

Wollenschein, Melanie / Gustke, Matthias / Woopen, Christiane und
Rohde, Anke

**Erleben einer erneuten Schwangerschaft nach vorhergehendem
Schwangerschaftsabbruch bei pathologischem PND-Befund – Alles
vergessen und ein neuer Anfang?**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 9, S. 741-757

urn:nbn:de:bsz-psydok-47731

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Erleben einer erneuten Schwangerschaft nach vorhergehendem Schwangerschaftsabbruch bei pathologischem PND-Befund – Alles vergessen und ein neuer Anfang?

Melanie Wollenschein¹, Matthias Gustke¹, Christiane Woopen² und Anke Rohde¹

Summary

A subsequent pregnancy after a termination of pregnancy because of fetal anomaly – all forgotten and a new beginning?

There is a lack of profound research on the experiences of a new pregnancy following a subsequent late termination of pregnancy (TOP). Results from late pregnancy losses indicate that women do grieve even during a new pregnancy and therefore the process of bonding can be affected. 56 women were investigated within the project „psychosocial counselling in the context of prenatal diagnosis“, which recruited 512 patients. Results on the experience of a new pregnancy after late TOP will be presented. In general women experienced a normal level of bereavement 2 years after TOP (PGS), but 11-21 % showed significant symptoms of distress (BSI). 50 % were aware of the terminated pregnancy furthermore and they felt an emotional distance to their unborn child. This is remarkable because most subsequent pregnancies were planned and desired. Many patients showed feelings of fear, worries and uncertainties. Time since TOP and new conception was not predictive of feelings during pregnancy. If a pregnant woman had a TOP because of fetal anomaly in the preceding pregnancy this should be taken into account during medical care. If symptoms of distress are persisting there is an indication for additional care. The intention is to release the patient and to support a sound relationship between mother and child.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 741-757

Keywords

prenatal diagnosis – psychosocial counselling – TOP-grief – subsequent pregnancy

¹ Gynäkologische Psychosomatik, Universitätsfrauenklinik Bonn.

² Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität zu Köln.

Zusammenfassung

Bislang liegen wenige Erkenntnisse zum Erleben einer erneuten Schwangerschaft nach vorhergehendem Schwangerschaftsabbruch bei fetalem pathologischem Befund vor. Ergebnisse nach später Fehl- oder Totgeburt weisen darauf hin, dass die Trauer um ein verlorenes Kind trotz neuer Schwangerschaft anhalten und die Haltung zur Schwangerschaft beeinträchtigen kann. Die vorliegende Untersuchung an 56 Frauen greift einen Teilaspekt der wissenschaftlichen Evaluation des Modellprojektes „Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik“ mit 512 Patientinnen heraus. Es werden Ergebnisse zum Schwangerschaftserleben in einer erneuten Schwangerschaft nach vorhergehendem spätem Abbruch referiert. Die untersuchten 56 Frauen wiesen 2 Jahre nach Abbruch nur in Einzelfällen relevante Trauersymptome (PGS) auf, jedoch zeigten 11-21 % eine überschwellige psychische Belastung (BSI). 50 % erlebten weiterhin eine deutliche emotionale Präsenz der abgebrochenen Schwangerschaft, ebenso wurden eine größere Distanz zum Kind im Vergleich zur Vorschwangerschaft und ein beeinträchtigter Kontakt zum Kind erlebt – obwohl die Schwangerschaften geplant und erwünscht waren. Häufig wurden Ängste, Sorgen, Unsicherheit und Vorsicht berichtet. Die Zeit zwischen früherem Abbruch und aktueller Konzeption hatte keinen signifikanten Einfluss auf das Erleben. Bei der Betreuung einer schwangeren Frau sollte berücksichtigt werden, ob eine vorhergehende Schwangerschaft wegen eines pathologischen pränataldiagnostischen Befundes abgebrochen wurde, um möglicherweise bestehende Ambivalenzen im aktuellen Schwangerschaftserleben interpretieren zu können. Bei anhaltender Belastung sowie Trauer über den Verlust der vorherigen Schwangerschaft sollte die Patientin ein spezielles Betreuungsangebot erhalten, um frühzeitig den Aufbau einer guten Beziehung zwischen Mutter und Kind während und nach der Schwangerschaft fördern zu können.

Schlagwörter

Pränataldiagnostik – psychosoziale Beratung – Trauer – Schwangerschaftsabbruch – erneute Schwangerschaft

1 Psychisches Befinden und Trauer nach Schwangerschaftsabbruch bei fetalem pränataldiagnostischem Befund

Der Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft ist ein einschneidendes Lebensereignis für die betroffene Frau, ihren Partner und ihr familiäres System. In der Regel kommt es zu normalen Trauerreaktionen, die mit intensiven Gefühlen von Schmerz, Verzweiflung, aber auch Wut sowie einer Vulnerabilität für psychosoziale und somatische Belastungen einhergehen. Der normale Trauerverlauf sollte nach etwa 6-12 Monaten durch eine angemessene Bewältigung abgeschlossen sein (Scheidt et al., 2007). Gelingt der Trauerprozess jedoch nicht oder nur unvollständig, kann es zu „komplizierter“ oder „pathologischer Trauer“ kommen, die psychische Störungen wie Ängste, Depression, posttraumatische Belastungsstörungen oder somatoforme Störungen impliziert (Frost u. Condon, 1996; Kersting et al., 2005; Lee u. Slade, 1996; Scheidt et al., 2007). Je nach den Bedingungen des

perinatalen Verlustes leiden Frauen in unterschiedlichem Maße unter den Folgen des Verlustes.

