

Trauerbegleitung nach perinatalem Kindstod aus der Perspektive der Salutogenese

Dr. Claudia Meier Magistretti, Martina König-Bachmann, BSc, Mhpe

Mütter perinatal verstorbener Babys treffen meist auf Fachpersonal, mit dem sie Sorgen und Ängste besprechen könnten. Dennoch fühlen sich viele Betroffene in ihren Bedürfnissen nicht wahrgenommen, zu wenig informiert und mit ihrem Erleben allein gelassen. Wo liegen die Gründe dafür, dass Fachpersonen zwar präsent, doch offenbar nicht nahe genug an den Müttern sind? Dieser Frage gehen die Autorinnen vor dem Hintergrund klinisch-psychologischen Wissens und der Theorie der Salutogenese nach Aaron Antonovsky nach. Ausgehend von klinischer Erfahrung und Forschung zu Trauerprozessen nach dem Verlust eines Kindes zeigen sie auf, wie Paare nach einem perinatalen Kindstod aus einer gesundheitsorientierten Perspektive heraus begleitet werden können.

Einführung

Der perinatale Kindstod kommt in reichen Industriestaaten relativ selten vor. Die Todesraten sind daher, gemessen am Total der Geburten, mit 0,2–0,5% auch in den deutschsprachigen Ländern Europas relativ niedrig. Doch jedes Jahr sind von z.B. 430 perinatal verstorbenen Kindern in Österreich [11], 3907 in Deutschland [14] und 596 in der Schweiz [2] sehr viel mehr Menschen betroffen: Die perinatal verstorbenen Babys hinterlassen Mütter, Väter, Geschwister und Großeltern. Berücksichtigen wir die viel größere Zahl der Betroffenen, relativiert sich das Bild des „seltenen“ Phänomens des perinatalen Kindstods. Nicht relativieren lässt sich das Existentielle, Einschneidende und die Betroffenheit der Hinterbliebenen. Daher sollte es selbstverständlich sein, dass sie auf ein Versorgungssystem treffen, das sie medizinisch, psychologisch, sozial und spirituell gut begleitet. Dass dem nicht so ist, zeigen aktuelle globale Sensibilisierungsaktionen [5] ebenso wie erste systematische Erhebungen zur Qualität der Betreuung nach einer Totgeburt im deutschsprachigen Raum [10].

Ausgangssituation

Expertinnen und Experten in der Geburtshilfe schätzen die Versorgung betroffener Eltern als gut bis sehr gut ein. Die betroffenen Mütter sehen das anders (Abb. 1) [10]. Sie fühlen sich (im Vergleich zu Frauen mit lebend geborenen Babys) schlechter informiert, was ihre eigene Gesundheit anbelangt, und teilweise auch nicht ausreichend gut medizinisch betreut.

Frauen, die einen perinatalen Kindstod erlebt haben, fühlen sich in ihren Bedürfnissen wesentlich schlechter wahrgenommen und deutlich seltener in Entscheidungen über ihre Betreuung einbezogen als Frauen mit Lebendgeburten. Sie vermissen deutlich häufiger eine gute emotionale Begleitung nach der Geburt und fühlen sich nicht ausreichend bei Entscheidungen einbezogen, die sie selbst oder das tote Kind betreffen. Dasselbe gilt für die Rollenfindung als Eltern, die sich bei einem tot geborenen Kind komplizierter gestaltet als nach der Geburt eines lebenden Kindes. Hier zeigt sich, dass die Chancen eines Paares auf adäquate Unterstützung in diesem Bereich nur wenig höher als 50% liegen.

Diese Befunde erstaunen vor allem vor dem Hintergrund der positiv beurteilten Präsenz des Fachpersonals nach einem perinatalen Kindstod. Viele Mütter berichteten, dass im ersten Monat nach der Geburt immer jemand für sie da war, wenn sie Sorgen oder Ängste besprechen wollten [10]. Dennoch fühlten sich die Mütter oft in ihren Bedürfnissen nicht wahrgenommen, zu wenig informiert und mit ihrem Erleben allein gelassen.

