



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

**Sinn – Rekonstruktion nach dem Tod des eigenen
Kindes**

und der Zusammenhang mit

**Posttraumatischer Persönlicher Reifung und
Komplizierter Trauer**

Verfasserin

Julia Bogensperger

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

„Wer ein Warum zum Leben hat, erträgt fast jedes Wie.“

Friedrich Nietzsche

DANKSAGUNG

Mein ausdrücklicher Dank und großer Respekt gilt den Eltern, die bereit waren ein Stück ihrer Geschichte zu teilen und mir auf sehr offene und herzliche Art begegneten. Ohne sie wäre diese Studie nicht möglich gewesen.

Ich danke auch jenen Personen, die mich in der Suche nach Teilnehmern tatkräftig unterstützten und mich durch ihr Interesse am Studienprojekt sehr ermutigt haben, auch in Zeiten wo ich selbst nicht mehr daran geglaubt habe jemals genügend Teilnehmer zu finden.

Bei meiner Betreuerin Frau Ass.- Prof. Dr. Brigitte Lueger – Schuster bedanke ich mich vor allem für ihre konstruktive und ehrliche Kritik, die nicht immer leicht zu nehmen, aber ein Ansporn war, hart zu arbeiten und schlussendlich ein Thema zu entwickeln, dessen Bearbeitung ich stets als große persönliche Bereicherung empfand. Danke für die wertvolle Lektion.

Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mir den Wert von Bildung lehrten und mich in Freiheit meinen Weg gehen lassen, ohne mich je daran zweifeln zu lassen, dass sie immer hinter mir stehen.

Ich möchte mich auch bei einigen Studienfreunden bedanken, die meine Studienzeit ausgemacht haben. Bei Julia, Romy, Anne, Kathrin und Johanna, dafür, dass wir in all unseren Unterschiedlichkeiten zueinandergefunden haben und in allen Lebensbelangen aufeinander zählen können.

Bei meinem Freund Stefan bedanke ich mich dafür, dass er mich genau so sieht, wie ich bin und an mich glaubt.

Für das gewissenhafte Korrekturlesen meiner Arbeit und die ermutigende und konstruktive Kritik bedanke ich mich noch herzlich bei meinem Vater und meiner Freundin Anne.

Die vorliegende Arbeit wurde nach den *Journal Article Reporting Standards* (JARS, 2008) und in APA-Format (American Psychological Association, 2009, zitiert und verwendet nach OWL Purdue Online Writing Lab, OWL, 2010) verfasst. Einzig auf den für die gesamte Arbeit geforderten doppelten Zeilenabstand wurde teilweise aus platzökonomischen Gründen verzichtet.

Abstract

The current investigation focused on the theme of „Meaning – Reconstruction“ in bereavement, in a qualitative as well as in a quantitative approach. The confrontation with an unexpected or unnatural loss tracks us down to the core questions of human existence. Operationalized as „Sense – making“ and „Benefit – finding“ the effort was made to reveal the underlying themes of questions made as well as answers found. For this purpose a total of 30 bereaved parents answered 6 questions in a face-to-face interview and expressed in sum 42 themes of „Meaning – Reconstruction“. It was shown that „Sense – making“ themes ranged from attempts to causally understand the death of the child to complex philosophical belief systems about life and death. „Benefit – finding“ themes contained thoughts about personal silver-lining as well as descriptions about actions and activations in context of the social environment. In total 3 parents stated no „Sense – making“ theme and 4 parents stated no „Benefit – finding“ theme.

Furthermore, the correlation between the individually scaled extent of „Sense – making“ as well as „Benefit – finding“ to Complicated Grief and Posttraumatic Growth, both assessed with standardized questionnaires, was analysed. Significant correlations were found between the extent of „Meaning – Reconstruction“ and Posttraumatic Growth scores ($r_s = .54$; $r_s = .49$; $p < .01$), especially when the death was traumatic or unexpected ($r_{pb} = .67$; $r_{pb} = .63$; $p < .01$). However, analysis revealed no significant correlation with Complicated Grief.

Complicated Grief Symptoms and Posttraumatic Growth Scores were also analysed in relation to individual vulnerability factors and characteristics of the loss event itself. According to statistical analysis women tend to have higher maladaptive grief symptoms. Older bereaved parents showed lower Complicated Grief and lower Posttraumatic Growth Scores. The more time had passed since the death the lower were symptoms of Complicated Grief. Overall this study contributes to the growing body of research on „Meaning – Reconstruction“ in response to bereavement, especially concerning the in-depth qualitative analysis, but is at the same time limited in matters of generalisation due to the small sample size.

Keywords: Meaning – Reconstruction, Parental Bereavement, Complicated Grief, Posttraumatic Growth;

Inhaltsverzeichnis

I THEORETISCHER TEIL

1. Einleitung	1
2. Der Verlust des eigenen Kindes	3
2.1. Statistische Zahlen	3
2.2. Die Belastung der Eltern	3
3. Trauer – Theoretische Ansätze	5
3.1. Klassische Ansätze	5
3.1.1. Psychoanalytische Theorie: Das Konzept der Trauerarbeit	5
3.1.2. Bindungstheorie: Der Prozess der Trauer	5
3.2. Intrapersonale Copingmodelle	6
3.2.1. Worden's Modell der Traueraufgaben	6
3.3. Neuere Ansätze	7
3.3.1. „Continuing Bonds“	7
3.3.2. „Meaning Reconstruction Model“	7
3.4. Traumatheorien	8
3.4.1. „Assumptive World Views“	8
3.5. Kognitive Prozessmodelle	9
3.5.1. „Stress Response Syndromes“	9
3.5.2. „Rumination“	9
3.6. Integrative Modelle	10
3.6.1. The Dual Process Model of Coping with Bereavement	10
4. Einflussfaktoren auf den Trauerprozess	11
4.1. Personenbezogene Einflussfaktoren	11
4.1.1. Geschlecht	11
4.1.2. Alter	11
4.1.2.1. <i>Junge Eltern</i>	11
4.1.2.2. <i>Eltern mittleren Alters</i>	12
4.1.2.3. <i>Ältere Eltern</i>	12
4.2. Ereignisbezogene Einflussfaktoren	13
4.2.1. Todesursache	13
4.2.1.1. <i>Spezialfall: Suizid</i>	13
4.2.1.2. <i>Spezialfall: „Sudden Infant Death Syndrome“ (SIDS)</i>	14
4.2.2. Vorhersagbarkeit	15

4.2.2.1. <i>Unvorhersehbar- Der plötzliche Tod</i>	15
4.2.2.2. <i>Vorhersehbar – Der erwartete, langsame Tod</i>	16
4.2.3. Zeitlicher Abstand zum Tod	17
5. Sinn – Rekonstruktion	18
5.1. Modell der Sinn – Rekonstruktion	18
5.1.1. Sense – making	20
5.1.2. Benefit – finding	21
5.1.3. Unterscheidung zwischen „Sense – making“ und „Benefit – finding“	22
5.1.4. „Identity – Change“	22
5.2. Einflussfaktoren auf die Sinn – Rekonstruktion	22
5.3. Mixed – Methods Studie zu Sinn - Rekonstruktion	23
6. Posttraumatische Persönliche Reifung	24
6.1. Definition	24
6.2. „Model of Growth in the Context of Grief“	24
6.3. Einflussfaktoren auf die Posttraumatische Reifung	27
6.4. Posttraumatische Persönliche Reifung und Art des Traumas	28
6.5. Posttraumatische Persönliche Reifung und Sinn – Rekonstruktion	28
7. Komplizierte Trauer	30
7.1. Begriff	30
7.2. Unterscheidung zwischen einfacher und komplizierter Trauer	30
7.3. „Komplizierte Trauer“ und die klinischen Klassifikationssysteme ICD und DSM	31
7.4. „Prolonged Grief Disorder“	32
7.5. Abgrenzung der Komplizierten Trauer	33
7.5.1. Depression	33
7.5.2. Posttraumatische Belastungsstörung	34
7.6. Entstehung der Komplizierten Trauer	34
7.6.1. Gescheiterte Integration des Verlustes	35
7.6.2. Negative globale Annahmen und Missinterpretation	36
7.6.2.1. <i>Negative globale Annahmen</i>	36
7.6.2.2. <i>Katastrophale Missinterpretationen der Trauerreaktionen</i>	36
7.6.2.3. <i>Andere Glaubenssätze und Interpretationen</i>	37
7.6.3. Vermeidungsstrategien	37
7.6.3.1. <i>Ängstliche Vermeidungsstrategien</i>	37
7.6.3.2. <i>Depressive Vermeidungsstrategien</i>	37

7.7. Komplizierte Trauer im Zusammenhang mit Sinn – Rekonstruktion	37
--	----

II EMPIRISCHER TEIL 39

8. Fragestellungen und Hypothesen 39

8.1. Fragestellung 1	40
8.2. Fragestellung 2	40
8.2.1. Hypothesen zur Fragestellung 2	40
8.3. Fragestellung 3	40
8.3.1. Hypothesen zur Fragestellung 3	40
8.4. Fragestellung 4	41
8.4.1. Hypothesen zur Fragestellung 4	42
8.5. Fragestellung 5	42
8.5.1. Hypothesen zur Fragestellung 5	43

9. Methode 44

9.1. Durchführung	44
9.1.1. Ethische Aspekte	44
9.1.2. Rekrutierung	45
9.1.3. Inklusionskriterien	45
9.1.4. Beschreibung der Stichprobe	46
9.2. Instrumente	46
9.2.1. Fragebogen zu soziodemografischen Daten und Fragen zum Verlustereignis	46
9.2.2. Strukturiertes Leitfadeninterview	46
9.2.3. Posttraumatische Persönliche Reifung (PPR)	47
9.2.4. Kompliziertes Trauer-Modul (KTM)	48
9.3. Auswertung	48
9.3.1. Qualitative Inhaltsanalyse	48
9.3.2. Methodentriangulation	50
9.3.3. Quantitative Auswertung	50
9.3.3.1. χ^2 -Tests als Homogenitätstest und zur Analyse kategorialer Variablen	50
9.3.3.2. Korrelationen zur Berechnung von Zusammenhängen	51
9.3.3.3. Tests zur Berechnung von Unterschieden	51

10. Ergebnisse 52

10.1. Deskriptive Analyse	52
---------------------------	----

10.1.1. Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe	52
10.1.2. Studienrelevante Charakteristika der Stichprobe	54
10.1.3. Verfahrensinhärente Stichprobencharakteristika	55
10.2. Hypothesenprüfung	57
10.2.1. Fragestellung 2	57
10.2.2. Fragestellung 3	58
10.2.2.1. Personenbezogener Einflussfaktor 1: Geschlecht	58
10.2.2.2. Personenbezogener Einflussfaktor 2: Alter	59
10.2.3. Fragestellung 4	60
10.2.3.1. Ereignisbezogener Einflussfaktor 1: Todesursache	60
10.2.3.2. Ereignisbezogener Einflussfaktor 2: Vorhersehbarkeit	61
10.2.4. Fragestellung 5	63
10.3. Qualitative Ergebnisse	65
10.3.1 Fragestellung 1	65
10.3.1.1. Hauptkategorie „Sense – making“	65
10.3.1.2. Hauptkategorie: „Benefit – finding“	79
10.3.2. Zusatzergebnis: Empfehlungen für Helfende von Betroffenen	90
11. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	93
12. Diskussion und Schlussfolgerung	97
12.1. Soziodemografische Variablen	97
12.2. „Sinn – Rekonstruktion“	98
12.3. „Posttraumatische Persönliche Reifung“	100
12.4. „Komplizierte Trauer“	100
13. Kritik und Forschungsausblick	102
14. Literaturverzeichnis	104
15. Abbildungsverzeichnis	111
16. Tabellenverzeichnis	112
17. Anhangverzeichnis	113
18. Anhang	114

I THEORETISCHER TEIL

1. Einleitung

Geschichtlich betrachtet ist das 20. Jahrhundert, dank zahlreicher wissenschaftlicher und technischer Errungenschaften, der Anbeginn einer sehr selbstbewussten Denkweise über die Gestaltbarkeit des eigenen Lebens. Mussten wir früher vieles einfach hinnehmen und akzeptieren, so ist uns heute ein viel größerer Spielraum für die aktive Gestaltung und Lösung von Problemen möglich. Noch vor wenigen Generationen wurde der Tod eines Kindes als ein, um nichts weniger schmerzender, jedoch wahrscheinliches Ereignis betrachtet. Dank zahlreicher medizinischer Entwicklungen können Eltern heute davon ausgehen, dass ihr Kind ein langes Leben vor sich hat (Davies, 2004).

Diese Sichtweise trägt dazu bei, dass der Tod eines Kindes als extrem unnatürlich und unverständlich wahrgenommen wird (Papadatou, 1997). Der Tod eines Kindes entbehrt für Eltern jeder Logik und widerspricht den Erwartungen an den natürlichen Ablauf des Lebens dermaßen, dass sich ein solches Ereignis häufig schwer in das Weltbild der Hinterbliebenen integrieren lässt und daher unfassbar bleibt (Wheeler, 2001). Waren früher der Glaube oder der Aberglaube verständnisbildende Denkansätze für Unerklärbares, so ist heute in unserer westlichen Kultur eine Denkweise verbreitet, die sich auf faktische Erklärungen stützt. Trotz aller wissenschaftlicher Errungenschaften bleiben dabei wichtige Fragen offen: Woher kommen wir? Wohin werden wir gehen?

„Ich habe mir darüber früher nie Gedanken gemacht, weil das war für mich nicht wichtig, „was ist nach dem Tod“, das werde ich dann schon merken. Aber wenn man einfach das eigene Kind begrabt, dann ist einem wichtig, was ist danach.“

(Studienteilnehmerin)

Die Beschäftigung mit diesen Fragen und Gedanken dienen dem Wiederaufbau eines bedrohten Weltbildes (Davies & Noelen-Hoeksema, 2001) und werden in der vorliegenden Arbeit als „Sense – making“ Prozesse (Davis, Nolen-Hoeksema, & Larson, 1998) bezeichnet. Da die Bindung von Eltern zu ihrem Kind einem fundamentalen Grundpfeiler unserer menschlichen Existenz, der Reproduktion, erwächst, gleicht die Liebe, die Eltern diesem Kind entgegenbringen, keiner anderen. Das Schaffen biologischer oder symbolischer Nachkommen, die unsere eigene Lebenszeit überdauern und somit Kontinuität und Unsterblichkeit gewähren, durchdringt den menschlichen Wesenskern.

Diese starke Bindung der Eltern zu ihrem Kind endet nicht mit dem Heranwachsen des Kindes, nicht mit Entwicklungsschritten in die Selbstständigkeit und auch nicht mit dem Tod des Kindes (Klass, 1999). Die Trauer um das eigene Kind gilt daher als extrem intensiv und überwältigend (Znoj, 2004).

Doch viele Eltern beschreiben auch positive Entwicklungen als Folge der tiefen Auseinandersetzung mit ihrem Schmerz (z.B. Dyregrov & Dyregrov, 1999). Diese als „Benefit – finding“ (Davis et al., 1998) bezeichneten Prozesse dienen der Wiederherstellung des durch den Verlust bedrohten Selbstbildes (Davies & Noelen-Hoeksema, 2001).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich einerseits mit der Frage nach der Qualität der als „Sinn – Rekonstruktion“ bezeichneten Prozesse („Sense – making“ und „Benefit – finding“), und andererseits mit dem Zusammenhang dieser Prozesse mit „Komplizierter Trauer“ sowie mit „Posttraumatischer Persönlicher Reifung“. Darüber hinaus werden auch personenbezogene und ereignisbezogene Einflussfaktoren in die Analysen miteinbezogen.

2. Der Verlust des eigenen Kindes

„Lässt für die Sterblichen größeres Leid sich erdenken, als sterben zu sehen die Kinder?“
Euripides

2.1. Statistische Zahlen

Allein im Jahr 2010 sind in Österreich insgesamt 307 Kinder unter den 0 bis 1 – Jährigen verstorben. Unter den 1 bis 5 – Jährigen waren es 60 absolute Todesfälle und 73 Kinder sind im Alter von 5 bis 15 Jahren verstorben. 487 15 bis 25 – jährige Jugendliche sind im Jahr 2010 verstorben (Statistik Austria).

In Bezug auf die Todesursachen war der Tod bei den Kindern bis 15 Jahren noch häufiger durch Krankheiten bedingt, während unter den 15 bis 25 – jährigen Jugendlichen mehr Todesfälle durch Unfälle als durch Krankheiten verursacht wurden. Im Jahre 2010 sind unter den 487 verstorbenen Personen zwischen 15 und 25 Jahren beispielsweise 162 Jugendliche an Unfällen verstorben und 105 an Suizid. Weitere 53 Todesfälle waren durch psychiatrische Krankheiten bedingt, davon 50 durch Drogenabhängigkeit oder Toxikomanie (Statistik Austria).

2.2. Die Belastung der Eltern

In den einleitenden Worten wurde bereits dargestellt, wie schwer der Tod des eigenen Kindes für die Eltern zu verkraften ist. Auch empirische Untersuchungen konnten dies bestätigen. So wiesen trauernde Eltern im Vergleich zu nicht trauernden Eltern ein erhöhtes Risiko für Angststörungen und Depressionen (Kreicbergs, Valdimarsdóttir, Onelöv, Henter, & Steineck, 2004; Rogers, Floyd, Mailick Seltzer, Greenberg, & Hong, 2008) und darüber hinaus für eine psychiatrische Hospitalisierung auf (Li, Laursen, Precht, Olsen, & Mortensen, 2005). Außerdem berichteten Eltern, die ein Kind verloren hatten, häufiger über gesundheitliche Probleme als Eltern, die kein Kind verloren hatten (Rogers et al., 2008). Eine Studie von Li, Precht, Mortensen und Olsen (2003) ergab auch, dass die Todesrate unter trauernden Eltern in den ersten drei Jahren nach dem Todesfall höher war als unter nicht trauernden Eltern. Selbst im Vergleich zu erwachsenen Personen, welche um einen Partner oder um ein Elternteil trauerten, zeugt eine Studie von der vergleichsweise intensiveren Trauer um das eigene Kind (Sanders, 1980; zit. n. Arnold, Gemma, & Cushman, 2005). Im Leben des Großteils

trauernder Eltern wird die Trauer zwar über die Jahre hinweg schwächer, vergeht aber niemals (Arnold et al., 2005; Rubin & Malkinson, 2001). Hinzu kommt, dass die Geschlechtsunterschiede im Umgang mit der Trauer zu Kommunikationsproblemen zwischen den Eltern und in der Folge auch zu Eheproblemen oder Scheidungen führen können (Moriarty, Carrol, & Cotroneo, 1996; Murphy, Das Gupta, Cain, Johnson, Lohan, Wu, & Mekwa, 1999; Worden, 1999).

Trotz der potentiellen Gefahr, die der Tod des eigenen Kindes für Eltern bedeuten kann, ist die Forschung dahingehend vergleichsweise limitiert (Rogers et al., 2008). Die theoretische Basis für Trauer allgemein ist jedoch relativ vielseitig und in den letzten Jahrzehnten um einige neuere Ansätze bereichert. Studienergebnisse lassen die Interpretation der Ergebnisse oft nur zu, wenn mehrere Theorien dazu herangezogen werden. So sprechen sich die Forscher Wijngaards-de Meij, M. Stroebe, Schut, W. Stroebe, van den Bout, van der Heijden und Dijkstra (2005) für eine multitheoretische Herangehensweise zum Verständnis elterlicher Trauer aus.

Aus diesem Grund wird im folgenden eine Auswahl an unterschiedlichen theoretischen Konzeptualisierungen von Trauer nach einer anschaulichen Einteilung von Stroebe und Schutt (2001), mit einer Erweiterung nach Davies (2004), dargestellt.

3. Trauer – Theoretische Ansätze

*„Der Mensch den wir lieben,
ist nicht mehr da, wo er war.
Aber überall, wo wir Seiner gedenken.“*
Aurelius Augustinus

3.1. Klassische Ansätze

Generelle Trauertheorien widmen sich der Erklärung und Beschreibung von Trauerprozessen und –manifestationen und legen den Fokus nicht speziell auf Coping Prozesse, wenngleich diese ebenfalls mit einfließen.

3.1.1. Psychoanalytische Theorie: Das Konzept der Trauerarbeit

Die Untersuchung von Trauer begann mit Freud (1917/1946), als er das Konzept der Trauerarbeit entwickelte. Trauerarbeit bezieht sich auf den kognitiven Vorgang der Konfrontation mit der Realität des Verlustes. Dabei sieht Freud in der Befreiung von der Bindung zu dem Verstorbenen die psychologische Funktion der Trauer. Die Trauerarbeit ist also dann erfolgreich abgeschlossen, wenn der Trauernde fähig ist, die Bindung zum Verstorbenen abubrechen (Freud, 1917/1946). Neuere Theorien, wie der „Continuing Bonds“ Ansatz (Klass, 1996) widersprechen dieser Auffassung (siehe Kap.3.3.1.).

3.1.2. Bindungstheorie: Der Prozess der Trauer

Basierend auf Freud's Konzept der Trauerarbeit hat Bowlby (1980) ein Phasenmodell des Trauerprozesses entwickelt, welches vier Phasen umfasst.

Die erste Phase nach dem Tod einer nahestehenden Person ist durch das Gefühl der Taubheit charakterisiert („*Betäubung*“). Es folgen ein Abwechseln starker Sehnsuchtsgefühle nach dem Verstorbenen und eine schrittweise Akzeptanz des Verlustes („*Sehnsucht und Suche nach der verlorenen Bindungsfigur*“). Nach Monaten bis hin zu Jahren bietet die Phase der „*Desorganisation und Verzweiflung*“ die Chance der vollständigen Akzeptanz des Verlustes und eine Neudefinition des Selbst in einer Welt ohne den Verstorbenen. Schließlich beginnt der Trauernde mit Hilfe von Bewältigungsmöglichkeiten die Situation und sich selbst neu zu definieren („*Reorganisation*“). Ähnlich dem Konzept von Freud (1917/1946) betrachtet Bowlby die Akzeptanz des Verlustes und die Lösung der emotionalen Bindung zu dem Verstorbenen als erfolgreiche Bewältigung.

3.2. Intrapersonale Copingmodelle

Im Gegensatz zu den generellen Trauertheorien beziehen sich Intrapersonale Copingmodelle speziell auf intrapsychische Bewältigungsmöglichkeiten der trauernden Person.

3.2.1. Worden's Modell der Traueraufgaben

Das Modell der Traueraufgaben nach Worden (1999) postuliert vier Aufgaben, die der Trauernde bewältigen muss, um mit dem Verlust umgehen zu können. Im Folgenden werden diese angeführt und darüber hinaus werden mögliche Einschränkungen bei der Bearbeitung dieser Aufgaben in Bezug auf die elterliche Trauer um das eigene Kind erläutert.

1. Aufgabe „*Akzeptanz des Verlustes*“: Der Tod eines Kindes wird als unnatürlich wahrgenommen und ist daher besonders schwer zu akzeptieren.
2. Aufgabe „*Durcharbeiten des Schmerzes*“: Zur Trauer der Eltern um ihr verlorenes Kind kommt zusätzlich die Trauer um verlorene Zukunftsträume und Hoffnungen.
3. Aufgabe „*Anpassung an eine Umwelt ohne den Verstorbenen*“: Haben trauernde Eltern noch andere Kinder, müssen sie in ihrer Rolle bestehen und es besteht nicht die mögliche Chance einer neuen Rollendefinition.
4. Aufgabe „*Abzug der psychischen Energie von dem Verstorbenen und Investition der psychischen Energie in andere Beziehungen*“: Für Eltern bedeutet ihr Kind eine Erweiterung des eigenen Selbst und jedes Kind ist einzigartig und unersetzbar (Rando, 1986, zit n. Davies, 2004).

Die dargestellten Einschränkungen von Worden's Traueraufgaben entsprechen auch der Kritik an vorgestellten klassischen Ansätzen (siehe Kap. 3.1.1. und 3.1.2.) in Bezug auf die Trauer um das eigene Kind. Daraus ergab sich der Bedarf an neuen Modellen, welche sowohl die Intensität als auch die Einzigartigkeit elterlicher Trauer um das eigene Kind anerkennen (Davies, 2004).

3.3. Neuere Ansätze

3.3.1. „Continuing Bonds“

Bezüglich der Trauerstadien, welche von klassischen Trauertheorien propagiert werden, wird heute weitgehend anerkannt, dass es keine einfach definierten Stadien der Trauer zu geben scheint. Außerdem lehnen neuere theoretische Perspektiven, im Gegensatz zu den psychodynamisch orientierten Phasenmodellen, welche die Auflösung der Trauer fordern, den Bindungsabbruch mit dem Verstorbenen als Mittel der Trauerverarbeitung ab. Basierend auf aktuellen Studien mit trauernden Eltern, vertreten sie stattdessen das Konzept der kontinuierlichen Bindungen, „Continuing bonds“ (Klass, 1996).

Das Konzept erkennt an, dass sich die Bindung zu dem verstorbenen Kind durch den Tod nicht auflöst, sich vielmehr im Laufe der Zeit verwandelt. Es ändern sich sowohl die interne Repräsentation des Kindes in der Persönlichkeit der Eltern, als auch die Integration des Kindes in die sozialen Netzwerke der Eltern. So kommt es, dass Eltern mit der Zeit den Fokus vom Schmerz durch den Verlust auf das Leben des Kindes richten, und sich mit der positiven Energie und Liebe des Kindes identifizieren können (Klass, 1996).

Über das Kind zu sprechen fördert diesen Prozess und somit kommt dem sozialen Umfeld eine wichtige Rolle in der Trauer zu. Das Teilen von Erinnerungen und Gespräche über die Bedeutung des Lebens ihres Kindes helfen Eltern ein inneres Bild von ihren Kindern zu erhalten. In einer Studie von Riches und Dawson (1998) hat sich allerdings gezeigt, dass trauernde Eltern nicht immer jemanden in ihrer Familie oder ihrem Freundeskreis finden können, der sich bereit erklärt zuzuhören, wenn sie über ihre verstorbenen Kinder erzählen. Aber auch andere, kreative Arten der Erinnerung, wie zum Beispiel das Gestalten von Fotoalben, sind hilfreich (Klass, 1999; Riches & Dawson, 2000).

Nach dem „Continuing Bonds“ Konzept gibt es kein Ende des Trauerprozesses im Sinne einer Bewältigung. Stattdessen kann es für Eltern möglich werden, mit dem Verlust leben zu lernen und ihre Trauer in das alltägliche Leben zu integrieren (Klass, 1996).

3.3.2. „Meaning Reconstruction Model“

Neimeyer (2000) hat sich nach Auseinandersetzung mit bestehenden Trauerinterventionsformen für eine Positionierung abseits der vordergründigen Symptomtherapie im Anschluss an traumatische Verlustereignisse entschieden. Er propagiert

stattdessen eine Interventionsform, die darauf abzielt dem Verlust eine neue Bedeutung zu geben („Meaning - Reconstruction“, Gillies & Neimeyer, 2006) und somit die Integration des Verlustes in die Lebenswelt des Trauernden zu ermöglichen. Sein Verständnis der „Sinn – Rekonstruktion“ umfasst folgende Punkte:

1. Den Versuch, sowohl im Tod des Angehörigen, als auch im Leben des Hinterbliebenen, neue Bedeutungen zu finden.
2. Diese Bedeutungen werden konstruiert und integriert.
3. Die Konstruktion von Sinn und Bedeutung geschieht auf personaler und auch auf interpersonaler Ebene.
4. Bedeutungszuschreibungen ergeben sich in persönlichen Auseinandersetzungen, entspringen aber auch kulturellem Gedankengut.
5. Bedeutungszuschreibung folgt nicht unbedingt einem logischen Prozess und ist daher nicht immer verbal beschreibbar.
6. „Meaning Reconstruction“ umfasst sowohl den Prozess als auch die Ergebnisse dieses Prozesses (Neimeyer, 2000).

3.4. Traumatheorien

Da der Tod des eigenen Kindes meist traumatische Aspekte beinhaltet, können auch Traumatheorien die theoretische Basis zur Beschreibung von Coping - Prozessen im Trauerfall darstellen. Im Zusammenhang mit der vorliegenden Thematik ist vor allem eine Theorie von Bedeutung:

3.4.1. „Assumptive World Views“

Janoff-Bulman (1992) zufolge hat jeder gesunde Mensch drei Grundannahmen über sich und die Welt verinnerlicht. Diese besagen, dass wir selbst wertvoll sind, die Welt wohlwollend ist und die Dinge, die uns passieren, einen Sinn ergeben. Diese fundamentalen Grundannahmen werden durch traumatische Erfahrungen erschüttert. Erfolgreiche Bewältigung beinhaltet den Wiederaufbau funktionaler Grundannahmen, indem vorher bestehende Annahmen verändert werden, oder sich neue Sichtweisen der Welt und unseres Selbst entwickeln.

Aus diesen theoretischen Implikationen sind folglich jene Verluste am schwersten zu bewältigen, die keinen Sinn ergeben und somit alles, was vorher Bedeutung hatte, stark in Frage stellen (Janoff-Bulman, 1992).

3.5. Kognitive Prozessmodelle

Kognitive Prozessmodelle widmen sich dem Versuch genau zu spezifizieren, wie bestimmte traumatische Inhalte oder psychischer Stress gedanklich verarbeitet werden können.

3.5.1. „Stress Response Syndroms“

Horowitz (1986) untersuchte den Einfluss eines bestimmten, potentiell traumatischen Ereignisses auf das Leben und die Persönlichkeit. In seinem Fokus standen dabei die antithetischen Prozesse der Intrusion und Vermeidung als Reaktion auf diese Ereignisse. Im Anschluss an ein traumatisches Ereignis sind zeitweise plötzliche Überschwemmungen der Gedanken durch traumatische Inhalte („Intrusionen“) und der gleichzeitige Versuch der Vermeidung dieser als normal zu betrachten. Bei zunehmender Intensität und Häufigkeit dieser Reaktionen und starker Beeinträchtigung dadurch, kann die Diagnose einer „Posttraumatischen Belastungsstörung“ oder, im speziellen Fall der Konfrontation mit einem traumatischen Todesfall, einer „Komplizierten Trauer“ erforderlich sein.

3.5.2. „Rumination“

Die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Verlusterlebnis kann konstruktiv und destruktiv sein, abhängig davon, ob sie wiederkehrende negative Gedanken und Emotionen fördert („Intrusive Ruminations“), oder ob sie die betroffene Person der Problemlösung näherbringt („Deliberate Ruminations“). Wie in Kapitel 3.5.1. dargestellt, sind „Intrusive Ruminations“ das Bewusstsein überschwemmende, einnehmende Gedanken, die ihrerseits wenig der Kontrolle einer Person unterliegen. Häufige und belastende Intrusionen stehen in Zusammenhang mit einer maladaptiven Trauerentwicklung (Boelen, van den Hout, & van den Bout, 2006), wobei intrusive Gedanken kurz nach dem Verlustereignis als natürliche Reaktion zu betrachten sind. „Deliberate Ruminations“ hingegen beschreiben Produkte einer bewussten Willensbildung, deren Zweck vielmehr konstruktiver Natur ist und sich etwa im

tiefen Verständnis einer niemals befremdlich erschienenen Welt erfüllt. Durch zunehmendes Management des emotionalen Leids besteht die Möglichkeit von vermehrt zielgerichteten

Gedanken und so werden willentliche, konstruktive „Deliberate Ruminations“ dominierend (Calhoun, Tedeschi, Cann, & Hanks, 2010).

3.6. Integrative Modelle

Ein Versuch, die genannten Modelle zu integrieren, wurde beispielsweise von Stroebe und Schutt (1999) unternommen.

3.6.1. The Dual Process Model of Coping with Bereavement

Das Duale Prozessmodell von Stroebe und Schutt (1999) ist der Versuch der Integration verschiedener existierender Ideen in ein gemeinsames Modell mit Blick auf die Identifikation adaptiver Copingstrategien. Trauernde sind mit multiplen Stressoren konfrontiert, die sich, laut Autoren zwei Arten zuordnen lassen: „Loss – Oriented“ Stressoren beziehen sich auf Aspekte der Verlusterfahrung selbst. „Restoration – Oriented“ Stressoren sind, als Folge des Verlustes, sekundäre Stressoren, wie beispielsweise Probleme in der Partnerschaft durch unterschiedliches Trauerverhalten.

Die Konfrontation oder Vermeidung dieser zwei Typen von Stressoren ist fluktuierend und einer Veränderung im Laufe der Zeit unterworfen. Dem Modell zufolge konfrontiert sich der Trauernde zu manchen Zeiten mit Aspekten des Verlustes, während er diese zu anderen Zeiten vermeidet. Vermeidungsstrategien stellen also nicht, wie bislang angenommen, generell ein dysfunktionales Copingmuster dar. Vielmehr ist die persönliche Kontrolle sowohl der Vermeidung als auch der gezielten Konfrontation ausschlaggebend für erfolgreiches Coping. Außerdem gehen Stroebe und Schutt (1999) davon aus, dass sich die gegensätzlichen Prozesse in der Waage halten müssen, um adaptives Coping zu ermöglichen. Ebenso sei eine oszillierende Konzentration auf die beiden unterschiedlichen Arten von Stressoren optimal. (Stroebe & Schutt, 1999).

Dabei kommt sowohl begleitenden positiven als auch negativen Affekten eine wichtige Funktion zu. Während negative Affekte die Trauerarbeit fördern, erhalten positive Affekte die Coping Bemühungen aufrecht (Stroebe & Schutt, 1999).

Das „Dual Process Model of Coping with Bereavement“ bietet durch die Komplexität und

Dynamik der beschriebenen Faktoren ein praktikables Rahmensystem zur Einbettung unterschiedlicher Prozesse und theoretischer Entwicklungen wie der „Assumptive World Views“ (siehe Kap. 3.4.1.) oder der „Meaning – Reconstructions“ (siehe Kap. 3.3.2.).

4. Einflussfaktoren auf den Trauerprozess

4.1. Personenbezogene Einflussfaktoren

4.1.1. Geschlecht

Einige Untersuchungen deuten darauf hin, dass Mütter größere Schwierigkeiten haben mit dem Tod des eigenen Kindes umzugehen, als Väter (Kreicbergs et al., 2004; Wijngaards-de Meij et al., 2005) und auch häufiger zu komplizierten Trauerverläufen neigen (Keesee, Currier, & Neimeyer, 2008). Auch eine höhere normative Trauersymptomatik wurde mit dem weiblichen Geschlecht assoziiert (Keesee et al., 2008). Das Risiko für eine psychiatrische Hospitalisierung im Zusammenhang mit der Trauer um das eigene Kind scheint bei Frauen ebenfalls größer zu sein als bei Männern (Li et al., 2005).

4.1.2. Alter

Der Verlust des eigenen Kindes hat in Abhängigkeit von der Lebensphase, in der sich Eltern befinden, unterschiedliche Bedeutungen. Rubin und Malkinson (2001) haben diese Unterschiede, eingeteilt in drei Altersphasen, herausgearbeitet, wobei modellhaft ein linearer Verlauf zwischen dem Alter der Eltern und dem des Kindes angenommen wird. Es wird also davon ausgegangen, dass jüngere Eltern jüngere Kinder und ältere Eltern ältere Kinder verlieren. Die folgenden Beschreibungen der altersspezifischen Charakteristika des Verlusterlebens gelten dabei nicht exklusiv für die jeweils dargestellte Altersphase.

4.1.2.1. Junge Eltern

Der Verlust eines sehr kleinen Kindes führt bei Eltern häufig zu starken Schuldgefühlen, da das Wohl des Kleinkindes noch vollständig von den Eltern abhängig ist. Außerdem erzwingt der Verlust eines sehr kleinen Kindes die Auseinandersetzung mit zerbrochenen Hoffnungen

und Träumen, die man für das Kind hatte.

Wie oben dargestellt (siehe Kap. 4.1.1.), scheint es zwischen Männern und Frauen Unterschiede im Trauerverhalten zu geben. Diese Unterschiede können beim Tod eines Kindes während oder kurz nach der Schwangerschaft noch stärker hervortreten, da Mütter tendenziell früher im Verlauf der Schwangerschaft eine Bindung zu dem Kind aufbauen. Die gegenseitige Unterstützung innerhalb der Beziehung und das Verständnis für den jeweils anderen werden somit extrem erschwert, oder gar unmöglich (Rubin & Malkinson, 2001).

Hinzu kommt, dass andere Familienmitglieder oder Freunde oft wenig Verständnis für die Tragweite des Verlustes aufbringen können. Viele nehmen buchstäblich an, dass es um jene, die gar nicht, oder nur kurz auf der Welt waren, auch nicht viel zu trauern gibt. Sind sie sich jedoch der Schwere des Verlustes bewusst und bieten Unterstützung, ist ihr Dasein von unschätzbarem Wert (Giladi, 1993).

4.1.2.2. Eltern mittleren Alters

Die Bedeutung des Verlustes eines älteren Kindes ist häufig dadurch geformt, dass das Kind nicht mehr gänzlich von den Eltern abhängig ist und sich daher eine vermehrt partnerschaftliche Eltern – Kind Beziehung entwickeln kann. Durch die schon gereifte Persönlichkeit des Kindes entspricht dieser Verlust einerseits einer verlorenen Beziehung und andererseits einer verlorenen potenziellen, für die Zukunft erhofften, Beziehung. Die kontinuierliche Beschäftigung der Eltern mit dem verstorbenen Kind führt daher häufig zu einer verstärkten Beziehung mit dem internalisierten Bild des Kindes (Rubin & Malkinson, 2001).

4.1.2.3. Ältere Eltern

Forschungsergebnisse mit spezieller Fokussierung auf trauernde ältere Eltern sind leider limitiert, obwohl natürlich auch erwachsene Kinder eine wichtige Rolle im Leben der Eltern spielen (Moss, Moss, & Hansson, 2001). Daher ist der Einfluss des Alters auf die Trauer zum aktuellen Zeitpunkt nicht klar. Fest steht, dass die Trauer um das eigene Kind ein Teil des Lebens bleibt (Moss et al., 2001).

