

Anhaltende Trauer und Traumafolgen nach dem Tod eines Kindes

Was die Forschung über die Grenze zwischen normaler Trauer, anhaltender Trauerstörung und Traumafolgen zeigt

Wissenschaftliche Grundlage der SGVE · Nr. 14

Bei einem Teil der Eltern bleibt die Trauer nach dem Tod ihres Kindes über lange Zeit so schwer, dass fachliche Abklärung und Behandlung sinnvoll werden können. Dieses Papier zeigt, wie sich anhaltende Trauerstörung und Traumafolgen von schwerer Trauer unterscheiden und was über Behandlung bekannt ist.

Das Wichtigste in Kürze

Schwere Trauer darf lange dauern. Eine anhaltende Trauerstörung lässt sich nicht an der Zahl vergangener Monate allein erkennen.

Wenn ein Kind stirbt, kann die Trauer der Eltern sehr schwer sein, lange dauern und in Wellen zurückkehren. Das allein ist keine seelische Erkrankung. Auch Jahre später können ein Lied, ein Jahrestag oder eine Erinnerung den Verlust wieder unmittelbar spürbar machen. Für die meisten Eltern verändert sich die Trauer im Lauf der Zeit, ohne dass sie einfach verschwindet. Eine lange Dauer sagt deshalb für sich genommen nicht, dass eine Störung vorliegt.

Bei einem Teil der Eltern bleibt die Belastung jedoch über lange Zeit sehr hoch und schränkt den Alltag erheblich ein. Die Sehnsucht nach dem Kind oder das gedankliche Kreisen um den Verlust nehmen dann so viel Raum ein, dass Arbeit, Beziehungen und die eigene Zukunft kaum wieder Platz finden. Die heutigen Diagnosemanuale bezeichnen dieses Beschwerdebild als anhaltende Trauerstörung. Die Diagnose soll eine schwer und dauerhaft belastete Minderheit erfassen, nicht lange Trauer grundsätzlich zur Krankheit erklären.

Davon zu unterscheiden sind Traumafolgen. Anhaltende Trauer und posttraumatische Belastung können gleichzeitig auftreten, bilden aber unterscheidbare Beschwerdemuster. Bei der Trauer steht der Verlust des Kindes im Vordergrund. Traumatische Belastung richtet sich stärker auf die Umstände des Todes. Bilder oder Erinnerungen drängen sich auf, Orte oder Situationen werden gemieden, der Körper bleibt in Alarmbereitschaft. Solche Reaktionen können nach einem plötzlichen oder

Wenn Sie sich fragen, ob Ihre Trauer noch im erwartbaren Bereich liegt

Schwere, lange Trauer ist nicht automatisch eine Krankheit. Dass Sie Ihr Kind auch Jahre später vermissen und an manchen Tagen wieder stark trauern, sagt für sich genommen nichts über eine Störung aus.

Die Zeit allein entscheidet nicht. Die Diagnosemanuale kennen zwar Mindestzeiten, doch wichtig sind auch die anhaltende Symptomlast und die Einschränkung im Alltag. Eine einfache Frist gibt es für verwaiste Eltern nicht.

Trauer und Traumafolgen können nebeneinander bestehen. Aufdrängende Bilder, starke Vermeidung und dauernde Alarmbereitschaft gehören nicht einfach zu besonders tiefer Trauer. Sie sollten bei einer fachlichen Abklärung eigens berücksichtigt werden.

Sie müssen den Tod nicht miterlebt haben, damit Traumafolgen auftreten können. Studien nach Suizid und anderen plötzlichen Todesfällen zeigen, dass solche Beschwerden auch ohne unmittelbares Miterleben vorkommen.

Eine Diagnose bewertet weder Ihre Liebe noch Ihre Art zu trauern. Sie soll ein Beschwerdebild benennen, für das fachliche Behandlung in Frage kommt. Ob die Kriterien bei Ihnen erfüllt sind, gehört in die Hände entsprechend qualifizierter Fachpersonen.

gewaltsamen Tod besonders ausgeprägt sein. Sie können aber auch auftreten, wenn Eltern den Tod ihres Kindes nicht unmittelbar miterlebt haben.