Modelle „normaler“ Trauerprozesse

Wie sich ein perinatales Verlusterlebnis auf das Leben der Betroffenen auswirkt, hängt maßgeblich davon ab, ob es Eltern und ihrem Umfeld gelingt, das Geschehene zu integrieren. Lange galten Vorstellungen und Modelle als Königsweg der „Verlustverarbeitung“, die eine strukturierte Trauerbewältigung in einer zeitlichen Abfolge von definierten Phasen beinhalteten [8]. Diese Phasenmodelle geben oft implizit vor, wie „richtiges“ Trauern stattzufinden habe: Auf das Realisieren und Akzeptieren des Verlustes folgt die Verlustbewältigung, d.h. das

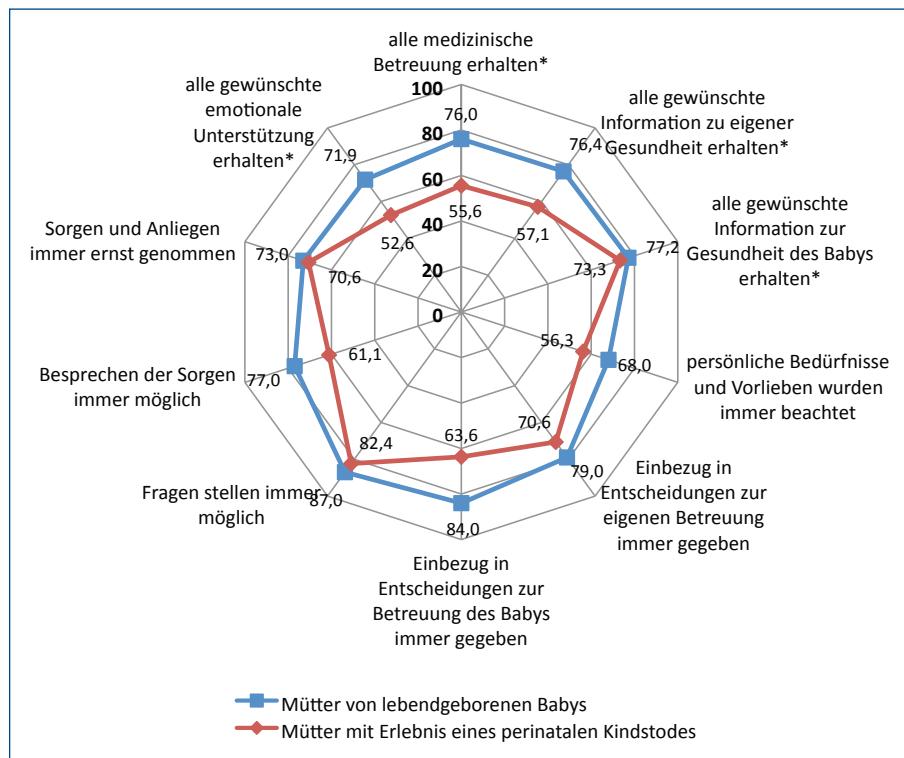


Abb. 1 Zufriedenheit mit der nachgeburtlichen Betreuung: Mütter von lebend geborenen Babys (N=1050) und Mütter mit dem Erlebnis eines perinatalen Kindstodes (N=22) im Vergleich [10].

eigentliche Trauern, das mit dem Auflösen der emotionalen Bindung verbunden ist. Erst dann ist als Drittes die Wiederaufnahme des emotionalen Lebens bzw. das Eingehen von neuen engen Bindungen möglich.