Manche Studien deuten auf ein höheres Risiko für Komplizierte Trauer mit zunehmendem Alter hin (Boelen, van den Bout, & van den Hout, 2003). In anderen Untersuchungen weisen hingegen jüngere Personen stärkere Beeinträchtigungen auf (Stroebe, Schut, & Stroebe,

2007). Andere Autoren sprechen sich wiederum für gegenteilige Zusammenhänge aus, wie Perkins und Harris (1990), die zeigten, dass jüngere und ältere Personen ein geringeres Risiko für maladaptive Anpassung nach einem Trauerfall aufweisen. Sie gehen daher von einem kurvenlinearen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Gesundheitszustand nach einem Trauerfall aus.

4.2. Ereignisbezogene Einflussfaktoren

4.2.1. Todesursache

Studien haben gezeigt, dass Eltern, die ihre Kinder durch einen gewaltsamen Tod verlieren, ein erhöhtes Risiko für eine schlechtere Anpassung aufweisen (Li et al., 2003; Murphy, Johnson, Chung, & Beaton, 2003). Eltern, die ihr Kind durch einen gewaltsamen Tod verloren hatten, zeigten die höchsten komplizierten Trauersymptome (Keesee et al., 2008; Wijngaards-de Meij et al., 2005). Kaltman und Bonanno (2003) unterschieden in ihrer Studie zwischen einem gewaltsamen Tod (Unfall, Suizid, Homizid) und einem natürlichen Tod (natürliche Todesursache, Krankheit). Angehörige von Personen, die durch einen gewaltsamen Tod umkamen, zeigten signifikant stärkere Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie eine länger andauernde depressive Symptomatik. Auch qualitative Analysen stützen die Annahme, dass die Umstände des Todes die Trauer der Eltern beeinflussen (Arnold et al., 2005). Studienergebnisse deuten darauf hin, dass auch die Todesraten unter Eltern, die ein Kind durch einen gewaltsamen Tod verloren hatten, höher waren (Li et al., 2003).

4.2.1.1. Spezialfall: Suizid

Wenn Hinterbliebene um ein durch Suizid verlorenes Familienmitglied trauern, haben sie eine Reihe komplizierter Gefühle zu bewältigen. Unter anderem können starke Schuldgefühle und Selbstvorwürfe sehr belasten. Diese quälenden Gefühlszustände resultieren häufig aus dem Versuch, das Handeln des Angehörigen zu verstehen (Arnold et al., 2005; Murphy, Das Gupta, Cain, Johnson, Lohan, Wu, & Mekwa, 1999). Damit einhergehend drehen sich die Gedanken oft darum, was man hätte unternehmen können, um die Suizidhandlung zu verhindern. Besonders belastend wird dieses Gefühl, wenn sich der Suizid im Kontext eines Konflikts innerhalb der Familie ereignet hat (Worden, 1999).

Aber auch aggressive Gefühle gegenüber dem Angehörigen sind möglich. Hinterbliebene fassen den Suizid ihres Angehörigen häufig als Ablehnung ihrer Person auf und fühlen sich tief in ihrem Selbstwertgefühl verletzt (Holzschuh, 1998). Daraus resultierende intensive Zorngefühle spitzen sich in der Frage zu „Warum hast du mir das nur angetan?“ (Worden, 1999).

Ebenso können Gefühle der Angst, wie etwa die Entwicklung einer Grundangst vor eigenen destruktiven Impulsen vorherrschen (Worden, 1999). Weit verbreitet ist auch das Gefühl der Scham (Worden, 1999). In Verbindung mit der Tabuisierung des Themas Suizid in der Gesellschaft resultiert die erschwerte Interaktion von Hinterbliebenen mit dem sozialen Umfeld. Schwierigkeiten, anderen Personen den Todesgrund zu offenbaren, verstärken die Belastung (Provini, Everett, & Pfeffer, 2000). Aber auch innerhalb der Familie kann der Austausch dadurch beeinträchtigend sein (Worden, 1999). Infolgedessen ergibt sich häufig ein Rückzug der Eltern aus dem gesellschaftlichen Umfeld aufgrund der Scham durch den Suizidfall in der Familie. Wobei die mögliche resultierende Isolation als der beste Prädiktor für psychisches Leid gilt (Provini et al., 2000).

Die weitverbreitete Annahme, dass der Tod eines Kindes durch Suizid der am schwersten bewältigbare ist und die schwersten/größten Kämpfe hinsichtlich der Akzeptanz hervorruft, konnte in einer Studie im Vergleich mit Eltern, die ihr Kind durch einen Unfall oder durch Mord verloren hatten, nicht bestätigt werden (Murphy, Johnson, Wu, Fan, & Lohan, 2003). Ebendieses ergab der Vergleich zwischen durch Unfälle, Suizide und Sudden Infant Death Syndrom verwaiste Eltern. Statt den Fokus auf die spezielle Position von Suizid-Hinterbliebenen zu lenken, sollte also die generelle Schwierigkeit traumatischer und plötzlicher Todesfälle anerkannt werden (Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2003).

4.2.1.2. Spezialfall: „Sudden Infant Death Syndrome“ (SIDS)

Im Jahr 2010 starben laut Statistik Austria in Österreich 24 Säuglinge an „Sudden Infant Death Syndrome“ und damit ist SIDS für 7,8% aller Todesfälle unter Säuglingen verantwortlich. (Statistik Austria, 2010) Am häufigsten tritt SIDS bei Säuglingen im Alter von zwei bis sechs Monaten auf (Worden, 1999). Meist sind sehr junge Eltern, die häufig noch wenig Erfahrung mit dem Tod generell haben, davon betroffen (Holzschuh, 1998).

Bislang ist die Pathogenese des SIDS nicht vollständig geklärt, was eine große Belastung für trauernde Eltern darstellt. Die Unklarheit bezüglich der Todesursache ist ein häufiger Anlass zur Beschäftigung mit der Schuldfrage. Eltern fragen sich selbst, inwieweit ihnen Schuld

zukommt, sehen sich aber häufig auch mit Vorwürfen aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis konfrontiert (Worden, 1999). Viele Eltern denken, dass ein formales Verständnis des Krankheitsverlaufs wesentlich dazu beitragen würde, ihre eigenen Schuldgefühle und Zweifel zu überwinden. Doch kämpfen auch Eltern, die ein klares Verständnis für den Todesumstand haben, mit Schuldgefühlen. Zudem sind Hinterbliebene von SIDS – Opfern ständig mit neuen Forschungsergebnissen und Fortschritten in der SIDS – Prävention konfrontiert, die ihrerseits ebenfalls zu fortbestehenden Schuld- und Verantwortungsgefühlen beitragen (Rubin & Malkinson, 2001).

Andererseits empfinden Eltern häufig großen Zorn über das frühe Verlassenwerden von einem Menschen, den sie gerade erst in ihr Leben integriert haben (Worden, 1999). Intrusive Bilder vom tot aufgefundenen Kind gehen auch mit starken und plagenden Gefühlen einher (Dyregrov & Dyregrov, 1999). Die bei plötzlichen Todesfällen stattfindenden polizeilichen Ermittlungen werden von den Eltern oft zusätzlich als sehr belastend erlebt (Worden, 1999).

Aus diesen Belastungsfaktoren kann, aus Angst vor einem erneuten Verlust, ein Verzicht auf die sexuelle Beziehung zwischen den Eltern resultieren (Worden, 1999).

Qualitative Ergebnisse einer Studie zu den langfristigen Auswirkungen für Eltern, die ihre Kinder durch SIDS verloren haben, ergaben auch positive Veränderungen in der Beziehung zu Anderen und in Bezug auf Prioritäten des Lebens generell. Manche Eltern fühlen sich auch stärker durch diese Erfahrung und wollten anderen Eltern in ähnlichen Situationen eine Hilfe sein (Dyregrov & Dyregrov, 1999).

4.2.2. Vorhersagbarkeit

4.2.2.1. Unvorhersehbar- Der plötzliche Tod

Nach Kaltman und Bonanno (2003) ist ein plötzlicher Tod dadurch definiert, dass er nach einem Abstand von weniger als einem Tag nach Vorwarnung eintritt. Nach Worden (1999) versteht man unter einem plötzlichen Tod, dass jemand unerwartet, etwa durch Suizid, Unfall, Herzversagen oder Mord, verstirbt.

Studien zeigten, dass unvorhersehbare, plötzliche Todesfälle im Vergleich mit vorhersehbaren Todesfällen tendenziell einen maladaptiven Trauerverlauf zur Folge haben (Wijngaards-de Meij et al., 2005).

Auch plötzliche Todesfälle lassen sich anhand einiger Besonderheiten charakterisieren. Infolge der Benachrichtigung über den Todesfall befällt Hinterbliebene häufig eine Art

Trancezustand, der durch ein Gefühl der Taubheit und der Unwirklichkeit im Bezug auf den Verlust gekennzeichnet ist. Im Vergleich zu erwarteten Todesfällen dauert diese Phase der Leugnung/Unwirklichkeit oft länger an (Worden, 1999).

Die Möglichkeit, einen würdevollen und persönlichen Abschied am Ort des Geschehens oder im Krankenhaus zu gewähren, ist in jedem Todesfall unbedingt erforderlich. Im speziellen Fall des plötzlichen Todes können die Betrachtung und Berührung des Kindes außerdem helfen, die Realität des Todes zu begreifen. Die Entbehrung dieser Möglichkeit kann den Trauerprozess um ein Vielfaches verlängern (Kübler-Ross, 1984).

Im Verlauf der Trauer plagen sich Hinterbliebene von plötzlichen Todesfällen häufig mit Schuldgefühlen. Aber auch anderen wird häufig die Schuld zugeschrieben, was zu starken Spannungen in der Familie führen kann. Konfrontiert mit der plötzlichen und dramatischen Änderung persönlicher Realität, treten zudem starke Hilflosigkeitsgefühle und eine große Wut auf.

Der psychische Stress durch den unerwarteten Todesfall kann bei Hinterbliebenen eine „Flucht oder Kampf“ – Reaktion auslösen und sich in einer agitierten Depression zeigen, die durch ein plötzliches Ansteigen des Adrenalinpiegels unterbrochen wird (Worden, 1999).

Zusätzlich können bei plötzlichen Todesfällen unerledigte Angelegenheiten belastend wirken. Hinterbliebene bedauern oft, dass sie dem Verstorbenen gewisse Dinge nicht gesagt, oder mit ihm getan haben (Worden, 1999).

Wenn Eltern ihr Kind durch ein Gewaltverbrechen verlieren, wird die Emotion oft auf den Täter verlagert, demgegenüber man starke Aggressionen und Rachegefühle empfindet. Die Auseinandersetzung mit dem Verlust des Kindes beginnt mit Nachlassen dieser Gefühle. Dabei ist es den Eltern meist wichtig den Tatvorgang zu kennen, um nachempfinden zu können, wie es ihrem Kind in den letzten Stunden erging (Holzschuh, 1998).

4.2.2.2. Vorhersehbar – Der erwartete, langsame Tod

Wenn ein Kind schwer krank ist und der Tod als absehbar gilt, können sich die Eltern auf den Tod vorbereiten. Wenn Angehörige mit der Trauerarbeit vor Eintreten des erwarteten Verlustes beginnen, wird dies als „vorgreifende Trauer“ bezeichnet (Worden, 1999). Bei vielen Krankheiten geht dieser Sicherheit jedoch eine lange Geschichte der Ambivalenz zwischen Hoffnung und Verzweiflung voraus, da der Ausgang einer Erkrankung aus medizinischer Sicht häufig nicht einschätzbar ist.

Bei langen Krankenhausaufenthalten der Kinder fühlen sich die Eltern meist mit dem

Pflegepersonal ihres Kindes soweit vertraut, dass sie sich auch nach dem Tod ihres Kindes von dieser Seite besser unterstützt fühlen als Eltern, deren Kind sehr plötzlich im Krankenhaus verstirbt (Holzschuh, 1998).

4.2.3. Zeitlicher Abstand zum Tod

Der zeitliche Abstand zum Verlustereignis scheint einen bedeutenden Einfluss auf das Befinden trauernder Eltern zu haben. So zeigten Studien, dass sowohl normative und maladaptive Trauersymptome, als auch Depressionssymptome mit der Zeit abnehmen (Engelkemeyer & Marwit, 2008; Keesee et al., 2008; Kreicbergs et al., 2004; Murphy et al., 2003; Wijngaards-de Meij et al., 2005).

Eine Studie von Malkinson und Bar-Tur (1999) zeigte jedoch kontinuierliche Schwierigkeiten von Eltern den Verlust des Kindes zu verstehen und andauernde Trauer, selbst wenn der zeitliche Abstand zum Verlustereignis bis zu 33 Jahre betrug. Die Eltern beschrieben eine starke internalisierte Bindung zum verstorbenen Kind. Viele bedauerten dies im Hinblick auf die dadurch verlorene Zeit für ihre anderen Kinder. Oder sie realisierten, wie schwierig ihr persönlicher Trauerprozess für andere Familienmitglieder war. Die befragten Eltern beschrieben in diesem Zusammenhang auch Schuldgefühle (Malkinson & Bar-Tur, 1999). Mit zunehmendem Alter beschrieben Eltern in der Studie auch die Angst, dass das verstorbene Kind für immer tot sein wird, sobald sie selbst sterben und damit die innere Repräsentation des Kindes verloren scheint.

5. Sinn – Rekonstruktion

*Ist in meinem Leben ein Sinn, der nicht zunichte würde
durch den unvermeidlichen, meiner harrenden Tod?"*

Leo Tolstoi

Der Begriff Sinn – Rekonstruktion entspricht dem englischen „Meaning – Reconstruction“ (Gillies & Neimeyer, 2006) und beschreibt in der vorliegenden Arbeit die Prozesse „Sense – making“ (siehe Kap. 5.1.1.) und „Benefit – finding“ (siehe Kap. 5.1.2.).

5.1. Modell der Sinn – Rekonstruktion

Gillies und Neimeyer (2006) haben in dem „Model of Meaning Reconstruction in Response to Bereavement“ dargestellt, wie zentral der Prozess der „Sinn – Rekonstruktion“ für die Trauerverarbeitung ist. Das Modell wird auch als eine Integration verschiedener, oben beschriebener, theoretischer Ansätze verstanden. Der Ansatz der „Shattered Assumptions“ (Janoff-Bulman, 1992) (siehe Kap. 3.4.1.) etwa spielt eine Schlüsselrolle in diesem Modell. Aber auch die Gedanken der „Continuing – Bonds“ Theorie (Klass, 1996) (siehe Kap. 3.3.1.) und des Dualen Prozessmodells der Trauer (Stroebe & Schut, 1999) (siehe Kap. 3.6.1.) fallen darunter. Denn laut Gillies und Neimeyer (2006), vereint die Annahme, dass der Sinn – Rekonstruktionsprozess nach einem traumatischen Erlebnis ein kritisches Element für die Verarbeitung darstellt, all diese Theorien.

Ausgangspunkt des Modells sind die sinngebenden und bedeutungsverleihenden Strukturen („Meaning Structures“), ähnlich den „Assumptive Worlds“ (Janoff-Bulman, 1992; siehe Kap. 4.3.1.), die jede Person verinnerlicht hat. Diese prägen das individuelle Verständnis der Welt und somit auch das Verständnis des Verlustes.

Ist ein Verlustereignis mit den persönlichen „Meaning Structures“ konsistent, ist ein integratives Verständnis des Ereignisses möglich. Somit wird ein, wenngleich sehr schmerzhaftes oder traumatisches Ereignis, durch die Anwendung eines präexistenten Bedeutungsrahmens, für den Betroffenen verstehbar. Dieses sehr persönliche Verständnis bringt ein gewisses Maß an Trost mit sich (Gillies & Neimeyer, 2006).

Wie in der Einleitung dargestellt, ist der Tod eines Kindes aber für die meisten Menschen aus unserem Kulturkreis etwas zutiefst Widernatürliches, wofür ihr existierendes Weltbild keinen Erklärungsrahmen bietet (Gillies & Neimeyer, 2006). Konfrontiert mit dieser starken

Dissonanz zwischen der schrecklichen Realität und dem persönlichen Weltbild ist der Trauernde fundamental verunsichert, denn es sind diese Grundannahmen über die Welt, die uns im Normalfall existentielle Sicherheit geben (Janoff-Bulman, 1992). Obwohl die Grundannahmen über die Welt eigentlich sehr änderungsresistent sind (Davis & Nolen-Hoeksema, 2001), führen große Unsicherheit und Angst bei Personen, die um ihr Kind trauern, häufig dazu, dass die Suche nach neuen sinngebenden Strukturen und eine Adaptierung des Weltbildes zu Notwendigkeiten werden. Dies umfasst, wie in Abbildung 1 dargestellt, die Prozesse „Sense - making“ (siehe Kap. 5.1.1.), „Benefit - finding“ (siehe Kap. 5.1.2.) und „Identity - change“ (siehe Kap. 5.1.3.) (Gillies & Neimeyer, 2006).

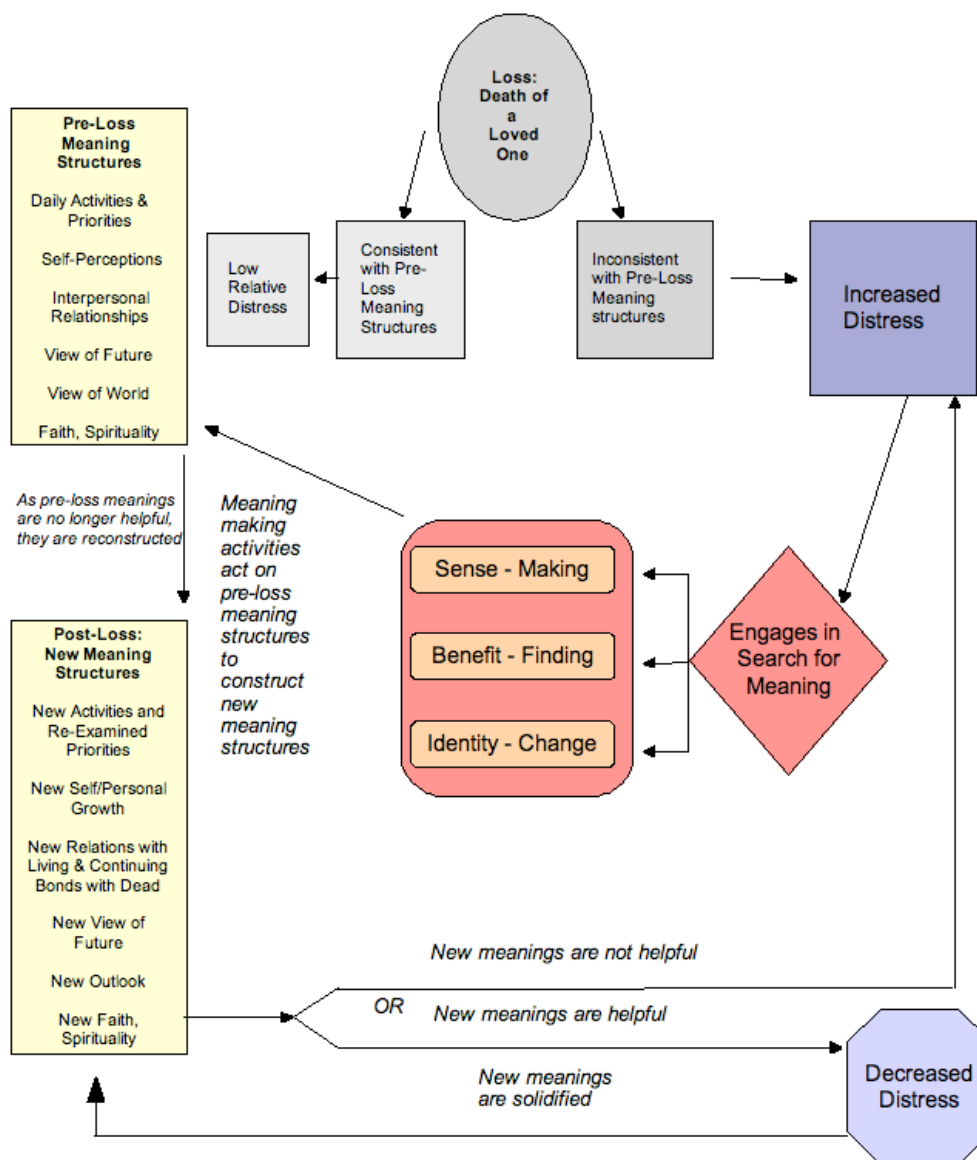


Abb. 1.: Model of Meaning Reconstruction in Response to Bereavement (Gillies & Neimeyer, 2006, S. 55)

Helfen die durch Sinn – Rekonstruktionsprozesse gebildeten neuen „Meaning Structures“ dem Trauernden, seine Erfahrung zu verstehen, zu deuten und die Welt in einer anderen Art und Weise zu sehen, können sie psychisches Leid verringern. Sind die neuen Ansichten jedoch nicht hilfreich, müssen sie weiter rekonstruiert werden. In der Praxis sind sinngebende Strukturen meist bis zu einem gewissen Grad hilfreich und werden somit zum Teil aufrecht erhalten, wenngleich einzelne Aspekte weiter verändert werden (siehe Abb.1 „OR“) (Gillies & Neimeyer, 2006). Dies könnte erklären, warum Personen, die ein gewisses Verständnis ihres Verlustes gefunden haben, trotzdem weiter nach Erklärungen suchen, oder sehr hohen psychischen Stress fühlen (Davies, Wortman, Lehman, & Silver, 2000).

Dem psychischen Stress ist, laut Modell, eine Doppelrolle immanent. Denn hoher psychischer Stress gilt als Auslöser für die Sinn – Rekonstruktion. Aus dieser Sicht ist psychischer Stress nicht bloß ein Symptom, das es zu bekämpfen gilt, sondern ein Teil des Coping Prozesses (Gillies & Neimeyer, 2006).

Die Stärke des „Model of Meaning Reconstruction in Response to Bereavement“ liegt, neben der empirischen Evidenz in Bezug auf den Verlust des eigenen Kindes (z.B. Davis et al., 1998; Keesee et al., 2008; Lichtenthal, Currier, Neimeyer, & Keesee, 2010; Murphy, Johnson & Lohan, 2003; Polatinsky & Esprey, 2000; Wheeler, 2001), in der Konzeptualisierung von Trauer als einen individuellen Prozess, der stark von der persönlichen Bedeutung abhängt, die Betroffene dem Verlusterlebnis zuschreiben (Neimeyer, 2001).

5.1.1. Sense – making

„Sense – making“ bezieht sich auf den Grad, zu dem ein Ereignis Sinn macht und dem persönlichen Weltverständnis entspricht. Einerseits ermöglicht die Zuordnung einer Ursache und Kausalität „Sense – making“, andererseits basieren Erklärungsstrukturen auch auf persönlichem Glauben oder individueller Weltsicht (Davis et al., 1998). Die Annahme, dass wichtige Ereignisse unseres Lebens geordnet und mehr oder weniger vorhersagbar sind, ist ein Grundbaustein unserer psychischen Gesundheit und kann als treibende Kraft für „Sense – making“ Prozesse gesehen werden (Davis & Nolen-Hoeksema, 2001).

In einer Einzelfallbeschreibung zeigten Neimeyer, Herrero und Botella (2005), dass traumatische Verluste unsere Bemühungen um eine kohärente Lebensgeschichte und somit auch unser Selbstbild stören können. Das Fehlen signifikanter anderer Personen, die Teil dieser Lebensgeschichte sind, erfordert substanzielle Änderungen dieser Geschichte, wenn unserem Leben wieder ein gewisses Maß an Vorhersagbarkeit und Richtung gegeben werden

soll (Neimeyer, Prigerson, & Davies, 2002).

Als Reaktion auf einen traumatischen Verlust kann der „Sense – making“ Prozess viele Fragen aufwerfen: Was hat den Tod des geliebten Menschen verursacht? Warum ist dies gerade unseren Liebsten geschehen? Warum musste gerade uns diese Bürde auferlegt werden? Warum geschehen solche Todesfälle überhaupt? Was bedeutet diese Erfahrung für das Leben, wie wir es vorher gekannt hatten (Lichtenthal et al., 2010)? Wie die Tragweite und Komplexität dieser Fragen vermuten lässt, sind kausale Erklärungen alleine meist nicht ausreichend für umfassendes Verständnis im Sinne des „Sense – making“. Es scheint so, dass Menschen, die mit einem unfassbaren Verlust konfrontiert sind, nach einem tieferen, philosophischen Sinn dieses Verlustes suchen. Warum jemand sterben musste, kann also auch durch eine medizinische Ursachendarstellung nicht zufriedenstellend beantwortet werden (Davis & Nolen-Hoeksema, 2001).

Davis und Nolen-Hoeksema (2001) identifizierten in einer Untersuchung drei häufig genannte Antworten auf die Frage nach dem Verständnis des Todesereignisses:

- der Tod war auf eine Weise vorhersehbar
- der Tod war mit der Lebenssicht des Verstorbenen konsistent
- religiöser oder spiritueller Glaube an ein Leben nach dem Tod

Das zeigt, dass Menschen versuchen dem Ereignis Bedeutung zu verleihen, indem sie sich auf ihre existierende Weltsicht berufen oder religiöse und spirituelle Überzeugungen einen verständnisbildenden Rahmen bereitstellen. Daher sind der Grad, zu dem ein Todesfall in der Norm liegt und der Grad, zu dem eine Person an religiöse oder spirituelle Dinge glaubt, zwei Faktoren, die „Sense – making“ vorhersagen können (Davis & Nolen-Hoeksema, 2001).

5.1.2. Benefit – finding

„Benefit – finding“ bezieht sich auf die positive Bedeutung eines Ereignisses für das Verständnis von Ziel und Zweck des Lebens. So lässt sich auch jedes negatives Ereignis als wertvoll für das eigene Leben erachten (Davis et al., 1998). Eltern berichten häufig von folgenden positiven Entwicklungen durch den Umgang mit dem Verlust:

- Reifung des Charakters
- Veränderungen in Lebensbelangen

- stärkere Beziehungen zu Anderen oder ein erhöhtes Gefühl der Verbundenheit mit Anderen (Davies & Nolen-Hoeksema, 2001)

5.1.3. Unterscheidung zwischen „Sense – making“ und „Benefit – finding“

Verluste oder andere Traumata greifen häufig zwei unterschiedliche Aspekte unseres Selbst an: Unseren Selbstwert und unsere fundamentalen Grundannahmen über die Welt („Assumptive Worlds“ Janoff-Bulman, 1992; siehe Kap. 4.3.1.). In der Sinn – Rekonstruktion widmet sich der Betroffene dem Wiederaufbau dieser angegriffenen Aspekte seines Selbst. Dabei kommen dem „Sense – making“ und dem „Benefit – finding“ zwei unterschiedliche psychologische Aufgaben für den Trauernden zu: Durch „Sense – making“ Prozesse arbeitet der Betroffene vor allem an den fundamentalen Grundannahmen über die Welt und bemüht sich somit um den Erhalt des bedrohten Weltbildes. Das Ziel des „Benefit – finding“ Prozesses ist hingegen der Erhalt oder der Wiederaufbau des bedrohten Selbstwertes durch die Suche nach dem Wert eines Ereignisses für unser persönliches Leben. (Davies & Nolen-Hoeksema, 2001).

5.1.4. Identity – Change

Nach Stroebe und Schutt (2001) ist die Reifung der Identität, wie etwa durch neue Zielsetzungen oder durch Auseinandersetzung mit dem Zweck des eigenen Lebens, eine effektive Copingstrategie im Prozess der Sinn – Rekonstruktion. Ein Großteil der Autoren betrachtet „Identity – Change“ jedoch als Ergebnis der Sinn – Rekonstruktionsprozesse und nennt die positiven Veränderungen unserer Persönlichkeit im Angesicht traumatischer Ereignisse „Posttraumatic Growth“ (Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998), also „Posttraumatische Persönliche Reifung“ (Maercker & Langer, 2001) (siehe Kap. 6.1.).

5.2. Einflussfaktoren auf die Sinn – Rekonstruktion

In Bezug auf Einflussfaktoren auf die Sinn – Rekonstruktion haben empirische Studien gezeigt, dass „Sense – making“ in enger Verbindung mit den Charakteristika des Verlustereignisses zu stehen scheint. So scheint der Grad, zu dem ein Todesfall in der Norm liegt, „Sense – making“ vorhersagen zu können (Davies & Nolen-Hoeksema, 2001). Das heißt, traumatische Verluste, wie im Falle von Mord, Suizid oder Unfällen, oder auch der

„natürlichen Ordnung“ des Lebens widersprechende Verluste, stellen eine zusätzliche Herausforderung für die Hinterbliebenen im „Sense – making“ dar, obwohl die psychologische Anpassung bei jeder Art von Verlust schwierig ist. So hat eine Studie ergeben, dass die Mehrheit der Hinterbliebenen traumatischer Verlusterlebnisse ein überwältigendes Bedürfnis nach einer Erklärung für den Verlust hat (Neimeyer et al., 2002). Doch nicht nur Charakteristika des Verlustereignisses, sondern auch religiöse oder spirituelle Überzeugungen können einen Erklärungsrahmen für das Ereignis bieten und somit „Sense – making“ beeinflussen (Davis & Nolen-Hoeksema, 2001).

Im Gegensatz zu „Sense – making“, wiesen Untersuchungen zu „Benefit – finding“ auf eine Unabhängigkeit vom Ereignis selbst hin. So beschrieben Menschen dieselben positiven Aspekte eines negativen Erlebnisses, unabhängig davon, ob es sich zum Beispiel um ein Verlustereignis oder um eine lebensbedrohliche Krankheit handelte (Davis & Nolen-Hoeksema, 2001). Die Wahrnehmung positiver Aspekte in negativen Ereignissen scheint jedoch mit Persönlichkeitseigenschaften in Verbindung zu stehen (Park, Cohen, & Murch, 1996).

Eine Untersuchung zum Zeitverlauf der Sinn – Rekonstruktion von Murphy und Kollegen (2003b) zeigte, dass Betroffene sich im Zeitraum von 6 bis 12 Monaten nach dem Verlustereignis mit „Sense – making“ beschäftigen und danach erst (12 bis 60 Monate) mit „Benefit – finding“. Es scheint so, dass Eltern, die mehr Zeit hatten, den Verlust zu verarbeiten, eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, die Sinn – Rekonstruktion zu bewältigen (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006; Keesee et al., 2008).

5.3. Mixed – Methods Studie zu Sinn – Rekonstruktion

Lichtenthal und Kollegen (2010) konnten in einer „Mixed – Methods“ Studie spezifische Themen der Sinn – Rekonstruktion aus Interviews mit trauernden Eltern abstrahiert und in Zusammenhang mit Trauer untersucht. Ihre Untersuchungen ergaben 14 „Sense – making“ und 18 „Benefit – finding“ Kategorien, wobei 45% der Teilnehmer angaben, den Verlust nicht verstehen zu können und 21% der Teilnehmer konnten keine positiven Implikationen in dem Ereignis sehen. Quantitative Analysen zeigten, dass diese Teilnehmer sowohl höhere normative als auch höhere maladaptive Trauersymptome aufwiesen.

Die Beschäftigung mit nach der Bedeutung des Todes ist also zentral für den Prozess der Anpassung an ein Leben nach dem Tod des eigenen Kindes und darüber hinaus auch Potenzial für Weisheit und persönliche Reifung (Linley & Joseph, 2004).

6. Posttraumatische Persönliche Reifung

*„Die Geschenke des Lebens haben ihre Selbstverständlichkeit verloren.
Wir sind bescheiden geworden.
Wir nehmen den Tag.
Wir haben verlernt, große Ziele zu setzen,
wir haben verlernt, mehr zu suchen.*

Wir nehmen, vertrauend im Schatten des verlorenen Glücks.“
Erika Bodner

6.1. Definition

Der Prozess der Persönlichen Reifung wird durch eine schwere Lebenskrise in Folge eines Verlustes oder eines anderen traumatischen Ereignisses ausgelöst (Tedeschi & Calhoun, 2004). Das Konstrukt der Posttraumatischen Persönlichen Reifung umfasst positiv bewertete Änderungen des Selbst- und Weltkonzepts in folgenden Bereichen:

1. höhere Wertschätzung des Lebens und veränderte Prioritäten
2. wärmere und intimere Beziehungen mit Anderen
3. Gefühl von persönlicher Stärke
4. Wahrnehmung neuer Möglichkeiten und Wege im Leben
5. spirituelle Entwicklungen (Tedeschi & Calhoun, 1996)

Posttraumatische Persönliche Reifung setzt den kognitiven Wiederaufbau von Annahmen über die Welt, welche die veränderte Realität des eigenen Lebens nach dem Verlust mitberücksichtigen und somit auch resistenter gegen Bedrohungen sind, voraus (Tedeschi & Calhoun, 2004). Wie genau es zu einer Posttraumatischen Persönlichen Reifung kommen kann, wird in dem „Model of Growth in the Context of Grief“ von Calhoun und Kollegen (2010) dargestellt.

6.2. „Model of Growth in the Context of Grief“

Ähnlich dem „Model of Meaning Reconstruction in Response to Bereavement“ postuliert auch dieses Modell, dass der Tod einer nahestehenden Person mit den existierenden Annahmen über die Welt („Assumptive World Beliefs“ siehe Kap. 3.4.1.) konsistent oder inkonsistent sein kann. (Janoff-Bulman, 1992). Bedrohte „Assumptive World Beliefs“ sorgen für ein Unvermögen den Verlust zu erfassen, zu verstehen und auf den Sinn des Lebens zu

vertrauen. Das Modell zeigt, dass psychischer Stress unabhängig davon entsteht, wie bedrohlich ein Verlust für die Grundannahmen über das Leben ist. Es wird jedoch postuliert, dass für jene, deren Weltsicht mit dem Verlustereignis konsistent ist, weniger kognitive Arbeit erforderlich ist. (Calhoun et al., 2010)

Die Intensität der kognitiven Beschäftigung mit dem Erlebten gilt dabei als zentrales Element im Prozess der Posttraumatischen Persönlichen Reifung. Die kognitive Arbeit der Wiederherstellung bedrohter Grundannahmen beginnt zu einem Zeitpunkt, zu dem die betroffene Person auch emotional extrem vom Tod der nahestehenden Person eingenommen ist und daher häufig „Intrusive Ruminations“ vorherrschen (Tedeschi & Calhoun, 2004). Dem Modell zufolge spielen jedoch vor allem „Deliberate Ruminations“ (siehe Kap. 3.5.2.) eine wichtige Rolle beim Wiederaufbau der „Assumptive Worlds“. Im Idealfall entwickeln sich im Laufe der Zeit aus vorherrschenden „Intrusive Ruminations“ vermehrt „Deliberate Ruminations“ (Calhoun et al., 2010). In der Praxis ist jedoch ein gleichzeitiges Koexistieren beider Stile, beziehungsweise eine Oszillation zwischen den beiden wahrscheinlicher (Stroebe & Schut, 1999). So stellen störende Intrusionen wiederholt einen großen Anreiz dar, vermehrt an der Bildung fokussierter und zielgerichteter Gedanken zu arbeiten. Im Zuge dessen nehmen Häufigkeit und störender Einfluss der intrusiven Gedanken durch die Wiederherstellung funktionaler Grundannahmen als „Deliberate Rumination“ ab (Calhoun et al., 2010).

Studien zu Posttraumatischer Reifung haben die Annahme, dass „Deliberate Ruminations“ als starker Prädiktor für Posttraumatische Reifung gilt, gestützt. „Intrusive Ruminations“ sind hingegen nur dann ein Prädiktor für Posttraumatische Reifung, wenn diese zwar kurz nach dem Ereignis, jedoch nicht andauernd, vorherrschen (Taku, Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2008; Taku, Cann, Tedeschi, & Calhoun, 2009). Diese Studien geben Anlass zu der Annahme, dass andauernde „Intrusive Ruminations“ als Indikator für einen gescheiterten Versuch der Wiederherstellung einer adaptiven Weltsicht zu betrachten sind.

Wie im Modell (Abb. 2) dargestellt, können während der Phase kognitiver und emotionaler Auseinandersetzung soziokulturelle Einflüsse die Gedanken in eine konstruktive Richtung lenken und Reifung ermöglichen. Das soziale System der betroffenen Person kann neue Schemata und Ansichten, die wichtig für Posttraumatische Reifung sind, bereitstellen. Dem sozialen System kommt auch bei der emphatischen Unterstützung der Betroffenen bei der Offenbarung ihrer Gefühle und Gedanken über das traumatische Geschehen eine große Bedeutung zu (Cadell, Regehr, & Hemsworth, 2003; Hogan & Schmidt, 2002).