Wo die Grenze zwischen schwerer Trauer und einer anhaltenden Trauerstörung verläuft, ist fachlich nicht abschliessend geklärt. Die Diagnosemanuale setzen Mindestzeiten seit dem Tod voraus, doch diese Zeitmarken stammen nicht aus der Forschung an verwaisten Eltern. Zudem ist umstritten, wie gut Kriterien, die wesentlich an anderen Verlustsituationen entwickelt wurden, den Tod eines Kindes abbilden. Die SGVE verwendet deshalb zusätzlich eine vorsichtige Orientierung am Verlauf. Verändert sich die Belastung über die Monate, auch wenn es Rückschläge gibt? Oder bleibt sie über lange Zeit nahezu unverändert und schränkt das Leben schwer ein? Diese Orientierung ist keine geprüfte Entscheidungsregel und ersetzt keine fachliche Abklärung.

Die Forschung beschreibt mehrere Merkmale, die mit einer stärkeren oder länger anhaltenden Belastung verbunden sind. Dazu gehören ein plötzlicher oder gewaltsamer Tod, die Mutterrolle beziehungsweise das weibliche Geschlecht, bestimmte unsichere Bindungsmuster, eine bereits vor dem Verlust bestehende seelische Belastung und wenig wahrgenommene Unterstützung. Kein einzelnes Merkmal bestimmt den weiteren Verlauf. Auch eine Kombination solcher Merkmale erlaubt keine verlässliche Vorhersage für eine einzelne Mutter oder einen einzelnen Vater. Das Miterleben des Todes ist ebenfalls keine Voraussetzung für Traumafolgen. Einige Studien finden höhere Belastung bei direkter Exposition, andere nicht.

Zur Behandlung ist die Evidenz je nach Zielgruppe sehr unterschiedlich. Metaanalysen mit Trauernden allgemein zeigen, dass gezielte Behandlungen bei Menschen mit deutlichen und anhaltenden Beschwerden die Symptomlast verringern können. Vorbeugende Angebote für alle Trauernden zeigen dagegen keinen vergleichbaren Nutzen. Für verwaiste Eltern selbst ist die Wirksamkeit deutlich schlechter untersucht. Die wenigen direkten Studien erlauben keine belastbare Aussage dazu, welche Angebote bei ihnen am besten wirken. Das spricht nicht gegen fachliche Hilfe, sondern gegen pauschale Wirkungsversprechen.

Wenn die Belastung über längere Zeit kaum nachlässt, der Alltag stark eingeschränkt bleibt oder sich aufdrängende Bilder, Vermeidung und dauernde Anspannung in den Vordergrund schieben, ist eine fachliche Abklärung sinnvoll. Ein möglicher erster Weg führt über die Hausärztin oder den Hausarzt und von dort bei Bedarf zu einer psychiatrischen oder psychologischen Fachperson. Es geht nicht darum, schwere Trauer vorschnell zur Krankheit zu erklären. Es geht darum, behandlungsbedürftige Beschwerden nicht als etwas abzutun, das allein mit der Zeit verschwinden müsse.

Was die Forschung zeigt

Dieser Teil fasst den Stand der ausgewerteten Forschung zusammen. Er richtet sich an Betroffene und an Fachpersonen, die genauer verstehen möchten, worauf die Aussagen dieses Papiers beruhen. Die wörtlichen englischen Zitate stammen aus den Originalarbeiten.

Der Forschungsstand auf einen Blick

Fragestellung

Wann nimmt Trauer nach dem Tod eines Kindes eine Form an, die von selbst nicht mehr zurückgeht, wie unterscheidet sie sich von Traumafolgen, was erhöht das Risiko, und was ist über wirksame Behandlung bekannt?

Evidenzbasis

Validierungs- und Faktorenanalysen prüfen, ob sich die anhaltende Trauerstörung von Depression und posttraumatischer Belastung abgrenzen lässt. Erhebungen und Längsschnitte an verwaisten Eltern beziffern Risikofaktoren und Symptommuster. Metaanalysen und wenige kontrollierte Studien prüfen die Behandlung, überwiegend an Trauernden allgemein.

Zentrale Erkenntnisse

Die anhaltende Trauerstörung lässt sich empirisch von Depression und posttraumatischer Belastung trennen, ihre Abgrenzung von normaler Trauer bleibt dagegen umstritten. Der Tod eines Kindes gilt in mehreren Arbeiten als Risikofaktor, und ein plötzlicher oder gewaltsamer Tod sowie die Mutterrolle erhöhen das Risiko zusätzlich. Anhaltende Trauer und Traumafolgen überlagern sich häufig, bilden aber unterscheidbare Muster mit verschiedenen Vorhersagefaktoren. Gezielte Behandlung der schwer Betroffenen wirkt bei Trauernden allgemein, für verwaiste Eltern selbst fehlt belastbare Wirksamkeitsevidenz.