1.1 Psychisches Befinden und Trauer nach Verlust des Kindes

Durch eine ständige Entwicklung und Ausdifferenzierung der pränataldiagnostischen Methoden lässt sich eine steigende Anzahl von fetalen Anomalien im Verlauf der Schwangerschaft feststellen. Ist aufgrund dessen ein Schwangerschaftsabbruch jenseits der 12. Woche p.c. erwünscht, ist dieser dann rechtmäßig, wenn ärztlicherseits festgestellt wurde, dass unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebenssituation nur ein Abbruch in zumutbarer Weise eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abwenden kann. Liegt diese medizinische Indikation gemäß § 218 a Abs. 2 StGB vor, steht die betroffene Frau vor der Entscheidung, einen Abbruch der Schwangerschaft durchführen lassen zu können – soweit sich ein Arzt findet, der den Abbruch vornimmt – oder die Schwangerschaft fortzusetzen. Betroffene Frauen machen sich eine Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch bei fetalem pränataldiagnostischem Befund nicht leicht. In der Regel sind es erwünschte, oft geplante oder sogar reproduktionsmedizinisch erreichte Schwangerschaften in einer fortgeschrittenen Schwangerschaftswoche. Dies unterscheidet die Situation von Abbrüchen nach Beratungsregel in der Frühschwangerschaft. Dass sich die Verarbeitung eines frühen Abbruchs nicht mit der eines späten Abbruchs aufgrund eines fetalen pathologischen Befundes vergleichen lässt, zeigen Untersuchungen, die eher einen ähnlichen Verlauf von Trauer und Bewältigung bei Frauen nach spätem Abbruch und Frauen nach Spontanabort oder Fehlgeburt feststellten (Buchegger, 1997; Schütt et al., 2001). Frauen, die einen Abbruch nach fetalem pathologischem Befund durchführen lassen, trauern oft intensiv um den Verlust des Kindes, den Verlust von Sehnsüchten und Lebenskonzepten als Eltern. Häufig erleben sie eine Ambivalenz zwischen Verstand und Gefühl. (Geerinck-Vercammen u. Kanhai, 2003) ermittelten für die ersten Wochen nach Schwangerschaftsabbruch Gefühle wie Zweifel, Schuld, Insuffizienz, Scham, Wut, Angst, aber auch Erleichterung.

Insgesamt jedoch wurde der besonderen Situation von Frauen nach Abbruch im Kontext von Pränataldiagnostik bislang wenig Rechnung getragen. Kaum eine Untersuchung legt dar, ob und in welchem Ausmaß psychosoziale Beratung und Begleitung Folgebelastungen verändern kann (s. auch Rohde u. Woopen, 2007).

1.2 Erleben einer erneuten Schwangerschaft

Nach dem Verlust einer Schwangerschaft besteht häufig der dringende Wunsch nach einer erneuten Schwangerschaft. Manche Frauen fühlen ihre Fruchtbarkeit bzw. ihre Fähigkeit, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen, nach dem Verlust in Frage gestellt. Auch der möglicherweise unbewusste Wunsch nach einer Wie-

dergutmachung kann ein Motiv für eine erneute baldige Schwangerschaft sein. Untersuchungen zeigen, dass 50 % der Frauen innerhalb eines Jahres nach Verlust erneut schwanger wurden (Beutel, 1996). Eine neue Schwangerschaft kann von Frauen mit perinatalem Verlust als Erleichterung und Entlastung erlebt werden und die erlebte Trauer und depressive Symptomatik verringern (Broen et al., 2006).

Jedoch impliziert eine erneute Schwangerschaft nicht automatisch eine Besserung der psychischen Situation der Mutter. Ist die vorangegangene Verlusterfahrung nicht ausreichend verarbeitet, können sich erneut psychische Belastungen durch Reaktualisierung des Verlusterlebnisses entwickeln und mittelfristig negative Konsequenzen für die Beziehung zwischen Mutter und Kind entstehen (Hughes et al., 2001). Unsere klinischen Erfahrungen bestätigen dies: Frauen haben oftmals Schwierigkeiten, sich emotional auf die Schwangerschaft einzulassen. Häufig besteht Angst vor „zu viel Bindung zum Kind“ bis zu dem individuellen Zeitpunkt, an dem die Betroffene in der vorhergehenden Schwangerschaft den Verlust erlebt hat. Danach gelingt es ihnen meist besser, in Kontakt mit ihrem Kind zu kommen, und die Ängste nehmen ab.

Insgesamt ist die Datenlage zu dem Erleben einer erneuten Schwangerschaft nach vorhergehendem Abbruch aufgrund fetaler Anomalie jedoch sehr begrenzt. Insbesondere dem Schwangerschaftserleben sowie dem Einfluss der vorhergehenden Erfahrungen wurde bislang wenig Aufmerksamkeit zuteil.

1.3 Trauerverarbeitung und Bindungsprobleme

Die frühe Visualisierung des ungeborenen Kindes durch die moderne Ultraschall-diagnostik trägt mit zu einem bewussten Erleben der Schwangerschaft bei und führt dazu, dass der Bindungsprozess an das Ungeborene schon lange vor der Geburt beginnt (Zeanah, 1989). Da es sich hierbei nicht um einen reziproken Prozess handelt, spricht Beutel (1996) von der Bindungsbereitschaft einer Frau. Sie imaginiert ihre Zukunft in Bezug auf das Kind und reflektiert ihre Rolle als Fürsorgeperson. Der pränatale Verlust eines Kindes zerstört somit die Erwartungen und Hoffnungen, die die Frau als werdende Mutter von sich entwickelt hat. Gelingt die kognitiv-emotionale Verarbeitung des Verlustes nur unvollständig, kann dies zu Ängsten und Verunsicherung nicht nur während der erneuten Schwangerschaft, sondern auch in der postnatalen Zeit führen. Dies kann die Bindung zwischen Mutter und Kind nachhaltig negativ beeinflussen.

Bislang gibt es nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, ob und in welchem Maße die Erfahrungen eines Schwangerschaftsabbruches nach einem fetalen pathologischen Befund das Erleben einer nachfolgenden Schwangerschaft beeinträchtigen. Diese Aspekte werden in der hier dargestellten Untersuchung beleuchtet, um auf die besondere Situation der Frauen in diesen Folgeschwangerschaften aufmerksam zu machen.