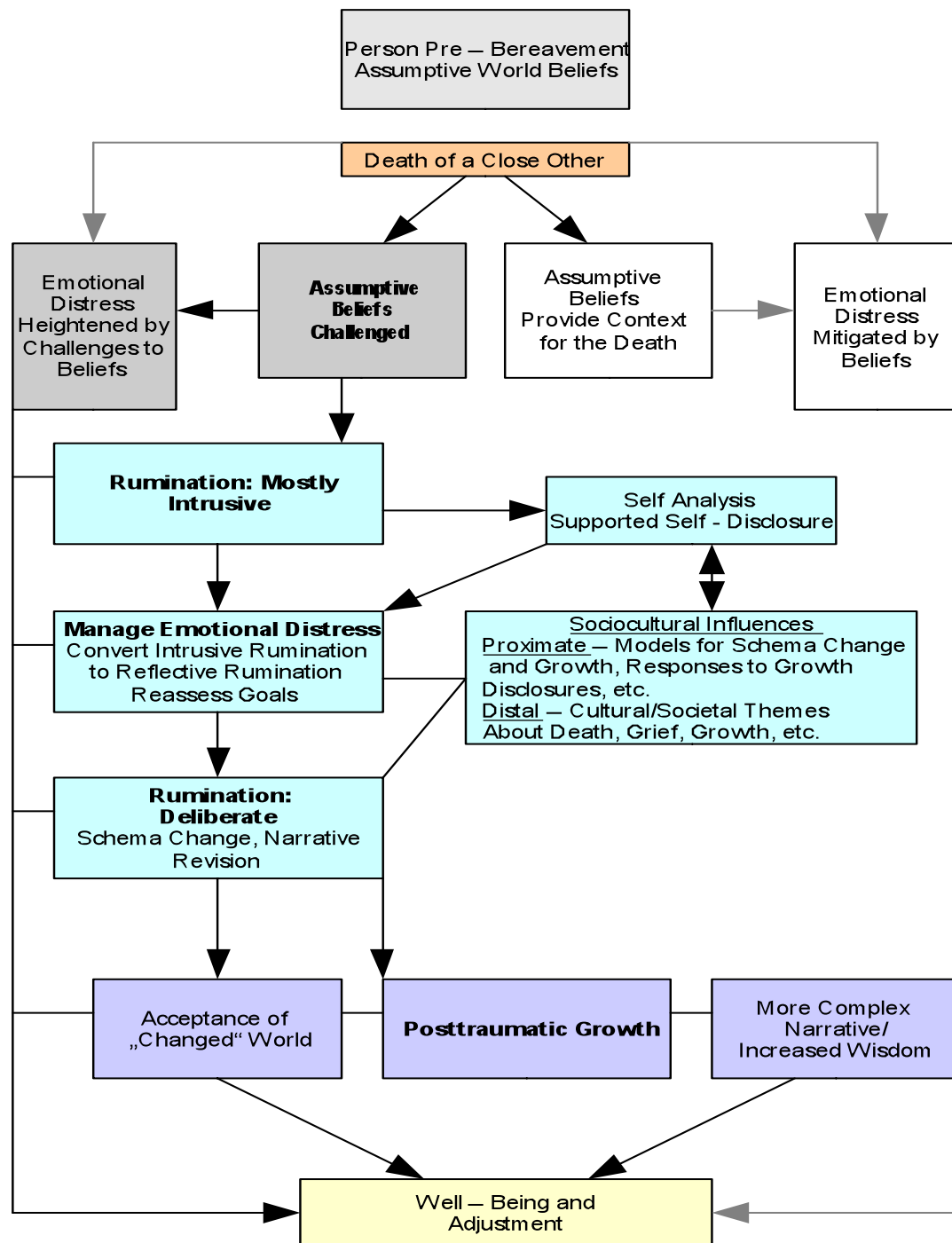


Abb. 2.: Model of Growth in the Context of Grief^c (Calhoun et al., 2010, S. 130)

Schlussendlich führt die gedankliche Auseinandersetzung zu einer Akzeptanz der veränderten Welt und zu Posttraumatischer Reifung. Diese neue Weltsicht steht nicht zwingend mit höherem Wohlbefinden in Zusammenhang. Menschen können sich ihrer eigenen Stärke

bewusst geworden sein, sich Anderen näher fühlen und das Leben neu wertschätzen, aber gleichzeitig akzeptieren, dass die Welt nicht immer kontrollierbar und fair ist und schlechte Dinge nicht immer vermeidbar sind. Daraus wird ersichtlich, dass eine Posttraumatische Reifung mit einer höheren generellen Weisheit bezüglich des Lebens zusammenhängt, nicht jedoch unbedingt dem Fehlen von psychischem Leid entspricht (Calhoun et al., 2010). Umgekehrt ist Posttraumatische Persönliche Reifung auch mehr als die bloße Abwesenheit von Schmerz oder Leid, beziehungsweise die automatische Konsequenz eines bewältigten Leides (Tedeschi & Calhoun, 2004).

6.3. Einflussfaktoren auf die Posttraumatische Reifung

Eine Untersuchung zur Vorhersage von Posttraumatischer Reifung zeigte, dass eine höhere Bedrohung der Grundannahmen über die Welt zwar vermehrt zu Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung führte, aber auch vermehrt zu Posttraumatischer Reifung. Das Ausmaß der Erschütterung der persönlichen Weltsicht durch ein Ereignis, scheint außerdem den Grad der Reifung am besten vorhersagen zu können (Cann, Calhoun, Tedeschi, Kilmer, Gil-Rivas, Vishnevsky, & Danhauer, 2010). Andererseits kann das Scheitern in der Konstruktion einer neuen Weltsicht zu andauernden, hoch belastenden Intrusionen und permanentem Stress und Leid führen (Calhoun et al., 2010).

In Bezug auf Geschlechtsunterschiede haben zwar einige Studien ergeben, dass Frauen vermehrt von Posttraumatischer Reifung berichten (Denson, Marshall, Schell, & Jaycox, 2007; Helgeson et al., 2006), jedoch konnte dies in einer Stichprobe von trauernden Eltern nicht gestützt werden (Polatinsky & Esprey, 2000). Der Einfluss des Geschlechts auf die Posttraumatische Reifung bleibt auch nach einem Review von 39 Studien von Linley und Joseph (2004) bislang unklar.

Nach einer Meta Analyse von Helgeson und Kollegen (2006), ist ein jüngeres Alter mit einem höheren Ausmaß an Posttraumatischer Reifung assoziiert. Umgekehrt scheint auch ein höheres Alter mit einem niedrigeren Grad an Posttraumatischer Persönlicher Reifung einherzugehen (Denson et al., 2007; Helgeson et al., 2006).

Der zeitliche Abstand zum Verlustereignis steht positiv mit der Posttraumatischen Reifung in Zusammenhang. Posttraumatische Persönliche Reifung wird also erst im Laufe der Zeit für Betroffene möglich (Engelkemeyer & Marwit, 2008; Polatinsky & Esprey, 2000).

6.4. Posttraumatische Persönliche Reifung und Art des Traumas

In Abhängigkeit von der Art des erlebten Traumas bestehen Unterschiede in den Bereichen (siehe Kap. 6.1.) der Posttraumatischen Persönlichen Reifung. So zeigten sich in einer Untersuchung von Cann und Kollegen (2010) zwar keine Unterschiede in dem Gesamtausmaß der berichteten Posttraumatischen Reifung, jedoch unterschieden sich trauernde Personen von Personen, die andere Traumata erlebt hatten in den Subskalen des PTGI („Posttraumatic Growth Inventory“ Tedeschi & Calhoun, 1996). Menschen, die vom Tod einer nahestehenden Person betroffen waren, zeigten mehr Reifung in den Bereichen „Beziehung zu Anderen“, „Wertschätzung des Lebens“ und „Spirituelle Veränderungen“. Sie berichteten aber weniger häufig von Reifung in den Bereichen „Persönliche Stärke“ und „Neue Möglichkeiten“.

6.5. Posttraumatische Persönliche Reifung im Zusammenhang mit Sinn – Rekonstruktion

In Bezug auf den Zusammenhang mit der Sinn – Rekonstruktion zeigte eine Studie von Engelkemeyer und Marwit (2008), dass, ähnlich wie für „Benefit – finding“ (siehe Kap. 5.1.3. und 5.2.), der Selbstwert einer Person ein guter Prädiktor für die Posttraumatische Persönliche Reifung ist. Außerdem sind die in den Modellen beschriebenen Entstehungsbedingungen für Sinn – Rekonstruktion und Posttraumatische Reifung in einem wesentlichen Punkt ähnlich: Beide postulieren bedrohte Grundannahmen, einmal als „Meaning Structures“ (Abb. 1) und einmal als „Assumptive Beliefs“ (Abb. 2) konzeptualisiert, als Grundvoraussetzung für die Auseinandersetzung mit dem bestehenden Weltbild.

In Studien zeigte sich allerdings ein uneindeutiges Bild des Zusammenhangs zwischen Posttraumatischer Reifung und Sinn – Rekonstruktion: Annahmen über die Sinnhaftigkeit des Lebens (Teil der Sinn – Rekonstruktion) waren nicht mit der Posttraumatischen Reifung korreliert. Spiritualität und die Fähigkeit, auch Positives aus dem Umgang mit dem Todesfall zu ziehen (Teil der Sinn – Rekonstruktion), standen in Zusammengang mit Posttraumatischer Reifung (Engelkemeyer & Marwit, 2008; Cadell et al., 2003; Hogan & Schmidt, 2002). Der Zusammenhang zwischen der Sinn – Rekonstruktion und der Posttraumatischen Persönlichen Reifung ist also derzeit unklar.

Es gilt außerdem zu bedenken, dass die gedankliche Auseinandersetzung mit dem bedrohten persönlichen Weltbild nicht automatisch zu neuen „Meaning Structures“ (siehe Abb. 1) oder Posttraumatischer Reifung (siehe Abb. 2) führt, sondern auch das Risiko der Entwicklung einer Komplizierten Trauerreaktion in sich birgt (Calhoun et al., 2010).

7. Komplizierte Trauer

„Trauer ist keine Krankheit, sondern eine Fähigkeit“

Studienteilnehmer

7.1. Begriff

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „Komplizierte Trauer“ verwendet. In der englischsprachigen Literatur werden neben „Complicated Grief“ (Horowitz, Siegel, Holen, Bonanno, Milbrath, & Stinson, 1997) auch häufig die Begriffe „Traumatic Grief“, „Pathological Grief“, oder auch „Prolonged Grief Disorder“ zur Beschreibung pathologischer Trauerzustände herangezogen (Horowitz, Bonanno, & Holen, 1993; Prigerson, Horowitz, Jacobs, Parkes, Aslan, Goodkin et al., 2009; Prigerson, Shear, Jacobs, Reynolds, Maciejewski, Davidson et al., 1999).

7.2. Unterscheidung zwischen einfacher und komplizierter Trauer

Zunächst ist Trauer ein natürlicher Gefühlszustand, den jeder Mensch im Laufe seines Lebens erfährt und keine Krankheit. Die Konfrontation mit dem Verlust einer nahestehenden Person kann jedoch die Anpassungsfähigkeiten einer Person überlasten. Das birgt das Risiko einer Komplizierung der Trauerreaktion und damit der andauernden Beeinträchtigung des psychischen, emotionalen und physischen Befindens (Prigerson et al., 2009). Diese Entwicklung unterscheidet sich nach Znoj (2004) in folgenden Bereichen von der einfachen Trauerreaktion.

Tab. 1.: Unterscheidung zwischen einfacher und komplizierter Trauerreaktion (Znoj, 2004, S. 11)

	Einfache Trauerreaktion	Komplizierte Trauerreaktion
Verlauf	Allmähliche Anpassung an die neue Realität, vergleichsweise abnehmende Intensität der gefühlten Trauer. Anpassung an neue Wirklichkeit ohne die verstorbene Person gelingt.	Starke, impulsive emotionale Reaktionen wie Wut, Schuldgefühle und Angst. Manchmal verzögerte Trauerreaktion. Keine kontinuierliche Abnahme der Trauerintensität. Die Trauer wird oft nicht als Traurigkeit erlebt. Anpassung an neue Wirklichkeit gelingt nicht.

Symptomatik	Trauerreaktion mit Rückzug und häufigem Weinen. Der Ausdruck der Trauerreaktion ist stark von kulturellen Normen geprägt.	Selbstschädigendes Verhalten, Panikattacken, depressive Reaktion, exzessive Reizbarkeit, anhaltende und häufige Intrusionen, Gefühl innerlicher Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit.
Gesundheit	Langfristig keine gesundheitlichen Folgen	Schlaf- und Essstörungen, erhöhte Anfälligkeit für Infektionskrankheiten
Soziale Folgen	Kurzfristig Rückzug aus dem gewohnten sozialen Umfeld, langfristig keine negativen Folgen	Vernachlässigung des sozialen Netzes, Einbußen im Bereich des beruflichen Funktionierens, Vereinsamung.

7.3. „Komplizierte Trauer“ und die klinischen Klassifikationssysteme ICD und DSM

Die Tabelle 1 verdeutlicht den Grad der psychischen Belastung, die eine Komplizierte Trauerreaktion darstellt und erklärt somit die klinische Aufmerksamkeit, die diesem Thema derzeit gewidmet wird. Um adäquate Hilfestellungen für vulnerable und betroffene Personen anbieten zu können, sind die Definition und empirische Untersuchung diagnostischer Kriterien ein unablässiger erster Schritt.

Eine Implementierung diagnostischer Kriterien in das Klassifikationssystem DSM – IV erfordert das Vorhandensein eines „signifikanten behavioralen oder psychologischen Syndroms oder Musters, das mit Leid oder Beeinträchtigungen in Zusammenhang steht“ (Prigerson et al., 2009). Obwohl sich ein Teil der Trauernden ebendiesen Beeinträchtigungen ausgesetzt fühlt, exkludiert das DSM – IV maladaptive Trauer als eigenständiges Störungsbild. Derzeit ist maladaptive Trauer im DSM – IV lediglich als „V“ Code klassifiziert. Ein „V“ Code ist ein „anderer Zustand, der Fokus klinischer Aufmerksamkeit werden kann“ (Prigerson et al., 2009). Im ICD – 10 wird dies ähnlich gehandhabt.

Empirische Ergebnisse sprechen aber für die Anerkennung von Komplizierter Trauer als Phänomen, das klinischer Aufmerksamkeit bedarf. Denn Studien haben gezeigt, dass Symptome, die auf eine komplizierte oder verlängerte Trauer hindeuten, von Symptomen unkomplizierter Trauer unterscheidbar sind (Boelen & van den Bout, 2008; Holland, Neimeyer, Boelen, & Prigerson, 2009). Außerdem sind Symptome komplizierter Trauer mit signifikanten Beeinträchtigungen einhergehend (Boelen & van den Bout, 2008; Holland et al., 2009; Horowitz, Siegel, Holen, Bonanno, Milbrath, & Stinson, 1997).

Aus diesen Gründen haben Prigerson und Kollegen (2009) Kriterien für die „Prolonged Grief Disorder“, als Vorschlag für eine DSM – V- und ICD – 11- Inklusion, validiert.

7.4. „Prolonged Grief Disorder“

„Prolonged Grief Disorder“ nach Prigerson und Kollegen (2009), als Diagnosevorschlag für DSM-V und ICD-11, ist die derzeit aktuellste Kriteriendefinition für pathologische Trauerzustände. Der Diagnosevorschlag beinhaltet Trennungsschmerzen und Symptombilder auf kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Ebene. Darüber hinaus wird als Zeitkriterium eine andauernde Symptomatik von zumindest sechs Monaten festgesetzt, die den Betroffenen klinisch relevant beeinträchtigen und von anderen Krankheitsbildern, wie der Major Depression, abgrenzbar sind. Studienergebnisse von Prigerson und Kollegen (2009) stützten die psychometrische Validität der Kriterien (Prigerson et al., 2009).

Tab. 2.: Kriterien für „Prolonged Grief Disorder“ (Prigerson et al., 2009, S. 9)

Kategorie	Definition
A.	Ereigniskriterium: Tod einer nahestehenden Person
B.	Trennungsschmerz: Die trauernde Person erlebt täglich oder in beeinträchtigendem Ausmaß Sehnsucht und starkes Verlangen nach dem Verstorbenen sowie körperliches und emotionales Leiden durch den unerfüllten Wunsch nach dem Wiedersehen mit dem Verstorbenen.
C.	Kognitive, emotionale oder verhaltensbezogene Symptomatik: Die Person muss mindestens fünf der folgenden Symptome täglich oder in einem beeinträchtigenden Ausmaß erleben. • Verwirrtheit über die eigene Rolle im Leben oder verminderte Selbstwahrnehmung. Das Gefühl als ob ein Teil von sich selbst gestorben wäre. • Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren. • Vermeidung von Erinnerungen an den Verlust. • Unvermögen, seit dem Verlust anderen zu vertrauen.

- Bitterkeit oder Wut (bezogen auf den Verlust).
- Schwierigkeiten, mit dem Leben weiterzumachen (z.B. neue Freundschaften schließen, Interessen nachgehen).
- Emotionale Taubheit seit dem Verlust.
- Gefühl, dass das Leben seit dem Verlust nicht erfüllend, leer und bedeutungslos ist.
- Gefühl der Fassungslosigkeit, Verwirrtheit und des Schocks seit dem Verlust.

D. Zeitkriterium: Eine Diagnose sollte nicht vor sechs Monaten nach dem Verlust gestellt werden.

E. Beeinträchtigung: Die Störung verursacht klinisch relevante Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

F. Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen: Die Störung kann nicht besser durch die Diagnose einer Major Depression, einer generellen Angststörung oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung erklärt werden.

7.5. Abgrenzung der Komplizierten Trauer

Aufgrund der inhaltlichen Ähnlichkeit der Symptomatik mit anderen Störungsbildern, vor allem der Major Depression („Major Depression“ MD) und der Posttraumatischen Belastungsstörung („Posttraumatic Stress Disorder“ PTSD), werden in den folgenden Kapiteln einige Abgrenzungshinweise gegeben.

7.5.1. Depression

Zur Abgrenzung der Komplizierten Trauer von der Depression lässt sich der Blick auf die Qualität des emotionalen Erlebens richten. Während die Depression oft gänzlich des emotionalen Empfindens beraubt und den Affekt verflacht, ist das Gefühlserleben in der Komplizierten Trauer von hoher Intensität. Die bildlichen Intrusionen sind häufig von einer

Überschwemmung mit schmerzhaften Gefühlen begleitet. Weiters sind die auch in der Major Depression vorherrschenden Gedanken der Sinn- und Hoffnungslosigkeit oder der Schuldhaftigkeit bei der Komplizierten Trauer vor allem durch den Bezug zur verstorbenen Person unterscheidbar (Znoj, 2004). Die Abgrenzung der Komplizierten Trauer von der Major Depression wird auch durch einen Review – Artikel von Lichtenthal, Cruess und Prigerson (2004) gestützt.

7.5.2. Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Trotz der Ähnlichkeit der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung und der Komplizierten Trauer (z.B. Intrusionen und Vermeidungsverhalten) lässt sich auch hier eine Abgrenzung aufzeigen. So ist die Integration des traumatischen Verlusterlebnisses häufig weniger problematisch als bei Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Znoj, 2004). Differenzen bestehen auch in der Qualität der ähnlichen Symptome. So beinhalten Intrusionen bei PTSD negative und stressende Erinnerungen an das traumatische Ereignis, während die Intrusionen von Personen mit Komplizierter Trauer auch als angenehm und beruhigend empfunden werden können (Horowitz, Bonanno, & Holen, 1993). Auch empirische Untersuchungen stützen die Abgrenzung der Komplizierten Trauer von der Posttraumatischen Belastungsstörung (Bonanno, Neria, Mancini, Coifman, Litz, & Insel, 2007).

Es kann jedoch, aufgrund hoher Komorbiditätsraten zwischen komplizierter Trauer und PTSD (30% - 50% nach Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005), davon ausgegangen werden, dass vor allem die Todesumstände, die als „man-made“ – Katastrophen eingestuft werden, wie Tod durch Mord, zu einer PTSD ähnlichen Symptomatik führen können (Znoj, 2004).

7.6. Entstehung der Komplizierten Trauer

Aufbauend auf dem Modell der Komplizierten Trauer nach Prigerson und Jacobs (2001) stellen die Autoren Boelen, van den Hout und van den Bout (2006) ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Konzept der Entstehung der Komplizierten Trauer dar. Dieses Modell legt den Schwerpunkt auf drei Prozesse, welche sowohl für die Symptome der Komplizierten Trauer als auch für deren Dauerhaftigkeit verantwortlich sind:

- Unvermögen, den Verlust in das autobiografische Gedächtnis zu integrieren

- negative Annahmen und Missinterpretationen von Trauerreaktionen
- Vermeidung trauerbezogener Stimuli (Boelen et al., 2006)

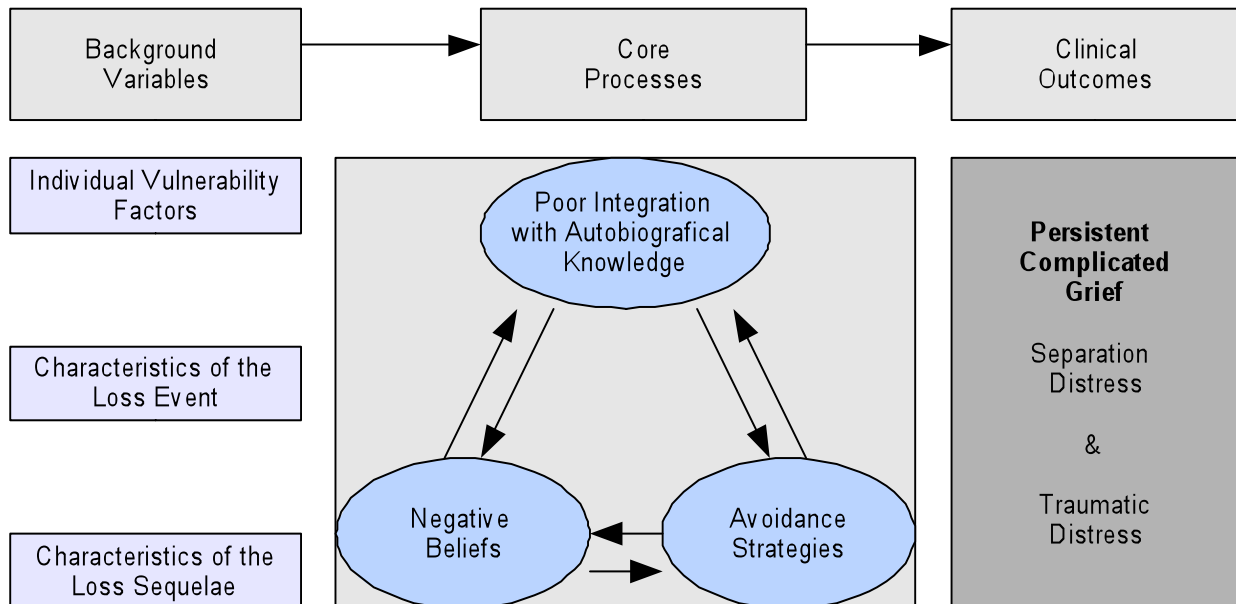


Abb. 3.: A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. (Boelen et al., 2006, S. 111)

7.6.1. Gescheiterte Integration des Verlusts

Für Personen mit Komplizierter Trauersymptomatik hat der Verlust die subjektive Qualität eines unwirklichen Ereignisses. Die Erinnerungen an die verstorbene Person werden häufig durch verschiedene Stimuli und Situationen getriggert. Diese intrusiven Erinnerungen machen den Verlust jedoch nicht realer, sondern versetzen Betroffene kontinuierlich in einen Schockzustand. Der verlorene Realitätsbezug hinsichtlich des Verlustes und der daraus resultierende Glaube, die Trennung sei nur temporär, äußert sich häufig in einem Suchverhalten (Boelen et al., 2006).

Laut Neimeyer (2004) gewährleistet narratives Verarbeiten, also die Integration schmerzhafter Erfahrungen in eine existierende „Self – Narrative“, eine gelungene integrative Verarbeitung. Diese „Self – Narrative“ besteht aus Erfahrungen und Erlebnissen einer Person und ist somit Grundlage unseres Selbstverständnisses, unserer Emotionen und unserer sozialen Performanz. Gelingt die Integration der Erfahrungen, entsteht ein Sinn für Kohärenz und somit ein Vertrauen in eigene Ressourcen zur Bewältigung des Lebens und in die Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit von Ereignissen (Antonovsky, 1997). Kohärenz gilt auch

als Basis für Posttraumatische Persönliche Reifung (Calhoun & Tedeschi, 2008).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass eine gescheiterte Integration des Verlustes in das autobiografische Gedächtnis für die Symptome der Taubheit, des Gefühls der Unwirklichkeit und für die andauernde Intensität der Trennungsschmerzen verantwortlich ist (Neimeyer, 2006).

7.6.2. Negative globale Annahmen und Missinterpretation

Von Komplizierter Trauer betroffene Personen entwickeln häufig negative globale Annahmen und Missinterpretation von Trauerreaktionen, die einerseits direkt Symptome von Komplizierter Trauer erzeugen, aber auch das Vermeidungsverhalten verstärken und die Integration in das autobiografische Gedächtnis behindern (Boelen et al., 2006).

7.6.2.1. Negative globale Annahmen

Neue „Meaning – Structures“ oder „Assumptive World Beliefs“, die den Verlust des Kindes miteinbeziehen, können wie beschrieben zu Posttraumatischer Reifung und zu vermindertem Leid führen. Probleme entstehen jedoch, wenn die globalen Annahmen in eine negative Richtung neu konstruiert werden, um sie an das Verlusterlebnis anzupassen. Globale negative Annahmen wie der Glaube, dass „das Selbst wertlos“, „das Leben sinnlos“ und „die Zukunft hoffnungslos“ seien, verhindern positive Anpassung (Boelen, van den Bout, & van den Hout, 2003).

7.6.2.2. Katastrophale Missinterpretationen der Trauerreaktionen

Wenn Trauernde ihren emotionalen Schmerz als intolerabel wahrnehmen und als ein Signal für drohenden Kontrollverlust oder als Ausdruck von Verrücktheit deuten, ist der Versuch, die Gefühle und Gedanken über den Verlust zu vermeiden, häufig die Folge. Über die Wirkung dieses Vermeidungsverhaltens wird in Kapitel 7.6.3. noch genauer eingegangen. Negative globale Annahmen und Missinterpretationen sind jedoch kognitive Konzepte, die therapeutisch zugänglich und daher auch einfacher zu ändern sind, als die Schwierigkeiten bei der Integration des Verlustes selbst (Boelen et al., 2006).

7.6.2.3. Andere Glaubenssätze und Interpretationen

Andere negative Interpretationen, wie der Glaube an die eigene Schuldhaftigkeit, können ebenfalls emotionale Probleme verursachen (Field & Bonnano, 2001).

7.6.3. Vermeidungsstrategien

7.6.3.1. Ängstliche Vermeidungsstrategien

Ängstliches Vermeiden tritt auf, wenn der Trauernde denkt, dass eine Konfrontation mit der Realität zu Verrücktheit, Kontrollverlust oder anderen negativen Konsequenzen führen kann. Dies kann zu einer Vermeidung von Menschen, Situationen oder von Objekten, die mit dem Verlust in Verbindung stehen, führen. Aber auch kognitive Strategien, wie die Unterdrückung schmerzvoller Gedanken oder wiederholtes Grübeln über eigene Reaktionen oder Gründe, warum der Verlust stattfand, können einen Versuch darstellen, vor der schmerzhaften Realität zu flüchten. Auch der Versuch eine starke Bindung mit dem Verstorbenen zu erhalten, kann eine Vermeidung der Realität sein, sofern dies aus Angst vor Konfrontation geschieht. Die ängstliche Vermeidung kann die Symptome der emotionalen Taubheit, oder ein Fehlen emotionaler Ansprechbarkeit hervorrufen. Aber auch Beziehungsabbruch mit Anderen ist oft eine Folge ängstlicher Vermeidung (Boelen et al., 2006).

7.6.3.2. Depressive Vermeidungsstrategien

Depressive Vermeidung äußert sich in Inaktivität und Rückzug von sozialen und beruflichen Aktivitäten. Diese können jedoch positive Verstärkung bieten, sofern sie auch vor dem Verlust wichtig waren. Starken Sehnsuchtsgefühlen und dem Gefühl der Zwecklosigkeit bei dem Gedanken an die Zukunft kann somit nichts entgegengesetzt werden. Die Vermeidung blockiert also den Zugang zu Erfahrungen, die gegen globale negative Annahmen über das Selbst und die Welt sprechen (Boelen et al., 2006).

7.7. Komplizierte Trauer im Zusammenhang mit Sinn – Rekonstruktion

Empirische Ergebnisse zeigen, dass das Unvermögen in einem Ereignis einen Sinn, in existenzieller, spiritueller, praktischer oder persönlicher Hinsicht zu sehen, mit Komplizierter

Trauer und Stresszuständen in Zusammenhang steht (Bonnano et al., 2004; Davis et al., 1998; Keesee, Currier, & Neimeyer, 2008; Lichtenthal et al., 2010). Umgekehrt zeigte eine Untersuchung von Currier, Holland und Neimeyer (2006), dass bei 1056 trauernden Collegestudenten positive Sinn – Rekonstruktion in negativem Zusammenhang mit Komplizierter Trauer stand.

Die Studie von Rogers, Floyd, Mailick, Seltzer, Greenberg und Hong (2008) verweist auf den Zusammenhang zwischen dem Gefühl eines Lebenssinns und einer Linderung des Trauerschmerzes. Im Vergleich von Eltern, die ihr Kind durch einen gewaltsamen Tod verloren haben (Mord, Suizid, Unfall), mit Eltern, die ihr Kind durch einen natürlichen Tod verloren haben, zeigte sich, dass der Grad des „Sense – making“ die beiden Gruppen charakterisierte. Durch einen gewaltsamen Tod verwaiste Eltern konnten sich den Tod ihrer Kinder weniger erklärbar und verstehbar machen.

II EMPIRISCHER TEIL

8. Fragestellungen und Hypothesen

Basierend auf dem dargestellten theoretischen Hintergrund ist das Ziel dieser Arbeit die Untersuchung der Sinn – Rekonstruktionsprozesse „Sense – making“ und „Benefit – finding“ an einer Stichprobe trauernder Eltern. Von Interesse ist einerseits die differenzierte Beschreibung der genannten Konstrukte und andererseits die Feststellung von Zusammenhängen der Sinn – Rekonstruktionsprozesse mit der „Komplizierten Trauer“ und der „Posttraumatischen Persönlichen Reifung“. Zudem sollen Einflussfaktoren auf den Trauerprozess untersucht werden:

- Personenbezogene Einflussfaktoren: Alter und Geschlecht
- Ereignisbezogene Einflussfaktoren: Todesursache, Vorhersehbarkeit
- Auch der zeitliche Abstand zum Tod ist im Zusammenhang mit der „Komplizierten Trauer“ und der „Posttraumatischen Persönlichen Reifung“ von Interesse.

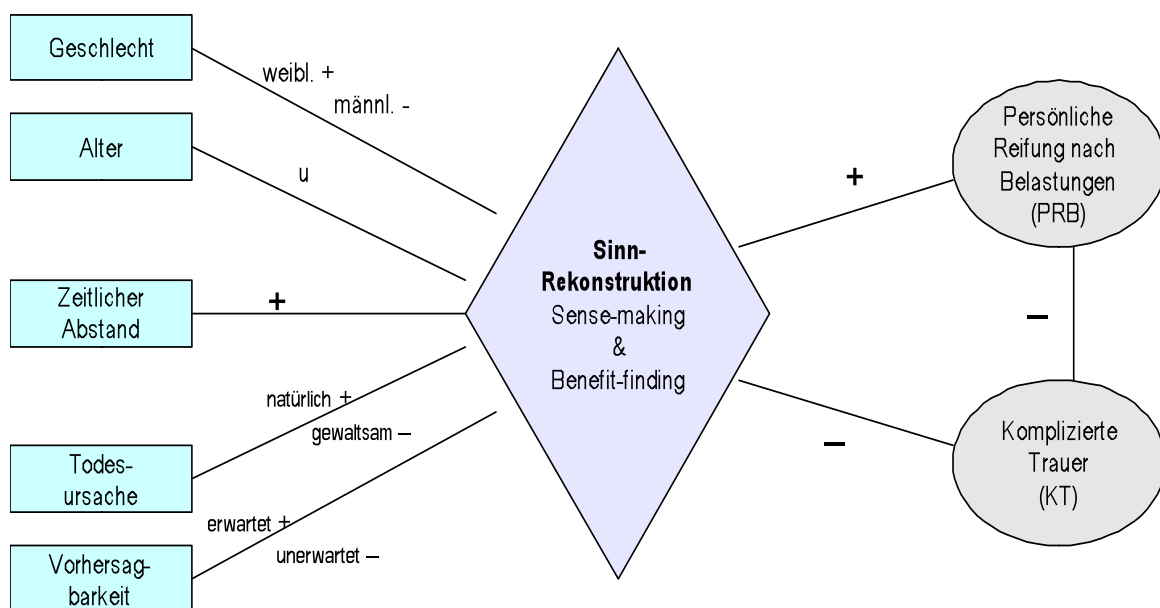


Abb. 4.: Erwartete Zusammenhänge zwischen den Konstrukten und Einflussfaktoren

8.1. Fragestellung 1

Wie ist die Qualität der Sinn – Rekonstruktionsprozesse „Sense – making“ und „Benefit – finding“?

8.2. Fragestellung 2

Wie ist der Zusammenhang zwischen den Sinn – Rekonstruktionsprozessen und den Konstrukten „Posttraumatische Persönliche Reifung“ und „Komplizierte Trauer“?

8.2.1. Hypothesen zur Fragestellung 2

H0: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen den Sinn – Rekonstruktionsprozessen und dem Konstrukt „Posttraumatische Persönliche Reifung“.

H1: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen den Sinn – Rekonstruktionsprozessen und dem Konstrukt „Posttraumatische Persönliche Reifung“.

H0: Es besteht kein negativer Zusammenhang zwischen den Sinn – Rekonstruktionsprozessen und dem Konstrukt „Komplizierte Trauer“.

H1: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen den Sinn – Rekonstruktionsprozessen und dem Konstrukt „Komplizierte Trauer“.

8.3. Fragestellung 3

Wie ist der Zusammenhang zwischen personenbezogenen Einflussfaktoren und der „Persönlichen Reifung durch Belastungen“ sowie der „Komplizierten Trauer“ und wie wirken die Sinn-Rekonstruktionsprozesse auf diese Zusammenhänge? Personenbezogene Einflussfaktoren: Alter und Geschlecht (weiblich vs. männlich) des Trauernden.

8.3.1. Hypothesen zur Fragestellung 3

H0: Männer und Frauen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Konstrukts „Posttraumatische Persönliche Reifung“.

H1: Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich des Konstrukts Posttraumatische

Persönliche Reifung“.

H0: Frauen weisen kein höheres Risiko für „Komplizierte Trauer“ auf.

H1: Frauen weisen ein höheres Risiko für „Komplizierte Trauer“ auf.

H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alter des Trauernden und dem Konstrukt „Posttraumatische Persönliche Reifung“.

H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter des Trauernden und dem Konstrukt „Posttraumatische Persönliche Reifung“.

H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alter des Trauernden und dem Konstrukt „Komplizierte Trauer“.

H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter des Trauernden und dem Konstrukt „Komplizierte Trauer“.

H0: Die Sinn-Rekonstruktionsprozesse wirken nicht auf die Zusammenhänge zwischen den personenbezogenen Einflussfaktoren (Alter und Geschlecht) und der „Persönlichen Reifung durch Belastungen“ sowie der „Komplizierten Trauer“.

H1: Die Sinn-Rekonstruktionsprozesse wirken auf die Zusammenhänge zwischen den personenbezogenen Einflussfaktoren (Alter und Geschlecht) und der „Persönlichen Reifung durch Belastungen“ sowie der „Komplizierten Trauer“.

8.4. Fragestellung 4

Wie ist der Zusammenhang zwischen ereignisbezogenen Einflussfaktoren und der „Persönlichen Reifung durch Belastungen“ sowie der „Komplizierten Trauer“ und wie wirken die Sinn-Rekonstruktionsprozesse auf diese Zusammenhänge? Ereignisbezogene Einflussfaktoren: Todesursache (traumatisch vs. nicht traumatisch) und Vorhersehbarkeit (vorhersehbar vs. nicht vorhersehbar).

8.4.1. Hypothesen zur Fragestellung 4

H0: Traumatische Todesursachen gehen nicht mit geringerer „Persönlicher Reifung durch Belastungen“ einher.

H1: Traumatische Todesursachen gehen mit geringerer „Persönlicher Reifung durch Belastungen“ einher.

H0: Traumatische Todesursachen gehen nicht mit höherer „Komplizierter Trauer“ einher.

H1: Traumatische Todesursachen gehen mit höherer „Komplizierter Trauer“ einher.

H0: Unvorhersehbare Todesfälle gehen nicht mit geringerer „Posttraumatischer Persönlicher Reifung“ einher.

H1: Unvorhersehbare Todesfälle gehen mit geringerer „Posttraumatischer Persönlicher Reifung“ einher.

H0: Unvorhersehbare Todesfälle gehen nicht mit höherer „Komplizierter Trauer“ einher.

H1: Unvorhersehbare Todesfälle gehen mit höherer „Komplizierter Trauer“ einher.

H0: Die Sinn-Rekonstruktionsprozesse wirken nicht auf die Zusammenhänge zwischen den ereignisbezogenen Einflussfaktoren (Todesursache und Vorhersehbarkeit) und der „Persönlichen Reifung durch Belastungen“ sowie der „Komplizierten Trauer“.

H1: Die Sinn-Rekonstruktionsprozesse wirken auf die Zusammenhänge zwischen den ereignisbezogenen Einflussfaktoren (Todesursache und Vorhersehbarkeit) und der „Persönlichen Reifung durch Belastungen“ sowie der „Komplizierten Trauer“.

8.5. Fragestellung 5

Wie ist der Zusammenhang zwischen dem zeitlichen Abstand zum Verlustereignis der „Persönlichen Reifung durch Belastungen“ und der „Komplizierten Trauer“ und wie wirken die Sinn-Rekonstruktionsprozesse auf diese Zusammenhänge?

8.5.1. Hypothesen zur Fragestellung 5

H0: Ein kürzerer zeitlichlicher Abstand zum Todesereignis geht nicht mit geringerer „Posttraumatischer Persönlicher Reifung“ einher.

H1: Ein kürzerer zeitlichlicher Abstand zum Todesereignis geht mit geringerer „Posttraumatischer Persönlicher Reifung“ einher.

H0: Ein kürzerer zeitlicher Abstand zum Todesereignis geht nicht mit höherer „Komplizierter Trauer“ einher.

H1: Ein kürzerer zeitlicher Abstand zum Todesereignis geht mit höherer „Komplizierter Trauer“ einher.

H0: Die Sinn-Rekonstruktionsprozesse wirken nicht auf die Zusammenhänge zwischen dem zeitlichen Abstand zum Todesereignis und der „Persönlichen Reifung durch Belastungen“ sowie der „Komplizierten Trauer“.

H1: Die Sinn-Rekonstruktionsprozesse wirken auf die Zusammenhänge zwischen dem zeitlichen Abstand zum Todesereignis und der „Persönlichen Reifung durch Belastungen“ sowie der „Komplizierten Trauer“.

9. Methode

Die beschriebenen Fragestellungen und Hypothesen wurden mittels folgendem methodischen Vorgehens untersucht:

9.1. Durchführung

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittsanalyse trauernder Eltern, die im Zeitraum von August bis November 2011 im Raum Wien und Salzburg durchgeführt wurde.