Bedeutung für die Praxis

Gebraucht wird eine Begleitung, welche die schwere Trauer als normal einordnet, die festgefahrene Form dennoch erkennt und gezielt weiterverweist.

Wann Trauer zu einer Diagnose wird

Seit rund dreissig Jahren beschreibt die Fachwelt eine Form der Trauer, die sich von schmerzhafter Normaltrauer unterscheidet und in dieser Zeit unter mehreren Namen geführt wurde. Seit ihrer Aufnahme in die beiden grossen Diagnosemanuale hat sich der Begriff der anhaltenden Trauerstörung durchgesetzt. Eine bibliometrische Auswertung der Fachliteratur zwischen 2009 und 2022 hält in ihrer Einleitung fest, dass Forschung und Praxis der anhaltenden Trauerstörung seit der Aufnahme in das DSM-5-TR

mehr Aufmerksamkeit widmen, *Prolonged Grief Disorder (PGD) has become a subject of increased interest among both researchers and practitioners, owing both to its recent inclusion in the DSM-5-TR* (Koukopoulos 2024). Die Diagnosemanuale bieten damit erstmals einen Rahmen, um die schwer und dauerhaft betroffene Minderheit zu benennen.

Begriffserklärung

Anhaltende Trauerstörung. So heisst in den heutigen Diagnosemanualen eine Trauer, die über lange Zeit unvermindert schwer bleibt und die Lebensführung erheblich einschränkt. Im Kern stehen eine quälende Sehnsucht nach der verstorbenen Person und ein gedankliches Kreisen um sie. Die Manuale setzen zusätzlich eine Mindestzeit seit dem Tod voraus, deren Länge fachlich umstritten ist und nicht aus der Forschung an verwaisten Eltern stammt. Die Diagnose beschreibt eine Minderheit der Verläufe und nicht den Normalfall.

Komplizierte Trauer. Ein älterer und breiter verwendeter Forschungsbegriff für schwere, anhaltende Trauerbeschwerden. Er wurde mit unterschiedlichen Fragebogen und Schwellenwerten erfasst und ist nicht deckungsgleich mit der heutigen Diagnose der anhaltenden Trauerstörung. Die beiden Begriffe beziehen sich auf stark überlappende Beschwerdebilder, führen aber je nach Instrument und Kriteriensatz zu unterschiedlichen Zahlen. Wer Studien vergleicht, muss deshalb darauf achten, welcher Begriff und welcher Messansatz verwendet wurde.

Posttraumatische Belastung. Die Reaktion auf ein Ereignis, das als lebensbedrohlich oder überwältigend erlebt wurde. Sie zeigt sich in aufdrängenden Erinnerungen, in Vermeidung und in dauerhafter Anspannung. Nach dem Tod eines Kindes richtet sie sich auf die Todesumstände, während sich die Trauer auf das verlorene Kind richtet. Beides kann zugleich vorliegen und wird dennoch unterschiedlich behandelt.

Mehrere Untersuchungen stützen, dass es sich um ein eigenes Beschwerdebild und nicht um eine besonders schwere Depression handelt. Eine Faktorenanalyse an Erwachsenen, die mindestens sechs Monate zuvor einen nahestehenden Menschen verloren hatten, trennte die anhaltende Trauerstörung statistisch von posttraumatischer Belastung und Depression, *Findings from the current study demonstrate that PGD reflects an empirically distinguishable albeit related disorder*

to PTSD and depression (Shevlin 2024). Eine chinesische Erhebung an 445 Trauernden kommt zum selben Ergebnis und beschreibt die Überschneidung als erheblich, aber unvollständig, *There is a substantial but far from complete overlap between PGD and the other three diagnoses* (He 2014). Beide Arbeiten untersuchen Trauernde allgemein und nicht eigens verwaiste Eltern. Für diese stellen die Befunde daher ein übertragenes Modell dar.