2 Methode

2.1 Modellprojekte zur psychosozialen Beratung

In Bonn, Düsseldorf und Essen entstanden seit 2000 zunächst unabhängig voneinander Initiativen zur Integration von psychosozialer Beratung in der pränataldiagnostischen Versorgung. In Bonn arbeiten seitdem das Diakonische Werk und die Abteilung für Pränatalmedizin des Zentrums für Geburtshilfe und Frauenheilkunde am Universitätsklinikum Bonn zusammen; innerhalb der Klinik ist die Beratungsstelle eng an die Infrastruktur der Gynäkologischen Psychosomatik angebunden. In Düsseldorf besteht eine Kooperation zwischen Frauen beraten/donum vitae NRW und der Schwerpunktpraxis Pränatalmedizin und Genetik Dres. Kozłowski, Stressig, Körtge-Jung, Hammer, Haug, Siegmann sowie dem Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf. Die Beratungsräume befinden sich mittlerweile in der Praxis und im Krankenhaus. In Essen kooperiert das Universitätsklinikum Essen mit der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle der AWO. Alle drei Beratungsstandorte wurden zunächst als Modellprojekte und werden nun nach erfolgreicher Implementierung in der Regelversorgung vom Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes NRW finanziert.

2.2 Wissenschaftliche Begleitung

Am 1. Januar 2003 begann die wissenschaftliche Evaluation der beschriebenen Modellprojekte an den Standorten Bonn, Düsseldorf und Essen mit Förderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Bis zum Ende der Projektförderung am 31.12.05 konnten 512 Frauen für die Studienteilnahme gewonnen werden, nachdem sie psychosoziale Beratung in Anspruch genommen hatten. In den meisten Fällen war die Diagnose einer schweren Erkrankung oder Behinderung beim ungeborenen Kind vorausgegangen. In der Mehrzahl handelte es sich dabei um Chromosomenstörungen (z. B. Trisomie 21 = Down-Syndrom) oder schwere körperliche oder zerebrale Fehlbildungen, oft verbunden mit einer zu erwartenden geistigen Behinderung. Aber auch Frauen mit höhergradiger Mehrlingsschwangerschaft (z. B. Drillinge, Vierlinge), waren vertreten und zu einem geringeren Anteil Frauen, die Beratung vor PND in Anspruch genommen haben.

Zu wiederholten Kontakten im Rahmen der über zwei Jahre durchgeführten Verlaufsuntersuchung waren 352 der Paare bereit; bei den restlichen erfolgte nur die Auswertung der Erstberatung. Da im Oktober 2005 die letzten Frauen in die Studie eingeschlossen wurden, werden die letzten Zwei-Jahres-Katamnesen im Herbst 2007 abgeschlossen sein. Im Zeitraum der zwei Jahre erfolgten Befragungen direkt nach der psychosozialen Beratung, nach 6-8 Wochen, nach 6 Monaten sowie nach einem und nach zwei Jahren. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse findet sich bei Rohde und Woopen (2007).

2.3 Fragebögen

Die aktuelle psychische Befindlichkeit wurde bei allen Studienteilnehmerinnen wiederholt mit dem Fragebogen *Brief Symptom Inventory (BSI)* erfasst. Bei dem BSI handelt es sich um eine Kurzform des Fragebogens Symptom Checkliste (SCL-90-R) von Derogatis (1993), mit dem die aktuelle subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome erfasst wird. Das BSI besteht aus insgesamt 53 Items, die in der Auswertung zu neun Skalen zusammen gefügt werden. Anhand der Werte für die einzelnen Skalen (z. B. Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität) und dreier Globalwerte lassen sich Aussagen zur grundsätzlichen psychischen Belastung treffen.

Wurde ein Schwangerschaftsabbruch oder eine Mehrlingsreduktion durchgeführt oder verstarb ein bei infauster Prognose ausgetragenes Kind zwischenzeitlich, wurde die Teilnehmerin außerdem gebeten, die *Perinatal Grief Scale (PGS)* (Toedter, Lasker Alhadef, 1988; in einer eigenen deutschen Übersetzung) auszufüllen, mit der Trauerreaktionen bei perinatalem Verlust eines Kindes erfasst werden können.

Über diese standardisierten Fragebögen hinaus erhielten alle Teilnehmerinnen einen im Rahmen der Projektvorbereitung entwickelten und erprobten *Fragebogen zum weiteren Verlauf*, mit dem die aktuelle psychische und körperliche Situation, die partnerschaftliche Situation, Unterstützung im sozialen Umfeld und die Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung und Pränataldiagnostik mit dem zeitlichen Abstand von 6-8 Wochen, 6 Monaten, 1 Jahr und 2 Jahren erhoben wurden. Die Katamnese nach zwei Jahren enthielt Fragen nach dem Eintreten erneuter Schwangerschaften und deren Erleben sowie den weiteren Verlauf.

2.4 Statistik

Die statistischen Analysen der Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS Version 14.0 durchgeführt. Die Analysen beschränken sich auf deskriptive Statistik anhand von Mittelwerten, Standardabweichungen und Ranges sowie prozentuale Verteilungen. Nominaldaten wurden mit Hilfe des Chi²-Tests auf unterschiedliche Verteilung überprüft. Ordinalskalierte Daten wurden mittels Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben auf Unterschiedlichkeit getestet.

3 Ergebnisse

139 Patientinnen haben bis Juli 2007 die Katamnese „2 Jahre“ abgeschlossen. Davon hatten 85 Frauen nach der initialen Pränataldiagnostik wegen einer fetalen Fehlbildung bzw. Erkrankung einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, die anderen Patientinnen hatten das Kind ausgetragen oder es handelte sich um eine Mehrlingsreduktion. Bei 56 Frauen, die einen Abbruch hatten durchführen lassen, war in

der Folge mindestens eine erneute Schwangerschaft eingetreten. Diese Frauen wurden hinsichtlich ihrer Erfahrungen in der erneuten Schwangerschaft befragt. Tabelle 1 gibt die soziodemografischen und gynäkologischen Parameter der Stichprobe wieder.