9.1.1. Ethische Aspekte

Der gesamte Untersuchungsablauf orientierte sich streng an ethischen Richtlinien. Dyregrov (2004) veröffentlichte im Rahmen einer Studie über die Erfahrung trauernder Eltern bei der Teilnahme an wissenschaftlichen Studien Ratschläge von betroffenen Eltern für Forscher. Diese decken sich mit den Ethikrichtlinien von Hynson, Aroni und Sawyer (2006) und beinhalten folgende Gesichtspunkte:

- Erste Kontaktaufnahme durch einen Brief
- Gründliche, schriftliche Information der Eltern vor der Teilnahme
- Die Teilnehmer selbst bestimmen das Setting (wo und wann die Untersuchung stattfindet)
- Respektvolles Zuhören seitens des Interviewers
- Ausreichend Zeit und Ruhe für das Interview einplanen
- Geschulte Interviewer mit professionellem Wissen über den Trauerprozess
- Empathie und Vorsicht bei der Interviewdurchführung
- Raum für Fragen oder Reflexionen bieten
- Angebote für weitere Gespräche nach der Untersuchung oder Kontaktvermittlung zur professionellen Nachbetreuung. (Es wurde stattdessen im „Informed Consent“ darauf hingewiesen, dass mir eine professionelle Nachbetreuung nicht möglich sein wird. Auszug „Informed Consent“: *„Sollten Sie daher nach der Studienteilnahme Unterstützung benötigen, ist es für Sie wichtig, zu wissen, an wen Sie sich wenden können, da es mir als Studentin nicht möglich ist, adäquate Hilfestellungen zu*

leisten.“).

- Mitteilung der Studienergebnisse auf Wunsch

9.1.2. Rekrutierung

In Anlehnung an berichtete ethische Vorgaben, wurde ein Brief an betroffene Eltern verfasst. Dieser beinhaltete eine detaillierte Beschreibung der Studie und forderte die betroffenen Eltern auf, sich bei Interesse zu melden und/oder den Brief an bekannte Betroffene weiterzusenden. Dieser Brief wurde an verschiedene Trauergruppen und Initiativen (Selbsthilfegruppen, Hospizbewegungen), Krankenhäuser, und an Therapeuten in freier Praxis, mit Kontakteintrag auf psyonline.at, gesendet. Angestrebt wurde eine Stichprobe von mindestens N = 30 Personen, da ab dieser Größe die Stichprobe als repräsentativ angesehen werden kann (Bortz & Döring, 2005).

9.1.3. Inklusionskriterien

Die Untersuchung umfasste folgende Inklusionskriterien:

- Der Tod des Kindes musste bereits mindestens ein Jahr vergangen sein.

Die Wahl dieses Kriteriums gründete auf Untersuchungen zum Zeitverlauf der interessierenden Konstrukte. So zeigte eine Untersuchung zur Sinn-Rekonstruktion von Murphy und Kollegen (2003b), dass sich Betroffene im Zeitraum von 6 bis 12 Monaten mit „Sense – making“ beschäftigen und nach 12 bis 60 Monaten mit „Benefit – finding“ (siehe auch Kap. 5.2.). Was die Entstehung von Persönlicher Reifung betrifft, haben Studien ergeben, dass Intrusionen kurz nach dem traumatischen Ereignis, aber nicht andauernd sowie bestehende bewusste gedankliche Auseinandersetzung vorhersagekräftig für „Posttraumatische Persönliche Reifung“ sind (Taku et al., 2008; Taku et al., 2009; siehe auch Kap. 6.2.). Dies wird auch dem Zeitverlauf der Komplizierten Trauer gerecht, die laut Prigerson und Kollegen (2009) erst ab 6 Monaten nach dem Todesereignis diagnostizierbar ist (siehe auch Kap. 7.4.).

- Das Kind starb nicht schon während der Schwangerschaft oder der Geburt.

Aus Gesprächen mit betroffenen Eltern im Vorfeld der Untersuchung wurde klar, dass sich die Trauer um ein ungeborenes oder ein im Verlauf der Geburt sterbendes Kind hinsichtlich der gesellschaftlichen Anerkennung des resultierenden Schmerzes von der Trauer um ein

Kind, welches das Licht der Welt erblicken konnte, unterscheidet. Aus diesen Überlegungen ergab sich das zweite Inklusionskriterium.

9.1.4. Beschreibung der Stichprobe

Auf beschriebenen Wegen gelang es, 31 betroffene Eltern zur Studienteilnahme zu gewinnen. Davon entschieden sich zwei Teilnehmer dafür, das normalerweise mündlich geführte Interview schriftlich zu beantworten und es in Briefform zu übermitteln. Von diesen zwei Datensätzen wurde einer aus der Analyse ausgeschlossen, da dieser in Bezug auf die Ausführlichkeit der Antworten nicht den anderen Interviews entsprach. Eine weitere Person wurde im Box-Plot Diagram als Ausreißer identifiziert und daher aus der Hypothesenprüfung ausgeschlossen.

9.2. Instrumente

9.2.1. Fragebogen zu soziodemografischen Daten und Fragen zum Verlustereignis

Für die deskriptive Stichprobenanalyse wurden soziodemografische Variablen erhoben. Dazu zählten: Alter, Geburtsdatum, Geschlecht, höchste abgeschlossene Ausbildung, Beruf, Familienstand, Lebensumstände;

Außerdem wurden Fragen über das Verlustereignis gestellt. Diese betrafen die Ursache und die subjektive Vorhersehbarkeit des Todes. Weiters wurde um Angabe des zeitlichen Abstandes zum Tod des Kindes und zum Alter des Kindes zum Todeszeitpunkt ersucht. Es wurde außerdem gefragt, ob die Teilnehmer noch andere Kinder hätten. Die letzte Frage bezog sich darauf, ob in Zusammenhang mit dem Verlust psychologische oder psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen wurde.

9.2.2. Strukturiertes Leitfadeninterview

Zur Erhebung der Sinn – Rekonstruktionsprozesse „Sense – making“ und „Benefit – finding“ wurde in Anlehnung an die Definition dieser Konstrukte nach Davis und Kollegen (1998) ein strukturiertes Leitfadeninterview entwickelt. Bezüglich der Formulierung der Fragen wurde mit betroffenen Eltern und einer im beruflichen Rahmen mit trauernden Eltern tätigen Person des Vereins „Kinderhospiz Netz“ Rücksprache gehalten.

Daraus entstanden folgende drei Fragen zur Erhebung des „Sense – Making“ Prozesses:

- *Können/Konnten Sie sich den Tod Ihres Kindes erklärbar/verstehbar machen?*
- *Hat der Tod Ihres Kindes für Sie die Frage nach dem Sinn des Lebens aufgeworfen?*
- *Hat sich Ihre Sichtweise über die Welt/Ihr Weltbild/Weltverständnis durch den Tod Ihres Kindes geändert?*

„Benefit – Finding“ wurde mit folgenden drei Fragen erhoben:

- *Welche Bedeutung hat der Tod Ihres Kindes für Sie und für Ihr Leben?*
- *Hat sich das, was Sie als Ihr Lebensziel oder den Zweck des Lebens bezeichnen würden durch den Tod Ihres Kindes geändert?*
- *Glauben Sie, dass Menschen aus dem Umgang mit schmerzhaften Verlusterfahrungen auch etwas Positives für sich ziehen können? Wie ist das bei Ihnen persönlich?/Wie ist Ihre persönliche Erfahrung dazu?*

Zusätzlich wurde eine Frage zur Wahrnehmung der Möglichkeiten professioneller Unterstützung gestellt:

- *Aus Ihrer Erfahrung, gibt es etwas, das Psychologen zur Unterstützung von Menschen mit schweren Verlusterlebnissen anbieten können?*

9.2.3. Posttraumatische Persönliche Reifung (PPR)

Der PPR, die deutsche Version des „Post-traumatic Growth Inventory“ (PGI; Tedeschi & Calhoun, 1996), erfasst die wahrgenommenen Veränderungen im Leben durch das am meisten belastende Ereignis in 21 Items. Diese bilden fünf Subskalen: Neue Möglichkeiten, Beziehungen zu Anderen, Wertschätzung des Lebens, Persönliche Stärke und Religiöse Veränderungen. Die einzelnen Items sind auf einer sechsstufigen Skala mit den Ausprägungen „überhaupt nicht“ (0), „kaum“ (1), „ein wenig“ (2), „ziemlich“ (3), „stark“ (4) und „sehr stark“ (5) durch Ankreuzen zu beantworten. Der PPR-Gesamtwert ergab eine interne Konsistenz von $\alpha = .90$ und die Retest – Reliabilität über zwei Monate betrug $r = .71$ (Maercker & Langer, 2001).

9.2.4. Kompliziertes Trauer-Modul (KTM)

Die deutsche Version des „Complicated Grief Module (CGM; Horowitz et al., 1997) wurde von Maercker und Langner (2002) entwickelt. Das Instrument erfasst das wahrgenommene Auftreten bestimmter Komplizierte Trauer Phänomene innerhalb des letzten Monats. Die Kurzform nach Langner & Maercker (2002) misst auf 26 Items die Kriterien Intrusion ($\alpha = .88$), Vermeidung ($\alpha = .82$) und Anpassungsfehler ($\alpha = .84$). Die Zustimmung zu einzelnen Items ist auf einer vierstufigen Skala, mit den Ausprägungen „stimmt nicht“ (0), „stimmt eher nicht“ (1), „stimmt eher“ (2) und „stimmt völlig“ (3), durch Ankreuzen einzuschätzen. Der KTM ist im Vergleich zu dem Fragebogen zur Komplizierten Trauer von Prigerson, Maciejewski, Newson, Reynolds, Frank, Bierhals und Kollegen (1995) ein weniger strenges Instrument (Forstmeier & Maercker, 2007) und wurde daher in dieser Studie dem Instrument von Prigerson und Kollegen (1995) vorgezogen.

9.3. Auswertung

9.3.1. Qualitative Inhaltsanalyse

Die aus den strukturierten Interviews gewonnenen Daten wurden nach einer inhaltlich strukturierten Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010) ausgewertet. Dabei wurden in drei Durchgängen „Sense – making“ und „Benefit – finding“ Kategorien aus den Daten abstrahiert. Der Großteil der Kategorien (14 „Sense – making“ und 18 „Benefit – finding“ Kategorien) wurden von Lichtenthal et al. (2010) übernommen. Zur optimalen Abbildung der aktuellen Daten wurden zudem neue Kategorien erstellt (7 „Sense – making“ und 3 „Benefit – finding“ Kategorien). Das Kriterium für die Erstellung einer neuen Kategorie war die Ansprache eines noch nicht kategorisierten Themas von mehr als einem/einer TeilnehmerIn. Themen, die lediglich von einem/einer TeilnehmerIn dargestellt wurden und keiner Kategorie von Lichtenthal et al. (2010) zugeteilt werden konnten, wurden in der Kategorie „Andere Themen“ festgehalten. Die folgende Abbildung gibt den gesamten Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse wieder.



Abb. 5. Ablaufmodell inhaltlich strukturierter Inhaltsanalyse

9.3.2. Methodentriangulation

Zur Quantifizierung der zwei Hauptkategorien „Sense – making“ und „Benefit – finding“ wurde eine Skalierung vorgenommen. Die resultierenden drei Skalen repräsentieren den Grad des „Sense – making“ beziehungsweise den Grad des „Benefit – finding“.

Tab. 3.: Skalierung der Hauptkategorien „Sense – making“ und „Benefit – finding“

Zahlenwert	Grad des „Sense – making“ bzw. „Benefit – finding“	Genannte Kategorien
0	kein	Kategorie „ <i>Sense 1</i> “ bzw. „ <i>Benefit 1</i> “
1	mittel	Kategorie „ <i>Sense 1</i> “ bzw. „ <i>Benefit 1</i> “ und zusätzlich andere „Sense – making“ oder „Benefit – finding“ Kategorien
2	hoch	Kategorie „ <i>Sense 2</i> “ – „ <i>Sense 21</i> “ bzw. Kategorie „ <i>Benefit 2</i> – <i>Benefit 21</i> “

9.3.3. Quantitative Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS Version 19. Folgende Verfahren kamen, neben der deskriptiven Analyse, dabei zum Einsatz:

9.3.3.1. χ^2 -Tests als Homogenitätstest und zur Analyse kategorialer Variablen

Mit diesen parameterfreien Verfahren wurde überprüft, ob sich die Verteilungen der soziodemographischen Variablen innerhalb der Stichprobe, einerseits zwischen Männern und Frauen und andererseits zwischen Einzel- und Paarteilnehmern, unterscheidet. Dies geschah, um mögliche störende Einflüsse durch diese Faktoren auf die Antworten festzustellen. Die skalierten Hauptkategorien „Sense – making“ und „Benefit – finding“ wurden ebenfalls mit χ^2 - Tests analysiert.

9.3.3.2. Korrelationen zur Berechnung von Zusammenhängen

Die Voraussetzungen für die Durchführung der Person – Korrelation wurde mittels Kolmogorov – Smirnov Test mit Lilliefors – Korrektur zur Erfassung der Normalverteilung sowie mit Levene-Statistik zur Erfassung der Homogenität der Varianzen überprüft. Bei Verletzung der Voraussetzungen, wurde auf die parameterfreien Entsprechung, die Spearman – Korrelation, zurückgegriffen. Um den Zusammenhang zweier Variablen unter Konstanthaltung des Effekts einer dritten Variable zu untersuchen, wurden auch Partielle Korrelationen berechnet.

9.3.3.3. Tests zur Berechnung von Unterschieden

Zur Überprüfung eines möglichen Unterschiedes zwischen zwei Gruppen, wurde entweder das parametrische Verfahren t-Test unabhängig, oder das parameterfreie Verfahren Mann – Whitney Test (U-Test) verwendet.

10. Ergebnisse

10.1. Deskriptive Analyse

Die Stichprobe wird hinsichtlich soziodemographischer Charakteristika, studienrelevanter Charakteristika und verfahrensinhärenter Charakteristika beschrieben.

10.1.1. Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe

Die Tabelle gibt Soziodemografische Charakteristika der Stichprobe wieder. Da die Geschlechterverteilung in der Stichprobe nicht ausgeglichen war und auch einige Paare gemeinsam an der Studie teilnahmen, (die Befragung der TeilnehmerInnen erfolgte jedoch ausschließlich im Einzelsetting), wurden Tests zur Überprüfung von Unterschieden zwischen diesen Gruppen durchgeführt.

Tab. 4.: Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe

		χ^2 / t- Tests (p)	
		Geschlechts- unterschiede	Unterschiede zwischen Paar- und Einzel-Teilnehmern
Alter in Jahren <i>M (SD)</i>	51.0 (11.5)	t = 1.27 (.83)	t = -1.73 (.33)
<i>(Range)</i>	(29 – 72)		
Geschlecht <i>n (%)</i>			
Weiblich	21 (30.0)		
Männlich	9 (70.0)		
Familienstand <i>n (%)</i>		$\chi^2 = 4.24$ (.24)	$\chi^2 = 10.09$ (.01)*
Ledig	2 (6.7)		
Verheiratet	20 (66.7)		
Geschieden	4 (13.3)		
In fester Beziehung	4 (13.3)		
Verwitwet	0		
Beruf <i>n (%)</i>		$\chi^2 = 0.31$ (.96)	$\chi^2 = 0.60$ (.89)
Angestellt	12 (40.0)		
Beamtet	8 (26.7)		
Selbstständig	4 (13.3)		
Pensioniert	6 (20.0)		

Bildungsstand <i>n</i> (%)		$\chi^2 = 3.66 (.45)$	$\chi^2 = 2.43 (.66)$
Pflichtschule	0		
Weiterführende Schule ohne Matura	6 (20.0)		
Lehre	6 (20.0)		
Matura	6 (20.0)		
Fachhochschulstudium	3 (10.0)		
Universitätsstudium	9 (30.0)		
Lebensumstände <i>n</i> (%)		$\chi^2 = 3.64 (.30)$	$\chi^2 = 13.22 (.00) **$
Alleine	4 (13.3)		
Mit Partner	14 (46.7)		
Mit Kind (-ern)	3 (10.0)		
Mit Partner und Kind (-ern)	9 (30.0)		

* $p < .05$

** $p < .01$

Die Stichprobe kann hinsichtlich der soziodemographischen Charakteristika als homogen verteilt und unabhängig angenommen werden. Lediglich die Unterschiede zwischen Paar- und Einzelteilnehmern in den Variablen „Familienstand“ und „Lebensumstände“ waren signifikant, da alle Paarteilnehmer verheiratet waren und nicht alleine wohnten. Bei den Einzelteilnehmern verteilten diese Variablen gleichmäßig auf die unterschiedlichen Kategorien.

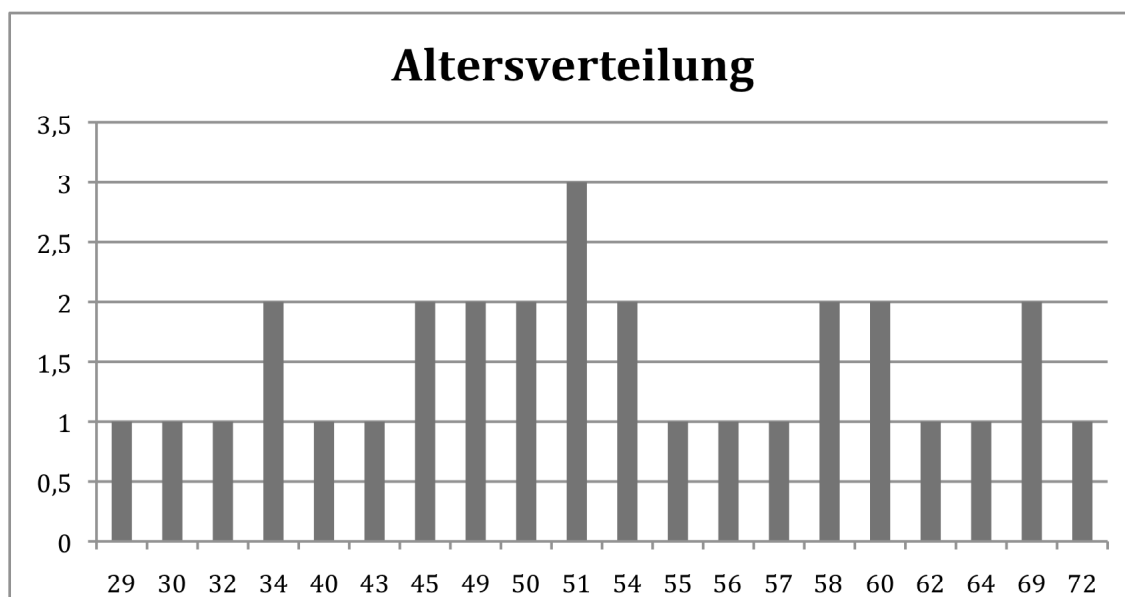


Abb. 6.: Altersverteilung der Stichprobe

10.1.2. Studienrelevante Charakteristika der Stichprobe

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über studienrelevante Charakteristika der Stichprobe.

Tab. 5.: Studienrelevante Charakteristika der Stichprobe

		χ^2 / t / u - Tests (p)	
		Geschlechts- unterschiede	Unterschiede zwischen Paar- und Einzel-Teilnehmern
Alter des Kindes zum Todeszeitpunkt		t = -.08 (.93)	U - Test <i>ns</i> (1.0)
<i>M (SD) in Jahren</i>	10.2 (9.4)		
<i>(Range in Tagen und Jahren)</i>	(4 Tage – 40 Jahre)		
Geschlecht des Kindes <i>n (%)</i>		$\chi^2 = 0.23$ (.63)	$\chi^2 = 0.85$ (.35)
Weiblich	19 (63.3)		
Männlich	11 (36.7)		
Ursache <i>n (%)</i>		$\chi^2 = 0.57$ (.90)	$\chi^2 = 2.09$ (.55)
Krankheit	15 (50.0)		
Unfall	9 (30.0)		
Suizid	5 (16.7)		
Mord	1 (3.3)		
Vorhersehbarkeit <i>n (%)</i>		$\chi^2 = 0.34$ (.56)	$\chi^2 = 1.25$ (.26)
Vorhersehbar	5 (16.7)		
Nicht vorhersehbar	25 (83.3)		
Zeitlicher Abstand zum Tod		U – Test (.27)	U – test (.04)*
<i>M (SD)</i>	9.73 (7.8)		
<i>(Range in Jahren)</i>	(1 – 26)		
Weitere Kinder <i>n (%)</i>		$\chi^2 = 0.34$ (.56)	$\chi^2 = 1.25$ (.26)
ja	25 (83.3)		
nein	5 (16.7)		
Psycholog./Psychoth. Unterstützung <i>n (%)</i>		$\chi^2 = 1.86$ (.17)	$\chi^2 = 0.78$ (.38)
Ja	22 (73.3)		
nein	8 (26.7)		

* p < .05

In den studienrelevanten Daten unterscheiden sich Paar- und Einzel-Teilnehmer hinsichtlich des zeitlichen Abstandes zum Tod.

Tab. 6.: Unterschied im zeitlichen Abstand zum Tod zwischen Paar - und Einzelteilnehmern

	Paarteilnehmern N = 18	Einzelteilnehmern N = 11
Zeitlicher Abstand zum Tod <i>M (SD)</i>	12 (8.06)	6.09 (6.55)
Median	12	4
Range	2 – 26 (gleich verteilt)	1 – 24 (90.9% 1 – 8)

Bei den Einzelteilnehmern ist der zeitliche Abstand zum Tod des Kindes kürzer, 90.9% der Einzelteilnehmer haben ihr Kind vor acht oder weniger als acht Jahren verloren. Nach den Aussagen von 4 Studienteilnehmern zu urteilen, ist dieser Unterschied inhaltlich relevant.

10.1.3. Verfahrensinhärente Stichprobencharakteristika

In der folgenden Tabelle sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der verwendeten Verfahren angegeben sowie Testergebnisse von Unterschiedsberechnungen. Als klinischer Cutoff des KTM wird der Median verwendet, orientiert an Horowitz, Siegel, Holen, Bonanno, Milbrath und Kollegen (1997).

Tab. 7.: Parameter für die verwendeten Verfahren sowie für „Sense – making“ und „Benefit – finding“ (mit Ausschluss des Ausreißers)

Verfahren	Gesamt (n = 29)	Männer (n = 9)	Frauen (n = 20)	Geschlechts- unterschiede	Unterschiede zwischen Paar- und Einzel- Teilnehmern
χ^2 / t / u - Tests (p)					
PPR gesamt <i>M (SD)</i>	68.10 (16.99)	68.78 (17.87)	67.80 (17.05)	t = 0.14 (.89)	u – Test (.73)
Neue Möglichkeiten	16.97 (4.54)	17.67 (4.99)	16.65 (4.46)		
Beziehung zu Anderen	22.90 (6.77)	22.67 (7.45)	23.00 (6.64)		
Wertschätzung des Lebens	10.34 (2.98)	10.33 (2.83)	10.35 (3.12)		
Persönliche Stärke	11.28 (4.46)	10.89 (5.35)	11.45 (4.14)		
Religiöse Veränderungen	5.79 (2.41)	6.78 (1.35)	5.35 (2.66)		

KTM gesamt <i>M</i> (<i>SD</i>)	28.72 (12.58)	19.00 (9.62)	33.10 (11.37)	$t = -3.23$ (.00)**	$t = 4.18$ (.00)***
Intrusion	17.24 (5.87)	14.22 (6.55)	18.6 (5.13)		
Vermeidung	6.69 (5.11)	2.33 (2.50)	8.65 (4.78)		
Anpassungsfehler	4.83 (3.86)	2.44 (2.13)	5.60 (4.03)		
Klinischer Cutoff (Median = 29)	14 Personen 48.3 %	2 Männer 22.2 %	12 Frauen 60 %	$p = .054$ <i>Fisher's exact</i> <i>test</i>	$\chi^2 = 13.89$ (.00)***
Sense - Making				$\chi^2 = 0.99$ (.61)	$\chi^2 = 3.63$ (.16)
Benefit - Finding				$\chi^2 = 0.08$ (.96)	$\chi^2 = 1.65$ (.44)
** $p < .01$ PPR.....Posttraumatische Persönliche Reifung *** $p < .001$ KTM....Komplizierte Trauer Modul					

Aus den durchgeführten Tests geht hervor, dass sich Einzel- und Paar-Teilnehmer signifikant in den KTM-Werten unterscheiden. Auf den Unterschied bezüglich des Geschlechts wird im Zuge der Forschungsfragen noch genauer eingegangen (siehe weiter unten). Die Unterschiede zwischen Paar – und Einzel – Teilnehmern werden in folgender Tabelle zusammengefasst. (Die Untersuchung dieses Unterschieds ist nicht Teil des Forschungsvorhabens, sondern ergab sich aus der Zusammensetzung der Stichprobe.)

Tab. 8.: Unterschiede zwischen Paar- und Einzelteilnehmern

<i>M</i> (<i>SD</i>)	Paarteilnehmer (18)	Einzelteilnehmer (11)
KTM	22.67 (10.79)	38.64 (8.44)
Zeitlicher Abstand	12 (8.06)	6.09 (6.55)
KTM....Komplizierte Trauer Modul		

Einzelteilnehmer hatten höhere Werte im KTM und wiesen einen geringeren zeitlichen Abstand zum Verlusterlebnis auf. Eine Korrelation zwischen dem Teilnehmerstatus (Paar- vs. Einzel-Teilnehmer) und KTM-Werten ($r_{pb} = -.63$, $p < .01$) blieb auch nach Kontrolle des zeitlichen Abstandes hoch und signifikant ($r_{pb} = -.55$, $p < .01$).

10.2. Hypothesenprüfung

10.2.1. Fragestellung 2

Wie ist der Zusammenhang zwischen dem Sinn – Rekonstruktionsprozess und den Konstrukten „Posttraumatische Persönliche Reifung“ und „Komplizierte Trauer“?

Tab. 9.: Ergebnisse korrelativer Analysen

Konstrukte	PPR	KTM	Sense – making	Benefit – finding
PPR	1	$r = .00 (.48)$	$r_s = .54 (.00) **$	$r_s = .49 (.00) **$
KTM	$r = .00 (.48)$	1	$r_s = .08 (.34)$	$r_s = -.07 (.35)$
Sense – making	$r_s = .54 (.00) **$	$r_s = .08 (.34)$	1	$r_s = .18 (.35)$
Benefit – finding	$r_s = .49 (.00) **$	$r_s = -.07 (.35)$	$r_s = .18 (.35)$	1

* $p < .05$ PPR.....Posttraumatische Persönliche Reifung
 ** $p < .01$ KTM....Komplizierte Trauer Modul

Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen „Sense – making“ und „Posttraumatischer Persönlicher Reifung“ und zwischen „Benefit – finding“ und „Posttraumatischer Persönlicher Reifung“. Der erwartete Zusammenhang der Sinn – Rekonstruktionsprozesse mit den Werten für „Komplizierte Trauer“ konnte jedoch nicht gezeigt werden. Außerdem zeigte sich kein negativer Zusammenhang zwischen den Konstrukten „Posttraumatische Persönliche Reifung“ und „Komplizierte Trauer“.

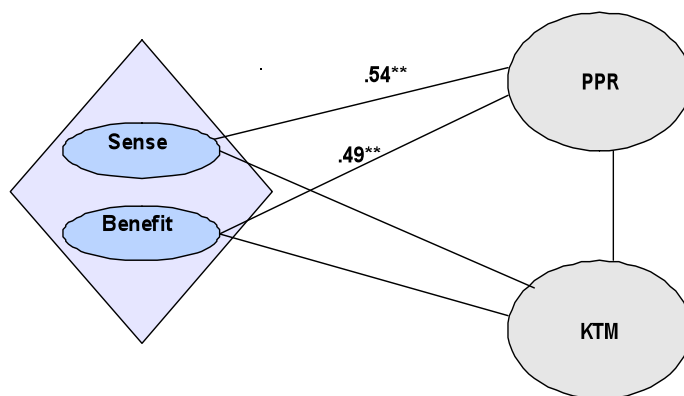


Abb. 7.: Grafische Darstellung der signifikanten Zusammenhänge

10.2.2. Fragestellung 3

Wie beeinflussen die folgenden personenbezogenen Einflussfaktoren die „Posttraumatische Persönliche Reifung“ und die „Komplizierte Trauer“ und ist dieser Einfluss durch den Sinn-Rekonstruktionsprozess bedingt? Personenbezogene Einflussfaktoren: Alter und Geschlecht (weiblich vs. männlich) des Trauernden.

10.2.2.1. Personenbezogener Einflussfaktor 1: Geschlecht

Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Variable „Komplizierte Trauer“ ($t = -3.23$; $p < .01$). In der „Posttraumatischen Persönlichen Reifung“ zeigte sich kein Unterschied ($t = 0.14$; $p = .89$). χ^2 - Tests zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf „Sense – making“ ($\chi^2 = 0.99$; $p = .61$) oder „Benefit – finding“ ($\chi^2 = 0.08$; $p = .96$). Daher können die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den KTM-Werten nicht auf die Prozesse „Sense – making“ oder „Benefit – finding“ zurückgeführt werden.

Tab. 10.: Unterschiede zwischen Männern und Frauen

Geschlecht	Männer	Frauen
Anzahl	9	20
PPR (M)	68.78	67.80
KTM (M)	19.00	33.10
Sense (Anzahl)		
Kein	2	2
Mittel	2	7
Hoch	5	11
Benefit (Anzahl)		
Kein	1	2
Mittel	1	3
Hoch	7	15

(M).....Mittelwert

PPR.....Posttraumatische Persönliche Reifung

KTM....Komplizierte Trauer Modul

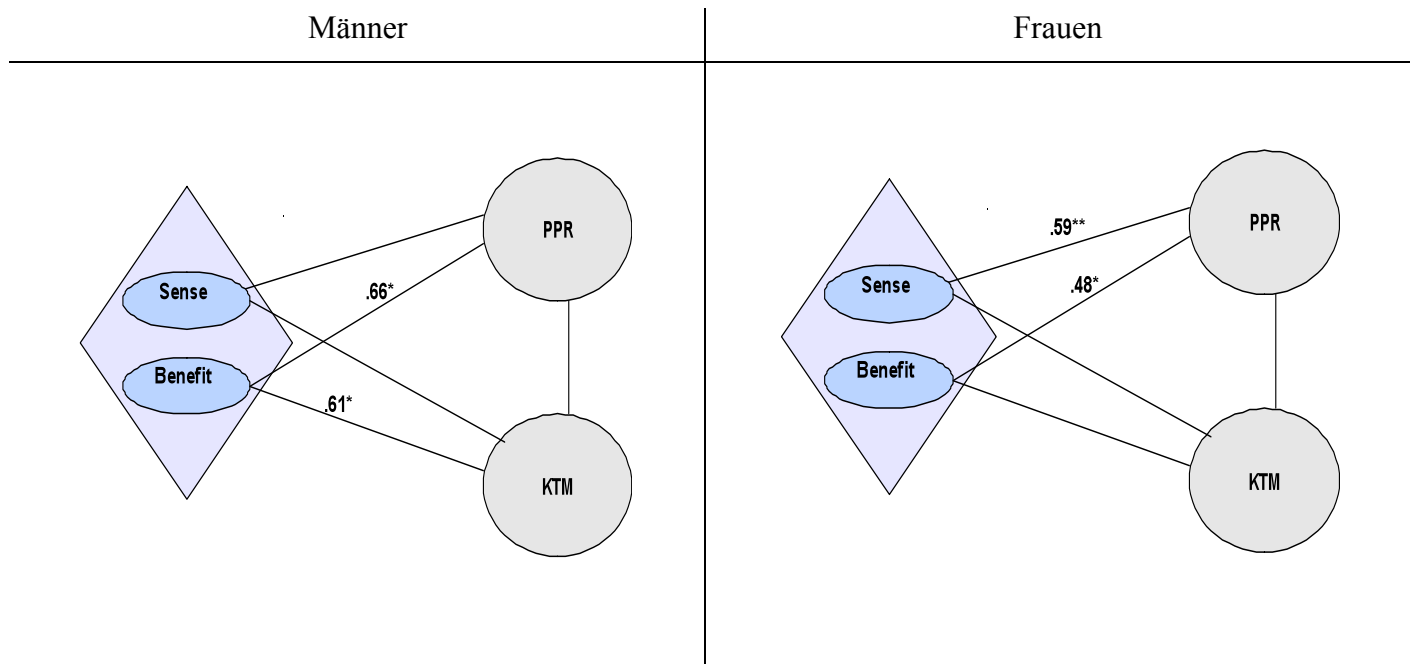


Abb. 8. Grafische Darstellung der signifikanten Zusammenhänge, getrennt für Männer und Frauen

Nur bei den männlichen Studienteilnehmern zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen „Benefit – finding“ und den KTM-Werten. Der positive Zusammenhang bedeutet, dass Teilnehmer, die Positives aus dem Umgang mit dem Erlebten ziehen konnten, höhere KTM-Werte aufwiesen.

10.2.2.2. Personenbezogener Einflussfaktor 2: Alter

Eine Pearson Korrelation ergab einen signifikanten, negativen Zusammenhang zwischen dem Alter der StudienteilnehmerInnen und der Variable „Posttraumatische Persönliche Reifung“ ($r = -.42$; $p < .05$). Auch zwischen dem Alter der StudienteilnehmerInnen und ihren Werten für „Komplizierte Trauer“ zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang ($r = -.33$; $p < .05$ einseitig): Je höher das Alter, umso weniger hoch ist der Wert im KTM (Niedrige Werte im KTM zeigen ein niedriges Risiko für Komplizierte Trauer). Die Teilnehmer oberhalb des klinischen Cutoffs unterschieden sich nicht signifikant in ihrem Alter von den Teilnehmern unterhalb des klinischen Cutoffs ($t = 1.19$; $p = .24$).

Eine Spearman Korrelation ergab einen signifikanten und hohen Zusammenhang zwischen dem Alter der StudienteilnehmerInnen und dem Grad des „Sense - making“ ($r_s = -.53$; $p < .01$) aber einen nicht signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Grad des „Benefit – finding“ ($r_s = -.27$; $p = .15$).

Unter Konstanthaltung der Variable „Sense - making“ konnte allerdings kein signifikanter

Zusammenhang mehr zwischen dem Alter und den PPR-Werten nachgewiesen werden ($r = -.19$; $p = .32$). Der Zusammenhang zwischen dem Alter und den KTM Werten bleibt jedoch unabhängig von der Kontrolle des „Sense – making“ signifikant und nahezu gleich hoch ($r = -.32$; $p = .049$).

Unter Konstanthaltung der Variable „Benefit – finding“ wurde der negative Zusammenhang zwischen dem Alter und den PPR zwar schwächer, blieb aber signifikant ($r = -.33$; $p < .05$). Wie bei der Kontrolle von „Sense – making“, blieb der Zusammenhang von Alter und KTM bei Konstanthaltung des „Benefit – finding“ signifikant und erhöhte sich ein wenig ($r = -.34$; $p < .05$).

10.2.3. Fragestellung 4

Wie beeinflussen die folgenden ereignisbezogenen Einflussfaktoren die „Posttraumatische Persönliche Reifung“ und die „Komplizierte Trauer“ und ist dieser Einfluss durch den Sinn - Rekonstruktionsprozess bedingt? Ereignisbezogene Einflussfaktoren: Todesursache (traumatisch vs. nicht traumatisch) und Vorhersehbarkeit (vorhersehbar vs. nicht vorhersehbar)

10.2.3.1. Ereignisbezogener Einflussfaktor 1: Todesursache

Für den Grad an „Sense – making“ ($\chi^2 = 4.22$; $p = .12$) und „Benefit – finding“ ($\chi^2 = 1.3$; $p = .52$) ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge mit der Todesursache. Ebenfalls nicht signifikant waren die Zusammenhänge der Todesursache mit den PPR-Werten ($r_{bp} \text{ (einseitig)} = -.20$; $p = .14$) und den KTM-Werten ($r_{bp} \text{ (einseitig)} = .28$; $p = .07$), wobei dieser Zusammenhang der Signifikanzgrenze von $p < 0.05$ nahe kommt. Die Zusammenhänge zwischen der Todesursache und einem KTM-Wert über- oder unterhalb des klinischen Cutoff waren ebenfalls nicht signifikant ($\chi^2 = 3.33$; $p = .07$).

Tab. 11.: Unterschiede zwischen von traumatischen Todesfällen betroffenen Teilnehmern und von nicht traumatischen Todesfällen betroffenen.

Todesursache	traumatisch	nicht traumatisch
Anzahl	14	15
PPR (M)	64.57	71.40
KTM (M)	32.29	25.40

Sense (Anzahl)

Kein	3	1
Mittel	6	3
Hoch	5	11

Benefit (Anzahl)

Kein	2	1
Mittel	1	3
Hoch	11	11

(M).....Mittelwert

PPR.....Posttraumatische Persönliche Reifung

KTM.....Komplizierte Trauer Modul

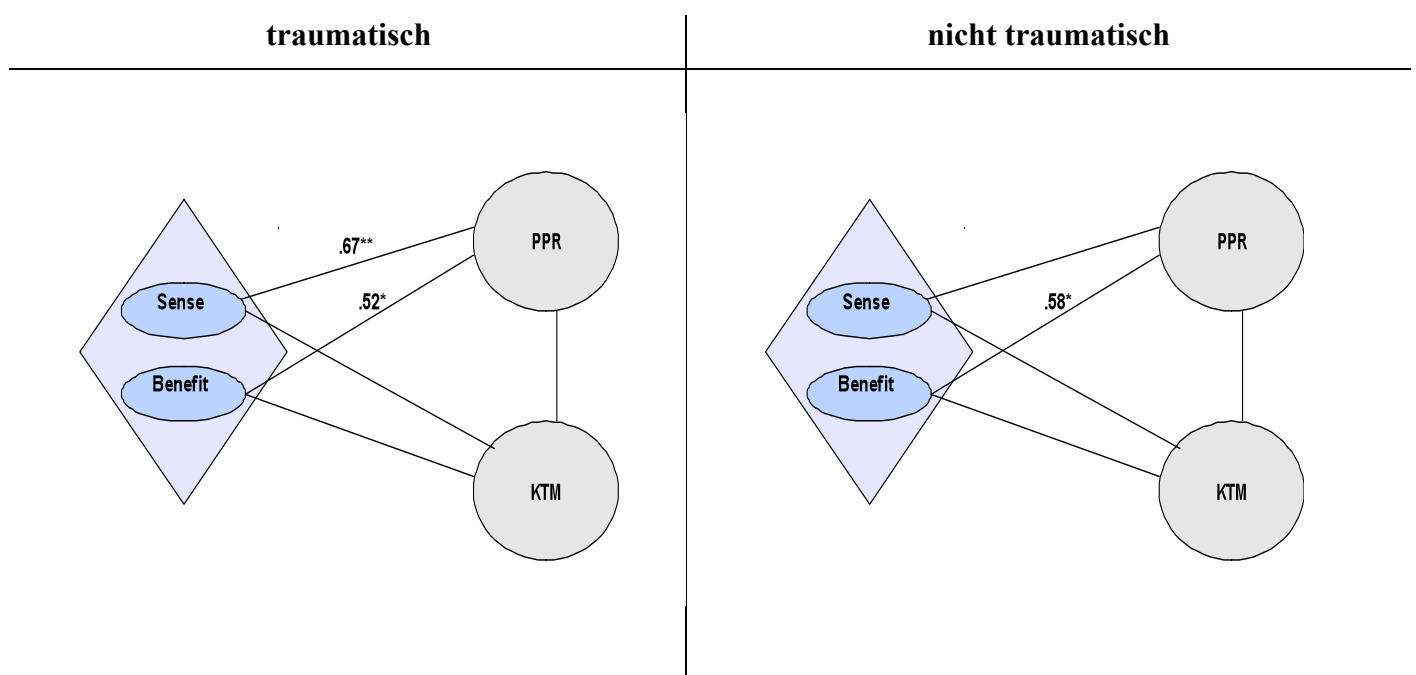


Abb. 9.: Grafische Darstellung der signifikanten Zusammenhänge, getrennt für Personen, die von traumatischen Todesfällen betroffen sind und Personen, die von nicht traumatischen Todesfällen betroffen sind.