Empirische Studien kommen aber zu einer anderen Form der Beschreibung des „natürlichen“ Trauerprozesses nach dem Verlust eines Kindes. Dieser verläuft nicht in aufeinander folgenden abgegrenzten Stufen, sondern in **individuellen Dynamiken des Wechsels von Trauer und Normalität, Auseinandersetzung und Vermeidung, Leere und Leugnung, Weinen und Lachen** [17].

Wenn sich nun Fachpersonen beim Begleiten von Paaren nach einem perinatalen Kindsverlust an Strukturmodellen der Trauerbewältigung orientieren, ist die Annahme naheliegend, dass sie dabei zwar präsent, hilfsbereit und empathisch sind, aber die Bedürfnisse der Betroffenen verfehlten, weil sie sich bei ihren Interventionen von normativen (Trauer-)Konzept-

ten leiten lassen. Diese entsprechen nicht unbedingt dem subjektiven Erleben der Betroffenen.

Salutogene Perspektive auf den perinatalen Kindstod

Fachpersonen wie Betroffene brauchen **Modelle zur Orientierung**: idealerweise solche, die dem „natürlichen“ Verlauf von Trauerprozessen nach einem Kindsverlust gerecht werden. Um solche Modelle zu entwickeln, sind Kenntnisse über Trauerprozesse ebenso wichtig wie die Beantwortung der Frage nach Faktoren, welche diese Prozesse unterstützen.

Konzepte aus der Theorie der Salutogenese sind zentral bei der Bewältigung des perinatalen Kindstods und maßgebend für die längerfristige psychische und physische Gesundheit von Müttern und Vätern [16]. Die Theorie der Salutogenese nach Aaron Antonovsky (1987) beschäftigt sich – wie der Name sagt –

mit den Ursachen von Gesundheit: dies im Unterschied zur Pathogenese, welche Ursachen von Krankheiten erforscht.

Wenn wir Trauer und Trauerprozesse als etwas nicht Pathologisches betrachten, bietet es sich an, diese auch aus einer gesundheitsorientierten Perspektive zu beleuchten: „Wie können wir ‚natürliche‘ Trauerprozesse unterstützen?“

Hier bieten zwei Konzepte aus der Salutogenese erste Antworten:

- das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum
- der Kohärenzsinn

Gesundheit und Trauer im Kontinuum

Das Konzept des **Gesundheits-Krankheits-Kontinuums** besagt:

- dass Gesundheit und Krankheit keine grundlegend gegensätzlichen stabilen Zustände sind,
- sondern dass Individuen sich in einem kontinuierlichen Prozess zwischen den Polen von Gesundheit und Krankheit bewegen
- und dass es durchaus möglich ist, gleichzeitig in einer Hinsicht gesund und in einer anderen Hinsicht krank zu sein.

Bezogen auf die Trauer nach einem perinatalen Kindstod lässt sich analoges zeigen. Es geht nicht darum, Trauer als Gegensatz zu einer wie auch immer gestalteten Normalität zu verstehen. Auch nicht darum, die Trauer abzuschließen, um wieder in diese Normalität zurück zu gelangen. „Trauer“ und „Normalität“ sind vielmehr Pole, zwischen denen sich **Betroffene nach einem Kindsverlust bewegen** und die sich gegenseitig nicht ausschließen.

Trauer ist demnach kein punktuelles Wahrnehmen und Erleben, sondern unterliegt einer prozesshaften Auseinandersetzung mit dem Verletzenden und dem Schmerz. Znoj weist darauf hin, dass es sich bei der Trauer nicht um

einen krankhaften Zustand handelt, sondern um eine physiologische Form mit Schmerzvollem und Belastendem nach Trennungen und Verlusten umzugehen [17]. Entsprechend sind die Trauerverarbeitungsprozesse oszillierend: Phasen der Verzweiflung und Trauer stehen im Wechsel zu Momenten banaler Normalität, zu Freude, Lachen und dem Bedürfnis nach Glück.