Tabelle 1: Soziodemografische und gynäkologische Parameter der Stichprobe (N=56)

| Soziodemografische und gynäkologische Parameter | |
|---|---------------|
| Aktuelles Alter, Jahre | |
| Mittelwert | 33,3 (SD 5,0) |
| Range | 24-44 |
| Familienstand | |
| - alleinstehend | 2 (3,6) |
| - verheiratet / eheähnliche Gemeinschaft | 54 (96,4) |
| Kinder, Anzahl | |
| - keine | 27 (48,2) |
| - 1 | 23 (41,1) |
| - 2 | 5 (8,9) |
| - 3 | 1 (1,8) |
| Berufsbildung | |
| - Ausbildungsberuf | 31 (55,3) |
| - Studium | 23 (41,1) |
| - ohne Abschluss | 1 (1,8) |
| - fehlende Angabe | 1 (1,8) |
| Zeit zwischen SSA und erneuter Konzeption (Monate) | |
| Mittelwert | 8,6 (SD 5,3) |
| Range | 1,7 – 22,7 |
| ≤ 6 Monate | 21 (37,5) |
| > 6 Monate ≤ 1 Jahr | 21 (37,5) |
| > 1 Jahr | 14 (25,0) |
| Fetale Diagnosen bei der vorhergehenden SS | |
| - Chromosomenstörungen | 20 (35,7) |
| - Organ-, Skelettfehlbildungen, Spaltenbildungen | 7 (12,5) |
| - Anomalien ZNS, komplexe Fehlbildungssyndrom | 26 (46,4) |
| - Systemische Erkrankungen, vorzeitiger Blasensprung | 3 (5,4) |
| Beendigung der vorhergehenden SS (SSW) | |
| Mittelwert | 21,4 (SD 5,2) |
| Range | 12 – 34 |

Diejenigen Frauen, die erneut ein Kind erwarteten, waren zum Zeitpunkt der Erstbefragung 24-44 Jahre alt. Die meisten waren verheiratet oder lebten in einer eheähnlichen Gemeinschaft. 29 Frauen hatten bereits zum Zeitpunkt der Erstbefragung Kinder. 23 Frauen hatten ein Kind, fünf Frauen zwei Kinder, eine Frau drei Kinder.

Die Stichprobe wies folgenden *Ausbildungsniveau* auf: 23 Frauen hatten einen Fach-/Hochschulabschluss, 31 Frauen hatten eine Lehre, Techniker- oder Meisterabschluss. Zwei Frauen waren ohne Ausbildungsabschluss.

Durchschnittlich $8\frac{1}{2}$ Monate lagen zwischen dem Schwangerschaftsabbruch und der *erneuten Konzeption* (Rückberechnung aus den Angaben zum Datum des Abbruchs und denen des Geburtstermins resp. Angaben zur Schwangerschaftswoche). Je $\frac{1}{3}$ der Frauen war innerhalb eines halben Jahres, eines Jahres oder nach einem Jahr schwanger geworden.

Die vorhergehenden abgebrochenen Schwangerschaften standen am häufigsten in Verbindung mit Chromosomenstörungen (35 %) und komplexen Fehlbildungssyndromen oder ZNS-Anomalien (46 %). Seltener waren Abbrüche im Zusammenhang mit Organ- bzw. Skelettfehlbildungen oder bei systemischen Erkrankungen der Mutter, z. B. Infektionen, und vorzeitigem Blasensprung. Die Abbrüche waren in der 12. bis 34. SSW vorgenommen worden, im Mittel in der 21. SSW.

45 Frauen berichteten, die aktuelle Schwangerschaft sei geplant gewesen, für sieben Frauen kam die neue Schwangerschaft ungeplant, fünf Frauen hatten reproduktionsmedizinische Maßnahmen in Anspruch genommen. Sieben Frauen waren zum Zeitpunkt der Befragung schwanger, 43 Frauen hatten bereits ein lebendes Kind geboren, 13 Frauen hatten in den vergangenen zwei Jahren eine Fehlgeburt erlitten. Eine Frau hatte erneut einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen.

3.1 Trauer (PGS)

Ziel der Studie war es unter anderem, in der Gesamtstichprobe den Trauerverlauf über den Zeitraum von zwei Jahren zu beobachten. In der Gesamtstichprobe unserer Studie konnte im Laufe der zweijährigen Beobachtungszeit ein deutlicher Abfall der Trauer beobachtet werden (Rohde u. Woopen, 2007). Für die hier untersuchte Stichprobe wurden lediglich die Trauerwerte (PGS-Gesamt als auch 3 Subskalen) zum letzten Messzeitpunkt – also zwei Jahre nach Schwangerschaftsabbruch – betrachtet. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Trauerwerte.

Tabelle 2: PGS-Daten für die Stichprobe (N=56)

| PGS | Mittelwert (SD) | Vergleichswerte Toedter et al, (2001) Mittelwerte (SD) |
|------------------------------|-----------------|--|
| Gesamtscore | 60,98 (16,1) | 84,3 (16,3) |
| Skala Aktive Trauer | 26,13 (7,1) | 32,1 (4,9) |
| Skala Schwierige Bewältigung | 17,88 (5,6) | 26,5 (6,8) |
| Skala Verzweiflung | 17,0 (5,8) | 23,7 (7,3) |

Beachte: 1 Missing, da keine PGS-Daten der Patientin vorliegen

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Trauer der Teilnehmerinnen im Mittel ($M = 60,98$, $SD = 16,1$) unter dem von (Toedter et al., 2001) genannten oberen Schwellenwert zur pathologischen Trauer von PGS-Gesamt = 91 liegt. Lediglich drei Frauen

wiesen Trauerwerte oberhalb der genannten Schwelle auf (PGS = 94, 95, 111). Auch liegen die Werte für alle Skalen in dieser Stichprobe unterhalb der von Toedter genannten mittleren Werte (s. Tab. 2).

3.2 Psychische Belastung (BSI)

Im Laufe dieser zwei Jahre konnte ein deutlicher Abfall der psychischen Belastung (Brief Symptom Inventory) beobachtet werden (Rohde u. Woopen, 2007). Für einige Patientinnen lag diese jedoch auch nach zwei Jahren im Bereich der klinischen Relevanz: Der Faktor Unsicherheit im Sozialkontakt (erfasst Gefühle von Minderwertigkeit, Selbstabwertung, Unzulänglichkeit) wurde bei 12 Frauen festgestellt, der Faktor Zwanghaftigkeit (erfasst Gedanken, Impulse und Handlungen, die vom Individuum als konstant vorhanden, nicht änderbar und ich-fremd erlebt werden) wurde bei zehn Frauen ermittelt, ebenso der Faktor Aggressivität / Feindseligkeit (erfasst Reizbarkeit, Unausgeglichenheit, Ärger, Irritierbarkeit, Aggression). Nur wenige Frauen wiesen überschwellige Belastungen hinsichtlich Ängstlichkeit und Depressivität auf (N = 6 resp. 7).