Die Forschung grenzt die Störung nicht allein über die Intensität des Schmerzes ab, sondern über ein bestimmtes Beschwerdemuster. Eine Validierungsstudie an Trauernden zwölf bis vierundzwanzig Monate nach dem Verlust beschreibt sie als Bindungsstörung mit drei Kennzeichen, der Sehnsucht nach der verstorbenen Person, dem Verlust von Sinn und einer Erschütterung der eigenen Identität, *an attachment disturbance featuring yearning for the deceased, loss of meaning and identity disruption* (Prigerson 2021). Dieselbe Arbeit fand die Diagnose über die Zeit auffallend stabil ($r = 0,86$) und zeigte, dass sie mit Depression, posttraumatischer Belastung, Angststörungen, Suizidgedanken und Einschränkungen im Alltag einhergeht (Prigerson 2021). Die hohe Korrelation zeigt eine starke Stabilität der gemessenen Ausprägung auf Gruppenebene. Sie erlaubt jedoch nicht den Schluss, dass eine einzelne Person, die zu einem Zeitpunkt die Kriterien erfüllt, sie mit hoher Wahrscheinlichkeit später weiterhin erfüllen wird. Der Befund stützt damit die zeitliche Beständigkeit des Beschwerdebildes, nicht eine individuelle Verlaufsprognose.

Ein theoretisches Modell aus der Bindungsforschung beschreibt einen möglichen Mechanismus dahinter. Nach diesem Modell klingt akute Trauer in der Regel ab, sobald das innere Bild der verstorbenen Person die Tatsache ihres Todes aufgenommen hat, *These symptoms usually resolve following revision of the internalized representation of the deceased to incorporate the reality of the death* (Shear 2005). Bleibt diese Anpassung aus, entsteht nach diesem Modell das Bild der komplizierten Trauer, *Failure to accomplish this integration results in the syndrome of complicated grief* (Shear 2005).

Innerhalb dieses theoretischen Modells wird damit erklärt, weshalb Zeit allein nicht in jedem Verlauf zu einer deutlichen Veränderung führt. Es handelt sich um eine theoretische Beschreibung eines möglichen Mechanismus und nicht um einen empirischen Nachweis dafür, dass bei einer einzelnen Person ein bestimmter innerer Vorgang ausgeblieben ist.

Warum die Grenze zur normalen Trauer umstritten bleibt

Die Aufnahme in die Diagnosemanuale hat die Debatte nicht beendet, sondern verschärft. Eine Übersichtsarbeit aus der psychiatrischen Fachdiskussion benennt die offene Stelle in der Absicherung der Diagnose ausdrücklich, *I highlight an important gap in the validity evidence: the distinction of prolonged grief disorder from normal grief* (Eisma 2023). Dieselbe Arbeit nennt drei gesellschaftliche Risiken der Aufnahme, die Medikalisierung der Trauer, die Entwicklung und die unerwünschten Wirkungen einer medikamentösen Behandlung sowie die Stigmatisierung, *including the medicalization of grief, development and adverse effects of pharmacotherapy and stigmatization* (Eisma 2023). Auch in der empirischen Literatur ist dieser Einwand präsent. Eine deutsche Erhebung an Trauernden hält fest, dass Fachleute in einer förmlichen Diagnose die Gefahr sehen, eine normale und allgemeinemenschliche Reaktion zur Krankheit zu erklären und den Eindruck zu erwecken, alles Belastende brauche eine Behandlung, *Some experts consider a formal PGD diagnosis as a risk of pathologizing a normal and universal reaction, thus giving the impression that anything that causes distress also requires psychological intervention* (Schaal 2014). Die Arbeit gibt damit die Position anderer Fachleute wieder und nicht ein eigenes Studienergebnis.

Ein zweiter Einwand betrifft die Herkunft der Kriterien. Ein systematischer Review zur Trauer von Eltern verweist darauf, dass die heutigen diagnostischen Festlegungen zu normaler und komplizierter Trauer weitgehend auf Forschung an Menschen beruhen, die ihre Partnerin oder ihren Partner verloren haben, und deshalb auf verwaiste Eltern möglicherweise nicht übertragbar sind,

Current diagnostic formulations about normal and complicated grief reactions are largely based upon research whose subjects have experienced spousal loss and as such, may not be entirely generalizable to the experience of bereaved parents (Morris 2019). Dieselbe Übersichtsarbeit zieht daraus einen weitergehenden Schluss und beschreibt Elterntrauer als mögliche eigene Unterform, *We conclude that the uniform severity of grief experiences following the death of a young child is potentially a distinct subtype of grief, deserving of attention in its own right in future research and diagnostic formulations* (Morris 2019). Sollte dies zutreffen, wäre eine an der Partnertrauer geeichte Zeitmarke für Eltern zu kurz bemessen.