Bedeutung des Kohärenzsins im Trauerprozess

Das zweite Konzept, das hier für ein Modell der Trauerbegleitung vorgeschlagen wird, ist der **Kohärenzsinn**. Darunter versteht sich ein überdauerndes, aber dynamisches Grundvertrauen in das Leben und in die eigenen Fähigkeiten, das Leben zu bewältigen. Der Kohärenzsinn umfasst drei Komponenten:

- **Die Verstehbarkeit:** Damit ist das Vertrauen gemeint, dass Ereignisse und Aufgaben des Lebens grundsätzlich verstehbar sind, dass die anstehenden Aufgaben bis zu einem gewissen Grad voraussehbar sind und dass es gelingt, Ereignisse und Herausforderungen kognitiv einzurichten.
- **Die Handhabbarkeit:** Diese beinhaltet die Überzeugung, dass Aufgaben und Herausforderungen des Lebens zu meistern sind, dass Ressourcen und Kräfte zur Bewältigung vorhanden sind und dass bei fehlenden eigenen Ressourcen Hilfestellungen in der

Außenwelt gefunden werden können.

- **Die Sinnhaftigkeit:** Sie bedeutet, dass es sich lohnt, Aufgaben und Anforderungen des Lebens in Angriff zu nehmen und Engagement in sie zu investieren [1].

Zusammengefasst ist der Kohärenzsinn eine messbare Orientierung, welche befähigt, vorhandene Ressourcen zum Erhalt von Gesundheit und Wohlbefinden zu aktivieren, sich gegen gesundheitliche Stressoren zu schützen, Stressoren zu bewältigen und eine positive Lebensqualität zu erreichen [9].

Die bisherige Forschung zum Kohärenzsinn erbrachte positive Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzsinn und der lebenslangen psychischen sowie körperlichen Gesundheit. Darüber hinaus zeigt sich eine klare Evidenz zum Zusammenhang zwischen dem elterlichen Kohärenzsinn und der Fähigkeit der Eltern, schwierige Lebensereignisse und Traumata, aber auch schwierige Situationen im Zusammenhang mit ihren Kindern positiv zu bewältigen [4, 7, 12, 13, 15]. Ein starker Kohärenzsinn unterstützt auch die Bewältigung eines perinatalen Kindstods [16].

Der „natürliche“ Trauerverlauf

Die Individualität steht im Fokus des prozesshaften Verlaufs der Trauer.

Aus der Arbeit mit trauernden Paaren zeigt sich, dass ein Aufbrechen von Kategorisierungen und strukturiert vorgegebenen Trauerphasen dem individuellen Trauererleben mehr Beweglichkeit und Spielraum erlaubt.

Im Kontext der Trauerbewältigung nach einem peripartalen Kindstod durchleben die Eltern eine Herausforderung je für sich und gemeinsam als Paar. Zu Beginn der Trauer ist dies mit intensivem Schmerz verknüpft, der sich im Verlauf verändert, entwickelt, schwächer wird und wie plötzlich wieder mit großer Intensität einwirkt. Fragen drängen sich auf: „Wie fühle ich mich als Frau und Mann nach dem Tod unseres Kindes?“ – „Sind wir dennoch Eltern geworden?“

Partnerschaftskonflikt

Die individuellen und geschlechterspezifischen Unterschiede des Trauerns führen in Paarbeziehungen nicht selten in einen Konflikt und spiegeln sich in der Paardynamik wider. Das Paar, das sich neun Monate auf das Ankommen des Kindes vorbereitet hat, wird durch den Verlust mit einer großen Intensität von Trauer, Scham, Schuld und Verletzung konfrontiert.

Frauen schildern, dass sie sich in der Trauer häufig alleine fühlen. Sie vermissen das gemeinsame Weinen mit dem Partner, das gemeinsame Sprechen, den Austausch über das gemeinsame Geburtserlebnis und zärtliche Zuwendung. Dieses „**Sich-allein-gelassen-fühlen**“ kann Frauen teilweise zu der Überzeugung führen, der Partner, der Vater, liebt das verstorbene Kind nicht wirklich.