Bei traumatischen Todesfällen ist der Zusammenhang zwischen „Sense – making“ und „Posttraumatischer Persönlicher Reifung“ sehr hoch und signifikant, im Gegensatz zu nicht traumatischen Todesfällen.

10.2.3.2. Ereignisbezogener Einflussfaktor 2: Vorhersehbarkeit

Die subjektive Vorhersehbarkeit des Todes wies weder mit der „Posttraumatischen Persönlichen Reifung“ ($r_{pb(einseitig)} = .00$; $p = .49$), noch mit der „Komplizierten Trauer“ ($r_{pb(einseitig)} = -.11$; $p = .29$) einen signifikanten Zusammenhang auf. Außerdem zeigte sich kein

signifikanter Zusammenhang zwischen KTM-Werten ober- oder unterhalb des kritischen Cutoff und der Vorhersehbarkeit ($p = .50$ Fisher's exact Test). Dasselbe galt für die Zusammenhänge zwischen der Vorhersehbarkeit und „Sense – making“ ($\chi^2 = 1.75$; $p = .42$) bzw. „Benefit – finding“ ($\chi^2 = 0.91$; $p = .63$).

Tab. 12.: Unterschiede zwischen Todesfällen, die subjektiv als vorhersehbar beschrieben wurden und als unvorhersehbar beschriebenen Todesfällen

Vorhersehbarkeit des Todes	vorhersehbar	nicht vorhersehbar
Anzahl	5	24
PPR (M)	68	68.13
KTM (M)	31.60	28.13
Sense (Anzahl)		
Kein	3	4
Mittel	6	8
Hoch	5	12
Benefit (Anzahl)		
Kein	1	2
Mittel	1	3
Hoch	3	19

(M).....Mittelwert
 PPR.....Posttraumatische Persönliche Reifung
 KTM....Komplizierte Trauer Modul

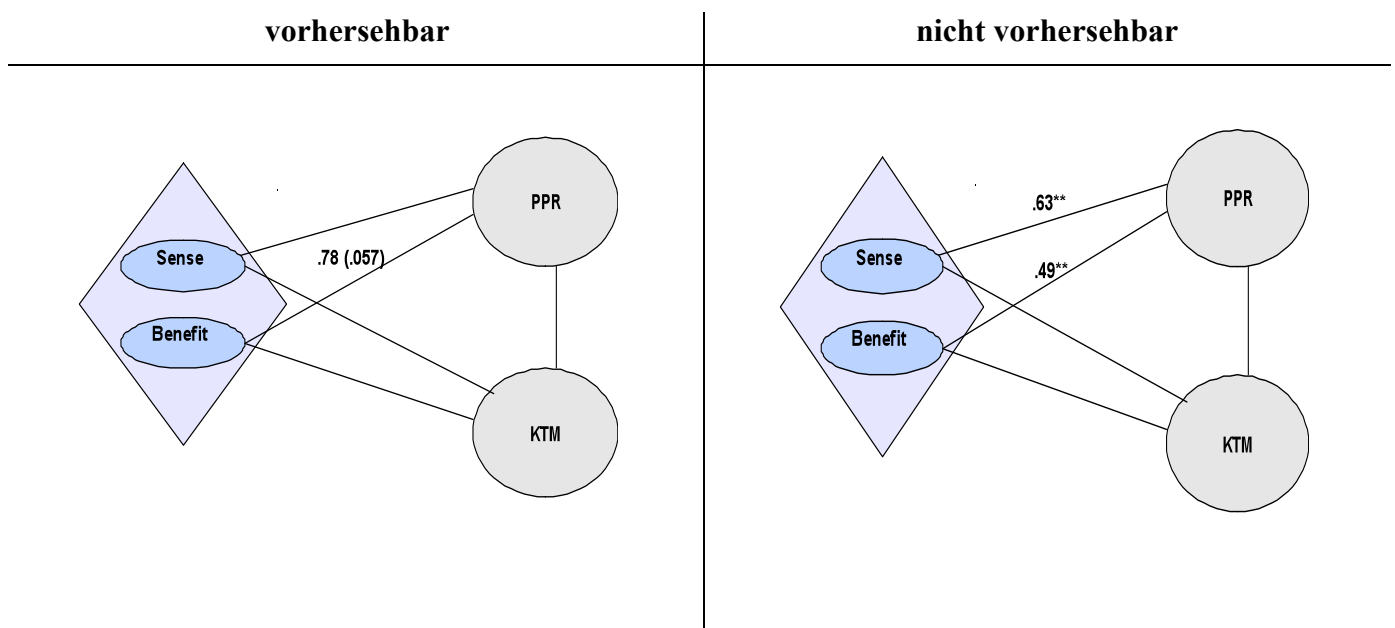


Abb. 10.: Grafische Darstellung der signifikanten Zusammenhänge, getrennt für Personen, die mit subjektiv vorhersehbaren Todesfällen konfrontiert waren und Personen, die mit unvorhersehbaren Todesfällen konfrontiert waren.

Analog zu traumatischen Todesfällen ist der Zusammenhang bei subjektiv unvorhersehbaren Todesfällen zwischen „Sense – making“ und „Posttraumatischer Persönlicher Reifung“ sehr hoch und signifikant, im Gegensatz zu vorhersehbaren Todesfällen.

10.2.4. Fragestellung 5

Wie beeinflusst der zeitliche Abstand zum Verlustereignis die „Posttraumatische Persönliche Reifung“ und die „Komplizierte Trauer“ und ist dieser Einfluss durch den Sinn-Rekonstruktionsprozess bedingt?

Die Zeit, die seit dem Tod des Kindes vergangen ist, wies einen hohen, signifikanten Zusammenhang mit den KTM-Werten auf ($r_{\text{(einseitig)}} = -.49$; $p < .01$) jedoch einen nicht signifikanten Zusammenhang mit den PPR-Werten ($r_{\text{(einseitig)}} = -.25$; $p = .09$). Es zeigte sich auch ein Zusammenhang zwischen KTM-Werten oberhalb des klinischen Cutoff und der Zeit seit dem Tod. Bei Personen, die überhalb des Cutoff der KTM lagen, war der Tod länger vergangen ($r_{\text{pb}} = -.37$; $p = .03$).

Kein Zusammenhang zeigte sich zwischen dem zeitlichen Abstand zum Tod und dem Grad des „Sense – making“ ($r_{\text{(einseitig)}} = -.23$; $p = .11$) bzw. „Benefit – Finding“ ($r_{\text{(einseitig)}} = -.05$; $p = .39$). Eine Konstanthaltung von „Sense – making“ änderte den Zusammenhang zwischen der Zeit und den Werten im KTM nur minimal und der Zusammenhang blieb signifikant ($r = -.48$; $p < .01$).

Tab. 13.: Unterschiede zwischen Todesfällen, die weniger als sieben Jahre vergangen waren und Todesfällen, die mehr als acht Jahre vergangen waren.

Vergangene Jahre seit dem Tod des Kindes	Unter sieben Jahren	Ab acht Jahren
Anzahl	14	15
PPR (M)	68.50	67.73
KTM (M)	37.07	20.93 ($t = 4.42^{***}$)
Sense (Anzahl)		
Kein	1	3
Mittel	5	4
Hoch	8	8

Benefit (Anzahl)

Kein	2	1
Mittel	2	2
Hoch	10	12

*** $p < .001$

(M).....Mittelwert

PPR.....Posttraumatische Persönliche Reifung

KTM.....Komplizierte Trauer Modul

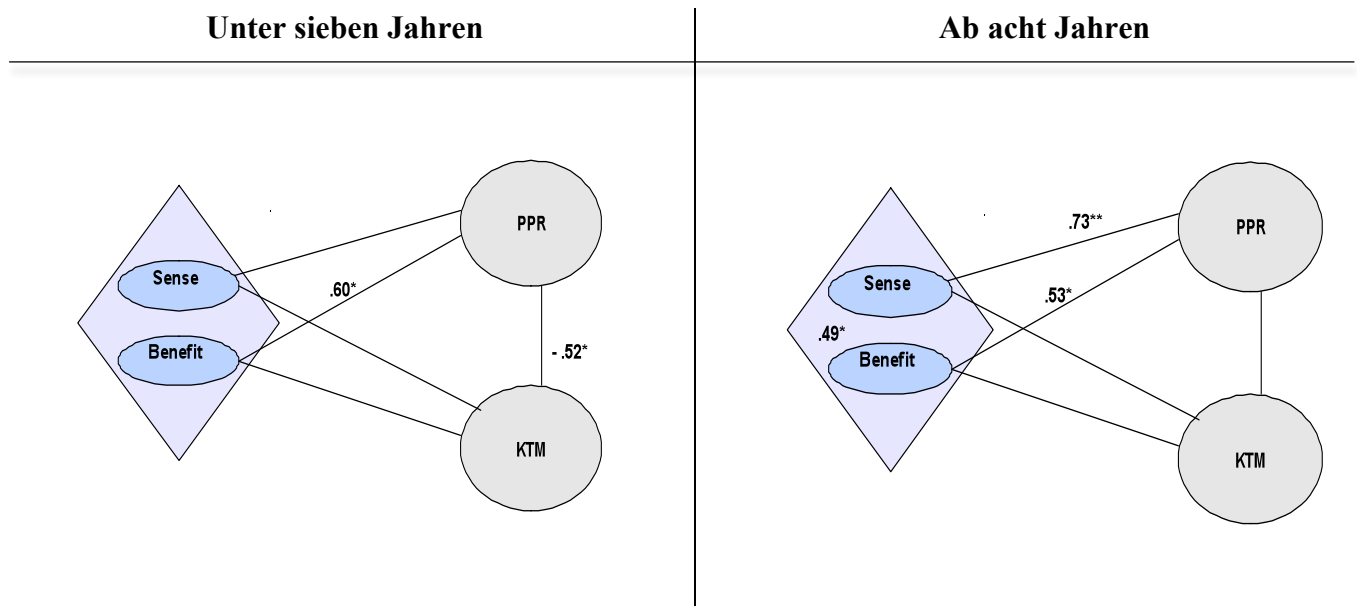


Abb. 11.: Grafische Darstellung der signifikanten Zusammenhänge, getrennt für Personen, deren Kind vor weniger als sieben Jahren verstorben ist und für Personen, deren Kind vor mehr als acht Jahren verstorben ist.

Ist der Tod des Kindes noch nicht sehr lange vergangen, geht eine hohe „Posttraumatische Persönliche Reifung“ mit niedriger „Komplizierter Trauer“ einher, was an dem negativen Zusammenhang deutlich wird.

Außerdem ergaben Korrelationen einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Werten im KTM und der Variable „Andere Kinder“, die erhob, ob der/die StudienteilnehmerIn, neben dem verstorbenen Kind auch noch andere Kinder hatte ($r_{pb(einseitig)} = -.45$; $p < .01$). Hatten die betroffenen Eltern noch weitere Kinder, ging dies mit weniger hohen Werten für „Komplizierte Trauer“ einher.

10.3. Qualitative Ergebnisse

Durch die im Methodenteil beschriebene Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2010, siehe Abb. 5) der Interviewdaten ergaben sich je 21 Unterkategorien für die Hauptkategorien „Sense – making“ und „Benefit – finding“. Es folgt die Darstellung dieser Hauptkategorien und der jeweiligen Unterkategorien.

10.3.1 Fragestellung 1

Wie ist die Qualität der Sinn – Rekonstruktionsprozesse „Sense – making“ und „Benefit – finding“?

10.3.1.1. Hauptkategorie „Sense – making“

Die Hauptkategorie „Sense – making“ gliedert sich in 21 Unterkategorien, die im Folgenden beschrieben werden.

Die folgende Tabelle stellt einerseits die Häufigkeiten der Kategorienennungen vergleichend zur Studie von Lichtenthal und Kollegen (2010) dar und gibt andererseits Aufschluss über den Ursprung der Kategorien. Kategorien, denen Häufigkeitswerte in der Spalte „(Lichtenthal et al., 2010) N = 156“ zugeordnet sind, wurden von diesen Autoren übernommen. Alle anderen Kategorien wurden selbst erstellt. Der Vergleich der Häufigkeiten unterschiedlicher Kategorienennungen spiegelt zum einen Stichprobenunterschiede wider und zum anderen werden hier auch kulturelle Unterschiede sichtbar, da die Studie von Lichtenthal und Kollegen (2010) in den USA durchgeführt wurde. Die Häufigkeiten sollen jedoch keinesfalls als Normen verstanden werden oder bewertenden Charakter bekommen.

Tab. 14: Häufigkeiten der Kategorienennungen im Vergleich zu einer Studie von Lichtenthal und Kollegen (2010)

Kategoriebezeichnung		(Lichtenthal et al., 2010) N = 156	Aktuelle Studie N = 30
1.	Kein Sinn	44.9% (70)	36.7% (11)
2.	Gottes Wille	17.9% (28)	-
3.	Das Jenseits	16.0% (25)	40.0% (12)
4.	Die menschliche Existenz	10.9% (17)	36.7% (11)

5.	Schicksal	9.0% (14)	23.3% (7)
6.	Ende des Leids	7.7% (12)	13.3% (4)
7.	Biologische Erklärung	7.1% (11)	43.3% (13)
8.	Zweck von Leben & Tod	3.8% (6)	50.0% (15)
9.	Rolle der Eltern	3.2% (5)	6.7% (2)
10.	Verhalten des Kindes	3.2% (5)	20.0% (6)
11.	Informationssuche	3.2% (5)	3.3% (1)
12.	Zufall	1.3% (2)	3.3% (1)
13.	Wahrscheinlichkeiten	-	10.0% (3)
14.	Physikalische Gesetze	0.6% (1)	3.3% (1)
15.	Andere Themen	13.5% (21)	10.0% (3)
16.	Identität	-	20.0% (6)
17.	Vorahnung	-	10.0% (3)
18.	Aufgabe	-	10.0% (3)
19.	Wenig Verständnis	-	10.0% (3)
20.	Glaube an Sinn	-	6.7% (2)
21.	Geschenk	-	10.0% (3)

Im folgenden werden die einzelnen Kategorien, vor allem durch Zitate aus den geführten Interviews beschrieben.

(Alle Zitate sind im original Wortlaut meiner StudienteilnehmerInnen, es wurden lediglich an bestimmten Stellen, zur Wahrung des Datenschutzes, Namen oder andere Daten entfernt. Worte, die besonders betont wurden, wurden in der Transskription in GROSSBUCHSTABEN geschrieben) (Aus Gründen der Nachvollziehbarkeit werden die Nummer des Interviews, sowie das Datum der Durchführung angegeben. Zur Veranschaulichung wird ebenfalls die von den Studienteilnehmern angegebene Todesursache und der zeitliche Abstand zum Tod angegeben)

1. Unterkategorie: „Kein Sinn“

Circa ein Drittel (N = 11) der StudienteilnehmerInnen gaben an, sich das Geschehene nicht erklärbar und/oder verstehbar machen zu können.

„Nein. Absolut nicht. Das, nein. Es ist auch, glaube ich, nicht verstehbar oder erklärbar, zumindest nicht aus unserer Sicht, wo wir jetzt stehen.“ (Interview Nr. 22, geführt am 6.11.11; Tod des Kindes durch Unfall, vor 5 Jahren).

„Also, weder erklären noch verstehen. Es ist so unwirklich und so jenseits allem Möglichen, dass ein Kind stirbt. Weil er war nicht krank, es war ein Unfalltot, also es war sehr überraschend. Ja, so was kann man sich einfach nicht erklären oder verstehen, das geht nicht.“ (Interview Nr. 12, geführt am 15.9.11; Tod des Kindes durch Schiunfall, vor 26 Jahren).

Neun von diesen elf Personen nannten trotz dieser Angabe auch andere „Sense – making“ Kategorien. Dieser scheinbare Widerspruch lässt sich durch die Komplexität des Konstrukts selbst erklären. Wie oben (Kap. 5.1.1.) dargestellt, beschreibt es einerseits das Bestreben kausale Gründe für den Verlust zu finden und andererseits auch darüber hinausgehendes Verständnis. So sprachen einige Studienteilnehmer von dem Unverständnis dieses Verlustes, trotz vorhandener kausaler Erklärungen. Dieses Unverständnis wurde häufig im Zusammenhang mit dem persönlichen Weltbild als Vater oder Mutter erklärt, dessen „Plan vom Leben“ ein Sterben des Kindes vor den Eltern natürlich nicht beinhaltet. Es spricht also das Unvermögen an, ein geschehenes Ereignis vollständig in das persönliche Weltbild zu integrieren. Trotz vorhandener Gründe. Und trotz vollständigen Begreifens dieses Todes als unabänderbare Tatsache. Die Aussage einer Studienteilnehmerin verdeutlicht dies:

„Vom Verstand her ist es schwierig, glaube ich, für mich gewesen, weil ich, also natürlich habe ich den Tod realisiert. Ich habe mich auch bevor mein Sohn gestorben ist, damit auseinander gesetzt. Aber so in dem Ganzen, wenn man jetzt sagt, das ganze Spektrum zu verstehen,..., oder WARUM ist das passiert, das ist irgendwie SCHWIERIG. Finde ich persönlich. Also das so umfassend im Kopf zu verstehen. Ich weiß natürlich, dass das Leben endlich ist und dass wir alle sterben, aber (...). Also so richtig verstehen kann man es nicht. Also da gibt es ein Zwischending, dazwischen, habe ich das Gefühl. Ja, nein, würde ich mal antworten.“ (Interview Nr. 18, geführt am 26.10.11; Tod des Kindes an einem Gehirntumor, vor 8 Jahren).

Für diese und ähnliche Aussagen, die eine Beschreibung der Schwierigkeiten des Verstehens und Begreifens darstellen, wurde eine neue Kategorie erstellt (Unterkategorie 19. „Wenig Verständnis“, siehe unten).

2. Unterkategorie: „Gottes Wille“

In der vorliegenden Studie kam in keiner Aussage zum Ausdruck, dass der Tod des eigenen Kindes als Gottes Wille verstanden wurde. Im Gegensatz dazu nannten die Teilnehmer der Studie von Lichtenthal und Kollegen (2010) diese Kategorie sehr häufig.

3. Unterkategorie: „Das Jenseits“

Relativ häufig (N = 12) beinhaltet das Weltbild der Studienteilnehmer den Glauben an ein Jenseits.

Genannt wurde der Glaube an ein Leben nach dem Tod,

„Ich glaube, dass wir schon da drüben unsere große Heimat haben, ich glaube auch, dass es weiter geht.“ (Interview Nr. 21, geführt am 31.10.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 8 Jahren).

„Von meinem Glauben her, ist es der Beginn des neuen Lebens und das ist es auch. Also wir haben sofort eine Auferstehungsmesse geplant, kein Begräbnis im herkömmlichen Sinn.“ (Interview Nr. 13, geführt am 20.10.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 3 Jahren).

„Wir sind nur Gast auf der Erde, die Erde ist eine Durchgangsstation, unsere Heimat ist woanders.“ (Interview Nr. 30, geführt am 12.11.11; Tod des Kindes an einem Halswirbelbruch durch Motorradunfall, vor 1 Jahr).

an eine schlussendliche Wiedervereinigung mit dem Kind,

„Es ist von Anfang an für mich festgestanden, dass ich auf jeden Fall nicht aufgeben darf, weil sonst verwirke ich mir die Chance mit ihr wieder zusammen zu kommen.“ (Interview Nr. 6, geführt am 23.8.11; Tod des Kindes durch Pneumonie, vor 2 Jahren).

„Also man sieht so ein bisschen über die Welt hinaus und ich habe jetzt hier ein Leben und irgendwann wieder mal ein Leben mit meinem Kind.“ (Interview Nr. 1, geführt am 2.8.11; Tod des Kindes durch Sudden Infant Death Syndrome, vor 3 Jahren).

an Wiedergeburt und Reinkarnation,

„Also ich glaube auch an die Reinkarnation, nicht als Person vielleicht, aber Seelenkräfte oder was auch immer.“ (Interview Nr. 21, geführt am 31.10.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 8 Jahren).

„Also, der Zweck meines Lebens ist sicher das Ganze positiv aufzuarbeiten. Weil ich der Meinung bin, und, wie gesagt, ich glaube an Reinkarnation, dass ich so ein Thema schon mal gehabt habe in meinem Leben und das nicht bewältigt habe und dadurch habe ich das jetzt wieder bekommen. Und ich denke, dass man einfach auch solche Aufgaben positiv bewältigen soll/darf/kann.“ (Interview Nr. 26, geführt am 10.11.11; Tod des Kindes durch Hirntumor, vor 8 Jahren).

„Das heißt, jedes Leben verändert dich. Und das ist auch ein Grund warum mir den Glauben an eine Wiederverkörperung niemand nehmen kann, ja du kannst in einem Leben ja gar nicht so viele Erfahrungen machen, dass du jetzt große Sprünge in deiner Entwicklung

machen kannst. Sicher eine Hand voll, wenn das Leben lang ist. Aber allein die Tatsache, dass es kurze Leben gibt und lange Leben...da gibt es keine vernünftige Erklärung aus unserer drittdimensionalen Sicht.“ (Interview Nr. 27, geführt am 10.11.11; Tod des Kindes durch Hirntumor, vor 8 Jahren).

„(...) also diese ganze Reinkarnationstheorie, dass wir Menschen als Menschen geboren werden, um auf der Erde etwas zu lernen, um eine bestimmte Entwicklung als Seele durchzumachen und dafür braucht man einfach eine bestimmte Materie dafür, also so Menschen. Ich sehe das irgendwie so, dass das zwei verschiedenen Welten sind. Die Welt auf der die Menschen leben und diese unglaubliche Energie in der die Seelen vorhanden sind. Und ganz vereinfacht und primitiv gesagt, wie wenn die Erde mit den Menschen so ein bisschen die Bühne ist, auf der die Menschen üben müssen und können und lernen Schmerz und Trauer und verschiedenste Gefühle erleben. Und vielleicht in einem anderen Leben, ist was ganz anderes wichtig. Also das ganze zusammen hat sich verändert und das gehört irgendwie dazu zu diesem Weltbild. Ich bin jetzt nicht eine Verfechterin, dass ich versuche jedem meine Meinung aufzudrücken, aber für mich macht das irgendwie alles Sinn. Wenn es nicht so ist, dann war es halt nicht so.“ (Interview Nr. 3, geführt am 6.8.11; Tod des Kindes durch Verkehrsunfall, vor 1 Jahr).

an Engel,

„Sonst, also für mich ist, wir haben sehr viel mit Engelsglauben gearbeitet, sage ich jetzt einmal. Das hat uns, also mir und meiner Tochter sehr viel geholfen. Das wir sie einfach als Engel in schöner Erinnerung haben und wir sind auch der Meinung, dass wir uns wieder mal sehen.“ (Interview Nr. 8, geführt am 29.8.11; Tod des Kindes durch Blutvergiftung infolge einer bakteriellen Infektion bei Varizellen, vor 7 Jahren).

und an Botschaften des Kindes aus dem Jenseits.

„Und ich habe auch Kontakte, also ich lebe ja mit ihm noch weiter. Für die anderen ist das alles schon längst vergessen und tot, für mich nicht. Ein Kind ist nie tot für eine Mutter. Und ich bekomme auch von ihm Botschaften und so.“ (Interview Nr. 5, geführt am 9.8.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 9 Jahren).

4. Unterkategorie: „Die menschliche Existenz“

Fast ebenso häufig (N = 11) ist das Begreifen des Todes nicht auf das Jenseits gerichtet, sondern mehr auf das Diesseits. War der eben genannten Kategorie ein spirituelles Verständnis inhärent, ist dieses nun von rein faktischer Natur. So umfasst sie das Verständnis des menschlichen Lebens in all ihrer Unvollkommenheit und Fragilität.

„Also ich denke mir, das ist eine der ganz großen Fragen, und auch wenn das so verdeckt wird immer durch unser Weltbild. Dass alles hinten anzuhalten ist, oder vermeidbar oder

reparierbar, das ist es einfach nicht.“ (Interview Nr.15, geführt am 23.10.11; Tod des Kindes durch grippalen Infekt bei Kardiomyopathie, vor 12 Jahren).

„Dass alles von einer Minute auf die andere anders ist und dass das Leben nicht so lustig ist.“ (Interview Nr. 11, geführt am 9.9.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 2 Jahren).

„Ich komme mit dem Gedanken klar, dass ich sage, es ist einfach passiert. Als es sagt mir jemand, da hat irgendwer auf einen Knopf gedrückt und mein Kind war tot, das macht für mich keinen Sinn... es passieren so viele blöde Sachen auf der Welt und das war halt eine davon.“ (Interview Nr.1, geführt am 2.8.11; Tod des Kindes durch Sudden Infant Death Syndrome, vor 3 Jahren).

5. Unterkategorie: „Schicksal“

Sieben StudienteilnehmerInnen schreiben den Tod ihres Kindes dem Schicksal oder einer Fügung zu.

„Es hat lange gebraucht und es hat mir sehr das Bild geholfen, dass es übergeordnet einen Plan des Lebens gibt, im Universum.“ (Interview Nr. 2, geführt am 5.8.11; Tod zweier Kinder im Mutterleib, 1976 und 1979 und eines Kindes durch Mord, vor 24 Jahren).

„Also irgendwie, inzwischen glaube ich zu wissen, wenn es sein soll, dann ist es. Da kann man einfach nichts machen.“ (Interview Nr. 7, geführt am 25.8.11; Tod des Kindes durch Hirntumor, vor 7 Jahren).

„Weil seit damals weiß ich, ...wenn wir auf die Welt kommen, haben wir einen so einen Zettel, einen unsichtbaren, auf dem Rücken und da steht alles drauf. Weil sonst gibt es das nicht.“ (Interview Nr. 9, geführt am 31.8.11; Tod des Kindes durch Unfall, vor 21 Jahren).

„Ich glaube, dass es dafür keine menschliche Erklärung gibt, sondern dass, so wie Geburt und Tod von einer höheren Instanz bestimmt wird, also das glaube ich schon.“ (Interview Nr. 21, geführt am 31.10.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 8 Jahren).

6. Unterkategorie: „Ende des Leids“

Wenn das Leben, oder ein Vorkommnis im Leben des Kindes, von starkem Leid geprägt war, wurde der Tod als Ende dieses Leids gesehen (N = 4). Dies wurde auch oft im Zusammenhang mit positiven Aspekten dieses schrecklichen Verlustes beschrieben, was zeigt, wie eng die Konzepte „Sense – making“ und „Benefit – finding“ zusammenhängen.

„Also ALLES war kaputt und das war für ihn positiv. Von seiner Ansicht wahrscheinlich, wenn er das macht, dann hat er die ganzen Sorgen los. Das ist, glaube ich halt, ein großer Grund. Es ist eine schlimme Geschichte.“ (Interview Nr. 11, geführt am 9.9.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 2 Jahren).

„Und von da her, von diesem Aspekt her, habe ich ihr das eigentlich gegönnt, dass sie endlich ihre Ruhe und Frieden gefunden hat.“ (Interview Nr. 13, geführt am 20.10.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 3 Jahren).

7. Unterkategorie: „Biologische Erklärung“

Diese Kategorie fasst Aussagen zusammen, die auf ein Verstehen des Todes im Zusammenhang mit biologischen Erklärungen beruhen (N = 13). Dieses umfasst sowohl physische als auch psychische Erkrankungen und andere körperliche Vorgänge, die zum Tod geführt haben. Die Aussagen verdeutlichen, dass medizinische Erklärungen für den Tod eines Kindes nicht für tiefes Verständnis ausreichen.

„Aufgrund dessen verstehbar und erklärbar, weil es einen ganz klaren medizinischen Grund gibt. Der Grund ist jetzt diskutabel, weil uns gesagt wurde, es war sehr, sehr großes Pech. Das heißt, es war weder vorhersehbar, es hat keine Anzeichen gegeben, es war eigentlich alles bis zu dem Zeitpunkt perfekt, von ärztlicher Sicht. Und deshalb war das so unvorstellbar. Einfach diese Tatsache, diese knallharte Tatsache, "es war Pech, Lungenblutung und aus, sie stirbt" das war mir für den größten Teil der Zeit zu wenig. Das war für mich so, wie "Hallo, ich meine PECH!" Das war für mich nicht greifbar, ja wenn ich aus dem Haus gehe und es fängt zu regnen an, ich habe aber keinen Schirm mit, Pech, ja. Aber so was einfach damit zu kommentieren und das so stehen zu lassen. Man kann es eben überhaupt nicht erklären. Und da ist einfach, vor allem bei Frauen, eher so, weil mein Freund ist da ja ganz anders, sehr, sehr rational. Und das bin ich nicht. Da braucht man dann einfach seine Bücher, seine Gedanken, wo man sich das für sich ein bisschen erklärt.“ (Interview Nr. 25, geführt am 8.11.11; Tod des Kindes durch Lungenblutung, vor 2 Jahren).

„Ja im Prinzip schon, weil es logisch nachvollziehbar ist. Wie es passiert ist und warum es passiert ist. Dadurch, ist es vielleicht leichter es zu akzeptieren, aber es war an dem Tag, sie ist an einer Lungenblutung gestorben, wo diese aufgetreten ist, ist der weitere Verlauf vollkommen logisch gewesen. Dadurch ist für mich der Tod sehr wohl erklärbar. Nicht, dass es sie getroffen hat, aber warum es passiert ist.“ (Interview Nr. 24, geführt am 8.11.11; Tod des Kindes durch Lungenblutung, vor 2 Jahren).

8. Unterkategorie: „Zweck von Leben & Tod“

In unterschiedlichen Facetten wurden, von der Hälfte der Teilnehmer (N = 15), Aussagen über den Zweck des Lebens und Sterbens des Kindes getätigt. Dies umfasst etwa den Glauben, dass der Zweck des Kindes auf der Welt erfüllt war:

„Und ich habe aber trotzdem das Gefühl gehabt, dass wir alle dadurch sehr gereift sind, oder einen anderen Zugang zu dem bekommen haben. Und dass das quasi die Aufgabe dieses Kindes war, für uns das zu erledigen. Das hat sie in 4,5 Jahren erledigen können.“ (Interview Nr.15, geführt am 23.10.11; Tod des Kindes durch grippalen Infekt bei Kardiomyopathie, vor 12 Jahren).

„Er hat schon irgendwie eine große Frühreife ausgestrahlt. Und deshalb ist es für mich auch irgendwie verständlich gewesen, also der war fertig.“ (Interview Nr. 21, geführt am 31.10.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 8 Jahren).

Die Erfahrung mit dem Kind wird als Vorbereitung für besondere Tätigkeiten begriffen und daher als sinnvoll betrachtet:

„Das ich das auch, warum meine Kinder gekommen sind, warum sie gestorben sind, warum sie gerade so gestorben sind, hinterher sehr viel habe, im Laufe der Jahre, abgewinnen können. Denn man muss ja auch umgekehrt sagen - ich bin ja vor der Zeit in Pension gekommen, also vor 60 - und vielleicht war das alles als Vorbereitung für das was ich jetzt mache.“ (Interview Nr. 2, geführt am 5.8.11; Tod zweier Kinder im Mutterleib, 1976 und 1979 und eines Kindes durch Mord, vor 24 Jahren).

„Und da, war dann der Sinn, warum die sie bei mir war da. Einfach, dass ich, die Erfahrung mit ihr sammle und auch das Training mit behinderten Kindern zu arbeiten.“ (Interview Nr. 6, geführt am 23.8.11; Tod des Kindes durch Pneumonie, vor 2 Jahren).

Der Tod des Kindes soll Änderungen hervorrufen:

„Und bedingt durch Umstände von seinem Tod, sehe ich es schon als meine Aufgabe, deswegen auch das Buch, oder Sinn, dass sich eben in der Substitutionstherapie, oder Behandlung von Drogenkranken, weil das ist eine Krankheit, etwas ändert, das ist eine kleine Gruppe, aber wachrüttelt einfach, dass sie nicht so stigmatisiert sind. Also das ist für mich schon mit eine Aufgabe.“ (Interview Nr. 31, geführt am 23.11.11; Tod des Kindes durch Überdosis einer Ersatzdroge, vor 3 Jahren).

„Wir stehen zu dem, wir sehen das als Erkrankung, wir wollen, dass Menschen geholfen wird. Und wir haben die Parte so verfasst, dass jeder weiß, woran sie gestorben ist und eine Spende dann für HPE, also statt Kränzen, eine Geldspende und somit haben wir uns klar zu dem deklariert. Wir haben gesagt, wir wollen, wenn es Sinn machen soll ihr Tod, auch anderen helfen.“ (Interview Nr. 13, geführt am 20.10.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 3 Jahren).

Oder der Sinn wird in dem gefunden, was allgemein mit dem Sterben des Kindes erlernt werden konnte:

„Ich habe einfach gemerkt, Teile von diesem Sinn haben sich schon ergeben, in den letzten Monaten. Dass es mit mir viel verändert hat, zum Positiven. Und wäre das nicht passiert,

hätte es keine Veränderung gegeben.“ (Interview Nr. 3, geführt am 6.8.11; Tod des Kindes durch Verkehrsunfall, vor 1 Jahr).

„Es kommt mir so vor, als dass ich das erleben hab' müssen, um darauf zu kommen, dass ich zu dem Zeitpunkt davor, am falschen Weg war, für mich persönlich.“ (Interview Nr. 24, geführt am 8.11.11; Tod des Kindes durch Lungenblutung, vor 2 Jahren).

„Also ich habe damals auch den Auftrag bekommen, dass ich auch - das ist eh das, was man oft beobachten kann - ich auch für Andere lebe.“ (Interview Nr. 28, geführt am 14.11.11; Tod des Kindes durch Hypoplastisches Linksherz, vor 17 Jahren).

Oder es wird aus dem Tod des Kindes ein Sinn gezogen:

„Und ja er ist insofern bedeutend, das hat sein müssen, damit unsere jetzige Tochter leben kann. Beide gleichzeitig hätten nie leben können, weil das so ein kurzer Abstand war, dass entweder das eine Kind da wäre, oder das andere, aber niemals beide. Und das ist für mich der Hauptgrund, warum ich das mit der Zeit relativ leicht akzeptieren habe können.“ (Interview Nr. 24, geführt am 8.11.11; Tod des Kindes durch Lungenblutung, vor 2 Jahren).

9. Unterkategorie: „Rolle der Eltern“

Diese Kategorie beinhaltet positive, negative und neutrale Handlungen, von denen die Eltern annehmen, sie stünden in Zusammenhang mit dem Tod des Kindes. Diese Kategorie wurde selten genannt (N = 2).

„Das war sein Halt und wie ich mich getrennt habe, dann hat er keinen Halt mehr gehabt. Das ist wie Tod. Also für mich ist Scheidung wie Tod. Das hat was mit dem Tod zu tun. Also in meinem Fall war das so, es war die Trennung da und dann war der Tod da.“ (Interview Nr. 5, geführt am 9.8.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 9 Jahren).

10. Unterkategorie: „Verhalten des Kindes“

Im Gegensatz dazu kann auch das Verhalten des Kindes eine Erklärung für den Tod darstellen oder Verständnis ermöglichen (N = 6).

„Er hat genau gewusst, ich hätte alles getan. Es war offensichtlich zu wenig, es hat nicht geholfen. Die Droge war stärker.“ (Interview Nr. 31, geführt am 23.11.11; Tod des Kindes durch Überdosis einer Ersatzdroge, vor 3 Jahren).

„Sie hat immense Todessehnsucht gehabt. Und die habe ich sehr stark gespürt. Sie hat uns ja auch einen Brief geschrieben, wo sie das ja definitiv erklärt hat. Also beim nächsten Mal - sie hat einige Selbstmordversuche gemacht - und bei diesem Brief hat sie geschrieben: „Beim nächsten Mal ist es Gewissheit.“ (Interview Nr. 17, geführt am 24.10.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 3 Jahren).

11. Unterkategorie: „Informationssuche“

Die Kategorie umfasst Aussagen, die sich auf die Suche und das Einholen von Information zum Sterben des Kindes beziehen. In der vorliegenden Stichprobe wird dies charakteristischer Weise dort beschrieben, wo die Todesursache des Kindes von wissenschaftlicher Seite noch unklar ist (N = 1).

„Ich würde es gerne wissen, was physisch passiert ist und das ist auch sehr hart, weil man sich ständig fragen muss: "Habe ich das richtig gemacht...?" Und gerade beim plötzlichen Kindstod hört man ständig in den Nachrichten neuen Blödsinn. Teilweise Leute, die dann Geschäfte machen damit, mit der Angst und dann muss man JEDES mal, wenn so was in der Zeitung steht, dann rennt das Rad und dann muss man überlegen: "Hab' ich das gemacht, hab' ich es nicht gemacht." Es kommt immer wieder auf das Gleiche hinaus: man hat nichts tun können. Und ich habe nichts Anderes gemacht, als alle anderen Eltern und deren Kinder leben und meines ist gestorben. Und dann geht man für Antworten wirklich sehr weit, also ich habe schon mit Spezialisten in Deutschland telefoniert, ich war schon mit Engländern in Kontakt. Einfach weil man das braucht, weil ich das brauche, dass ich irgendwo bei diesem WAS noch Antworten bekomme. Das ist schon schwierig, das WAS ist das "Allerschwierigste". Das muss man mal begreifen und dann hat man schon alles. Wenn man das WAS hat, hat man, glaub' ich, alles. Was anderes braucht man nicht.“ (Interview Nr. 1, geführt am 2.8.11; Tod des Kindes durch Sudden Infant Death Syndrome, vor 3 Jahren).