Wie stark die gewählte Schwelle das Ergebnis bestimmt, zeigt der Blick auf die Instrumente. Das gebräuchliche Erhebungsinstrument für die anhaltende Trauerstörung setzt eine erhöhte Symptomlast sechs Monate nach dem Verlust und eine erhebliche Beeinträchtigung der Alltagsfunktion voraus, *must be elevated at 6 months post-loss and that must be associated with significant functional impairment* (Prigerson 2006). Die beiden Manuale, die ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation und das DSM-5-TR der amerikanischen Fachgesellschaft, setzen unterschiedlich lange Mindestzeiten an. Keine dieser Zeitmarken ist aus der Forschung an verwaisten Eltern abgeleitet. Die Fachdiskussion benennt die uneinheitlichen Kriteriensätze selbst als Messproblem (Eisma 2023). Je nachdem, welcher Massstab angelegt wird, kann dieselbe Person zum selben Zeitpunkt die Kriterien eines Instruments oder Manuals erfüllen und die eines anderen nicht. Hinzu kommt, dass die ältere Fachsprache der komplizierten Trauer und die neuere der anhaltenden Trauerstörung nebeneinander verwendet werden, was den Vergleich von Studien erschwert.

Die Mehrheit der Trauernden erreicht diese Schwelle nie. Eine Metaanalyse zu Risikofaktoren gibt für Trauernde nach einem natürlichen Tod eine Größenordnung von fünf bis zehn Prozent an, die eine erhöhte und andauernde Trauer entwickeln, und verweist damit auf Zahlen der vorbestehenden Literatur (Buur 2024). Eine ältere

Metaanalyse zu Trauerangeboten kommt unter Verweis auf frühere Arbeiten auf zehn bis fünfzehn Prozent (Currier 2008). Für verwaiste Eltern liegen die Werte deutlich höher, streuen aber ebenfalls stark und sind im Themenpapier «Psychische Belastung» (Nr. 13) ausgewiesen. Eine Übersichtsarbeit für die Pflegepraxis beschreibt Trauer entsprechend als langsamen und ungleichmässigen Prozess, weshalb feste Stufen oder Zielvorgaben für den Einzelnen wenig hilfreich sein können, *Grieving can be a relatively slow and uneven process, so applying prescriptive stages or goals to individuals' experiences can be unhelpful* (Love 2007). Auch der Gedanke einer vollständigen Genesung ist in der Fachdiskussion umstritten (Love 2007).

Trauma ist etwas anderes als Trauer

Neben der Trauer steht eine zweite Belastung mit anderen Wurzeln. Eine Untersuchung an trauernden jungen Erwachsenen verweist auf eine in der Fachliteratur gezogene Unterscheidung zwischen zwei Symptomgruppen, der Trennungsnot mit Sehnsucht und Verlangen nach der verlorenen Beziehung und der traumatischen Not mit Betäubung, Zorn und Verbitterung (Holland 2011). Dieselbe Arbeit verweist auf die Annahme, dass die Trennungsnot vor allem von der Beziehung zur verstorbenen Person geprägt werde und die traumatische Not von den Umständen des Todes. Zudem hält sie fest, dass ein Teil der Fachwelt traumatische Trauer als eigene Unterform vorgeschlagen hat (Holland 2011). Die Stichprobe besteht nicht aus verwaisten Eltern. Für diese ist die Unterscheidung daher ein übertragenes Modell, das die folgenden Arbeiten am Kindsverlust prüfen.