3.3 Schwangerschaftserleben

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Befragung der Frauen hinsichtlich des Schwangerschaftserlebens der nachfolgenden Schwangerschaft dargestellt. Zunächst wurde die Stichprobe hinsichtlich möglicher systematischer Unterschiede zwischen Frauen mit bereits abgeschlossener Schwangerschaft, Frauen mit zum Befragungszeitpunkt aktueller Schwangerschaft und Frauen nach Fehlgeburt untersucht. Die Analysen ergaben keinen Hinweis auf systematische Unterschiede, so dass die Ergebnisse für alle Frauen mit erneuter Schwangerschaft unabhängig vom Ausgang berichtet werden.

3.3.1 Emotionale Präsenz der vorherigen Schwangerschaft

Fast die Hälfte der befragten Frauen erlebte auch 2 Jahre nach dem Schwangerschaftsabbruch eine deutliche oder sogar sehr deutliche emotionale Präsenz der vorherigen Schwangerschaft. Etwa je ein Viertel beurteilte die Präsenz als gering bzw. kaum/gar nicht.

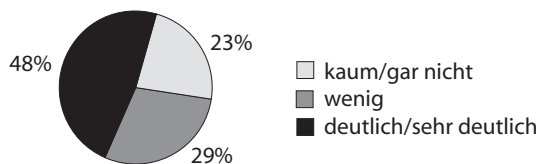


Abbildung 1: Emotionale Präsenz der vorherigen Schwangerschaft

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2007

3.3.2 Schwangerschaftserleben

Die Mehrheit der Frauen erlebte die erneute Schwangerschaft nach dem vorherigen Verlust des Kindes mit emotionalen Belastungen. Im Vordergrund standen Ängste und Sorgen um die Schwangerschaft (40 Nennungen). Frauen beschrieben, dass sie sich mehr Gedanken machten (37 Nennungen), sich vorsichtiger (N = 24) und unsicherer (N = 20) erlebten. Immerhin 25 % (N = 14) fühlten sich distanzierter zum ungeborenen Kind als in der vorhergehenden Schwangerschaft. Die wenigsten Frauen erlebten sich unverändert zur vorherigen Schwangerschaft oder hatten sogar ein verbessertes Erleben.

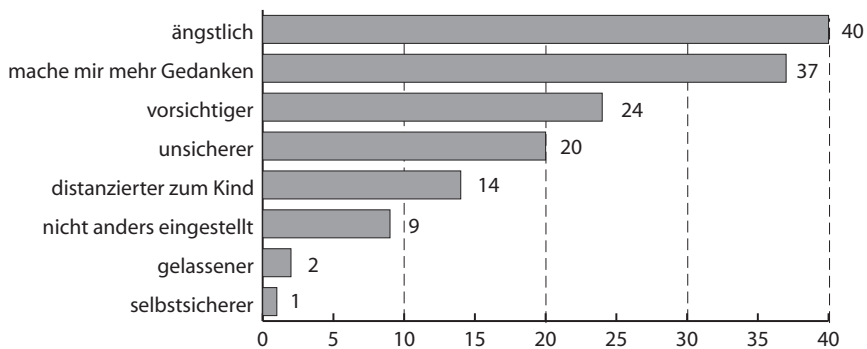


Abbildung 2: Erleben der erneuten Schwangerschaft im Vergleich zur vorhergehenden Gravidität, N= 56

3.3.3 Kontakt zum Ungeborenen

Die meisten Frauen (80 %) erlebten den Kontakt zu ihrem ungeborenen Kind in der Schwangerschaft als gut oder sehr gut. Aber immerhin 20 % beschrieben den Kontakt als neutral (5 %), kaum (8 %) oder gar nicht vorhanden (7 %), wobei dies im Vergleich zur Vorschwangerschaft bewertet wurde. $\frac{1}{5}$ der Stichprobe war trotz vorwiegend geplanter Schwangerschaften zurückhaltender im Kontakt zum ungeborenen Kind als in der Vorschwangerschaft.

3.4 Einfluss der Dauer zwischen Schwangerschaftsabbruch und erneuter Konzeption auf das Erleben der erneuten Schwangerschaft

Um festzustellen, ob längere Wartezeit nach einem Schwangerschaftsabbruch das Erleben der darauf folgenden Schwangerschaft verändert, ggf. bei größerem Abstand verbessert, wurde das Schwangerschaftserleben der Frauen verglichen, die vor Ablauf eines Jahres schwanger wurden, mit denen, die nach Ablauf eines Jahres konzipiert hatten.

Tabelle 3: Schwangerschaftserleben in Abhängigkeit vom Zeitraum bis zur Konzeption (vor resp. nach 1 Jahr); Mann-Whitey-U-Test; * N= 56

| SS-Erleben | Zeitraum SSA und erneute Konzeption ≤ 1 Jahr | Zeitraum SSA und erneute Konzeption > 1 Jahr | U-Wert | p |
|--|---|---|--------|-----|
| Emotionale Präsenz der vorherigen Schwangerschaft* | | | | |
| • Gar nicht / kaum /wenig | 21 (72,4 %) | 8 (27,6 %) | 286,0 | .88 |
| • Deutlich/ sehr deutlich | 21 (77,8 %) | 6 (22,2 %) | | |
| Negativ verändertes Gefühlsleben* (ängstlicher, mehr Gedanken, unsicherer, distanzierter zum Kind) | | | | |
| | 42 (75 %) | 14 (25 %) | 273,0 | .24 |
| Kontakt zum Kind in der SS* | | | | |
| • Sehr gut / gut | 37 (78,7 %) | 10 (21,3 %) | 256,0 | .34 |
| • Neutral / kaum/ nicht vorhanden | 6 (66,7 %) | 3 (33,3 %) | | |

Die Ergebnisse zeigen (Tab. 3), dass sich weder die emotionale Präsenz der vorhergehenden Schwangerschaft, noch das negative veränderte Gefühlserleben in der Schwangerschaft sowie der Kontakt zum Kind in den beiden Gruppen unterscheiden.

Der zeitliche Abstand zum Abbruch verändert demnach das bei einigen belastete Erleben der erneuten Schwangerschaft nicht.