12. Unterkategorie: „Zufall“

Einmal wurde der Tod direkt als zufälliges Ereignis beschrieben, wie es die Definition von Lichtenthal und Kollegen (2010) erfordert.

„Der Tod ist für mich selbst komplett Sinn - frei und ist einfach passiert. Genauso wie irgendwo in einem anderen Land zufällig eine Bombe genau in das Haus einschlägt und genau ein Kind trifft, was absolut sinnlos ist, und grausam und furchtbar, aber es ist passiert.“ (Interview Nr. 1, geführt am 2.8.11; Tod des Kindes durch Sudden Infant Death Syndrome, vor 3 Jahren).

13. Unterkategorie: „Wahrscheinlichkeiten“

Häufiger (N = 3) machten sich die Studienteilnehmer über statistische Wahrscheinlichkeiten des Erlebten Gedanken.

„...bei meinem Kind hat es auch geheißen, das passiert nicht, das ist auch 1 zu 10000 glaub' ich. Und ich war halt das eine von 10000 und den Anderen 9999 ist halt nichts passiert, was gut ist für sie, aber das 0,0001 Prozent hat mir nichts gebracht, weil mich hat es zu 100 % getroffen. Für mich waren es immer 100% und deswegen, das wackelt gescheit, also für mich wackelt diese allgemeine Sicherheit im Leben, total, dass ich weiß, es kann mir gut gehen und da muss ich UNHEIMLICH intensiv daran arbeiten.“ (Interview Nr. 1, geführt am 2.8.11; Tod des Kindes durch Sudden Infant Death Syndrome, vor 3 Jahren).

„Den Tod selbst ja. Und wie es dazu gekommen ist, auch ja. Die Frage stellt sich aber eigentlich nicht in medizinischer Sicht, sondern die Frage stellt sich eher, warum gerade wir diejenigen sind, die 1 aus 50000 Personen, die gerade dieses Schicksal haben. Gut medizinisch kann ich das akzeptieren, das ist nachlesbar und rational verständlich. Aber warum es gerade bei uns, wo es keine Vorgeschichte, keine Hinweise, keine genetischen Probleme in den Familien gegeben hat, das kann ich ihnen nicht erklären und würde ich bis heute auch nicht erklären können.“ (Interview Nr. 29, geführt am 14.11.11; Tod des Kindes durch Hypoplastisches Linksherz, vor 17 Jahren).

„Es hat noch nie einen Fall im AKH gegeben, wo ein Kind mit so einer Blutung überlebt hat. Also ein erwachsener Mensch könnte das vielleicht, aber so ein ganz kleines Kind hat keine Chance. Deshalb ist das für mich eigentlich sehr logisch gewesen, dass das passiert ist. Deshalb kann ich es auch akzeptieren.“ (Interview Nr. 24, geführt am 8.11.11; Tod des Kindes durch Lungenblutung, vor 2 Jahren).

14. Unterkategorie: „Physikalische Gesetze“

Ein Studienteilnehmer erklärte den Tod seines Kindes mit einem Autounfall und fällt daher in diese Kategorie. Aus seiner Aussage geht jedoch hervor, dass diese Erklärung für ihn nicht ausreicht, um den Tod seines Kindes zu verstehen.

„Nein, wie? Aber logisch, wenn jemand von einem Auto überfahren wird, kann man tot sein. Aus. Mehr kann ich dazu nicht sagen.“ (Interview Nr. 9, geführt am 31.8.11; Tod des Kindes durch Unfall, vor 21 Jahren).

15. Unterkategorie: „Andere Themen“

Wie oben dargestellt (Kap. 9.3.1.), fanden Themenbereiche, die lediglich einmal genannt wurden und wo somit von einem, speziell auf die Individualität eines Erlebnisses bezogenen, „Sense – making“ ausgegangen wurde, in dieser Kategorie ihre Erwähnung (N = 3).

„Eigentlich, erklärbar schon, es war ein schwerer Behandlungsfehler. Aber es war absolut nicht voraussehbar. Absolut nicht. Also was die Ärzte mir gesagt haben, gar nicht. Also im Gegenteil, es ist mir immer gesagt worden, ich solle nicht so schlimm tun, weil es ist nur eine Kleinigkeit, sie hat nichts Schlimmes.“ (Interview Nr. 8, geführt am 29.8.11; Tod des Kindes durch Blutvergiftung infolge einer bakteriellen Infektion bei Varizellen, vor 7 Jahren).

„Ich habe immer das Gefühl gehabt, dass ich das, was Andere halt so in dem - je nach dem, wie man diese Spanne, des Eltern Daseins betrachtet, wie lang das ist, ob das geht bis 16, 18, 20 oder ein Leben lang - ist das irgendwie erledigt in der Zeit gewesen, so intensiv und das hat schon so Sinn gemacht.“ (Interview Nr.15, geführt am 23.10.11; Tod des Kindes durch grippalen Infekt bei Kardiomyopathie, vor 12 Jahren).

„Ich habe nach dem Tod von meinem Sohn erfahren, dass in der Generation von meinem Exmann, es bis in die 4. Generation zurück, drei Selbstmorde gab, also drei Selbstmorde - pro Generation ein Selbstmord. Also der Lukas wäre, nicht wäre, ist, in der 5. Generation der 4. Selbstmord.“ (Interview Nr. 21, geführt am 31.10.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 8 Jahren).

16. Unterkategorie: „Identität“

Diese Kategorie wurde neu erstellt und beschreibt die Identität von Eltern als Mutter oder Vater eines Kindes. Aus den Darstellungen einiger Eltern (N = 6) ging hervor, wie sehr sie sich dieser Identität beraubt fühlten oder darunter litten, diese aufgeben zu müssen. Vor allem von gesellschaftlicher Seite wurde ein großer Druck beschrieben, das tote Kind zu verschweigen.

„Das ist ja, jeder lenkt ab von dem Thema, wenn man den Sohn nicht durch den Unfall in ein Gespräch bringen will, sondern durch sein LEBEN in ein Gespräch bringen will. Und sagt, "Wisst ihr noch..." Dann wird sofort abgelenkt, und das sofort abgewürgt und irgendein anderes Thema macht, das geht so weit, dass man versucht den Sohn ins Gespräch zu bringen und dann fragt jemand "Was gibt es eigentlich für eine Nachspeise?". (Interview Nr. 23, geführt am 6.11.11; Tod des Kindes durch Unfall, vor 5 Jahren).

„Ich sage auch immer, was für viele wahrscheinlich total komisch ist, dass ich zwei Kinder habe. Natürlich kommt dann oft die Frage - aber es interessiert mich einfach nicht mehr, ich will keine Rücksicht darauf nehmen, dass irgendjemand ein schlechtes Gewissen hat, weil letztens hat mich auch jemand gefragt, als ich mit dem Baby spazieren war "Und ist es das erste?" Dann habe ich gesagt, "Nein, es ist das zweite." "Und wo ist das zweite?"

"Unsere erste Tochter ist leider vor 2 Jahren gestorben." Ich sehe nicht ein, warum ich verheimlichen muss, dass es sie gibt. Weil ich nicht einsehe, warum ich ständig alle anderen davor schützen muss. Das ist eigentlich das, was mich eine Zeit lang am meisten genervt hat, dass ich auf andere Rücksicht nehmen muss, wenn mein Kind gestorben ist." (Interview Nr. 25, geführt am 8.11.11; Tod des Kindes durch Lungenblutung, vor 2 Jahren).

Besonders hervorgehoben sei, dass alle Eltern, die dies beschrieben, zu dem Schluss kamen, ihre Identität als Eltern über den Tod hinaus aufrecht zu erhalten und teils darin eine große Kraftquelle sahen.

„Und das ist mir so wichtig, dass ich denke, oder weiß, dass mein Kind noch wo da ist. Und dass es nichts daran verändert hat, dass ich Mutter bin, mein Kind ist halt woanders. Weil ich auch diese Veränderungen mitgemacht habe, durch das Mutter werden und weil ich gemerkt habe, nach ihrem Tod, dass das nicht weg gegangen ist, das ist immer noch da und das finde ich so faszinierend, dass einfach das nicht auslöschen hat können.“ (Interview Nr.1, geführt am 2.8.11; Tod des Kindes durch Sudden Infant Death Syndrome, vor 3 Jahren).

„Ich bin Mutter eines Sohnes, er ist tot, aber ich bin trotzdem Mutter eines Sohnes.“ (Interview Nr. 22, geführt am 6.11.11; Tod des Kindes durch Unfall, vor 5 Jahren).

„Also diese Gewissheit ist mir schon beschenkt, dass ich sie so absolut in mir spüre, so ganz tief drinnen. Das ist für mich ein Geschenk. Und damit natürlich eine sehr, sehr große Kraft auch. Also weil ich doch selbst auch mit sehr vielen Dingen des Lebens hart hadere oder Angst habe und da ist sie schon eine starke Begleiterin, ja. Also das tut mir im innersten sehr, sehr gut, also das klingt fast ironisch, aber das ist auch so, ja. Sie ist in, sie ist einfach da.“ (Interview Nr. 17, geführt am 24.10.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 3 Jahren).

17. Unterkategorie: „Vorahnung“

Im Zusammenhang mit dem Verständnis des Geschehenen wurden auch Vorahnungen oder Gewissheiten des nahenden Todes beschrieben (N = 3).

„Mehr oder weniger punktgenau auf das Datum, was mein Bauch gesagt hat, ist sie gestorben.“ (Interview Nr. 6, geführt am 23.8.11; Tod des Kindes durch Pneumonie, vor 2 Jahren).

„...ich habe in der Nacht wo sie gestorben ist so eine Vorahnung gehabt.“ (Interview Nr. 17, geführt am 24.10.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 3 Jahren).

Was nicht als „erleichternder Faktor“ missverstanden werden sollte:

„Ja, ob das Kind jetzt plötzlich verstirbt, oder ob Jahre, Monate, Wochen vorausgesagt wird, dass es passieren wird. Es ist beides gleich schlimm. Und es ist beides der gleiche Schmerz. Es ist nur der Unterschied, die, die es vorher nicht wissen, haben ein unbeschwertes Leben. Die, die es wissen, die müssen das immer aktiv und bewusst wegschieben, damit überhaupt

ein normales Leben möglich wird.“ (Interview Nr. 6, geführt am 23.8.11; Tod des Kindes durch Pneumonie, vor 2 Jahren).

18. Unterkategorie: „Aufgabe“

Manche Eltern (N = 3) verwandeln die Frage nach dem „Warum“ in ein „Wie“ und begreifen den Sinn des Erlebten in der Konfrontation.

„Und dass ich, es gibt Dinge - das ist jetzt wieder Frankl - es gibt Dinge, die auf dieser Welt keinen Sinn haben, wo der Sinn lediglich darin liegen kann, dass eben, ich mich frage, „WIE gehe ich damit um.“ (Interview Nr. 22, geführt am 6.11.11; Tod des Kindes durch Unfall, vor 5 Jahren).

„Ich denke mir, es hat alles, so wie es ist, mehr oder weniger, einen Sinn, sich eben damit zu konfrontieren. Insofern ist diese Frage nach dem Sinn für mich deutlich beantwortet worden.“ (Interview Nr.15, geführt am 23.10.11; Tod des Kindes durch grippalen Infekt bei Kardiomyopathie vor 12 Jahren).

19. Unterkategorie: „Wenig Verständnis“

Die Kategorie wurde neu erstellt, weil, wie auch oben beschrieben (siehe 1. Unterkategorie „Kein Sinn“), trotz kausaler Erklärungen Probleme berichtet wurden, das Geschehene umfassend zu verstehen oder einen Sinn darin zu sehen (N = 3). Von ähnlicher Qualität sind Aussagen, die Probleme des „Benefit – finding“ beschreiben (siehe Kap. 10.3.1.2. 21. Unterkategorie).

„Aber so, dass ich jetzt sagen würde, es hat einen Sinn gehabt, überhaupt nicht. Also das geht total gegen meinen Muttersein, dieser Gedanke. Ein unschuldiges Kind hat nicht irgendwas zu beweisen oder irgendwas auszulösen oder IRGENDETWAS in mir zu verursachen, damit es jetzt Sinn macht.“ (Interview Nr.1, geführt am 2.8.11; Tod des Kindes durch Sudden Infant Death Syndrome, vor 3 Jahren).

20. Unterkategorie „Glaube an Sinn“

Im Gegensatz dazu stehen Aussagen (N = 2), die einen starken Glauben an einen Sinn im Geschehenen zum Ausdruck bringen.

„Ich bin überzeugt, dass es einen Sinn hat. Den Sinn begreife ich vielleicht jetzt nicht so gut, aber ich werde ihn irgendwann wissen.“ (Interview Nr. 3, geführt am 6.8.11; Tod des Kindes durch Verkehrsunfall, vor 1 Jahr).

21. Unterkategorie: „Geschenk“

Nicht der Tod des Kindes steht hier im Mittelpunkt sondern das Leben des Kindes und die Dankbarkeit dafür (N = 3).

„Mein, 'Schrägstrich': Unser Sohn, war ein Geschenk, das ist meine Erklärung.“ (Interview Nr. 20, geführt am 30.10.11; Tod des Kindes durch Unfall durch alkoholisierten Mann, vor 14 Jahren).

„Also es war sofort das Geschenk der Dankbarkeit da, ohne zu überlegen, es ist da und es war da. Das ist die zweite Waagschale, auf der einen Seite habe ich diesen Schmerz und auf der anderen diese Liebe und diese Dankbarkeit. Ich denke mir, so viele Frauen können keine Kinder bekommen und wir haben drei so entzückende.“ (Interview Nr. 13, geführt am 20.10.11; Tod des Kindes durch Suizid, vor 3 Jahren).

10.3.1.2. Hauptkategorie: „Benefit – finding“

Die Hauptkategorie „Benefit – finding“ gliedert sich in 21 Unterkategorien, die im Folgenden beschrieben werden. Für die Darstellung der Unterkategorien gilt analoges zur Darstellung der Hauptkategorie „Sense – making“.

Tab. 15.: Häufigkeiten der Kategorienennungen im Vergleich zu einer Studie von Lichtenthal und Kollegen (2010)

	Kategoriebezeichnung	(Lichtenthal et al., 2010) N = 156	Aktuelle Studie N = 30
1.	Kein Benefit	20.5% (32)	26.7% (8)
2.	Hilfe für Andere	20.5% (32)	33.3% (10)
3.	Höhere Sensibilität	16.7% (26)	23.3% (7)
4.	Wertschätzung des Lebens	14.7% (23)	36.7% (11)
5.	Besseres Verständnis	13.5% (21)	10.0% (3)
6.	Entwickelte Spiritualität	13.5% (21)	13.3% (4)
7.	Persönliche Entwicklung	12.8% (19)	46.7% (14)
8.	Entwickelte Beziehungen	12.2% (19)	10.0% (3)
9.	Benefits für Andere	10.3% (16)	-
10.	Besseres Coping	8.3% (13)	30,0% (9)
11.	Entwickelte Beziehung zu anderen Kindern	7.7% (12)	-

12. Wertschätzung Anderer	7.7% (12)	26.7% (8)
13. Veränderte Prioritäten	7.1% (11)	43.3% (13)
14. Bildung	3.8% (6)	16.7% (5)
15. Erhaltene Unterstützung	3.2% (5)	3.3% (1)
16. Besserer Lebensstil	2.6% (4)	6.7% (2)
17. Wertvolle Lektionen	1.3% (2)	23.3% (7)
18. Andere Themen	16.7% (26)	10.0% (3)
19. Freiraum	-	10.0% (3)
20. Erfahrung	-	20.0% (6)
21. Bitter Benefit	-	13.3% (4)

Unterkategorie 1: „Kein Benefit“

Ein „Nein“ als Antwort auf „Benefit – finding“ Fragen (N = 8) wurde häufig mit dem Grund verknüpft, den Tod des Kindes nicht rechtfertigen zu wollen. (Unter der Unterkategorie 21 „Bitter Benefits“ wird noch genauer darauf eingegangen).

„Das glaube ich nicht, da habe ich immer gesagt, der Preis ist viel zu hoch. Ich möchte nicht dazulernen, oder reifer werden oder wie immer das gerne bezeichnet wird. Man wird reifer durch so ein Erlebnis. Vielleicht, ja. Aber es rechtfertigt nicht den Tod eines anderen.“
(Interview Nr. 7, geführt am 25.8.11; Tod des 19 Jahre alten Kindes durch Hirntumor, vor 7 Jahren).

Unterkategorie 2: „Hilfe für Andere“

Die Definition dieser Kategorie von Lichtenthal und Kollegen (2010) wurde in dieser Studie erweitert und umfasste nicht nur den Wunsch anderen Menschen zu helfen, die Verluste erfahren haben, sondern allgemein Menschen, die Leid erfahren haben. Die geäußerten Wünsche Anderen zu helfen (N = 10) beschränkten sich in der aktuellen Stichprobe nicht auf Menschen mit Verlusterlebnissen, daher würde eine strikte Definition nach Lichtenthal und Kollegen (2010) keine Abbildung dieser Aussagen darstellen. Aufgrund der erweiterten Definition ist der oben dargestellte Häufigkeitsvergleich (siehe Tab. 15) für diese Kategorie jedoch nicht sehr aussagekräftig.

„Wenn jemand Hilfe braucht, oder wenn ich weiß, es gibt eine Freundin, der tut es gut, dass wir beisammen sind, dann mache ich das.“ (Interview Nr. 13, geführt am 20.10.11; Tod des 23 Jahre alten Kindes durch Suizid, vor 3 Jahren).

„Aus diesen Erfahrungen heraus möchte ich eine Selbsthilfegruppe „Eltern mit Geschwistern“ aufbauen.“ (Interview Nr. 4, geführt am 9.8.11; Tod des 14 Jahre alten Kindes durch Schiunfall, vor 26 Jahren).

Unterkategorie 3: „Höhere Sensibilität“

Diese Kategorie umfasst Beschreibungen (N = 7) von generell erhöhtem Mitgefühl, Empathie, oder Sensibilität für die Umwelt.

„Ich habe mehr Mitgefühl.“ (Interview Nr. 30, geführt am 12.11.11; Tod des 20 Jahre alten Kindes an einem Halswirbelbruch durch Motorradunfall, vor 1 Jahr).

„Und es hat sicher was verändert. Dieses "mehr zuhören können", sich für andere Menschen mehr interessieren, nicht mehr so streng mit allem und jedem sein, sondern einfach, ja, ein bisschen ein besserer Mensch.“ (Interview Nr. 25, geführt am 8.11.11; Tod des 10 Tage alten Kindes durch Lungenblutung, vor 2 Jahren).

Unterkategorie 4: „Wertschätzung des Lebens“

Für viele Eltern (N = 11) hat die Erfahrung der Endlichkeit des Lebens zu einer höheren Wertschätzung geführt. Einige berichten auch davon, dass sie versuchen, im Moment zu leben und nichts für selbstverständlich zu nehmen.

„Ja, also Sichtweise. Man schätzt jede Minute, sagen wir so. Man schätzt jede Minute des Lebens, jede Sekunde schätzt man. Was vorher nicht war.“ (Interview Nr. 5, geführt am 9.8.11; Tod des 16 Jahre alten Kindes durch Suizid, vor 9 Jahren).

„...oder intensiver zu leben, das ist ein Ziel das dazu gekommen ist. Einfach ein neues Verständnis, dass einfach das jetzt ist, was zählt, der Augenblick.“ (Interview Nr. 16, geführt am 23.10.11; Tod des 4 Jahre alten Kindes durch grippalen Infekt bei Kardiomyopathie, vor 12 Jahren).

„Und das merke ich schon, wie wertvoll das ist, dieses spirituelle und dieses Sich-spüren einfach. Wie schön es ist, wenn man in der Früh aufwacht und die Welt steht und man kann atmen und es geht dir halbwegs gut. Das sind so kleine Dinge, die man im Alltag vergisst. Ja man lebt sehr oberflächlich. Das Oberflächliche ist schon ziemlich weg. Das ist schon oft sehr bewusst alles.“ (Interview Nr. 23, geführt am 6.11.11; Tod des 16 Jahre alten Kindes durch Unfall, vor 5 Jahren).

Unterkategorie 5: „Besseres Verständnis“

Aus dem Schmerz des Verlustes haben manche (N = 3) gelernt andere besser zu verstehen, die Leid erfahren haben. Wie bei der Unterkategorie 3 wurde auch hier die Definition erweitert und somit ist ein direkter Vergleich mit den Daten aus der Studie von Lichtenthal und Kollegen (2010) irreführend.

„Also für mein berufliches Feld ist es so, dass ich mehr aus meiner persönlichen Erfahrung nachvollziehen kann, warum Menschen sich so verändern und solche Symptome entwickeln und solche Störungen entwickeln.“ (Interview Nr. 18, geführt am 26.10.11; Tod des 13 Jahre alten Kindes durch Hirntumor, vor 8 Jahren).

„Ich merke eine tiefe innere Verbundenheit und wenn ich mir diese Fragen auch noch mal vor Augen halte, diese tiefe innere Verbundenheit zu allen Gleichbetroffenen, weil ich auch schon andere Verluste hatte. Mein Vater ist gestorben und ganz nahe, enge Freunde, also das ist ein Thema, das mich schon auch begleitet, ich weiß, dass Freunde von mir kaum jemanden verloren haben. Aber das ist mir schon noch wichtig zu sagen, dass das tatsächlich ein totaler Unterschied ist, ob du einen Vater, eine Mutter, einen Freund, oder sonst irgendeinen Angehörigen oder nahen Bekannten oder Unbekannten verlierst, oder ob du ein Kind verlierst.“ (Interview Nr. 20, geführt am 30.10.11; Tod des 14 Jahre alten Kindes durch Unfall durch alkoholisierten Mann, vor 14 Jahren).

Unterkategorie 6: „Entwickelte Spiritualität“

Beschreibungen (N = 4) einer höheren Spiritualität oder persönlichen Gläubigkeit finden in dieser Unterkategorie ihre Entsprechung.

„Und man bekommt auch wirklich eine eigene, neuere und stärkere und intensivere Beziehung zu Gott, was auch immer jeder einzeln für sich selbst definiert.“ (Interview Nr. 2, geführt am 5.8.11; Tod zweier Kinder im Mutterleib, 1976 und 1979 und eines 2 Monate alten Kindes durch Mord, vor 24 Jahren).

Unterkategorie 7: „Persönliche Entwicklung“

Relativ oft (N = 14) beschrieben StudienteilnehmerInnen persönliche Veränderungen oder Wachstum als Resultat des Umgangs mit dem Verlusterlebnis. Die Aussagen dieser Kategorie sind sehr vielfältig und hier wird lediglich eine Auswahl an beschriebenen persönlichen Entwicklungen dargestellt.

Beschreibungen von persönlicher Reifung,

„Und wir sind vielleicht reifer geworden, also ich sehe mich immer als Mensch, wie ein Saiteninstrument. Mittlerweile nicht mehr wie eine Gitarre, die 5 Saiten hat, sondern wie eine Zither, die halt viele Saiten hat und in Begegnung mit Menschen klingen bei mir Saiten an, die sind immer mehr geworden.“ (Interview Nr. 13, geführt am 20.10.11; Tod des 23 Jahre alten Kindes durch Suizid, vor 3 Jahren).

eines gestärkten Vertrauens in das Leben,

„Ich habe es für mich darin gesehen, ich war immer ein sehr ungeduldiger Mensch und wollte immer sehr viel erzwingen: "Ich schaff das, ich kann das, und ich mach das" und (...) ich habe jetzt viel mehr Vertrauen in das Leben.“ (Interview Nr. 3, geführt am 6.8.11; Tod des 5 Jahre alten Kindes durch Verkehrsunfall, vor 1 Jahr).

der Entfaltung des persönlichen Potenzials,

„Also, wie ich zu leben gelernt habe, oder besser gesagt, ich habe ein Potenzial in mir entdeckt, das ich vorher nicht gehabt habe.“ (Interview Nr. 28, geführt am 14.11.11; Tod des 4 Tage alten Kindes durch Hypoplastisches Linksherz, vor 17 Jahren).

oder die Beschreibung toleranter und weiser geworden zu sein.

„Ich habe auf jeden Fall das Positive daraus gezogen, dass ich das Gefühl habe, ich habe da einfach mich sehr viel mit Trauer auseinander gesetzt. Und ich bin glaube ich weicher geworden. Ich bin (...) weicher und weiter. So. Als Begriffe und ich sehe schon, dass ich da ein Stück Weisheit mitbekommen habe. Es ist so ein Blick, also toleranter, sowieso.“ (Interview Nr. 18, geführt am 26.10.11; Tod des 13 Jahre alten Kindes durch Hirntumor, vor 8 Jahren).

Unterkategorie 8: „Entwickelte Beziehungen“

Die Entstehung neuer Beziehungen oder die Stärkung bestehender zwischenmenschlicher Bindungen wurde ebenfalls als positiv empfunden (N = 3).

„Und man baut irgendwie seine eigene, oder ich habe mir meine eigene Community da aufgebaut, also ich habe einen neuen Bekanntenkreis, die alle Betroffene sind, und dieses (...), diesen Schutzrahmen, den habe ich unheimlich gebraucht, das ist total, ist bis heute total, ich bin gerade gestern zurück gekommen von einer Reise, ich habe mich wieder getroffen mit ein paar und es ist unheimlich angenehm und gut und wohltuend weil man sich verstanden fühlt.“ (Interview Nr.1, geführt am 2.8.11; Tod des 6 Wochen alten Kindes durch Sudden Infant Death Syndrome, vor 3 Jahren).

„Vor allem zu meinen Eltern und Geschwistern hat sich der Kontakt weit, weit verbessert im Gegensatz zu früher.“ (Interview Nr. 24, geführt am 8.11.11; Tod des 10 Tage alten Kindes durch Lungenblutung, vor 2 Jahren).

Unterkategorie 9: „Hilfe für Andere“

Diese, sehr spezielle, Kategorie umfasst positive Effekte für andere Personen, wie eine Organspende, oder die Entstehung neuer Gesetze. In der aktuellen Stichprobe wurden solche Effekte nicht beschrieben.

Unterkategorie 10: „Besseres Coping“

Das Gefühl stärker zu sein im Umgang mit Problemen oder die Bewältigung von speziellen Ängsten wurden von 9 Personen berichtet.

„Es hat schon auch die Bedeutung, dass ich weniger Angst habe, vor meinem eigenen Tod, dass das einfach zum Leben gehört.“ (Interview Nr. 16, geführt am 23.10.11; Tod des 4 Jahre alten Kindes durch grippalen Infekt bei Cardiomyopathie, vor 12 Jahren).

„Also ich habe es so gesehen, alle Dinge, die ich bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht gelöst gehabt habe, oder Probleme, die sind mit einem Schlag tragbar geworden und das war dann ein riesen Stein, den ich da zu bewältigen gehabt habe. Und seitdem habe ich so das Prinzip, alles was auf mich zu kommt, dass ich das versuche zu lösen.“ (Interview Nr. 28, geführt am 14.11.11; Tod des 4 Tage alten Kindes durch Hypoplastisches Linksherz, vor 17 Jahren).

„Und das war sicher eine gute Vorbereitung, weil 4 Jahre später ist mein Vater gestorben, da habe ich sicher viel besser mit dem Thema umgehen können, als meine Schwestern damit gekämpft haben.“ (Interview Nr. 29, geführt am 14.11.11; Tod des 4 Tage alten Kindes durch Hypoplastisches Linksherz, vor 17 Jahren).

Das Gefühl eines besseren Copings resultiert auch häufig aus dem Gedanken

„was soll mir noch passieren.“ (Interview Nr. 12, geführt am 15.9.11; Tod des 14 Jahre alten Kindes durch Schiunfall, vor 26 Jahren).

(siehe Unterkategorie 21).

Unterkategorie 11: „Entwickelte Beziehungen zu anderen Kindern“

In der vorliegenden Studie konnten dieser Kategorie keine Aussagen zugeschrieben werden.

Unterkategorie 12: „Wertschätzung Anderer“

Positiv wurde auch eine höhere Wertschätzung von Beziehungen und andern Menschen empfunden (N = 8).

„Also so (...), dass Verbindungen zu Menschen einen höheren Stellenwert haben und das Familienbild natürlich auch verändert.“ (Interview Nr. 18, geführt am 26.10.11; Tod des 13 Jahre alten Kindes durch Hirntumor, vor 8 Jahren).

„...oder die Qualität der Beziehungen zählt. So das Bewusstsein auch, es könnte jederzeit der letzte Augenblick, oder die letzte Begegnung mit einem Menschen sein, aber ich finde das nichts Erschreckendes.“ (Interview Nr. 16, geführt am 23.10.11; Tod des 4 Jahre alten Kindes durch grippalen Infekt bei Kardiomyopathie, vor 12 Jahren).

„Letzten Endes schon, weil man irgendwie achtsamer wird im Umgang mit anderen Menschen, mit anderen Familienmitgliedern, wenn das gelingt, ja. Ja insofern schon, aber momentan hätte ich das nie für möglich gehalten.“ (Interview Nr. 10, geführt am 31.8.11; Tod des 29 Jahre alten Kindes durch Unfall, vor 21 Jahren).

Unterkategorie 13: „Veränderte Prioritäten“

Viele Teilnehmer (N = 13) berichteten, dass sich ihre Prioritäten geändert haben oder über Veränderungen in der Wichtigkeit von Rollen, Beziehungen, wie die Zeit verbracht wird, oder was als bedauerlich beziehungsweise als schmerzlich empfunden wird.

„Ja eigentlich schon, also erstens Mal, nehme ich mir viel mehr Zeit für meine zweite Tochter und für meinen Bruder. Man sieht natürlich auch andere Sachen überhaupt nicht mehr so schlimm, wie man es vorher, wo man sich über so eine Nichtigkeit aufgeregt hat.“ (Interview Nr. 8, geführt am 29.8.11; Tod des 6 Jahre alten Kindes durch Blutvergiftung infolge einer bakteriellen Infektion bei Varizellen, vor 7 Jahren).

„Es ist bis heute so, dass ich mir oft denke, was ist denn jetzt eigentlich wichtig. (...) Die Prioritäten verschieben sich sehr.“ (Interview Nr. 12, geführt am 15.9.11; Tod des 14 Jahre alten Kindes durch Unfall, vor 26 Jahren).

„Man ist nicht mehr mit dem Alltag so sehr beschäftigt, sondern man bekommt einfach, es geht dann nicht mehr um Arbeit, Geld und materielle Dinge, sondern man bekommt einfach, man konzentriert sich dann eher auf das Wesentliche“ (Interview Nr. 29, geführt am 14.11.11; Tod des 4 Tage alten Kindes durch Hypoplastisches Linksherz, vor 17 Jahren).

Unterkategorie 14: „Bildung“

Eltern (N = 5) haben davon berichtet, wie sie sich Weiterbilden und auch andere berufliche Ausbildungen gestartet haben.

„Und wie gesagt, wir haben so eine Huna Ausbildung gemacht, das ist was hawaiianisches, wo wir auch die Kultur von den alten Hawaiianern kennen gelernt haben und das war alles sehr stimmig für mich.“ (Interview Nr. 26, geführt am 10.11.11; Tod des 15 Jahre alten Kindes durch Hirntumor, vor 8 Jahren).

„Was ich eben begonnen habe, das waren diese, das war der Frankl und die Logotherapie.“ (Interview Nr. 22, geführt am 6.11.11; Tod des 16 Jahre alten Kindes durch Unfall, vor 5 Jahren).

„Wie wichtig das ist, wenn man in der Früh aufsteht und das habe ich auch lernen müssen, das war mein erster wichtiger Punkt, wie ich beim Jourgus dieses Trauerseminar gemacht habe und dann die Ausbildung zum Trauerbegleiter.“ (Interview Nr. 23, geführt am 6.11.11; Tod des 16 Jahre alten Kindes durch Unfall, vor 5 Jahren).

Unterkategorie 15: „Erhaltene Unterstützung“

Eine Teilnehmerin formulierte, wie sehr sie sich von Freunden unterstützt fühlte.

„Also ich habe erlebt, dass aufgrund dieses schweren Verlustes, das Netz der Freunde viel dichter wurde. Dass wir ein Stück des Weges getragen wurden aus einem Netz der Liebe und das hätte ich sonst nie so wahrgenommen.“ (Interview Nr. 13, geführt am 20.10.11; Tod des 23 Jahre alten Kindes durch Suizid, vor 3 Jahren).

Leider haben viele Eltern auch von gegenteiligen Erfahrungen berichtet und fühlten sich in ihrer Trauer, auch teilweise von engen Freunden und Verwandten nicht angenommen.

„Menschen, wo man glaubt, dass man sich eigentlich darauf verlassen kann, oder dass sie einen verstehen. Schlimm. Und das Erschütternde ist, dass man zu der Traurigkeit, die man hat, auch noch sämtliche Beziehungen überdenken muss. Menschen die man beste Freund genannt hat, lösen sich einfach auf in Unverständnis und so. Und zudem es eh schon furchtbar traurig ist und dein Leben ein Drama ist, verschwinden auch noch die Personen. Also es ist, es ist nicht einfach.“ (Interview Nr. 25, geführt am 8.11.11; Tod des 10 Tage alten Kindes durch Lungenblutung, vor 2 Jahren).

Unterkategorie 16: „Besserer Lebensstil“

Eher selten (N = 2) wurden positive Entwicklungen des Lebensstils genannt.

„Ich habe mal lernen müssen, meinen Tagesablauf neu zu strukturieren, damit ich mich selbst nicht in Situationen bringe, die mir zuviel sind und das hat aber eigentlich eine bereichernde Wirkung“(Interview Nr.1, geführt am 2.8.11; Tod des 6 Wochen alten Kindes durch Sudden Infant Death Syndrome, vor 3 Jahren).

Unterkategorie 17: „Wertvolle Lektionen“

Viele Eltern (N = 7) beschreiben wertvolle Lektionen, die über das Leben und den Tod gelernt werden konnten.

„Aber durch diese Krankheit und speziell auch durch den Verlust von ihr, war das ganz klar, dass ich eigentlich am falschen Weg bin.“ (Interview Nr. 24, geführt am 8.11.11; Tod des 10 Tage alten Kindes durch Lungenblutung, vor 2 Jahren).

„Mein Blick von Krankheit hat sich erweitert. Wenn ich diese Erfahrung nicht gemacht hätte, würde ich mir denken, Krebs ist nur grausam, aber ich habe einen Zugang. Also auch vom Herzen her weitet man sich.“ (Interview Nr. 18, geführt am 26.10.11; Tod des 13 Jahre alten Kindes durch Hirntumor, vor 8 Jahren).

Unterkategorie 18: „Andere Benefits“

Die Beschreibung (N = 3) anderer positiver Konsequenzen, die in keine Kategorie einzuordnen waren.

„Also ohne seinen Tod, hätte ich mich nicht mit der Situation von Frauen in Bosnien beschäftigen können, glaube ich, weil da hatte ich auch mehr Zugang. Weil man erkennt einander, ob man ein Kind verloren hat, das ist schwer zu beschreiben, aber ich kenne das sofort, und das kennen auch Frauen von mir. Also Mütter von toten Kindern kennen einander. Und da kann man vielleicht immer noch mehr die Gesellschaft darauf aufmerksam machen.“ (Interview Nr. 21, geführt am 31.10.11; Tod des 19 Jahre alten Kindes durch Suizid, vor 8 Jahren).

Unterkategorie 19: „Freiraum“

Ein Gewinn an persönlicher Freiheit wurde von drei Teilnehmern beschrieben und daher wurde eine neue Kategorie erstellt.

„Also in unserem speziellen Fall war es auch ein Stück Befreiung, ohne dass wir das so gewollt hätten. Aber halt hinterher, war es auch wieder ein Stück Freiraum. Oder halt das Ende von weiteren immer wieder schmerzhaften Erfahrungen.“ (Interview Nr. 16, geführt am 23.10.11; Tod des 4 Jahre alten Kindes durch grippalen Infekt bei Kardiomyopathie, vor 12 Jahren).

Unterkategorie 20: „Erfahrung“

Neue Erfahrungen zu machen oder Anderes zu entdecken wurde auch beschrieben (N = 6).

„Naja, ich würde sagen, es ist für mich grundsätzlich mal ein Geschenk, dass man diese Erfahrung machen kann und darf.“ (Interview Nr. 17, geführt am 24.10.11; Tod des 23 Jahre alten Kindes durch Suizid, vor 3 Jahren).

„...man beschäftigt sich mit Dingen, die macht man vorher nicht. Und, ja ich habe viel kennen gelernt nachher, was sonst nicht so gekommen wäre.“ (Interview Nr. 26, geführt am 10.11.11; Tod des 15 Jahre alten Kindes durch Hirntumor, vor 8 Jahren).

Unterkategorie 21: „Bitter Benefits“

Diese Unterkategorie umfasst Änderungen, die zwar positive Aspekte beschreiben, aber von den StudienteilnehmerInnen (N = 4) nicht wirklich als positiv gesehen wurden.

„Aber so, dass ich jetzt sage, dass ich jetzt wirklich was Positives aus dem heraus nehmen kann, das ist eigentlich nicht. Weil wenn ich jetzt sage, okay, ich kann meine Freunde jetzt anders einschätzen, ich weiß nicht, ob das so positiv ist.“ (Interview Nr. 19, geführt am 30.10.11; Tod des 14 Jahre alten Kindes durch Verkehrsunfall durch alkoholisierten Mann, vor 14 Jahren).

„Also, positiv habe ich mir gedacht, was soll mir noch passieren. Also es ist eines der schlimmsten Dinge, natürlich, meinen Mann zu verlieren, oder meinen älteren Sohn, das hätte auch noch sein können, aber irgendwie, was soll noch kommen. Wenn das als positiv gespürt werden kann.“ (Interview Nr. 12, geführt am 15.9.11; Tod des 14 Jahre alten Kindes durch Schiunfall, vor 26 Jahren).