Parallel dazu erzählen Partner und Partnerinnen über ihre Überzeugung, **verantwortlich zu sein für die Entlastung** im Außen, das Führen des Haushalts und das Versorgen von Geschwisterkindern. Der Mann verfolgt das Ziel, in seinem Tun und im aktiven Handeln die Frau möglichst rasch aus der Trauer zu „befreien“. Dabei unterliegt der trauernde

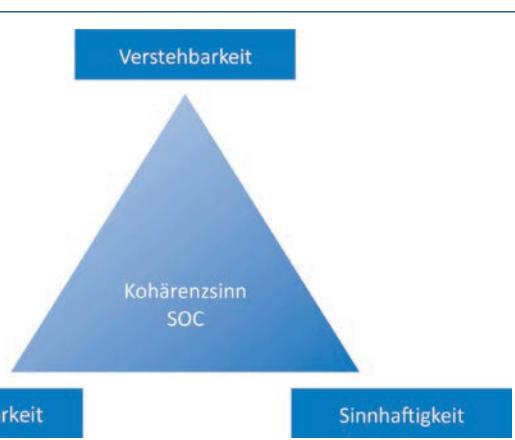


Abb. 2 Dimensionen des Kohärenzsins [10].

Vater zwei Dilemmata: Auf der einen Seite steht die Vorstellung, der Frau die Trauer abnehmen zu können und für diese verantwortlich zu sein, auf der anderen Seite die Situation, die eigene Trauer nicht wahrnehmen zu können, zu wollen oder zu dürfen. Znoj (2012) beschreibt zudem den Einfluss der westlichen Kultur, die es den Männern erschwert, ihre Gefühle ausdrücken und zeigen zu dürfen [17]. In diesem Spannungsfeld verfällt der Vater häufig in Schweigen und möglicherweise auch in eine Form von Erschöpfung als Folge **unterdrückter Gefühle** [6].

In diesem belastenden Prozess gilt es, den Eltern ein Verständnis dafür zu vermitteln, dass ihre unterschiedliche Art zu trauern normal ist. Es ist auf die Vielschichtigkeit und Mehrdimensionalität im **physiologischen Verlauf der Trauer** hinzuweisen. Dieses gewonnene Wissen und das sich daraus entwickelnde gegenseitige Verständnis zwischen Mann und Frau führen zu einem Ende des Konfliktes, wer um sein Kind mehr trauert oder es mehr liebt.

Quälende Fragen

Die Fassungslosigkeit und das Bedürfnis, das Geschehene ungeschehen zu machen, der Wunsch, aus dem „bösen“ Traum zu erwachen, das sind Gefühle, die die Betroffenen intensiv erleben. In diesem Moment entstehen Fragen, die Ausdruck von **Ohnmacht und Ausweglosigkeit** sind: „Was ist geschehen, weshalb mir?“ – „Was hätte ich anders machen müssen? Was hätte ich wahrnehmen müssen?“ – „Wäre es zu erkennen gewesen, dass es meinem Baby nicht gut geht, dass es sich verabschiedet? Waren die abnehmenden oder zu intensiven Kindsbewegungen ein Zeichen für den beginnenden Tod?“ – „Hätte ich nicht auf den Berg gehen sollen gestern?“ – „Waren die Aufregungen über alltägliche Herausforderungen schädigend für mein Kind?“ Auch Heazell und KollegInnen berichten, dass Eltern davon überzeugt sind, ihr Baby zu wenig geschützt zu haben [6].