4 Diskussion

Die Ergebnisse geben Auskunft über das Erleben einer erneuten Schwangerschaft nach vorhergehendem Schwangerschaftsabbruch im Kontext eines fetalen pathologischen Befundes hinsichtlich der Trauerbewältigung und emotionalen Präsenz der vorherigen Erlebnisse.

4.1 Trauer und psychisches Befinden 2 Jahre nach Schwangerschaftsabbruch

Bislang sind die Ergebnisse in der Literatur zum längerfristigen zeitlichen Verlauf von Trauer und relevanter psychischer Symptomatik nach Schwangerschaftsabbruch uneinheitlich: Einerseits fanden Bradshaw und Slade (2003) in prospektiven Untersuchungen keine erhöhte Prävalenz für psychiatrische Störungen über den Verlauf von zehn Jahren und Hunfeld et al. (1997) stellten eine stetige Abnahme der Trauer über den Verlauf von vier Jahren fest. Andererseits fanden Kersting et al. (2004) keinen Unterschied hinsichtlich Trauer und posttraumatischer Symptomatik bei Frauen mit einem Abbruch nach zwei bis sieben Jahren im Vergleich zu Frauen 14 Tage nach Abbruch. Die Persistenz der Belastungen bestätigten auch die Ergebnisse von Korenromp et al. (2005).

In der hier vorgestellten Untersuchung weisen Frauen nach Schwangerschaftsabbruch und darauf folgender neuer Schwangerschaft durchschnittlich unauffällige Trauerwerte auf. Der Vergleich mit den Mittel- und Grenzwerten von Toedter (2001), die in ihrer Übersichtarbeit PGS-Werte nach Verlust eines Kindes (nach Schwangerschaftsabbruch oder Fehl- oder Totgeburt) zusammenstellte, zeigt eine geringere Ausprägung der Trauer in unserer Stichprobe. Ebenfalls sind die hier ermittelten Trauerwerte deutlich geringer ausgeprägt als z. B. in der Studie von (Hunfeld et al., 1997), die vier Jahre nach später Schwangerschaftsbeendigung bei einem fetalen pathologischen Befund einen mittleren PGS-Gesamtwert von 70,3 (SD = 22,8) feststellten. Es darf davon ausgegangen werden, dass dieses positive Ergebnis auch auf die psychosoziale Beratung und Begleitung, die alle Paare vor dem Schwangerschaftsabbruch sowie einige von ihnen zusätzlich während und nach dem Abbruch erhielten, zurückzuführen ist. Dies wird auch durch die hohe Akzeptanz und Zufriedenheit der Frauen mit der psychosozialen Beratung bestätigt, sowie durch die fast ausnahmslose Empfehlung, die diese Frauen anderen Paaren in derselben Situation für eine Inanspruchnahme psychosozialer Beratung aussprechen würden (Rohde u. Woopen, 2007). Dennoch haben nicht alle Frauen die Trauer um das verlorene Kind bewältigt. Drei Frauen wiesen trotz erneuter Schwangerschaft pathologische Trauerwerte auf.

Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, erleben emotionale Belastungen bis hin zu manifesten psychischen Störungen in der Akutphase des Abbruchs wie auch im weiteren Verlauf (Bradshaw u. Slade, 2003; Hunfeld et al., 1997; Zeanah et al., 1993). Bradshaw und Kollegen gehen nach Evaluation aktueller Literatur davon aus, dass 40-45 % vor dem Abbruch relevante Angstsymptome erleben, etwa 20 % eine depressive Symptomatik. Auch noch einen Monat nach Abbruch haben 30 % der Frauen relevante emotionale Schwierigkeiten, wobei Angst (Bradshaw u. Slade, 2003) und insbesondere posttraumatische Symptome wie kognitiv-emotionale Vermeidung des Verlustes auch noch nach Monaten im Vordergrund stehen (Broen et al., 2005; Korenromp et al., 2007) – sowohl bei Frauen als auch in bedeutsamem Ausmaß bei den Partnern. Als Risikofaktoren für anhaltende psychische Belastung nach Schwangerschaftsabbruch werden psychiatrische Vorerkrankungen, geringe partnerschaftliche Unterstützung, geringer Bildungsstand (Korenromp et al., 2005), Mangel an Selbstwert und Schwierigkeiten, Gefühle auszudrücken (Schütt et al., 2001) sowie hohe Unsicherheit bei der Entscheidungsfindung (Korenromp et al., 2007) diskutiert.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung zur langfristigen psychischen Belastung (BSI) nach zwei Jahren zeigen bei 11-21 % der Frauen klinisch auffällige Werte, wobei Faktoren im Vordergrund stehen, die eine hohe innere Anspannung signalisieren wie z. B. Unsicherheit, Rigidität, Aggressivität und Misstrauen. Verglichen mit den Ergebnissen von Hughes et al (2001) zu den Belastungen nach Spätabort in einer erneuten Schwangerschaft wiesen die Probandinnen unserer Stichprobe ein geringeres Maß an überschweelliger Belastung auf (< 28 %). Dennoch liegen die Werte unserer Stichprobe oberhalb der von Hughes ermittelten Beeinträchtigungen anamnestisch unbelasteter Frauen (8 %). Innere Anspannung scheint auch in einer

neuen Schwangerschaft und selbst nach glücklich verlaufener Entbindung weiterhin bei einem Teil der Frauen präsent zu sein.

In der Literatur wurden mögliche Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs in Bezug auf die partnerschaftliche Beziehung und Sexualität untersucht. (Bradshaw u. Slade, 2003) kommen zu dem Ergebnis, dass negative Einflüsse auf die Beziehung zum Partner und auf die Sexualität lediglich bei 10-20 % der Paare in den ersten Wochen bis zu einem Jahr nach Abbruch bestehen. Die meisten Frauen beschreiben keine Veränderung dieser Bereiche durch die Erfahrung des Abbruchs. In der hier untersuchten Stichprobe konnte sogar bei 47 % der Frauen eine „Intensivierung“ der Partnerschaft festgestellt werden, die auch mit einem positiven Trauerverlauf einherging (Baumeister et al, 2007).