Dies zeigt, dass es keineswegs einfach ist, in jedem negativen Ereignis Positives zu finden. Vor allem wenn es um den Tod des eigenen Kindes geht, ist dies ein Gedanke, der eigentlich undenkbar erscheint. Doch Positives aus einem Ereignis zu ziehen, heißt nicht das Ereignis

selbst als positiv wahrzunehmen.

„Vielleicht sage ich es anders, ich hätte, wenn, das klingt genauso komisch, wie eigentlich die Frage schwer zu beantworten ist, ich hätte wahrscheinlich nie die Erfahrungen machen können, die letzten 5,5 Jahre, wenn es nicht passiert wäre. Aber ich würde mir wünschen, dass es nicht passiert wäre und ich wäre noch immer in dem Rad drinnen.“ (Interview Nr. 23, geführt am 6.11.11; Tod des 16 Jahre alten Kindes durch Unfall, vor 5 Jahren).

Das „Benefit – finding“ ein aktiver Prozess ist, eine harte Arbeit darstellt und trotzdem nicht für jeden bewältigbar ist, oder gewollt wird, beschreiben folgende Aussagen:

„Man wertschätzt manches mehr, glaube ich schon. Wenn man sich zum Leben entschlossen hat, weil es gibt ja Leute, das erleben wir jetzt wieder, die in einer Trauer stecken bleiben, die unvorstellbar ist. Also auch das Arbeiten daran, in eine Therapie zu gehen und das in den Griff zu bekommen, das ist auch, deutlich: „Ich entscheide mich für das Weiterleben - tue was für mich damit ich das irgendwie so hinbekomme“, dass man damit leben kann, dass man lernt damit zu leben. Wobei der Schmerz weniger wird, aber weg ist er nie.“ (Interview Nr. 12, geführt am 15.9.11; Tod des 14 Jahre alten Kindes durch Schiunfall, vor 26 Jahren).

„Das glaube ich nicht, da habe ich immer gesagt, der Preis ist viel zu hoch. Ich möchte nicht dazulernen, oder reifer werden oder wie immer das gerne bezeichnet wird. Man wird reifer durch so ein Erlebnis. Vielleicht, ja. Aber es rechtfertigt nicht den Tod eines anderen. Da möchte ich lieber stohdumm bleiben, ja, also durch so eine Erfahrung "gescheiter", oder was auch immer, werden. Ich finde, das ist ein ganz ein dummer, sage ich jetzt mal, Ausspruch, wenn das jemand sagt. Das ist mir auch gesagt worden, aber ich finde, das ist ein UNERHÖRTER Ausspruch. So was darf man nicht sagen, finde ich. Also bei mir zumindest war es so. Und es ist, glaube ich, auch anderes, wenn es um Ehepartner geht. Also die Witwen, vorwiegend die Witwen, die ich kennengelernt habe in den Trauerrunden, die waren da anders, aber beim eigenen Kind, glaube ich, ist es wieder was anderes.“ (Interview Nr. 7, geführt am 27.8.11; Tod des 19 Jahre alten Kindes durch Hirntumor, vor 7 Jahren).

Eine Teilnehmerin beschreibt, wie sie es schafft positive Konsequenzen aus dem Umgang mit dem Verlust ihres Kindes anzunehmen.

„Ich habe es dann schon so empfunden, dass bestimmte Dinge halt wahrscheinlich nicht so wären, wenn mein Kind nicht gestorben wäre. Also man lernt unheimlich viel aus der Erfahrung, das ist klar. Aber der Gedanke daran - wenn man den "zurückspinnt" - mein Kind hat sterben müssen, damit ich "gescheiter" werde auf dieser Ebene, ist natürlich sehr schmerzhaft. Und mir hat mal eine andere betroffene Mutter so was Tolles gesagt - sie hat gesagt, sie sieht das einfach wie ein Erbe. Wenn wer verstirbt, dann bekommst du ein Erbe und es ist ja auch nicht, du freust dich ja nicht wegen dem Erbe, dass die Person stirbt, du bist trotzdem traurig, aber du hast trotzdem von der Person noch was Schönes mitbekommen auf den Weg, und so sehe ich das. Also die guten Sachen, die nachher passiert sind, oder das was ich dazugelernt habe, das sehe ich eher als Erbe. Das andere ist nur, ein Mutterherz oder Vaterherz kann niemals sagen, mein Kind ist gestorben, damit

ich was lerne, das geht einfach überhaupt nicht rein - das geht nicht. Deshalb ist eben für mich wieder diese Erbe Idee da, dass ich sage, weil mein Kind da war, und das ist der Beweis dafür, dass es da war, haben sich Dinge verändert. Umso besser wenn es gut war, weil Kinder hinterlassen ja Spuren. Entweder weil der Vorhang zerschnitten ist, oder die Tapete zerschnitten, oder sonst was, wenn ein Kind da war, merkt man es meistens und so ist es ja auch bei den Kindern, die verstorben sind.“ (Interview Nr.1, geführt am 2.8.11; Tod des 6 Wochen alten Kindes durch Sudden Infant Death Syndrome, vor 3 Jahren).

10.3.2. Zusatzergebnis: Empfehlungen für Helfende von Betroffenen

„Dem Tod einfach den Schrecken und dem Schmerz und der Trauer ihren Platz geben.“ (Zitat eines Studienteilnehmers)

Aus der Zusatzfrage zur Wahrnehmung potenzieller psychologischer oder therapeutischer Unterstützung konnten folgende Empfehlungen für Helfende abgeleitet werden. (Angabe wird ausschließlich von Betroffenen Geäußertes und natürlich besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit oder Generalisierbarkeit).

Ausbildung der Helfenden (Psychologen, Therapeuten, Ärzte)

- Trauer und Trauma
- Krisenintervention: Erfahrung der Helfenden
- Gespräche: Übermittlung der Todesnachricht, Klären der Ursache, professionell weiterverweisen
- Empathiefähigkeit stärken (z.B. durch lesen von Büchern aus dem Bereich der Selbsthilfeliteratur)
- Selbstreflexion: Möchte ich wirklich mit dem Thema arbeiten? Wo liegen meine Ängste vor dem Thema? Kann ich mit diesem speziellen Fall wirklich arbeiten, oder muss ich die Person an andere Personen/ Institutionen weiterverweisen? Wehre ich das Thema unbewusst ab, weil ich selbst Kinder habe?

Don't:

- In eine Bedeutungsrichtung drängen, wie „Bist du reifer geworden durch diesen Tod?“
- gute Ratschläge, wie "Das Leben geht weiter.“ „Du hast ja eh noch ein Kind.“ „Willst du nicht mal loslassen.“ „Sie sind depressiv, gehen Sie zum Arzt.“ „Ihre Trauer ist ja pathologisch.“ „Ihr Kind hat es jetzt besser.“ „Alles im Leben hat einen Sinn.“ „Nach

einem Jahr müsste die Trauer abgeschlossen sein." „Behaltet sie/ihn lebendig in Erinnerung“

In der Anfangsphase

- Unterstützung in organisatorischen Belangen (Arbeitgeber anrufen, Krankenkasse,...)
- Alles bewusst, richtig, punktuell ansprechen
- Kontakt zum und Verabschiedung vom verstorbenen Kind ermöglichen, begleiten, auch wenn der Anblick nicht schön ist („*Es ist besser das Schädigungsbild einmal gesehen zu haben sonst setzt die Seele Fantasien dagegen.*“ Studententeilnehmerin)

Im Umgang

- Wahrheit & Wahrhaftigkeit: „*Jedes Wort ist gut, so lange es ehrlich ist.*“
(Studententeilnehmerin) „*Ich weiß nicht, was ich sagen soll, ist das ehrlichste.*“
(Studententeilnehmerin)
- Positive Rückmeldungen & Gute Zusagen "Sie waren eine gute Mutter/ein guter Vater." "Sie haben das Beste gemacht."
- Vorsichtige Formulierungen (z.B. Nicht suggerieren: „Jetzt müssen sie aber weiterleben.“)
- 100% Anwesenheit, hohe Präsenz
- Aktiv Zuhören, ohne zu werten & erklären, dass man das aushalten kann
- Zeit und Raum geben
- Sensibilität & Einfühlungsvermögen: emphatisch mitfühlen, nicht mitleiden
- Volles Verständnis entgegenbringen und ernst nehmen
- dosierte Emotionen fördern
- reine Anwesenheit aushalten, wenn es gebraucht wird.
- eigene Betroffenheit zeigen
- Geborgenheit vermitteln

Themenbereiche

- Selbstvertrauen stärken in Bezug auf das Trauerverhalten „*Du darfst diese Gefühle haben.*“ (Studententeilnehmerin)
- Bewusstsein schaffen, dass zur Trauer auch Freude gehört und man sich wieder freuen darf.
- Psychoedukation: Trauerreaktionen, Traumafolgen; Krankheit des Kindes
- Alltagsbewältigung: Wie kann Platz für Trauer und auch Alltag geschaffen werden.

Haushalten mit eigenen Energien, typische Woche gestalten;

- Klarheit erleichtern: Gedankenchaos ordnen helfen
- Neue Blickwinkel eröffnen
- Literatur: Zugang zu Büchern schaffen
- Vernetzen mit anderen Betroffenen
- Schuldfragen thematisieren und entschärfen (In Bezug auf den Tod des Kindes oder die Wahrnehmung, dass man zu wenig Zeit für die anderen Kinder, die Familie, die Pflichten hat).
- Gefühle ermöglichen & Struktur geben (damit man weiß, man kommt auch wieder raus aus der Trauer und wird nicht verrückt).
- Nachfragen "Was würden sie brauchen?", auf Betroffene zugehen
- Empowerment & Ressourcen stärken
- Handarbeit: Basteln, Nähen,.. Grab selbst designen. Ergotherapeutisches,...evt. in einer gemeinsamen Runde, dann kann etwas zur Sprache kommen, muss aber nicht.
- Strategien zum Schutz vor und Coping bei unsensiblen Kommentaren oder Gerüchten. (evt. Briefe schreiben z.B. an das Krankenhaus, Positives bewegen.)
- Einstellungsmodulation: Anerkennen was ist, und „wie gehe ich jetzt damit um“. Möglichkeiten aufzeigen, wo persönliche Freiheit im Umgang mit dem Ereignis besteht.
- Coping – Tipps (Aufschreiben, verschiedene Übungen)
- Ängste thematisieren & evt. Entdramatisieren
- pharmazeutische Hilfe anbieten, wenn nötig (*„Weil es ist schon so, dass man durch Gespräche bei Menschen innerhalb von gewissen Zeitrahmen helfen kann, aber der Tag hat 24 Stunden.“* Studienteilnehmer)
- Gesellschaft thematisieren: Trauerkultur, Tabuthema Tod & Trauer,
- Spiritualität thematisieren
- Maladaptive religiöse Vorstellungen entschärfen (z.B. strafender Gott)
- Partnerschaft thematisieren: unterschiedliches Trauerverhalten; Beziehung stärken
- auf die Gegenwart ausrichten – keine Zielbezogenheit, das setzt unter Druck

Setting

- langfristige Therapie ermöglichen
- soziales Umfeld einbeziehen, dadurch aufrecht erhalten und Gefahr der sozialen Isolation bannen (Wie kann man mit der betroffenen Person umgehen, was braucht

diese? Was ist verletzend (z.B. plumper Trost).

Schwelle verringern

- Kultur – sensitive Angebote
- finanzielle Schwelle: gratis Krisenintervention
- medial Bewusstsein schaffen für Möglichkeit einer Trauma – Begleitung auch im privaten Rahmen (nicht nur bei Großkatastrophen)
- generelles Bewusstsein schaffen in der Gesellschaft, dass man Hilfe annehmen kann und soll.

11. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Ziel dieser Studie war einerseits die qualitative Analyse der Sinn – Rekonstruktionsprozesse und andererseits die quantitative Analyse der Zusammenhänge dieser Prozesse mit der Komplizierten Trauer und der Posttraumatischen Persönlichen Reifung.

- An der Studie nahmen circa doppelt so viele Frauen (N = 21), wie Männer (N = 9) teil.
- Die StudienteilnehmerInnen hatten ein durchschnittliches Alter von 51 Jahren.
- Der Altersbereich der Kinder zum Zeitpunkt des Todes reicht von 4 Tagen bis zu 40 Jahren.
- 15 Eltern verloren ihr Kind durch eine Krankheit, 9 durch Unfälle, 5 durch Suizid und ein Elternteil verlor sein Kind durch Mord. 25 Eltern empfanden den Tod ihres Kindes als nicht vorhersehbar.
- Der zeitliche Abstand zum Tod des Kindes reichte von 1 Jahr bis 26 Jahren.
- Die qualitative Analyse ergab je 21 Kategorien für „Sense – making“ und „Benefit – finding“.
- Eine Skalierung dieser Kategorien zeigte, dass aus den Angaben von 4 Personen auf kein „Sense – making“, aus den Angaben von 9 Personen auf mittleres „Sense – making“ und aus den Angaben von 16 Personen auf hohes „Sense – making“ geschlossen werden konnte.
- Inhaltlich lassen sich die genannten „Sense – making“ unterschiedlichen Themenbereichen zuordnen:

Tab 16.: Themenbereiche des „Sense – making“

„Sense – making“

Themenbereiche	Kategorien
Todesereignis – Was?	Biologische Erklärungen, Physikalische Gesetze;
Warum?	Zweck von Leben & Tod, menschliche Existenz, Schicksal, Zufall, Wahrscheinlichkeiten, Aufgaben des Lebens, Rolle der Eltern, Vorahnung, Verhalten des Kindes;
Bedeutung/Entsprechungen des Todes (für das Kind)	Jenseits, Ende des Leids, Zweck von Leben & Tod;
Was bleibt im Leben?	Identität, Geschenk, Aufgaben des Lebens (in Angriff nehmen), Jenseits (als Hoffnung auf ein Wiedersehen), Zweck von Leben & Tod des Kindes (als Lehre), Glaube an einen Sinn;
Unverständnis	Kein Sinn, Verständnis fällt schwer, Informationssuche;

Trauernde Eltern beschäftigen sich mit dem Verständnis des Todesereignisses. Das Verständnis dafür, was ursächlich zum Tod geführt hat, scheint eine Grundvoraussetzung für die Beschäftigung mit anderen „Sense – making“ Fragen zu sein. Problematisch wird es in Fällen, bei welchen die Todesursache unklar ist, wie beispielsweise beim Sudden Infant Death Syndrom.

Das Verstehen der Todesursache reicht jedoch häufig nicht aus, um das Ereignis in persönlichen Zusammenhängen zu erfassen. Es bleibt die Frage nach dem Warum. Diese beantworten die betroffenen Eltern der aktuellen Studie auf unterschiedliche Art und Weise. Sehr häufig (N = 15) wird dem Leben und dem Tod des Kindes ein Zweck zugeschrieben, der häufig auch in positiver Form auf das Leben der Eltern wirkt. Die Frage nach dem Warum wird aber auch oft durch die Fragilität des Lebens und der menschlichen Existenz beschrieben (N = 11). Viele Eltern (N = 7) glauben auch daran, dass bestimmte Ereignisse eine Bestimmung oder ein persönliches Schicksal darstellen.

Eltern, die ihr Kind verlieren, möchten zudem wissen, was der Tod für ihr Kind bedeutet. Wo ist das Kind jetzt? Geht es ihm gut? Zur Integration der Bedeutung oder Entsprechung des Todes für das Kind werden am häufigsten (N = 12) Bilder eines Jenseits herangezogen. Genannt wurde der Glaube an ein Leben nach dem Tod oder an Wiedergeburt und Reinkarnation.

Dies ist teilweise verknüpft mit der Hoffnung auf eine schlussendliche Wiedervereinigung mit

dem Kind, als etwas, das im Leben der Eltern bleibt. Dabei wird nicht nur die Hoffnung auf ein schlussendliches Wiedersehen, sondern auch die bestehende, den Tod überwindende, Bindung zum Kind genannt. Fragen der Identität als Mutter oder als Vater (N = 6) spiegeln das wider. 11 Eltern haben aber auch angegeben, dass sie sich den Tod ihres Kindes nicht erklärbar machen konnten. Oder damit Schwierigkeiten haben (3 Personen). Wobei neun Personen trotz dieser Angabe auch andere „Sense – making“ Kategorien nannten. Das bedeutet, dass eine Anzahl von 27 Personen ein gewisses bis sehr hohes Maß an „Sense – making“ berichteten, was die Relevanz der Auseinandersetzung mit „Sense – making“ Themen unterstreicht.

- Die Skalierung der „Benefit – finding“ Kategorien ergab ein ähnliches Bild wie bei „Sense – making“: 3 Personen gaben an, dass ihnen kein „Benefit – finding“ möglich erschien, bei 4 Personen wurde auf ein mittleres „Benefit – finding“ und bei 22 Personen auf ein hohes „Benefit – finding“ geschlossen.
- Die Kategorien wurden folgenden inhaltlichen Themenbereichen zugeordnet:

Tab 17.: Themenbereiche des „Benefit – finding“

„Benefit – finding“	
Themenbereiche	Themenbereiche
Das persönliche Selbst	persönliche Entwicklung, veränderte Prioritäten, Wertschätzung des Lebens, entwickelte Spiritualität, besseres Coping, Bildung, besserer Lebensstil, wertvolle Lektionen, Freiraum, Erfahrung;
Das soziale Selbst	Hilfe für Andere, höhere Sensibilität, besseres Verständnis, entwickelte Beziehungen, Wertschätzung Anderer, erhaltene Unterstützung;
Schwierigkeiten	Kein Benefit, Bitter Benefit;

14 Eltern nannten unterschiedliche persönliche Entwicklungen durch die Konfrontation mit Themen und Emotionen, die der Verlust auslöste. Außerdem gaben einige (N = 11) an, dass sich durch den Verlust die Prioritäten in ihrem Leben neu geordnet hätten oder sie das Leben nun besser wertschätzen könnten (N = 11).

In Bezug auf soziale Bereiche nannten Eltern vor allem das erhöhte Interesse, anderen in ihrer Trauer zu helfen, oder in dunklen Stunden beizustehen ($N = 10$). Umgekehrt lassen die qualitativen Interviews darauf schließen, dass sich nur wenige Eltern von ihrem bestehenden sozialen Umfeld ausreichend verstanden und unterstützt fühlen. So nannte nur eine Person die „Erhaltene Unterstützung“ als positiv. Ein weitaus größerer Teil der Eltern überdenkt die Loyalität des bestehenden sozialen Netzes im Angesicht der Trauerarbeit. Die wahrgenommene Unterstützung könnte teils auch mit dem Alter des Kindes zusammenhängen (siehe Kap. 12.1.).

Die Enttäuschung durch Freunde und Familienmitglieder im Bezug auf die Unterstützung spiegelt sich auch teilweise in der Kategorie „Bitter Benefit“ wider (siehe Kap. 10.3.1.2. Unterkategorie „*Bitter Benefits*“).

Auch hier haben 8 Personen angegeben, dass sie aus dem Umgang mit dieser Erfahrung nichts Positives ableiten könnten (4 Personen nennen trotzdem andere „Benefit – finding“-Kategorien). Damit sind insgesamt 26 Personen auf „Benefit – finding“ eingegangen.

- Zusammenhangsanalysen zeigten hohe signifikante Zusammenhänge zwischen den Sinn – Rekonstruktionsprozessen und der Posttraumatischen Persönlichen Reifung ($r_s = .54$; $r_s = .49$; $p < .01$).
- Die Zusammenhänge zwischen den Sinn – Rekonstruktionsprozessen und der Komplizierten Trauer waren jedoch nicht signifikant.
- Frauen zeigten ein höheres Risiko für Komplizierte Trauer ($t = -3.23$; $p < .01$) als Männer.
- Ein höheres Alter der Studienteilnehmer ging mit geringerer Komplizierter Trauer ($r_{\text{einseitig}} = -.33$; $p < .05$) und geringerer Posttraumatischer Persönlicher Reifung ($r = -.42$; $p < .05$) einher. Unter Konstanthaltung der Variable „Sense - making“ konnte allerdings kein signifikanter Zusammenhang mehr zwischen dem Alter und den PPR-Werten nachgewiesen werden ($r = -.19$; $p = .32$).
- Bei traumatischen Todesfällen ($r_{pb} = .67$; $p < .01$) und unvorhersehbaren Todesfällen zeigte sich ein hoher Zusammenhang zwischen „Sense – making“ und PPR ($r_{pb} = .63$; $p < .01$).
- Der zeitliche Abstand zum Tod hing sowohl negativ mit den KTM-Werten ($r = -.49$; $p < .01$), als auch negativ mit den kritischen KTM-Werten ($r_{pb} = -.37$; $p = .03$) zusammen. Personen, bei denen der Tod des Kindes 1 – 7 Jahre vergangen war, waren häufiger oberhalb des kritischen Werts im KTM ($\chi^2 = 8.57$; $p = .00$).

12. Diskussion und Schlussfolgerung

12.1. Soziodemografische Variablen

Der hohe Frauenanteil in dieser Stichprobe deckt sich mit anderen Studien (z.B. Lichtenthal et al., 2010) und es wird angenommen, dass dies die höhere Bereitschaft von Frauen widerspiegelt, über ihre Trauer zu sprechen.

In Bezug auf das Alter des Kindes zum Todeszeitpunkt könnten vor allem die oberen und unteren Extremwerte im Trauerprozess und in der Sinn – Rekonstruktion Unterschiede aufzeigen. So nehmen viele Personen an, dass es um jene, die gar nicht, oder nur kurz auf der Welt waren, auch nicht viel zu trauern gibt (Rubin & Malkinson, 2001). Die fehlende Anerkennung der Einzigartigkeit und Unersetzbarkeit jedes Menschen, unabhängig von seiner Lebenszeit, kann für Eltern sehr schmerzhaft sein und die Identifikation als Mutter oder Vater erschweren (siehe Kap. 12.2. „*Identität*“). Beim Tod von erwachsenen Kindern tragen die Eltern nicht mehr die volle Verantwortung für das kindliche Handeln (Rubin & Malkinson, 2001). Im Vergleich zum Tod jüngerer Kinder ist es bei älteren Kindern häufiger der Fall, dass ihr Tod die Folge einer persönlichen Entscheidung ist, wie im Fall von Suizid oder beim Tod durch eine Drogen-Überdosis oder durch anderes riskantes Verhalten. Daher wird in diesen Fällen der Tod häufiger durch das Verhalten des Kindes erklärt. Das Alter des Kindes ist daher wichtig zum Verständnis der Fragen die sich nach dem Tod stellen sowie der emotionalen Reaktionen seitens der Eltern und ihres sozialen Umfelds.

Bemerkenswert ist der hohe Anteil an Frauen (60%), die oberhalb des kritischen Wertes im Komplizierte Trauer Modul sind. Dementsprechend nahmen vermehrt Frauen (73.3%) in Zusammenhang mit ihrer Trauer psychologische oder psychotherapeutische Unterstützung an. Der generell hohe Prozentsatz an hilfesuchenden Eltern (73.3%) verdeutlicht den Bedarf an professionellen Hilfsangeboten für trauernde Eltern. Für die Transparenz dieser Angebote und für ein höheres gesellschaftliches Bewusstsein für die Notwendigkeit dieser Angebote ist daher vermehrt zu sorgen. Aufgrund der bestehenden Geschlechtsdifferenz der aktiv Hilfesuchenden, sind Angebote geschlechtssensitiver Betreuung von Vorteil.

Der Großteil der Eltern gab an, noch weitere Kinder zu haben (83.3%) und somit hatte ein kleiner Teil der Eltern ihr einziges Kind zu betrauern. Der hohe negative Zusammenhang zwischen der Komplizierten Trauer und weiteren Kindern, könnte einerseits für den protektiven Faktor sprechen, den die bestehende Elternrolle mit sich bringt. Andererseits geben Eltern in den Interviews auch an, dass neben den Erziehungsaufgaben wenig Zeit für

den Umgang mit der Trauer bleibt. Außerdem können umgekehrt auch Schuldgefühle aufkommen, etwa weil aufgrund der Trauer die Kraft und Zeit für andere Kinder der Familie fehlen (Malkinson und Bar-Tur, 1999). Dies ist natürlich abhängig vom Alter und somit vom Fürsorgebedürfnis der Kinder.

12.2. „Sinn – Rekonstruktion“

Die Daten der aktuellen Studie konnten die Kategorien von Lichtenthal und Kollegen (2010) mit wenigen Ausnahmen stützen. Im Gegensatz zur Studie von Lichtenthal und Kollegen (2010) gab in der aktuellen Studie niemand an, den Tod seines Kindes als „Gottes Wille“ zu verstehen, was kulturell bedingte unterschiedliche Auslegungen religiöser Überzeugungen widerspiegeln könnte. In Bezug auf „Benefit – finding“ wurden in der aktuellen Stichprobe keine Aussagen zur Kategorie „Benefits für Andere“ getätigt. Nach der Definition dieser Kategorie nach Lichtenthal und Kollegen (2010) zu schließen, ist diese Kategorie maßgeblich von den Umständen des Todes und von den sich daraus ergebenden faktischen Konsequenzen für andere, wie zum Beispiel eine Organspende, abhängig. In der aktuellen Stichprobe ergaben sich keine positiven Konsequenzen dieser Art, wenngleich drei Eltern den Wunsch danach äußerten. Auch nicht explizit genannt wurde im Gegensatz zu der Untersuchung von Lichtenthal und Kollegen (2010) eine „entwickelte Beziehung zu anderen Kindern“, wobei viele Eltern von einer generellen Entwicklung sozialer Beziehungen berichteten, was eigene Kinder implizit mit einschließen kann.

Zusätzlich zu dieser Bestätigung der meisten Kategorien, trägt die aktuelle Untersuchung zu einer Erweiterung der „Sense – making“ Kategorien um sieben und der „Benefit – finding“ Kategorien um drei Kategorien bei. Die Erweiterung der Kategorien ergab sich möglicherweise durch die differenziertere Erfassung der Hauptkategorien mit jeweils drei mündlich zu beantwortenden Fragen, im Gegensatz zur Untersuchung von Lichtenthal und Kollegen (2010), die ihren Teilnehmern jeweils eine Frage zur schriftlichen Beantwortung vorgaben. Die jeweils drei Fragen wurden direkt in Anlehnung an die Definition der Sinn – Rekonstruktionsprozesse nach Davis und Kollegen (1998) verfasst, wobei diese sehr breit gefasst wird. So umfasst etwa das Konstrukt „Sense – making“ in seiner Definition sowohl Kausalursachen als auch tiefe, philosophische Auseinandersetzungen mit dem persönlichen Weltbild. Die in der aktuellen Studie gefundenen Erweiterungen spiegeln somit die breite Definition der Sinn – Rekonstruktionsprozesse nach Davis und Kollegen (1998) wider. Außerdem könnte die persönliche, mündliche Befragung der Studienteilnehmer mehr Raum für

die Nennung von Themen geschaffen haben, die in unpersönlichen schriftlichen Befragungen (siehe Lichtenthal et al., 2010) zurückgehalten werden.

Eine vergleichende Betrachtung der beiden Hauptkategorien verdeutlicht die unterschiedlichen Abstraktionsgrade dieser Kategorien. Während „Benefit – finding“ unterschiedliche Themenbereiche positiver Implikationen subsummiert, lassen sich innerhalb der „Sense – making“ Kategorie unterschiedliche Arten der Auseinandersetzung implizieren. Beispielsweise bedarf, im Falle einer bekannten Todesursache, die Nennung einer Kausalursache eine gedanklicher Auseinandersetzung anderer Qualität, als die Bezugnahme auf spirituelle Denkansätze. Diese unterschiedlichen Arten des „Sense – making“ sind möglicherweise zum einen Teil persönliche Vorliebe zum anderen auch Ausdruck kulturell vermittelter Denkansätze (Neimeyer et al., 2002) sowie Charakteristika des Erlebten. Für Praktiker ist es sicher ratsam den Betroffenen in seiner persönlichen Art des „Sense – making“ zu stärken, ohne implizit oder explizit eigene Bewertungen mit einfließen zu lassen oder bestimmte Richtungen zu forcieren. Andererseits kann in manchen Fällen die vorsichtige Herstellung eines Realitätsbezuges dort helfen, wo „Sense – making“ zur Vermeidung wird und statt tiefer Überzeugungen hinderliche Illusionen offenbart werden.

Problematisch kann es auch dort werden, wo die persönliche Art des „Sense – making“ eines Trauernden auf Widerstand seitens des sozialen Umfelds stößt, was den Betroffenen in seinem Selbstwert stark verletzen könnte und auch zu generellen Ängsten vor dem vermuteten „Verrückt werden“ (siehe Kap. 7.6.2.2.) führen könnten. Als Praktiker und „Experte“ in diesen Belangen trägt man in dieser Hinsicht eine große Verantwortung und sollte daher stets wertfrei gegenüber verschiedenen Erklärungstheorien seitens der Klienten sein.

„Benefit – finding“ ist hingegen eine homogenere Kategorie, welche durch die Ähnlichkeit zum Konzept der Posttraumatischen Persönlichen Reifung auf theoretischer Ebene klarer fundiert ist.

Generell verdeutlicht die Vielfalt der genannten Kategorien der Sinn – Rekonstruktion die Vorteile einer multitheoretischen Herangehensweise an das Thema „Trauer um das eigene Kind“ und unterstreicht die Gültigkeit neuerer theoretischer Entwicklungen, darunter der „Continuing Bonds“ Ansatz (Klass, 1999) und das „Model of Meaning Reconstruction in Response to Bereavement“ (Gillies und Neimeyer, 2006), sowie den Einbezug traumatheoretischer Erkenntnisse, wie die „Assumptive World Views“ (Janoff-Bulman, 1992). Dies ist in der therapeutischen Arbeit mit trauernden Personen zu berücksichtigen.

12.3. „Posttraumatische Persönliche Reifung“

Die differenzierte Betrachtung des hohen Zusammenhangs der Sinn – Rekonstruktionsprozesse mit der Posttraumatischen Persönlichen Reifung ergab, dass „Sense – making“ nur bei traumatischen und unvorhersehbaren Todesfällen einen hohen Zusammenhang mit der Posttraumatischen Reifung aufwies, nicht aber bei nicht traumatischen und vorhersehbaren Todesfällen. Nach Kaltman und Bonnano (2003) charakterisiert Hinterbliebene von traumatischen Todesfällen die erschwerte Integration des Ereignisses, was durch Symptome, wie Intrusion und Vermeidung gekennzeichnet sein kann. Diese erschwerte Integration trägt auch dazu bei, dass sich verwaiste Eltern den Tod ihrer Kinder weniger erklärbar und verstehbar machen können (Rogers et al., 2008). Diese Studienergebnisse, inklusive der aktuellen Untersuchung, geben Anlass zu Annahme, dass eine erfolgreiche Integration und somit erfolgreiches „Sense – making“ ausschlaggebend ist für Posttraumatische Reifung. Professionelle Unterstützung von mit traumatischen oder plötzlichen Todesfällen konfrontierten Personen, sollte also in jedem Fall traumaspezifische Interventionsformen mit einbeziehen. Die Aufklärung der Hilfesuchenden dahingehend scheint dringlich, denn die Angebote am „Helfermarkt“ sind teilweise unüberblickbar und nicht ausschließlich „State of the Art“.

In Bezug auf die personenbezogenen Einflussfaktoren sprechen Korrelationsanalysen für einen niedrigeren Grad an „Posttraumatischer Persönlicher Reifung“ mit höherem Alter. Wie auch eine Meta – Analyse zeigte (Helgeson et al., 2006), geht also ein höheres Alter mit einem niedrigeren Grad an Posttraumatischer Reifung einher.

Es zeigte sich kein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Dies steht im Gegensatz zu einer Meta – Analyse, die einen positiven Zusammenhang zwischen Posttraumatischer Reifung und dem weiblichen Geschlecht ergab (Helgeson et al., 2006). Da diese Meta – Analyse jedoch unterschiedliche Arten von Traumata betrachtet, können die Ergebnisse schwer mit dem speziellen Fall des Verlustes des eigenen Kindes verglichen werden.

12.4. „Komplizierte Trauer“

Die Zusammenhänge zwischen den Sinn – Rekonstruktionsprozessen und Komplizierter Trauer konnten nicht bestätigt werden. Dies widerspricht Ergebnissen anderer Studien, die ein Scheitern in den Sinn – Rekonstruktionsprozessen als Risiko für Komplizierte Trauer postulierten (Currier et al., 2006; Lichtenthal et al., 2010).

Möglicherweise beruht dieser Widerspruch auf unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen. In anderen Studien etwa wurden die Sinn – Rekonstruktionsprozesse mit jeweils einer Frage erfasst (Currier et al., 2006; Lichtenthal et al., 2010). Außerdem wurde in der vorliegenden Untersuchung eine Skalierung der Hauptkategorien einem Auszählen der Kategorien (vgl. Lichtenthal et al., 2010) vorgezogen. Zugrunde liegt eine Auffassung der Sinn – Rekonstruktion als adaptiv, unabhängig von der Anzahl der genannten Kategorien. Es wurde angenommen, dass im Extremfall (der in dieser Studie nicht auftrat) die Nennung jeweils einer Unterkategorie ausreicht, um von einer zufriedenstellenden Bewältigung der Sinn – Rekonstruktion auszugehen. Außerdem wurden durch eine Skalierung Probleme mit wiederholt genannten Kategorien vermieden.

Andererseits könnte auch die Abhängigkeit der Daten unter Paaren die Ergebnisse in Bezug auf ereignisbezogene Einflussfaktoren verzerren (siehe „nested data“ Wijngaards-de Meij et al., 2005; siehe Kap. 13), welche ihrerseits sowohl mit Komplizierter Trauer als auch mit Sinn – Rekonstruktion (siehe Kap. 12.5.) zusammenhängen. So konnten auch Ergebnisse anderer Studien (z.B. Keesee et al., 2008), die den Schluss nahelegen, dass eine traumatische Todesursache ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Komplizierten Trauer darstellt, nicht gestützt werden.

Im Einklang mit anderen Studien (Keesee et al., 2008), lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass trauernde Mütter häufiger zu komplizierten Trauerverläufen neigen als trauernde Väter. Dieses Ergebnis könnte aber auch daran liegen, dass Frauen generell ihre Gefühle besser einschätzen können und sie auch eher mitteilen als Männer (Chen, Bierhals, Prigerson, Kasl, Mazure, & Jacobs, 1999).

Auch zwischen dem Alter der StudienteilnehmerInnen und ihren Werten für „Komplizierte Trauer“ zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang. Je höher das Alter, umso niedriger waren die Werte für Komplizierte Trauer. Dies stützt eine Hypothese von Perkins und Harris (1990) die zeigten, dass jüngere und ältere Personen ein geringeres Risiko für maladaptive Anpassung nach einem Trauerfall aufweisen und daher von einem kurvenlinearen Zusammenhang zwischen dem Alter und Gesundheitszustand nach einem Trauerfall ausgehen. Da die aktuelle Studie wenig jüngere Personen beinhaltet, könnte es sein, dass dieser Zusammenhang nur in eine Richtung gezeigt werden kann.

Wie auch andere Studien zeigten (Keesee et al., 2008), wies der zeitliche Abstand zum Todesereignis einen hohen negativen Zusammenhang mit den Werten für Komplizierte Trauer auf.

Da aus Studien hervorgeht, dass der zeitliche Abstand zum Tod des Kindes einen Einfluss auf

maladaptive Trauersymptomatik hat (z.B. Keesee, Currier, & Neimeyer, 2008), könnten die Unterschiede in den KTM-Werten auf Unterschiede im zeitlichen Abstand zum Tod des Kindes zurückzuführen sein. Diese Überlegung kann allerdings, wie korrelative Analysen ergaben, ausgeschlossen werden: Die Korrelation zwischen dem Teilnehmerstatus (Paar- vs. Einzel-Teilnehmer) und KTM-Werten ($r_{pb} = -.63$, $p < .01$) blieb auch nach Kontrolle des zeitlichen Abstandes hoch und signifikant ($r_{pb} = -.55$, $p < .01$). Auf demselben Weg konnten auch die Variablen „Andere Kinder“, „Geschlecht der Studienteilnehmer“ und „Alter der Studienteilnehmer“ als moderierende Faktoren ausgeschlossen werden. Die Erklärung dieses Unterschieds, die auch nicht Ziel des aktuellen Forschungsvorhabens ist, ist somit im Rahmen dieser Studie nicht möglich.

13. Kritik und Forschungsausblick

Da die Forschung zu elterlicher Trauer um das eigene Kind limitiert ist (Rogers et al., 2008), stellt diese Studie eine wichtige Ergänzung der derzeitigen Datenlage vor allem im deutschen Sprachraum dar. Durch die Integration qualitativer und quantitativer Methoden konnten einerseits die Sinn – Rekonstruktionsprozesse sehr differenziert untersucht werden, und andererseits Zusammenhänge dieser Prozesse mit „Komplizierter Trauer“ und „Posttraumatischer Persönlicher Reifung“ aufgezeigt werden. Die qualitativen Analysen tragen, durch die Erfassung von „Sense – making“ und „Benefit – finding“ mit jeweils drei Fragen, zu einer Erweiterung der Sinn – Rekonstruktionskategorien von Lichtenthal und Kollegen (2010) bei.

Die Heterogenität der Stichprobe in Bezug auf das Alter des Kindes, den zeitlichen Abstand zum Tod und hinsichtlich der Todesursachen, ist ein Vorteil für die Erfassung des breiten Spektrums der Sinn – Rekonstruktion.

Aufgrund der Stichprobengröße und der Selbstselektion der Teilnehmer ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse jedoch als eingeschränkt zu betrachten. Im Gegensatz zu anderen Studien, welche sich auf Teilnehmer einer Selbsthilfegruppe beschränken, und deren Ergebnisse infolgedessen auch nur auf Betroffene übertragbar sind, die diese Art der Unterstützung in Anspruch nehmen (Rogers et al., 2008), wurden die Teilnehmer dieser Studie über multiple Wege gewonnen. Aus den Ergebnissen lassen sich also lediglich Tendenzen ableiten, die jedoch nicht ausschließlich für Teilnehmer von Selbsthilfegruppen Geltung haben könnten.

Aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl männlicher Teilnehmer, sind

Geschlechtsunterschiede vorsichtig zu interpretieren.