Ein Weiterleben ohne Kind stellt sich als unvorstellbare Lebensvision dar. Der Schmerz und die Hoffnungslosigkeit sind kaum zu bewältigen. Die Ohnmacht, nichts bewirken zu können, das Gefühl zu haben, dass sich alles wie eine Lawine zusammenbraut und das Konstrukt der gesunden und glücklichen Familie zerbricht. In diesem Augenblick der Überflutung von Gefühlen erleben Betroffene nur mehr ein Funktionieren, erfahren sich fremdgesteuert und so, als ob ein Nebel das Bewusstsein umgibt. Das Bedürfnis entsteht, die Augen zu schließen und alles nicht wahr haben zu wollen, rückgängig machen zu wollen und vielleicht sogar eigene Todessehnsüchte wahrzunehmen [17].

Belastende Entscheidungen

Eine zusätzliche große Belastung stellen die vielen nun anstehenden Entscheidungen dar: „Soll eine Obduktion durchgeführt werden? Welche Form von Bestattung wollen wir für unser verstorbene Kind? Dürfen die Geschwisterkinder, die Angehörigen mit dabei sein? Ist das förderlich oder schädigend für die Geschwisterkinder? Was brauchen meine Kinder für ihre Trauerbewältigung? Welche Kosten müssen übernommen werden?“ Dass die Trauer und die Betroffenheit nicht ausschließlich bei den Eltern zu finden sind, sondern sich erweitern zu den Geschwisterkindern, den eigenen Geschwistern, den Großeltern und den Freundinnen und Freunden, lässt sich durch die Erhebung von Downe (2013) bestätigen [3].

Bedürfnis nach Normalität

Zu diesen tiefen Emotionen zeigen sich **Parallelwelten im Erleben der Trauer**, in denen die Betroffenen auch das tiefe Bedürfnis nach Normalität haben: danach, Dinge zu tun, die scheinbar banal sind, die Gesinnung, wieder lachen zu wollen, lachen zu können über einen Scherz, sich an einem schönen Ereignis zu erfreuen. „Darf ich das?“, fragen sich die Betroffenen. „Ist meine Trauer zu

gering, habe ich mein Kind zu wenig geliebt?“ – „Wie reagiert die Umgebung auf mich, wenn ich lache?“ Es ist schwierig, den Wechsel dieser intensiven Gefühle und der vielfältigen Unterschiedlichkeit zu meistern, die subjektiv als Wellenbewegung zwischen Freud und Leid erlebt wird. Diese Emotionen sind nicht abrufbar und nicht steuerbar. Sie kommen plötzlich und unvorbereitet – wie das Lachen, so auch das Weinen.

Unterstützungsbedarf

Diese Gefühle wahrzunehmen und als Teil des eigenen Prozesses **verstehen** zu können, hilft dabei, eine Gewissheit von Halt, Sicherheit und Stabilität inmitten der Gefühlsschwankungen aufzubauen. Dazu wünschen sich viele Eltern eine kontinuierliche Unterstützung in der **Handhabung** der kaum zu bewältigenden Situation mit Gefühlen von Scham, Schuld, Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Wut. Eine gelingende Handhabbarkeit der Betroffenen hat zum Ziel, das Erlebte in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren. Neben der **Versteh- und Handhabbarkeit** kommt die dritte Komponente des Kohärenzsins, die der **Sinnhaftigkeit**, dazu. Die Frage nach der Sinnhaftigkeit muss sehr vorsichtig betrachtet werden. Denn nicht allzu selten sehen sich Eltern nach einem peripartalen Kindstod mit Aussagen konfrontiert wie: „Vielleicht hat alles einen Sinn.“ Oder mit: „Gott gewollt.“ Diese Formulierungen führen zu weiteren Verletzungen und zum Gefühl, nicht ernst und nicht wahrgenommen zu werden. Wenn wir hier von Sinnhaftigkeit sprechen, geht es um die ganz individuelle Entwicklung im Prozess der trauernden Paare, um die eigene Geschwindigkeit bis hin zum Aufspüren eigener Antworten. Diese Antworten können ausschließlich von den Betroffenen selbst gegeben werden. Fachpersonen übernehmen hier eine beratende Position mit allen beschriebenen Facetten.

