 45: Fragebogen zur Attribution der Fehlgeburt: Fragebogen-Endform, entwickelt an n=48 Frauen nach einer Fehlgeburt

Fragebogen zur Attribution der Fehlgeburt (Endform)		
Skalen	Items	Item-Trennschärfe
Reliabilität (Cronbach's alpha)	Meine Fehlgeburt führe ich darauf zurück, daß ...	<i>r_{it}</i>
Skala 1: Merkmale der eigenen Person α = 0,84	... ich irgendwie nicht glücklich werden darf.	0,67
	...ich so viel Angst hatte, es könnte etwas schief gehen, dass es dann auch wirklich passiert ist.	0,63
	... ich vom Schicksal verfolgt bin.	0,64
	... ich psychisch sehr anfällig bin.	0,69
	... mein Körper stark auf psychische Probleme reagiert.	0,62
Skala 2: Streß in der Schwangerschaft α = 0,86	... ich zu viel Streß hatte.	0,73
	... ich wegen eines besonderen Ereignisses (Umzug, Urlaub im Ausland, Hochzeit o.ä.) viel Hektik hatte.	0,71
	... ich mir während der Schwangerschaft zu viel auf einmal vorgenommen hatte.	0,74
	... ich psychisch sehr stark unter Druck gestanden hatte.	0,70
Skala 3: Mangelnde ärztliche Betreuung α= 0,95	... der Arzt nicht gründlich genug war, er hatte Dinge übersehen.	0,92
	... die Ärzte nicht schnell genug reagiert haben.	0,86
	... nicht alle medizinischen Möglichkeiten zur Verfügung gestanden hatten.	0,88
Skala 4: Regulativ Natur α = 0,82	... es reiner Zufall war, das kann jeder Frau passieren.	0,62
	... mein Kind nicht gesund gewesen wäre – daher hat die Natur eingegriffen.	0,72
	... es eine Entscheidung der Natur war.	0,65
	... Chromosomenschäden der Frucht verantwortlich sind.	0,61
Skala 5: Schwangerschaftsgefährden- des Verhalten α=0,74	... das Kind nicht wirklich gewollt war.	0,52
	... ich zu wenig über notwendige Verhaltensmaßnahmen in der Schwangerschaft informiert war.	0,58
	... ich während der Schwangerschaft geraucht hatte.	0,68
Skala 6: Erkrankungen oder Krisen in der Schwangerschaft α=0,62	...ein krisenhaftes Ereignis vorgefallen war (z.B. Tod, Unfall, schwere Krankheit).	0,48
	...ich während der Schwangerschaft erkrankte (Erkältung, Grippe etc.).	0,48

*Der Fragebogen zur Bewältigung der Anforderungen in einer neuen Schwangerschaft
(Endform)*

Tabelle 46: Fragebogen zur Bewältigung der Anforderungen in einer Schwangerschaft: Fragebogen-Endform, entwickelt an n=130 Schwangeren

Fragebogen zur Bewältigung der Anforderungen in einer Schwangerschaft (Endform)		
Skalen <i>Reliabilität (Cronbach's alpha)</i>	Items	Item-Trennschärfe r_{it}
Skala 1: Schwangerschaftsförderndes Verhalten $\alpha=0,79$	Ich lese viel über die Schwangerschaft.	0,56
	Ich versuche, mich umfassend über die Schwangerschaft zu informieren.	0,68
	Ich achte darauf, daß ich nur von kompetenten Ärzten behandelt werde.	0,51
	Ich vermeide Streßsituationen soweit es geht.	0,53
	Ich nehme mir vor, mich jetzt besonders zu schonen.	0,68
	Ich nehme mir mehr Zeit für mich selbst.	0,58
Skala 2: Gedankliche Auseinandersetzung mit der Rolle als Mutter $\alpha=0,85$	Ich setze mich jetzt oft mit Fragen der Erziehung auseinander.	0,56
	Ich denke oft darüber nach, wie ich mich als Mutter verhalten werde.	0,67
	Ich mache mir Gedanken über die Verantwortung, die ich gegenüber meinem Kind haben werde.	0,59
	Ich denke darüber nach, ob ich eine gute Mutter sein werde	0,60
Skala 3: Sozialer Rückzug $\alpha=0,76$	Meine Schwangerschaft geht nur mich etwas an.	0,42
	Weil mein Partner* so wie so nie verstehen wird, was momentan in mir vorgeht, rede ich nicht über alles mit ihm.	0,40
	Ich versuche, meine Gefühle für mich zu behalten.	0,53
	Wenn ich Angst habe, suche ich Trost bei meinem Partner oder anderen mir wichtigen Personen.	0,46
Skala 4: (Selbst-) Beruhigung bei Ängsten und Befürchtungen $\alpha=0,72$	Wenn ich Angst um die Schwangerschaft habe, spreche ich mir selbst Mut zu.	0,52
	Wenn ich Angst habe, kann mich das Ultraschallbild in der Regel beruhigen.	0,38
	Wenn ich Angst habe, versuche ich mich zu entspannen.	0,42
	Wenn ich Angst habe, dem Kind könnte etwas geschehen, suche ich nach Anhaltspunkten, die mir Sicherheit geben.	0,36
	Die schwangerschaftstypischen Veränderungen meines Körpers beruhigen mich.	
	Wenn ich Angst um die Schwangerschaft habe, suche ich die Nähe anderer.	
Skala 5: Vermeiden, sich emotional auf die Schwangerschaft einzulassen $\alpha=0,67$	Ich grübele viel darüber nach, ob alles gut gehen wird.	0,43
	Ich rechne mit dem Schlimmsten, um nachher nicht so enttäuscht zu sein.	0,46
	Ich behalte meine Ängste und Befürchtungen lieber für mich.	0,34
	Ich lenke mich überwiegend von Gedanken an die Schwangerschaft ab.	0,54
	Ich versuche, mich nicht zu sehr von meinen Gefühlen leiten zu lassen.	0,41