Dass sich die beiden Reaktionen unterscheiden, zeigt eine norwegische Erhebung an 111 Menschen, die im Tsunami von 2004 Angehörige verloren hatten. Die Studie unterschied auch ihre Vorhersagefaktoren. Ein niedriger Bildungsstand und der Verlust eines Kindes sagten die anhaltende Trauerstörung voraus, die eigene unmittelbare Gefährdung durch die Katastrophe dagegen die posttraumatische Belastungsstörung, *Low education and loss of a child predicted PGD, whereas direct exposure to the disaster predicted PTSD* (Kristensen 2009). Wer beides erlebt hatte,

trug häufiger mehrere Störungen gleichzeitig, 21,9 gegenüber 5,2 Prozent (Kristensen 2009). Die Stichprobe umfasst neben verwaisten Eltern auch andere Angehörige, weshalb der Befund für Eltern nur eingeschränkt gilt. In dieselbe Richtung weist eine schwedische Erhebung an 345 Angehörigen derselben Katastrophe. Der Verlust eines Kindes erhöhte das Risiko einer anhaltenden Trauer. Bei Männern war dieses Risiko höher als nach dem Verlust der Partnerin, mit einem Regressionskoeffizienten von 6,36 für diesen Vergleich, *For men, loss of children presented a higher risk for prolonged grief in relation to other types of bereavement (B = 6.36 vs. loss of partner)* (Johannesson 2011). Die eigene Gefährdung durch die Katastrophe kam als zweiter, unabhängiger Faktor hinzu und verdoppelte das Risiko einer beeinträchtigten seelischen Gesundheit (Johannesson 2011). Auch diese Stichprobe ist gemischt und umfasst neben verwaisten Eltern andere Angehörige.

Nach dem Tod eines Kindes treten beide Belastungen häufig gemeinsam auf. Eine südkoreanische Untersuchung an 272 Eltern, deren Kinder beim Untergang der Fähre Sewol gestorben waren, modellierte komplizierte Trauer und posttraumatische Belastung ausdrücklich zusammen. Sie teilte die Eltern nach ihrem Beschwerdemuster in drei Gruppen auf, eine gering belastete von 30,4 Prozent, eine mittel belastete von 49,6 Prozent und eine schwer belastete von 20,0 Prozent, *The LPA identified three symptom profiles of complicated grief and posttraumatic stress: low symptomatology group (30.4%), moderate symptomatology group (49.6%), and high symptomatology group (20.0%)* (Lee 2026). Diese Aufteilung beschreibt Muster zu einem Zeitpunkt und keinen Verlauf. Welche Rolle die erlebte Unterstützung durch das Umfeld für die Zugehörigkeit zu diesen Gruppen spielt, behandelt das Themenpapier «Psychische Belastung» (Nr. 13). Eine chinesische Erhebung an 436 Eltern, die ihr einziges Kind verloren hatten, fand einen entsprechenden Zusammenhang auf Symptomebene. Die Schwere von Depression und Angst hing eng mit der Schwere der posttraumatischen Belastung zusammen, *the severity of depression and anxiety was closely related to the severity of PTSD, supporting that*

SDPs are highly prone to the co-occurrence of PTSD, depression, and anxiety after bereavement (Peng 2024).

Die beiden Belastungen sind jedoch nicht gleich stark verteilt. Eine niederländische Untersuchung an Eltern, die ihr Kind mindestens ein Jahr zuvor bei einem Verkehrsunfall verloren hatten, fand zwei Symptommuster, eines mit hoher anhaltender Trauer und mittlerer posttraumatischer Belastung bei 73,2 Prozent und eines mit mittlerer bis hoher Trauer und geringer posttraumatischer Belastung bei 26,8 Prozent, *Two symptom patterns emerged: a 'High PG/Moderate PTS' pattern (73.2 %) and a 'Moderate-High PG/Low PTS' pattern (26.8 %)* (van Dijk 2025). Die Autorenschaft folgert daraus, dass selbst nach einem Unfalltod die Trauer stärker im Vordergrund steht als die Traumafolge, *Parents who lost a child in a RTA seem at risk for developing psychological symptoms, with PG being more predominant than PTS* (van Dijk 2025). Mütter und Eltern mit stärker gegen sich selbst gerichtetem Zorn gehörten häufiger zur schwerer belasteten Gruppe. Die Autorenschaft bezeichnet diesen Zorn als einen veränderbaren Ansatzpunkt für die Behandlung (van Dijk 2025).