4.2 Erleben der nachfolgenden Schwangerschaft

In der von Hughes et al. (2001) durchgeführten Fall-Kontroll-Studie mit 60 Frauen nach Spätaborten (> 18. SSW) und 60 Frauen ohne anamnestiche Vorbelastung wiesen Frauen nach Fehlgeburt in der anschließenden Schwangerschaft im letzten Trimenon deutliche psychische Belastungen auf: 28 % wiesen erhöhte Depressivitätswerte auf im Vergleich zu 8 % der Kontrollgruppe, ebenso wiesen sie signifikant erhöhte Angstwerte (State-Angst) auf. Eine nähere Analyse machte deutlich, dass die Unterschiede lediglich bei den Frauen bestanden, die innerhalb eines Jahres nach Verlust des Kindes erneut schwanger geworden waren. Frauen, die erst nach Ablauf eines Jahres schwanger wurden, zeigten keine signifikanten Unterschiede zu den Kontrollprobandinnen.

Eine Web-basierte Umfrage unter Paaren (13 Frauen, 9 Partner), die anamnestiche einen Verlust des Kindes mit fetaler Anomalien erlebt hatten und nun erneut ein Kind erwarteten, ergab folgende Ergebnisse: Die befragten Paare beklagten eine Reaktualisierung des seelischen Schmerzes, des Gefühls der Isolation und Stigmatisierung. Um sich vor weiteren Verletzungen zu schützen, verschwiegen sie die aktuelle Schwangerschaft im sozialen Umfeld und versuchten, die Bindung zum werdenden Kind so lange wie möglich hinauszuzögern (Rillstone u. Hutchinson, 2001).

In der hier untersuchten Stichprobe waren 56 Frauen von 85, die über zwei Jahre nach einem Schwangerschaftsabbruch katamnestiche beobachtet werden konnten, erneut schwanger geworden. Dies ist eine Schwangerschaftsrate von 66 % innerhalb von zwei Jahren.

Auch wenn die aktuelle psychische Belastung und Trauer der Frauen dieser Stichprobe als wenig ausgeprägt bewertet werden kann, so waren diese Frauen mit den Erinnerungen der vorhergehenden Schwangerschaft weiterhin konfrontiert. Fast die Hälfte erlebte auch zwei Jahre nach Abbruch eine deutliche emotionale Präsenz des Erlebten. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit den Berichten von Rillstone und Hutchinson (2001), über das Wiedererleben des seelischen Schmerzes in einer erneuten Schwangerschaft. Auch die Berichte hinsichtlich der anfänglichen emotionalen

Zurückhaltung, die die Autoren beschreiben, gleichen den Erfahrungen unserer Stichprobe. 25 % erlebten eine größere Distanz zum Kind im Vergleich zur Schwangerschaft, 20 % beschrieben einen neutralen oder nicht vorhandenen Kontakt zum Ungeborenen, obwohl die Schwangerschaften fast alle geplant und erwünscht waren, und die grundsätzliche Haltung zur Schwangerschaft akzeptierend war.

Frauen berichteten, sie erlebten sich verändert in der neuen Schwangerschaft durch die Erfahrungen in der Vorhergehenden. Sehr häufig wurden Ängste und Sorgen um das Ungeborene beschrieben, ebenso Unsicherheit und Vorsicht. Dies lässt sich als eine Auseinandersetzung mit der aktuellen Schwangerschaft und möglicherweise auch mit dem Schwangerschaftsverlust interpretieren. Die befragten Frauen sind sich der Vulnerabilität der Schwangerschaft und des Elternglücks bewusst. Dies wird unterstrichen durch Ergebnisse dieser Stichprobe zu Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen Untersuchungen in der Folgeschwangerschaft (Wollenschein, Dorn, Woopen, Rohde, 2007). Die befragten Frauen reflektierten die möglichen Konsequenzen der Pränataldiagnostik zwar kritischer, nahmen diese aber überwiegend in Anspruch.

4.3 Einfluss des Konzeptionszeitraums auf das Schwangerschaftserleben

Frauen der hier untersuchten Stichprobe sind zu je $\frac{1}{3}$ innerhalb eines halben Jahres, zwischen $\frac{1}{2}$ und 1 Jahr und zwischen 1 und 2 Jahren nach Schwangerschaftsabbruch erneut schwanger geworden. Vergleichende Analysen haben gezeigt, dass die Dauer zwischen Abbruch und erneuter Konzeption keinen Einfluss auf das Erleben der nachfolgenden Schwangerschaftszeit hat. Dies steht im Gegensatz zu den Ergebnissen von (Hughes et al., 2001), die eine erneute Konzeption zumindest nach Fehlgeburt wegen der erhöhten psychischen Belastung erst nach Ablauf eines Jahres empfehlen. Diese Empfehlung, die inzwischen auch durch andere Ergebnisse (Bergner, 2006) widerlegt wurde, kann auch in der hier vorliegenden Studie nicht bestätigt werden.

Dass die Unterstützung bei der Verarbeitung durch die erfolgte psychosoziale Beratung und häufig auch Mitbetreuung um die Zeit des Schwangerschaftsabbruchs einen positiven Effekt hatte, kann zwar vermutet werden, lässt sich aber mangels einer Kontrollgruppe (auf die aus ethischen Gründen verzichtet wurde) nicht abschließend bewerten.

4.4 Bedeutung der Ergebnisse für den Bindungsprozess

Die Ergebnisse machen deutlich, dass fast alle Frauen die Trauer um den Schwangerschaftsverlust und die damit verbundenen Hoffnungen und Erwartungen gut bewältigt zu haben scheinen. Nur drei Patientinnen weisen nach zwei Jahren pathologische Trauerwerte auf. Jedoch scheint sich eine Grundanspannung bei etwa 20 % der Patientinnen zu finden, die sich auch nach glücklicher Entbindung nicht ganz legt. Diese Frauen tragen ein Risiko, sich in der späteren Beziehung zum Kind ängstlich und unsicher zu erleben und zu verhalten. Möglicherweise wird es ihnen schwerer fallen als anderen Müttern, z.

B. erkundendes Verhalten ihrer Kinder, das ja ein potentielles Risiko für negative Erfahrungen wie Verletzungen oder Krankheiten in sich birgt, zu tolerieren beziehungsweise zu fördern. Das Wissen um solche biografischen Erfahrungen der Mutter hilft möglicherweise bei der Interpretation und beim familientherapeutischen Zugang.