Als problematisch wird außerdem die Abhängigkeit der Daten unter Paaren gesehen. Da Elternpaare um dasselbe Kind trauern, teilen sie ereignisbezogene Einflussfaktoren, wie die Todesursache und den zeitlichen Abstand zum Tod (siehe „nested data“ Wijngaards-de Meij et al., 2005). Die Ergebnisse in Bezug auf ereignisbezogene Einflussfaktoren sind mit Bedacht auf diese Einschränkung zu interpretieren.

Eine Herausforderung zukünftiger Forschungsprojekte könnte die Untersuchung einer größeren Stichprobe sein, die auch Regressionsanalysen und somit kausale Interpretationen zulassen würden. Wie die vorliegende Arbeit zeigt, wäre die Untersuchung anderer Faktoren, wie der Einfluss von Familienkonstellationen, oder das Alter des Kindes zum Zeitpunkt des Todes ebenso vielversprechend.

In Bezug auf die Erforschung der Sinn – Rekonstruktionsprozesse könnte es sich als hilfreich erweisen, die Heterogenität der Hauptkategorie „Sense – making“ (siehe Tab. 16) als Anlass zu nehmen, die theoretische Basis auf neue Ordnungsmöglichkeiten zu untersuchen.

Bleibt noch, die Möglichkeiten zur kreativen Integration methodischer Vorgehensweisen zur Untersuchung der Sinn – Rekonstruktion besonders hervorzuheben. Einerseits natürlich um der Tiefe des Themas gerecht zu werden und andererseits um der derzeitigen Zahlenlast publizierter klinischer Forschung wieder vermehrt qualitative Akzente zu verleihen.

14. Literaturverzeichnis

- Arnold, J., Gemma, P. B., & Cushman, L. F. (2005). Exploring Parental Grief: Combining Quantitative and Qualitative Measures. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19, 6, 245–255.
- Antonovsky, A. (1997). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bodner, E. (2002). *Ich wollte doch dein Leben schützen! Schwerpunkt Suizid*. Weishaupt Verlag.
- Boelen, P. A. & van den Bout J. (2008) Complicated Grief and Uncomplicated Grief are Distinguishable Constructs. *Psychiatry Research*, 157, 311–314
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A Cognitive-Behavioral Conceptualisation of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 109-128.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout, M. A. (2003). The Role of Cognitive Variables in Psychological Functioning after the Death of a First Degree Relative. *Behaviour, Research and Therapy*, 41, 1123–1136.
- Bonanno, G., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K., Litz B., & Insel, B. (2007). Is there more to Complicated Grief than Depression and Posttraumatic Stress Disorder? A Test of Incremental Validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 342-351.
- Bortz, J. & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. überarbeitete Auflage). Berlin: Springer Verlag.
- Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Proposed Structural Equation Model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 279-287.
- Calhoun, G. T. & Tedeschi, L. G. (2008). Beyond the Concept of Recovery: Growth in the Experience of Loss. *Death Studies*, 32, 27-39.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Cann, A., & Hanks, E. A. (2010). Positive Outcomes Following Bereavement: Paths to Posttraumatic Growth. *Psychologica Belgica*, 50,

125-143.

- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., & Danhauer, S. C. (2010). The Core Beliefs Inventory: A brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23, 19-34.
- Castro, F. G., Kellison, J. G., Boyd, S. J., Kopak, A. (2010). A Methodology for Conducting Integrative Mixed Methods Research and Data Analysis. *Journal of Mixed Methods Research*, 4, 342-360.
- Chen, J. H, Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M., & Jacobs, S. (1999). Gender Differences in the Effects of Bereavement-Related Psychological Distress in Health Outcomes. *Psychological Medicine*, 29, 367-380.
- Currier J. M., Holland, J. M., & Neimeier, R. A. (2006). Sense - making , Grief, and the Experience of Violent Loss: Toward a Mediational Model. *Death Studies*, 30, 403-428.
- Davies, R. (2004). New Understandings of Parental Grief: Literature Review. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 506-513.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and Meaning. How do People make Sense of Loss? *The American Behavioral Scientist*, 44, 5, 726-741.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making Sense of Loss and Benefiting from the Experience: Two Construals of Meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 561-574.
- Davis, C., Wortman, C. B., Lehman, D. R., & Silver, R. (2000). Searching for Meaning in Loss: Are Clinical Assumptions Correct? *Death Studies*, 24, 497-540.
- Denson, T., Marshall, G., Schell, T., & Jaycox, L. (2007). Predictors of Posttraumatic Distress 1 Year after Exposure to Community Violence: The Importance of Acute Symptom Severity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 683-692.
- Dyregrov, A. & Dyregrov, K. (1999). Long-Term Impact of a Sudden Infant Death: A 12- to 15-Year Follow-Up. *Death Studies*, 23, 635-661.
- Dyregrov, K. (2004). Bereaved Parents' Experience of Research Participation. *Social Science and Medicine*, 58, 391-400.
- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of Psychosocial Distress After Suicide, SIDS, and Accidents. *Death Studies*, 27, 143-165.

- Engelkemeyer, S. M., Marwit, S. J. (2008). Posttraumatic Growth in Bereaved Parents. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 344-346.
- Field, N. P., & Bonanno, G. A. (2001). The Role of Blame in Adaptation in the First 5 Years Following the Death of a Spouse. *American Behavioral Scientist, 44*, 764 – 781.
- Freud, S. (1917/1946). *Trauer und Melancholie*. Gesammelte Werke. Frankfurt am Main: Fischer.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2007). Comparison of Two Diagnostic Systems for Complicated Grief. *Journal of Affective Disorders, 99*, 203-211.
- Gillies, J. & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, Grief and the Search for Significance: Toward a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement. *Journal of Constructivist Psychology, 19*, 31-65.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A Meta-Analytic Review of Benefit-Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 797-816.
- Hogan, N. S. & Schmidt, L. A. (2002). Testing the Grief to Personal Growth Model Using Structural Equation Modeling. *Death Studies, 26*, 615-634.
- Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2010). An Examination of Stage Theory of Grief Among Individuals Bereaved by Natural and Violent Causes: A Meaning Oriented Contribution. *Omega, 61*, 2, 103-120.
- Holland, J. M., Neimeyer, R. A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2009). The Underlying Structure of Grief: A Taxometric Investigation of Prolonged and Normal Reactions to Loss. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*, 190–201.
- Holzschuh, W. (1998). *Die Trauer der Eltern beim Verlust eines Kindes*. Würzburg: Seelsorge Echter.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological Grief: Diagnosis and Explanation. *Psychosomatic Medicine, 55*, 260–273.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress Response Syndromes*. (2. Auflage) Northvale, N. J.: Jason Aronson Inc. Publishers.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. et al. (1997) Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*, 904–910.
- Hynson, J. L., Aroni, R., Bauld, C., & Sawyer, S. M. (2006). Research with Bereaved Parents: A Question of How not Why. *Palliative Medicine, 20*, 805-811.

- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press.
- Kaltman, S. & Bonanno, G. (2003). Trauma and Bereavement: Examining the Impact of Sudden and Violent Deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 131-147.
- Keesee, N. J., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of Grief Following the Death of One's Child: The Contribution of Finding Meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1145-1163.
- Klass, D. (1996) The Deceased Child in the Psychic and Social Worlds of Bereaved Parents During the Resolution of Grief. *Death Studies* 21, 147–175.
- Klass, D. (1999). *The spiritual lives of bereaved parents*. New York: Brunner/Mazel.
- Kreicbergs, U., Valdimarsdóttir, U., Onelöv, E., Henter, J. I., & Steineck, G. (2004). Anxiety and Depression in Parents 4-9 Years after the Loss of a Child owing to a Malignancy: A population-based follow-up. *Psychological Medicine*, 34, 1431-1441.
- Kübler-Ross, E. (1984). *Kinder und Tod*. Zürich: Kreuz-Verlag.
- Li, J., Laursen, T. M., Precht, D. H., Olsen, J., & Mortensen, P. B. (2005). Hospitalization for Mental Illness among Parents after the Death of a Child. *New England Journal of Medicine*, 352, 1190-1196.
- Li, J., Precht, D. H., Mortenson, P. B., & Olson, J. (2003). Mortality in Parents after Death of a Child in Denmark: A Nation- wide Follow-Up Study. *Lancet*, 361, 363–367.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2004). A Case für Establishing Complicated Grief as a Distinct Mental Disorder in DSM – V. *Clinical Psychology Review* 24, 637-662.
- Lichtenthal, W. G., Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Keesee, N. J. (2010). Sense and Significance: A Mixed Methods Examination of Meaning Making after the Loss of One's Child. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 791-812.
- Linley, P.A. & Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.
- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica*, 47, 153-162.
- Maercker, A. & Langner, R. (2002). KTM. Komplizierte Trauer Modul. Abgerufen am 2.6.2011 unter <http://www.zpid.de/index.php?wahl=products&uwahl=frei&uuwahl>

[=testarchiveintro#k](#)

- Malkinson, R. & Bar-Tur, L. (1999). The Aging of Grief in Israel: A Perspective of Bereaved Parents. *Death Studies*, 23, 413-431.
- Moriarty, H. J., Carroll, R., & Cotroneo, M. (1996). Differences in Bereavement Reactions Within Couples Following Death of a Child. *Research in Nursing & Health*, 19, 461-469.
- Murphy, S. A., Das Gupta, A., Cain, K. C., Johnson, L. C., Lohan, J., Wu, L., & Mekwa, J. (1999). Changes in Parents' Mental Distress after the Violent Death of an Adolescent or Young Adult Child: A Longitudinal Prospective Analysis. *Death Studies*, 23, 129-159.
- Murphy, S. A., Johnson, C. L., Chung, I. J., & Beaton, R. D. (2003). The Prevalence of PTSD Following the Violent Death of a Child and Predictors of Change 5 Years later. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 17-25.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Lohan, J. (2003). Finding Meaning in a Child's Violent Death: A Five Year Prospective Analysis of Parents Personal Narratives and Empirical Data. *Death Studies*, 27, 381-404.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Wu, L., Fan, J. J., & Lohan, J. (2003). Bereaveds Parents' Outcomes 4 to 60 Months after their Children's Deaths by Accident, Suicide, or Homicide: A Comparative Study demonstrating Differences. *Death Studies*, 27, 39-61.
- Moss, M. S., Moss, S. Z., & Hansson, R.O. (2001) Bereavement and Old Age. In M.S. Stroebe (Ed.), *Handbook of Bereavement Research*. (pp. 219-233). Washington, DC: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the Meaning of Meaning: Grief Therapy and the Process of Reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558.
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning Reconstruction & the Experience of Loss*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Neimeyer, R.A. (2004). Fostering Posttraumatic Growth: A Narrative Elaboration. *Psychological Inquiry*, 15, 53-59.
- Neimeyer, R. A. (2006). Complicated Grief and the Reconstruction of Meaning: Conceptual and Empirical Contributions to a Cognitive-Constructivist Model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 141-145.
- Neimeyer, R. A., Herrero, O., & Botella, L. (2005). Chaos to Coherence: Psychotherapeutic

Integration of Traumatic Loss. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 127-145.

Neimeyer, R. A., Prigerson, H.G., Davies, B. (2002). Mourning and Meaning. *American Behavioral Scientist*, 46, 235-251.

Papadatou, D. (1997). Training Health Professionals in Caring for Dying Children and Grieving Families. *Death Studies*, 21, 575-600.

Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996) Assessment and Prediction of Stress-Related Growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.

Perkins, W. H. & Harris, L. B. (1990). Familial Bereavement and Health in Adult Life Course Perspective. *Journal of Marriage and Family*, 52(1),233-241.

Polatinsky, S. & Esprey, Y. (2000). An Assessment of Gender Differences in the Perception of Benefit Resulting from the Loss of a Child. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 709-718.

Prigerson, H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., Goodkin, K. et al. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD- 11. Abgerufen am 12.5.2011. unter <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000121>.

Prigerson, H. & Jacobs, S. (2001). Traumatic Grief as a Distinct Disorder: A Rationale, Consensus Criteria, and a Preliminary Empirical Test. In M.S. Stroebe (Ed.), *Handbook of Bereavement Research* (pp. 613-645). Washington: American Psychological Association.

Prigerson, H., Maciejewski, P., Newson, J., Reynolds, C., Frank, E., Bierhals, E. et al. (1995). The Inventory of Complicated Grief: A Scale to Measure Certain Maladaptive Symptoms of Loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.

Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. et al. (1999). Consensus Criteria for Traumatic Grief. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67– 73.

Provini, C., Everett, J. R., & Pfeffer, C.R. (2000). Adults Mourning Suicide: Self – Reported Concerns About Bereavement, Needs for Assistance, and Help – Seeking Behavior. *Death Studies*, 24, 1-19.

Riches, G. & Dawson, P. (1998). Lost Children, Living Memories: The Role of Photographs in Processes of Grief and Adjustment Among Bereaved Parent. *Death Studies*, 22,

212-140.

- Rubin, S.S. & Malkinson, R. (2001). Parental Response to Child Loss across the Life Cycle. In M.S. Stroebe (Ed.), *Handbook of Bereavement Research*. (pp. 219-233). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rogers, C. H., Floyd, F. J., Seltzer, M. M., Greenberg, J., & Hong, J. (2008). Long-Term Effects of the Death of a Child on Parents' Adjustment in Midlife. *Journal of Family Psychology*, 22, 203-211.
- Schuettler, D. & Boals, A. (2011). The Path to Posttraumatic Growth Versus Posttraumatic Stress Disorder: Contributions of Event Centrality and Coping. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 180-194.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P., & Reynolds, C. (2005) Treatment of Complicated Grief. A Randomized Controlled Trial. *Journal of American Medical Association*, 293, 2601-2608.
- Stroebe, M. S. & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M. S. & Schut, H. (2001). Models of Coping with Bereavement: A Review. In M.S. Stroebe (Ed.), *Handbook of Bereavement Research*. (pp. 375-399). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health Outcomes of Bereavement. *The Lancet*, 370, 1960-1973.
- Taku, K., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2008). The Role of Rumination in the Coexistence of Distress and Posttraumatic Growth Among Bereaved Japanese University Students. *Death Studies*, 32, 428-444.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive Versus Deliberate Rumination in Posttraumatic Growth Across US and Japanese Samples. *Anxiety, Stress & Coping*, 22, 129-136.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2008). Beyond the Concept of Recovery: Growth and the Experience of Loss. *Death Studies*, 32, 27-39.

- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wheeler, I. (2001). Parental Bereavement: The Crisis of Meaning. *Death Studies*, 25, 51-66.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., & Dijkstra, I. (2005). Couples at Risk Following the Death of Their Child: Predictors of Grief Versus Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 4, 617-623.
- Worden, J. W. (1999). *Beratung und Therapie in Trauerfällen*. Ein Handbuch. (2. Auflage) Bern: Huber.
- Znoj, H. (2004). *Komplizierte Trauer*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Zoeller, T. & Maercker, A. (2006). Posttraumatic Growth in Clinical Psychology-A Critical and Introduction of a Two Component Model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-6

Amtliche Quellen

- Statistik Austria (o.J.). Gestorbene seit 2001 nach Alter, Familienstand und Geschlecht, abgerufen am 20. 6. 2009 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html.
- Statistik Austria (o.J.). Todesursachen im Jahr 2010, abgerufen am 20.6.2009 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html

15. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Model of Meaning Reconstruction in Response to Bereavement	18
Abbildung 2	Model of Growth in the Context of Grief	25
Abbildung 3	A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief	33
Abbildung 4	Erwartete Zusammenhänge zwischen den Konstrukten und Einflussfaktoren	37
Abbildung 5	Ablaufmodell inhaltlich strukturierter Inhaltsanalyse	47
Abbildung 6	Altersverteilung der Stichprobe	51
Abbildung 7	Grafische Darstellung der signifikanten Zusammenhänge	56
Abbildung 8	Grafische Darstellung der signifikanten Zusammenhänge,	57

	getrennt für Männer und Frauen	
Abbildung 9	Grafische Darstellung der signifikanten Zusammenhänge, getrennt für Personen, die von traumatischen Todesfällen betroffen sind und Personen, die von nicht traumatischen Todesfällen betroffen sind.	59
Abbildung 10	Grafische Darstellung der signifikanten Zusammenhänge, getrennt für Personen, die mit subjektiv vorhersehbaren Todesfällen konfrontiert waren und Personen, die mit unvorhersehbaren Todesfällen konfrontiert waren.	61
Abbildung 11	Grafische Darstellung der signifikanten Zusammenhänge, getrennt für Personen, deren Kind vor weniger als sieben Jahren verstorben ist und für Personen, deren Kind vor mehr als acht Jahren verstorben ist.	62

16. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Unterscheidung zwischen einfacher und komplizierter Trauerreaktion	29
Tabelle 2	Kriterien für „Prolonged Grief Disorder“	30
Tabelle 3	Skalierung der Hauptkategorien „Sense – making“ und „Benefit – finding“	48
Tabelle 4	Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe	50
Tabelle 5	Studienrelevante Charakteristika der Stichprobe	51
Tabelle 6	Unterschied im zeitlichen Abstand zum Tod zwischen Paar - und Einzelteilnehmern	51
Tabelle 7	Parameter für die verwendeten Verfahren, sowie für „Sense – making“ und „Benefit – finding“	53
Tabelle 8	Tab. 8.: Unterschiede zwischen Paar- und Einzelteilnehmern	54
Tabelle 9	Ergebnisse korrelativer Analysen	55
Tabelle 10	Unterschiede zwischen Männern und Frauen	56
Tabelle 11	Unterschiede zwischen von traumatischen Todesfällen betroffenen Teilnehmern und von nicht traumatischen Todesfällen betroffenen.	59
Tabelle 12	Unterschiede zwischen Todesfällen, die subjektiv als vorhersehbar beschrieben wurden und als unvorhersehbar beschriebenen Todesfällen	60

Tabelle 13	Unterschiede zwischen Todesfällen, die weniger als sieben Jahre vergangen waren und Todesfällen, die mehr als acht Jahre vergangen waren.	62
Tabelle 14	Häufigkeiten der Kategorienennungen im Vergleich zu einer Studie von Lichtenthal und Kollegen (2010)	64
Tabelle 15	Häufigkeiten der Kategorienennungen im Vergleich zu einer Studie von Lichtenthal und Kollegen (2010)	78
Tabelle 16	Themenbereiche des „Sense – making“	92
Tabelle 17	Themenbereiche des „Benefit – finding“	94

17. Anhangverzeichnis

Anhang 1	Deutsche Zusammenfassung	114
Anhang 2	Brief an betroffene Eltern	115
Anhang 3	Informed Consent	118
Anhang 4	Fragebogen zu Soziodemografischen Daten	119
Anhang 5	Fragebogen zur Posttraumatischen Persönlichen Reifung (PPR)	120
Anhang 6	Fragebogen zur Komplizierten Trauer (KTM)	121
Anhang 7	Lebenslauf	123

Anhang 1 Deutsche Zusammenfassung**Zusammenfassung**

Die vorliegende Arbeit widmet sich der Untersuchung der Sinn – Rekonstruktion im Zusammenhang mit der Trauer um das eigene Kind mit qualitativen und quantitativen Methoden. Die Sinn – Rekonstruktionsprozesse „Sense – making“ und „Benefit – finding“ wurden im qualitativen Interview mit sechs Fragen erfasst. Die Befragung von 30 trauernden Eltern ergab insgesamt 42 Kategorien der Sinn – Rekonstruktion. „Sense – making“ Kategorien reichten von Kausalerklärungen bis hin zu philosophischen Auseinandersetzungen und „Benefit – finding“ Kategorien beinhalteten sowohl persönliche als auch soziale Entwicklungen. Drei befragte Eltern nannten keine „Sense – making“ Kategorie und 4 nannten keine „Benefit – finding“ Kategorie.

Zusätzlich wurde die Korrelation zwischen den skalierten „Sense – making“ und „Benefit – finding“ Kategorien und Komplizierter Trauer sowie Posttraumatischer Persönlicher Reifung untersucht. Erhoben wurden die Komplizierte Trauer mit dem KTM (Maercker & Langner, 2002) und die Posttraumatische Persönliche Reifung mit dem PPR (Maercker & Langer, 2001). Die Analysen ergaben signifikante Korrelationen zwischen dem Grad der Sinn – Rekonstruktion und den Werten im PPR ($r_s = .54$; $r_s = .49$; $p < .01$), vor allem, wenn die Todesursache traumatisch und unvorhersehbar war ($r_{pb} = .67$; $r_{pb} = .63$; $p < .01$). Es zeigte sich jedoch kein Zusammenhang zwischen der Sinn – Rekonstruktion und der Komplizierten Trauer.

Zudem wurden individuelle und ereignisbezogene Einflussfaktoren auf die Komplizierte Trauer und die Posttraumatische Persönliche Reifung untersucht. Statistische Analysen ergaben, dass Frauen höhere maladaptive Trauersymptomatik aufwiesen. Ältere Studienteilnehmer wiesen geringere Werte im KTM und auch im PPR auf. Je größer der zeitliche Abstand zum Todesereignis war umso niedrigere Werte ergaben sich in Bezug auf die Komplizierte Trauer.

Da die Forschung zu elterlicher Trauer um das eigene Kind limitiert ist (Rogers et al., 2008), stellt diese Studie eine wichtige Ergänzung der derzeitigen Datenlage dar, wenngleich die Aussagekraft Ergebnisse vor allem im Hinblick auf die Genralisierbarkeit limitiert ist.

Anhang 2 Brief an betroffene Eltern

Julia Bogensperger

juliabogi@gmx.at

Liebe Eltern!

Ich, Julia Bogensperger, studiere an der Universität Wien Psychologie und arbeite derzeit an meiner Diplomarbeit. Ich beschäftige mich im Rahmen dieser Arbeit mit der „Trauerverarbeitung beim Tod des eigenen Kindes“.

Genauer gesagt, möchte ich den Einfluss der gedanklichen Auseinandersetzung mit dem Tod des eigenen Kindes auf die Trauerverarbeitung untersuchen. Dem theoretischen Hintergrund zufolge, ist die Art der gedanklichen Bewältigung des schmerzhaften Ereignisses ausschlaggebend für die Trauerverarbeitung. Im Rahmen meiner Diplomarbeit möchte ich diese Theorie in der Realität untersuchen. Ich suche daher betroffene Eltern, deren Kind vor mehr als einem Jahr gestorben ist, die bereit sind mich ein Stück weit an Ihren Erfahrungen teilhaben zu lassen. Ich finde es wichtig, dass Betroffene in die psychologische Forschung integriert werden, denn schließlich sind sie es selbst, die den Expertenstatus für Ihre Erfahrung und Ihr Leid innehaben. Ziel dieser Diplomarbeit ist es, ein besseres Verständnis für die Trauer nach dem Tod des eigenen Kindes zu erlangen und infolge dessen, zur Gestaltung psychologischer Interventionen beizutragen. Wenn Sie sich entscheiden, an der Studie teilzunehmen, können Sie also einen sehr wertvollen Beitrag zur Wissenschaft und zur psychologischen Praxis leisten. Als Mensch und als angehende Psychologin, liegt mir die Thematik sehr am Herzen und daher freue ich mich über die Teilnahme jedes Einzelnen. Durch das Gespräch über dieses schmerzhaftes Ereignis kann die Teilnahme für Sie aber auch sehr belastend sein und daher verstehe ich natürlich, wenn Sie Bedenken haben, oder nicht teilnehmen möchten. Sollten Sie Bedenken haben, kontaktieren Sie mich und ich werde all Ihre Fragen gerne beantworten auch wenn Sie hinterher entscheiden, nicht an der Studie teilzunehmen.

Nun genauere Informationen zur Studie:

Die Studie gliedert sich einerseits, in ein persönliches Gespräch zwischen mir und Ihnen und andererseits, in das Ausfüllen von zwei Fragebögen.

Im persönlichen Gespräch möchte ich Ihnen sieben Fragen zur gedanklichen Verarbeitung des Todes Ihres Kindes stellen. Eine Frage lautet zum Beispiel: *Hat sich Ihre Sichtweise über die Welt/Ihr Weltbild/Weltverständnis durch den Tod Ihres Kindes geändert?* Wichtig ist, dass es bei diesen Fragen keine richtigen oder falschen Antworten gibt. Wie ausführlich Sie auf die Fragen antworten möchten, liegt bei Ihnen. Jede Ihrer Antworten oder Mitteilungen ist für mich als

Mensch, als Diplomandin und für mein Forschungsprojekt von großem Wert. Das Gespräch wird mit einem Diktiergerät aufgezeichnet, damit ich sicher gehe, nichts von dem Gesagten zu vergessen.

Die zwei Fragebögen haben den Zweck Aspekte der Trauer und der persönlichen Veränderungen zu erfragen. Ein Fragebogen heißt KTM (Kompliziertes Trauermodul) und besteht aus 26 Fragen, die durch Ankreuzen auf einer vierstufigen Skala zu beantworten sind. Zum Beispiel:

Traten die nachfolgenden Phänomene innerhalb des letzten Monats wegen dieses Verlustes bei Ihnen auf?					
		stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt völlig
1.	Ich war in dieser Zeit oft mit den Erinnerungen an unser gemeinsames Leben beschäftigt.	☐	☐	☐	☐
2.	Ich erinnere mich häufig an ihr/sein Bild.	☐	☐	☐	☐

Der zweite Fragebogen heißt PPR (Posttraumatische Veränderungen) und umfasst 21 Fragen, die auf einer sechsstufigen Skala zu beantworten sind. Zum Beispiel:

Im Folgenden geht es noch einmal darum, welche Veränderungen sich in Ihrem Leben durch das am meisten belastende Ereignis ergeben haben und wie stark Sie diese einschätzen.						
	Über haupt nicht	kaum	ein wenig	ziem- lich	stark	sehr stark
1. Ich habe neue Vorstellungen darüber, was im Leben wichtig und vorrangig ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich habe ein neues Gefühl dafür, wie wertvoll mir mein Leben ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Außerdem gibt es noch einen kurzen Fragebogen zur Erfassung Soziodemographischer Daten, wo zum Beispiel Ihr Alter und Ihr Beruf erfragt werden.

All Ihre Daten, Ihre Antworten im persönlichen Interview und in den Fragebögen, dienen ausschließlich Forschungszwecken. Das heißt, die Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Wenn Ihnen eine Frage unangenehm sein sollte, können Sie sich jederzeit an mich wenden, oder sich der Beantwortung jeder Frage enthalten.

Wenn Sie sich zur Teilnahme an der Studie entscheiden, können Sie die Teilnahme selbstverständlich jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen und ich werde das mit vollem Respekt akzeptieren.

Die Studie ist zeitlich für diesen Sommer geplant, also für die Monate Juli, August, September...
Den Ort bestimmen Sie. Je nachdem wo Sie sich am wohlsten fühlen komme ich (im Raum Wien) gerne zu Ihnen nach Hause, oder lade Sie auch zu mir ein. Oder wir treffen uns in einem Café, im Park,...

Nun bleibt mir noch zu sagen, Vielen Dank fürs Lesen und kontaktieren Sie mich bitte, wenn Sie an der Studie teilnehmen möchten, oder Fragen haben, unter der oben angeführten e-mail Adresse oder telefonisch. Es ist mir auch eine sehr große Hilfe, wenn Sie diesen Brief an bekannte Betroffene weiterleiten.

Mit Lieben Grüßen,

Julia Bogensperger

Anhang 3 Informed Constant

Julia Bogensperger

juliabogi@gmx.at

Einverständniserklärung

Im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Psychologischen Fakultät der Universität Wien, führe ich, Julia Bogensperger, unter Betreuung von Frau Ass.-Prof. Dr. Lueger-Schuster, eine wissenschaftliche Untersuchung zum Thema „Trauerverarbeitung beim Tod des eigenen Kindes“ durch. Ziel dieser Studie ist die Untersuchung der gedanklichen Auseinandersetzung mit dem Tod des Kindes, sowie, in Zusammenhang damit, Aspekte der Trauer und der persönlichen Reifung. Die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Tod des Kindes wird im persönlichen Interview, bestehend aus sieben Fragen, erfasst. Aspekte der Trauer und der persönlichen Reifung (insgesamt 47 Fragen zum Ankreuzen), sowie studienrelevante soziodemografische Daten, werden in Form von schriftlichen Fragebögen erhoben.

Die Studienteilnahme kann, durch die Erinnerung an das traurige Ereignis, zu heftigen emotionalen Reaktionen führen. Sollten Sie daher nach der Studienteilnahme Unterstützung benötigen, ist es für Sie wichtig, zu wissen, an wen Sie sich wenden können, da es mir als Studentin nicht möglich ist, adäquate Hilfestellungen zu leisten.

Ihre Teilnahme erfolgt freiwillig und anonym. Die im Rahmen dieser Studie gewonnenen Daten über Ihre Person, dienen ausschließlich Forschungszwecken, werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Falls die Beantwortung der Fragen für Sie unangenehm sein sollte, können Sie sich jederzeit an mich wenden, außerdem können Sie sich der Beantwortung jeder Frage enthalten oder die Teilnahme an der Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen, abbrechen.

Ich, Julia Bogensperger, versichere Ihnen auf Ihre Wünsche, Anregungen und Fragen empathisch und respektvoll einzugehen. Ich nehme Sie in dieser Studie als Experte/Expertin für Ihre persönliche Erfahrung wahr und daher ist jede Ihrer Mitteilungen von großem Wert für das Ziel des Forschungsprojekts.

Die Ergebnisse dieser Studie können einen wertvollen Beitrag zum Verständnis von Trauer und infolgedessen zur besseren Gestaltung psychologischer Interventionen bei Betroffenen leisten.

Ich, der/die StudienteilnehmerIn, bin über die Untersuchung aufgeklärt und erkläre mich einverstanden, an der Studie zum Thema „Trauerverarbeitung nach dem Tod des eigenen Kindes“ teilzunehmen.

Ort und Datum

Julia Bogensperger

StudienteilnehmerIn

Anhang 4 Fragebogen zu Soziodemografischen Daten**Soziodemografischer Fragebogen**

Angaben zu Ihrer Person

Alter: _____

Geschlecht: ☐ männlich
☐ weiblich

Geburtsdatum: _____

Geburtsland: _____

Familienstand: ☐ ledig
☐ verheiratet
☐ geschieden
☐ in fester Beziehung
☐ verwitwet

Beruf: _____

Höchste abgeschlossene Ausbildung: ☐ Pflichtschule
☐ O weiterführende Schule ohne Matura/Abitur
☐ O Lehre
☐ O Matura/Abitur
☐ O Fachhochschulstudium
☐ O UniversitätsstudiumLebensumstände: ☐ alleine
☐ O mit Partner
☐ O mit Kindern
☐ O mit Partner und Kindern

Angaben zum Tod Ihres Kindes

Wann ist Ihr Kind gestorben? Vor _____ Jahren.

Wie alt war Ihr Kind als es gestorben ist? _____ Jahre.

Geschlecht Ihres Kindes ☐ männlich
☐ O weiblich

Was war die Todesursache? _____

War der Tod Ihres Kindes für Sie ☐ O vorhersehbar oder ☐ O unvorhersehbar?Haben Sie noch andere Kinder? ☐ O ja wie viele? _____
☐ O neinWaren/Sind Sie aufgrund der psychischen Belastungen durch den Tod Ihres Kindes in
psychotherapeutischer Behandlung/psychologischer Beratung? ☐ O ja
☐ O nein*VIELEN DANK fürs Ausfüllen!*

Anhang 6 Fragebogen zur Komplizierten Trauer (KTM)

KTM-2005

Maercker & Langner

Gibt es eine sehr wichtige Person in Ihrem Leben (Ehe-, Lebenspartner, engster Verwandter oder Freund) über deren Tod sie noch nicht hinweggekommen sind? **Ja**
☐

Wen?

Vor wieviel Monaten ist er/sie gestorben?.....

Umstände des Todes:	Bitte ankreuzen falls zutreffend:
	- unvorbereitet ☐
	- Krankheit ☐
	- traumatisch (z.B. Unfall, Suizid) ☐

Traten die nachfolgenden Phänomene innerhalb des letzten Monats wegen dieses Verlustes bei Ihnen auf?				
	stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt völlig
1. Ich war in dieser Zeit oft mit den Erinnerungen an unser gemeinsames Leben beschäftigt.	☐	☐	☐	☐
2. Ich erinnere mich häufig an ihr/sein Bild.	☐	☐	☐	☐
3. Seit dem Tod von ihm/ihr muss ich deswegen häufig weinen.	☐	☐	☐	☐
4. Ich dachte auch darüber nach oder hatte lebhaftere Erinnerungen wenn ich es eigentlich nicht wollte.	☐	☐	☐	☐
5. Erinnerungen an ihn/sie wühlen mich stark auf und belasten mich.	☐	☐	☐	☐
6. Ich habe Mühe, den Tod von ihm/ihr zu akzeptieren.	☐	☐	☐	☐
7. Ich fühle starke Sehnsucht, dass er/sie wieder da wäre.	☐	☐	☐	☐
8. Ich empfinde übermäßigen Ärger, Bitterkeit oder Gereiztheit im Zusammenhang mit dem Tod.	☐	☐	☐	☐
9. Es gibt Momente, in denen ich Zweifel am Tod von ihr/ihm habe, wo ich meine, ihre/seine Stimme zu hören oder ihn/sie vor mir zu sehen.	☐	☐	☐	☐
10. Ich unternommen manchmal extra etwas, in der Art wie er/sie es gemocht oder gewollt hätte.	☐	☐	☐	☐
11. Ich habe viel darüber nachgedacht, warum ihm/ihr und auch mir das passiert ist oder wie es passiert ist.	☐	☐	☐	☐
12. Ich mache mir Vorwürfe, weil ich mich als sie/er noch lebte, nicht anders ihm/ihr gegenüber verhalten habe.	☐	☐	☐	☐

		stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt völlig
13.	Wie andere Menschen (z.B. Ärzte, Arbeitgeber, Verwandte) sie/ihn behandelt haben, macht mich wütend.				
14.	Ich vermeide Aktivitäten, Situationen oder Personen, die mich an sie/ihn erinnern.	☐	☐	☐	☐
15.	Dinge, die ihr/ihm wichtig waren, habe ich nicht verändert und an ihrem Platz belassen.	☐	☐	☐	☐
16.	Ich bemühe mich, nicht über ihn/sie nachzudenken.	☐	☐	☐	☐
17.	Seit dem Tod von ihm/ihr fühle ich mich einsam.	☐	☐	☐	☐
18.	Ich habe Schwierigkeiten, mich auf andere Dinge zu konzentrieren.	☐	☐	☐	☐
19.	Ich habe Mühe, mir ein erfülltes Leben ohne sie/ihn vorzustellen.	☐	☐	☐	☐
20.	Ich habe das Gefühl, als ob ein Teil meines eigenen Selbst mitgestorben sei.	☐	☐	☐	☐
21.	Seit dem Tod von ihr/ihm ist mein Vertrauen zur Welt erschüttert worden. Es fällt mir schwer, anderen Personen zu vertrauen und ich habe mein Gefühl von Kontrolle und Sicherheit verloren.	☐	☐	☐	☐
22.	Seit dem Tod von ihr/ihm fühle ich mich wie betäubt und entfremdet von anderen Personen und es fällt mir schwer, mich um andere zu sorgen.	☐	☐	☐	☐
23.	Ich empfinde das Leben als bedeutungslos und leer.	☐	☐	☐	☐
24.	Die Zukunft erscheint mir als sinnlos und leer ohne sie/ihn.	☐	☐	☐	☐
25.	Seit dem Tod leide ich unter Schlafstörungen.	☐	☐	☐	☐
26.	Seit dem Tod von ihr/ihm fehlt mir das Interesse an Aktivitäten (z.B. Arbeit, Zusammenleben mit anderen, Freizeitaktivitäten) oder der Sorge für andere Personen.	☐	☐	☐	☐
27.	Insgesamt beeinträchtigt mich meine Trauer stark spürbar im Zusammenleben mit anderen, in meinen Freizeitbeschäftigungen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.	☐	☐	☐	☐

Anhang 7 Lebenslauf**LEBENS LAUF****Name:** Julia Bogensperger**Anschrift:** Liechtenteinstraße 107/13, 1090

Wien

Geburtsdatum: 23.09.1985

Derzeit	Psychotherapeutisches Propädeutikum
Mai – Juni 2011	Mitarbeit bei der Vorbereitung und Abwicklung des „12th European Conference on Traumatic Stress“ an der Universität Wien
April – Mai 2011	Mitarbeit und Teilnahme am Kongress der Internationalen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse „Spiritualität und Intimität: Tiefenerfahrung in Therapie & Beratung“
April 2007 - Mai 2011	Betreuung eines entwicklungsretardierten Kindes, namens Johannes, mit Balkenagenesie
Juli – September 2010	Praktikum in der Krisenstelle des Mutter-Kind: Krisen- und Interventionsinstituts des SPZ Salzburg
April – Mai 2010	Mitarbeit und Teilnahme am Kongress der Internationalen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse „Vom Leben berührt: Emotion in Therapie & Beratung“
Oktober 2009	Praktikum an der verhaltenstherapeutischen Station der Abteilung für Sozialpsychiatrie des AKH Wien
September 2008	Praktikum im Sozialpädagogischen Zentrum Salzburg: Tagesheim für Kleinkinder, Mutter Kind Krisen- und Interventionsinstitut, Institut für Heilpädagogik;
Juli, August 2006	Betreuung eines Kindes (Luis) mit septooptischer Dysplasie
Juni 2006	Praktikum im Institut Keil (Behindertenbetreuung, Kinderbetreuung)
März 2006	Studium der Psychologie an der Hauptuniversität Wien Gewählter Schwerpunkt: Klinische Psychologie

Oktober 2005	Studium der Internationalen Betriebswirtschaftslehre
Oktober 2004	Sprachreise: Australien
Juni 2004	Matura am Bundesrealgymnasium Saalfelden

Arbeitsrelevante Interessen: klinische Psychologie und Psychotherapie, Philosophie und Literatur als „Lebenshilfe“, Verhaltenstherapie, Viktor Frankl's Logotherapie und Existenzanalyse, Ernährung, Sport und Gesundheitsförderung, Empowerment, Psychoedukation, Forschung,...

PC Kenntnisse: Microsoft Word, Microsoft Excel, Powerpoint, SPSS, Literaturrecherche;

Sprachfertigkeiten: Englisch, Italienisch, Latein;