Der Fragebogen zur psychischen Repräsentation des Kindes in der Schwangerschaft (Endform)

Tabelle 47: Fragebogen zur psychischen Repräsentation des Kindes in einer Schwangerschaft: Fragebogen-Endform, entwickelt an n=130 Schwangeren

Fragebogen zur psychischen Repräsentation des Kindes in einer Schwangerschaft (Endform)		
Skalen	Items	Item-Trennschärfe r_{it}
Reliabilität (Cronbach's alpha)		
Skala 1: Wahrnehmung des Kindes als getrenntes Wesen	Bis jetzt ist mir mein Kind noch fremd. <i>umgepolt</i>	0,50
	Ich empfinde mein Kind schon als eigenständiges Wesen.	0,57
	Ich glaube, daß mein Kind bereits eigene Gefühle und Wahrnehmungen hat.	0,75
	Ich glaube, daß mein Kind schon wahrnehmen kann, was in seiner Umwelt geschieht.	0,72
	Ich glaube, daß mir mein Kind durch die Erfahrung der Schwangerschaft schon vertraut ist.	0,61
	Ich glaube, mein Kind besitzt schon so etwas wie eine eigene Persönlichkeit.	0,72
Skala 2: Sorge um eine gesunde Entwicklung des Kindes $r_r=0,78$	Bei dem Gedanken an das Kind habe ich manchmal ein Gefühl von Angst und Unsicherheit.	0,44
	Ich frage mich im Moment öfter, ob sich das Kind in meinen Bauch normal und gesund entwickelt.	0,64
	Ich habe Angst vor der Feststellung einer Erkrankung oder Fehlbildung des Kindes vor der Geburt.	0,64
	Ich habe Angst, mein Kind zu verletzen.	0,49
	Mir kommt immer wieder die Frage, ob mein Kind nach der Geburt eine körperliche oder geistige Behinderung haben wird.	0,59
Skala 3: Wahrnehmung emotionaler Nähe zum Kind $r_r=0,82$	Ich empfinde das Kind als einen Teil von mir.	0,63
	Ich fühle mich meinem Kind sehr nahe.	0,76
	Ich genieße es, daß mein Kind noch so eng bei mir ist.	0,66
Skala 4: Beziehung zum Kind/ Kontaktaufnahme $r_r=0,85$	Ich habe inzwischen eine Beziehung zu meinem Kind.	0,68
	Ich spreche oft mit dem Kind.	0,71
	Ich streichle mein Kind oft.	0,68
	Ich versuche, meinem Kind schon jetzt Zuwendung zu geben.	0,73
Skala 5: Phantasien und Vorstellungen über Aussehen des Kindes und die Zukunft mit dem Kind $r_r=0,81$	Ich denke oft darüber nach, ob mein Kind eher ein lebhaftes, temperamentvolles oder eher ein ruhiges Kind sein wird.	0,38
	Ich stelle mir in letzter Zeit oft vor, wie ich mit meinem Kind zusammen sein werde.	0,69
	Ich stelle mir schon vor, wie ich für mein Kind sorgen werde.	0,73
	Ich stelle mir vor, wie das Kind mich ansieht.	0,75
	Ich stelle mir vor, wie mein Kind später aussehen wird.	0,50

Anhang D: Zeitlicher Verlauf der Symptomatik, der Trauer und der Bewältigung nach der Fehlgeburt – ergänzende statistische Angaben (Abschnitt 5.2.1)