Erste Untersuchungen, die sich mit den Auswirkungen eines vorhergehenden Schwangerschaftsabbruches auf die Mutter-Kind-Bindung beschäftigen, weisen einen Zusammenhang nach zwischen verlustbedingtem desorganisiertem Bindungsstatus der Mutter und dem Bindungsverhalten des Kindes im ersten Lebensjahr (Hughes et al., 2001). In einer kontrollierten Studie an 53 Kindern im Alter von 12 Monaten, die nach Fehlgeburt in einer vorhergehenden Schwangerschaft geboren worden waren, und 53 Kontrollkindern zeigten erstere beim Ainsworth Fremde-Situations-Test signifikant mehr desorganisiertes/desintegriertes Bindungsverhalten. Vorhergesagt wurde dieser Effekt in erster Linie durch den mütterlichen Status eines in Bezug auf den Verlust unverarbeiteten Bindungsstils (gemäß Adult Attachment Interview). Da ein desorganisierter Bindungsstil eines Kleinkindes ein Risikofaktor für spätere kindliche Entwicklungsstörungen darstellt (Scheidt et al., 2007), sollte den Konsequenzen eines pränatalen Verlustes und der Förderung der Bewältigung der betroffenen Frau mehr Aufmerksamkeit zuteil werden. Aus den hier referierten Ergebnissen lassen sich noch keine Aussagen zu vorherrschenden Bindungsstilen der Mütter nach der Geburt treffen. Hierfür sind Langzeitstudien an Eltern-Kind-Paaren notwendig, die sowohl das Bindungsverhalten der Mütter wie auch die Bindungsstile der Kinder evaluieren.

4.5 Fazit für die Praxis

Insgesamt lässt sich aus den hier berichteten Ergebnissen ableiten, dass das Erleben einer erneuten Schwangerschaft nach Schwangerschaftsabbruch bei vorliegendem fetalen pathologischen Befund ein besonderes ist: Frauen erleben die Schwangerschaft vorwiegend positiv, jedoch wird das Erleben rund um die vorhergehende problematische Schwangerschaft nicht ausgeblendet, sondern ist weiterhin emotional präsent. Anspannung, Unsicherheit und Sorge sind Gefühle, die auch noch 2 Jahre nach dem Abbruch bestehen können. Eine erneute Schwangerschaft nach einem vorhergehenden Schwangerschaftsabbruch bedeutet zwar einen neuen Anfang, macht aber nicht alles vergessen. Frauen mit Schwierigkeiten im Umgang mit der erneuten Schwangerschaft sollten besondere Angebote – sei es durch den behandelnden Gynäkologen oder durch zusätzliche psychosoziale Betreuung – erhalten, um auch ihnen einen positiveren Zugang zu ihrer Schwangerschaft zu ermöglichen. Im Kontext kinder- und jugendpsychiatrischer Probleme kann das Wissen über Erfahrungen mit Totgeburt, aber auch mit Schwangerschaftsabbrüchen aus medizinischer Indikation in der Anamnese der Mutter möglicherweise relevant werden, um bestimmte familiäre Verhaltensmuster oder auch Bindungsprobleme zu analysieren.

Literatur

- Beutel, M. (1996). *Der frühe Verlust eines Kindes*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bradshaw, Z., Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clin Psychol Rev*, 23, 929-958.
- Broen, A. N., Moum, T., Bodtker, A. S., Ekeberg, O. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med*, 3, 18.
- Broen, A. N., Moum, T., Bodtker, A. S., Ekeberg, O. (2006). Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85, 317-323.
- Buchegger, P. (1997). Behandlung von Paaren nach abruptio bei Pränataldiagnostik. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 127, 69-72.
- Frost, M., Condon, J. T. (1996). The psychological sequelae of miscarriage: A critical review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry*, 30, 54-62.
- Geerincq-Vercammen, C. R., Kanhai, H. H. (2003). Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment. *Prenat Diagn*, 23, 543-548.
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., McGauley, G. A., Fonagy, P. (2001). Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *J Child Psychol Psychiatry*, 42, 791-801.
- Hunfeld, J., Wladimiroff, J., Passchier, J. (1997). The grief of late pregnancy loss. *Patient Education and Counseling*, 31(1), 57-64.
- Kersting, A., Dorsch, M., Kreulich, C., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E., et al. (2005). Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies – a pilot study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 26, 9-14.
- Kersting, A., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E., Klockenbusch, W., Lanczik, M., et al. (2004). Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 25, 163-169.
- Korenromp, M. J., Christiaens, G. C., van den Bout, J., Mulder, E. J., Hunfeld, J. A., Bilardo, C. M., et al. (2005). Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: A cross-sectional study. *Prenat Diagn*, 25, 253-260.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C., van den Bout, J., Mulder, E. J., Hunfeld, J. A., Poters, C. M., et al. (2007). A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenat Diagn*, 27, 709-716.
- Lee, C., Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications for intervention. *J Psychosom Res*, 40, 235-244.
- Rillstone, P., Hutchinson, S. A. (2001). Managing the reemergence of anguish: Pregnancy after a loss due to anomalies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 30, 291-298.
- Rohde, A., Woopen, C. (2007). *Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik. Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen*. Köln: Ärzteverlag.
- Scheidt, C. E., Waller, N., Wangler, J., Hasenburger, A., Kersting, A. (2007). [mourning after perinatal death--prevalence symptoms and treatment--a review of the literature]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 57, 4-11.
- Schütt, K., Kersting, A., Ohrmann, P., Reutemann, M., Wesselmann, U., Arolt, V. (2001). Schwangerschaftsabbruch aus fetaler Indikation – ein traumatisches Erlebnis. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 123, 37-41.

- Toedter, L., Lasker, J., Janssen, H. (2001). International comparison of studies using the perinatal grief scale: A decade of research on pregnancy loss. *Death Studies*, 25, 205-228.
- Zeanah, C. H. (1989). Adaptation following perinatal loss: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28, 467-480.
- Zeanah, C. H., Dailey, J. V., Rosenblatt, M. J., Saller, D. N., Jr. (1993). Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation. *Obstet Gynecol*, 82, 270-275.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Melanie Wollenschein, Gynäkologische Psychosomatik, Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Universitätsklinikum Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn.

E-Mail: Melanie.Wollenschein@ukb.uni-bonn.de