DeVit® Tropfen

Vitamin D₃



Rachitis und Vitamin-D-Mangel gezielt vorbeugen

- ✓ Tropfengenaues Dosieren, 6 Tropfen = 400 IE
- ✓ Kindgerechte Darreichungsform – ölige Tropfen
- ✓ Apothekenpflichtiges Arzneimittel



DeVit Tropfen 2400 I.E./ml Tropfen zum Einnehmen, Lösung. **Wirkst.:** Colecalciferol. **Zus.:** 1 ml enth. 0,06 mg Colecalciferol entspr. 2400 I. E. Vitamin D₃. **Sonst. Bestandt.:** All-rac- α -Tocopherolacetat, Polyglycerol-x-oleat, Raffiniertes Olivenöl, Süßorangenenschalenöl. **Anw.:** Vorbeugung gg. Rachitis bei Früh- bzw. Neugeborenen u. Kindern. Unterstützende Behandl. von Osteoporose in Verbind. mit Calcium u. ggf. spezif. Osteoporosemitteln. **Gegenan.:** Überempf. gg. d. Wirkst. od. einen der sonst. Bestandt., Hypercalcämie u./od. Hypercalciurie, Nephrolithiasis, schwere Nierenfunktionsstör., Hypervitaminose D, Pseudohypoparathyreoidismus. **Nebenw.:** schwere u. lang anhaltende Hypercalcämie (bei Überdosierung) mit akuten u. chron. Folgen. **Apothekenpflichtig.** Stand: 02/2016.

Pädia GmbH, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim

Wie können Fachpersonen unterstützen?

Ausgehend vom beschriebenen „natürlichen“ Prozess des Trauerns und der klinischen Erfahrung stellt sich die Frage, wie eine **salutogene Orientierung von Hebammen in der Praxis** umgesetzt werden könnte. Wichtig sind zwei Faktoren: die Abkehr von normierenden Vorstellungen „richtiger“ Trauerprozesse und die Stärkung des Kohärenzsins als Heuristik in der Begleitung von Betroffenen nach einem perinatalen Kindstod.

Die **Abkehr von der Normierung** besagt, dass jedes Paar und jeder Tod eines Babys in der jeweils eigenen Individualität wahrgenommen und begleitet wird und dass sich Hebammen (aber auch alle anderen beteiligten Fachpersonen) vergegenwärtigen, dass sie es mit einem Prozess zu tun haben, der oszillierend und dynamisch ist und dem nicht mit fixen „Behandlungsschemata“ begegnet werden kann.

Der Kohärenzsinn kann als **dynamische Orientierung** die (vermutlich inadäquaten) statischen Phasenmodelle ablösen und Fachpersonen wie Betroffene darin unterstützen, sich in den stark emotionalen und individuell unterschiedlichen Prozessen zurechtzufinden.

Konkret müssen medizinische und psychologische Informationen über den perinatalen Kindstod, aber auch über die Reaktionen der betroffenen Paare und deren Trauerprozesse so vermittelt werden, dass Verstehbarkeit entstehen kann.

Dies geschieht dadurch, dass Fachpersonen den **Fokus auf Wahrnehmung anstelle von (rascher) Intervention** legen und Informationen nicht einfach vermitteln, sondern sie in einer Interaktion von Vermittlung und Verifizierung gemeinsam mit den Eltern so kommunizieren, dass Mütter und Väter Orientierung und Sicherheit gewinnen können. Paare werden so befähigt, ihre eigenen Ressourcen zu nutzen und ihre Sprachlosigkeit zu überwinden. Sie können die Intensität

der Emotionen erleben, kommunizieren und handhaben lernen.