Die Traumafolgen halten lange an und sind nicht auf den plötzlichen Tod älterer Kinder beschränkt. Eine dänische Erhebung an 634 Müttern und Vätern, die ein Kind vor, während oder kurz nach der Geburt verloren hatten, fand posttraumatische Symptome noch viele Jahre nach dem Verlust und keinen Unterschied zwischen den drei Verlustzeitpunkten, *Type of loss (pre-, peri- or postnatal) did not have any effect on PTSD severity* (Christiansen 2013). Die Autorenschaft interpretiert Bindungsmuster, Bewältigungsstil und soziale Unterstützung als mögliche Beiträge zur Entstehung und zum Fortbestehen der posttraumatischen Symptome, *points to attachment, coping and social support as important contributors to the development and maintenance of posttraumatic stress symptoms* (Christiansen 2013). Die Studie zeigt Zusammenhänge und erlaubt keine kausale Zuordnung dieser Faktoren. Welcher von ihnen am stärksten ins Gewicht fällt, prüft die Arbeit nicht. Eine chinesische Erhebung an 149 Eltern, die ihr einziges Kind verloren hatten, fand die Häufigkeit

posttraumatischer Belastung mit dem Geschlecht der Eltern und der Todesursache des Kindes verknüpft und leitet daraus die Möglichkeit einer früheren Erkennung ab (Yin 2020). Auch aus der Intensivmedizin liegt ein Beleg vor. Eine Sekundärauswertung einer randomisierten Studie an 377 Angehörigen von 220 Kindern mit verlängertem Intensivaufenthalt fand die posttraumatische Symptomlast in jenen Familien erhöht, deren Kind gestorben war, *PTSD outcomes were higher among family members whose child died* (Erçin-Swearinger 2022), und nannte geringe wahrgenommene soziale Unterstützung als zweiten Risikofaktor.

Eine verbreitete Annahme wird durch die vorliegenden Befunde relativiert. Es liegt nahe zu vermuten, posttraumatische Belastung entstehe vor allem durch das Miterleben oder das Auffinden des toten Kindes. Eine bevölkerungsbasierte Erhebung an Eltern in Schweden, deren Kind durch Suizid gestorben war, fand posttraumatische Reaktionen und psychiatrische Erkrankungen unabhängig davon, ob die Eltern das verstorbene Kind am Sterbeort gesehen hatten, *Our results suggest that losing a child by suicide is sufficiently disastrous by itself to elicit posttraumatic responses or psychiatric morbidity whether or not the parent has encountered the deceased child at the site of death* (Omerov 2017). Eine US-amerikanische Erhebung an 219 Eltern nach dem Suizid eines Kindes berichtet ebenfalls keinen Unterschied zwischen jenen, die den Tod beobachtet oder das Kind gefunden hatten, und jenen, die auf anderem Weg benachrichtigt wurden. Dieser Befund ist im ausgewerteten Material nur sinngemäss und nicht wörtlich gesichert (Capitano 2013). Für Eltern, die den Tod nicht miterlebt haben und ihre eigene Belastung deshalb für unbegründet halten, kann dieser Befund entlastend sein. Zugleich war das Miterleben in einer australischen Erhebung an erstgradigen Angehörigen nach dem plötzlichen Herztod eines jungen Menschen mit höherer Belastung verbunden. Anhaltende Trauer und posttraumatische Symptome traten bei Müttern mit 35,7 Prozent (10 Personen) und bei Zeugen des Todes mit 41,7 Prozent (10 Personen) am häufigsten auf, *the proportion was higher among mothers of the decedent (10 [35.7%]) and those*

who were witnesses to the death (10 [41.7%])

(Ingles 2016). Die Stichprobe umfasst neben Eltern auch Geschwister und Kinder der Verstorbenen.

Wie Traumafolgen in den Alltag hineinwirken, zeigt eine qualitative Studie an Müttern, deren Kinder bei einem Unfall zu Hause gestorben waren. Die traumatischen Umstände des Todes erschwerten es ihnen, die Verbindung zum Kind über gute Erinnerungen aufrechtzuerhalten, weil die Bilder der letzten Lebensminuten sie überlagerten, *The traumatic circumstances of the death challenged the ability to maintain the bond based on positive memories without it being overwhelmed by the traumatic memories of the last moments of the child's life* (Ismail 2024). Die Studie befragte muslimische Mütter. Wie stark der religiöse Deutungsrahmen dieses Erleben mitprägt, lässt sich daraus nicht abtrennen. Damit betreffen die Traumafolgen genau jenen Bereich, auf den viele Eltern angewiesen sind, die Erinnerung an ihr Kind.