Symptomatik nach der Fehlgeburt im zeitlichen Verlauf

Tabelle 48: Vergleich der Ausprägung von Gesamttrauer, Depressivität, allgemeinen Körperbeschwerden und Zustandsängsten zwischen Erhebungszeitpunkt 1, 2 und 3 anhand der Untersuchungsgruppe II

Vergleiche	Symptomatik nach der Fehlgeburt				
	Merkmal	Gesamttrauer (MTS)	Depressivität (Depressivitäts-skala)	Allgemeine Körperbeschwerden (Beschwerdenliste)	Zustandsängste (STAI)
Friedman-Test		Chi ² =16,187, df=2, p<0,001	Chi ² =51,022, df=2, p<0,001	Chi ² =1,393, df=2, p=0,498	Chi ² =0,443, df=2, p=0,801
Post-Vergleiche (Wilcoxon):					
Erhebungszeitpunkt 1 vs. Erhebungszeitpunkt 2		Z=-3,823 p<0,001	Z=-7,968 p<0,001	-	-
Erhebungszeitpunkt 2 vs. Erhebungszeitpunkt 3		Z=-0,848 p=0,396	Z=-6,092 p<0,001	-	-

Trauer nach der Fehlgeburt im zeitlichen Verlauf

Tabelle 49: Vergleich der Ausprägung der einzelnen Skalen der Münchner Trauerskala zwischen Erhebungszeitpunkt 1, 2 und 3 anhand der Untersuchungsgruppe II

Vergleiche	Münchner Trauerskala					
	Merkmal	Traurigkeit	Verlustangst	Schuldhaftes Verarbeitung	Ärger	Sinnsuche
Mittelwert, Standardabweichung:						
Erhebungszeitpunkt 1		M=2,905, sd=0,956	M=3,304, sd=1,020	M=1,611, sd=0,796	M=1,624, sd=0,847	M=2,869, sd=0,971
Erhebungszeitpunkt 2		M=2,611, sd=1,137	M=3,154, sd=0,978	M=1,468, sd=0,652	M=1,631, sd=0,806	M=2,758, sd=0,933
Erhebungszeitpunkt 3		M=2,305, sd=0,923	M=3,048, sd=1,081	M=1,338, sd=0,582	M=1,638, sd=0,827	M=2,805, sd=0,847
Friedman-Test		Chi ² =22,645, df=2, p<0,001	Chi ² =5,952, df=2, p=0,051	Chi ² =15,580, df=2, p<0,001	Chi ² =0,163, df=2, p=0,922	Chi ² =1,614, df=2, p=0,446
Post-Vergleiche (Wilcoxon):						
Erhebungszeitpunkt 1 vs. Erhebungszeitpunkt 2		Z=-4,980 p<0,001		Z=-2,644 p=0,008		
Erhebungszeitpunkt 1 vs. Erhebungszeitpunkt 3		Z=-4,658 p<0,001		Z=-3,344 p=0,001		

Bewältigung nach der Fehlgeburt im zeitlichen Verlauf

Tabelle 50: Vergleich der Ausprägung der einzelnen Skalen des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (modifiziert) zwischen Erhebungszeitpunkt 1, 2 und 3 anhand der Untersuchungsgruppe II

Vergleiche	Merkmal	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung			
		Depressive Verarbeitung	Aktives problemorientiertes Coping	Ablenkung und Selbstaufbau	Bagatellisierung und Wunschdenken
Mittelwert, Standardabweichung:					
	Erhebungszeitpunkt 1	M=2,477 sd=1,027	M=3,470, sd=1,144	M=3,549, sd=1,012	M=2,337, sd=1,197
	Erhebungszeitpunkt 2	M=2,476, sd=1,028	M=3,189, sd=1,186	M=3,537, sd=0,946	M=2,170, sd=1,101
	Erhebungszeitpunkt3	M=2,397, sd=1,181	M=3,032, sd=1,216	M=3,636, sd=0,843	M=2,013, sd=1,037
	Friedman-Test:	Chi ² =3,375, df=2, p=0,185	Chi²=13,963, df=2, p=0,001	Chi ² =1,217, df=2, p=0,544	Chi²=6,710, df=2, p=0,035
Post-Vergleiche (Wilcoxon):					
	Erhebungszeitpunkt 1 vs. Erhebungszeitpunkt 2	-	Z=-4,142 p<0,001	-	Z=-2,111 p=0,035
	Erhebungszeitpunkt 1 vs. Erhebungszeitpunkt 3	-	Z=-3,506 p<0,001	-	Z=-2,274 p=0,023