Die Heuristik der Dimension der Sinnhaftigkeit schließlich unterstützt Fachpersonen wie Betroffene dabei, nicht aufzugeben, sich den dichten, intensiven und vielfältigen Herausforderungen zu stellen und dem eigenen Tun die eigene subjektive Bedeutung zu erlauben – der tiefen Trauer genauso wie dem Besuch beim Frisör oder der Fahrt in die Auto-waschanlage.

Gelingende Unterstützung, das zeigen Äußerungen der Frauen selbst, ist lohnend:

„Unsere Hebamme kam täglich 2 bis 2 ½ Stunden zu uns. Sie half mir betreffend Milcheinschuss (ich wollte auf natürlichem Weg die Milch kommen und auch wieder gehen lassen), sie war da, als der Bestatter unsere Tochter zu Hause abholen kam, sie nahm an der Abschiedsfeier teil, wir führten lange Gespräche ... Sie wurde zu einer extrem wichtigen Bezugsperson für uns. Wir fühlten uns von Anfang an unterstützt, getragen und verstanden. Ohne sie hätten wir das alles nicht so gut überstanden.“

Meier Magistretti et al. [10]

Literatur

- 1 Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. Jossey-Bass social and behavioral science series. 1987
- 2 BEVNAT (2016), Bundesamt für Statistik. Verfügbar: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02/01.html>
- 3 Downe S, Schmidt E, Kingdon C et al. Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. *BMJ open* 2013; 3: 1–10
- 4 Einav M, Levi U, Margalit M. Mothers' coping and hope in early intervention. *European Journal of Special Needs Education* 2012; 27 (3): 265–279
- 5 Flenday V et al. Stillbirths: recall tom action in high income countries. *The Lancet* 2016; 387, 10019, 691–702
- 6 Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H et al. Ending preventable stillbirths 3. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *The Lancet* 2016; 18: 1–13
- 7 Hedov G, Annerén G, Wikblad K. Swedish parents of children with Down's syndrome. Parental stress and sense of coherence in relation to employment rate and time spent in child care. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2002; 16: 424–430
- 8 Kast V. Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart (1990) 2008
- 9 Lindström B, Eriksson M. The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion. Helsinki Folkhälsoinstitut 2010
- 10 Meier Magistretti C, Rabhi-Sidler S, Auerbach S, Luyben A, Varga I. Wenn die Geburt der Tod ist. Nachgeburtliche Betreuung bei perinatalem Kindstod. Eine Studie zu postnatal care im Rahmen der COST-Aktion IS907 „Childbirth: Cultures, Concerns and Consequences“. Luzern, HSLU-SA 2014
- 11 Statistik Austria. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/index.html
- 12 Pozo Cabanillas P, Sarria Sanchez E, Mendez Zaballos L. Stress in mothers of individuals with autistic spectrum disorders. *Psicothema* 2006; 18 (3): 342–347
- 13 Schmitt F, Santalahti P, Saarelainen S, Savonlahti E, Romer G, Piha J. Cancer families with children: factors associated with family functioning – a comparative study in Finland. *Psycho-Oncology* 2008; 17 (4): 363–372
- 14 Statistisches Bundesamt 2016. Verfügbar: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/3/xs_sort_spalte/D.000/d/3736/_XWD_28
- 15 Svavarsdottir EK, McCubbin MA, Kane JH. Well-being of parents of young children with asthma. *Nursing & Health* 2000; 23 (5): 346–358
- 16 Uren T, Wastell C. Attachment and meaning-making in perinatal bereavement. *Death Studies* 2002; 26: 279–308
- 17 Znoj H. Trauer und Trauerbewältigung. Psychologische Konzepte im Wandel. 1. Aufl. Kohlhammer Verlag; 2012



Dr. Claudia Meier Magistretti
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Werftestrasse 1
CH-6002 Luzern
E-Mail: claudia.meiermagistretti@hslu.ch
Martina König-Bachmann, BSc, MHPE
Innrain 98
A-6020 Innsbruck
E-Mail: martina.koenig-bachmann@fhg-tirol.ac.at