Was das Risiko erhöht und woran es sich früh erkennen lässt

In Studien über verschiedene Verlustarten ist der Tod eines Kindes wiederholt mit einer erhöhten Symptomlast verbunden. Eine Metaanalyse zu den Vorhersagefaktoren der anhaltenden Trauer führt den Tod eines Kindes oder der Partnerin unter den Merkmalen auf, die mit einer erhöhten Symptomlast verbunden sind. Sie benennt eine vorbestehende Depression als weiteren Faktor und findet den stärksten Zusammenhang mit bereits vor dem Tod bestehenden Trauersymptomen (Buur 2024). Eine chinesische Erhebung an 445 Trauernden kommt zum selben Schluss und nennt verwaiste Eltern und Verwitwete als Gruppen mit hohem Risiko, *Bereaved parents and the widowed have high risk of PGD* (He 2014). Eine kambodschanische Untersuchung an Überlebenden des Regimes der Roten Khmer fand die Schwere der anhaltenden Trauer nach dem Verlust einer Partnerin, eines Kindes oder eines Elternteils höher als nach dem Verlust von Geschwistern oder entfernteren Verwandten (Stammel 2013). Alle drei Arbeiten untersuchen Trauernde allgemein und sind für verwaiste Eltern ein übertragenes Modell, stimmen aber in der Richtung überein.

Innerhalb der Gruppe verwaister Eltern unterscheidet die Forschung mehrere Faktoren. Die grösste Erhebung dazu befragte 261 Eltern sechs Monate nach dem Tod ihres Kindes auf einer paediatrischen Intensivstation. 59 Prozent erreichten einen Wert von 30 oder höher im Fragebogen zur komplizierten Trauer (Meert 2010). Unabhängig mit höheren Werten verbunden waren der Status als leibliche Mutter oder weibliche Sorgeberechtigte, ein Unfall oder eine Gewalteinwirkung als Todesursache, eine ausgeprägte bindungsbezogene Ängstlichkeit oder Vermeidung sowie ein ausgeprägtes Vermeiden der eigenen Trauer, *Variables independently associated with higher symptom scores in multivariable analysis included being the biological mother or female guardian, trauma as the cause of death, greater attachment-related anxiety and attachment-related avoidance, and greater grief avoidance* (Meert 2010). Die Autorenschaft leitet daraus die praktische Stossrichtung ab, dass ein besseres Verständnis der komplizierten Trauer und ihrer Risikofaktoren den am stärksten gefährdeten Eltern gezielt professionelle Begleitung zuführen solle (Meert 2010).

Die Geschlechterasymmetrie zeigt sich über mehrere Arbeiten hinweg. Eine Metaanalyse zu chinesischen Eltern, die ihr einziges Kind verloren haben, fand bei Müttern gegenüber Vätern ein deutlich höheres Risiko mit einem Chancenverhältnis von 1,89 und $p = 0,001$, *Greater risk of PGD was observed in mothers [vs. fathers, OR (odds ratio) = 1.89, P = 0.001]* (Yuan 2022). Dieselbe Metaanalyse fand nach einem Unfalltod des Kindes schwerere Symptome als nach einer Erkrankung, mit einer mittleren Differenz von 3,99 und $p < 0,001$, *More severe PGD symptoms were presented in parents whose only child died from accidents [vs. illness, MD (mean difference) = 3.99, P < 0.001]* (Yuan 2022). Die verstorbenen Kinder der Eltern mit einer anhaltenden Trauerstörung waren zudem im Mittel älter als jene der übrigen Eltern (Yuan 2022). Eine deutsche Erhebung an 323 verwaisten Eltern zu Beginn einer Rehabilitationsmassnahme zeigt die Asymmetrie über mehrere Beschwerdebilder hinweg ebenfalls. Mütter trugen ein höheres Risiko für komplizierte Trauer, Depression und posttraumatische

Belastungsstörung als Väter (Baumann 2022). Weil es sich um eine klinische Stichprobe handelt, sind die absoluten Werte dieser Arbeit nicht auf alle verwaisten Eltern übertragbar.

Auch Bindungsmuster waren unabhängig mit der Belastung verbunden. Eine Untersuchung an 445 Eltern nach dem Tod eines Säuglings ordnete die Betroffenen nach ihrem Bindungsstil in Gruppen. Die ängstlich gebundene Gruppe wies die höchsten Traumawerte über alle Skalen hinweg auf, die sicher gebundene die niedrigsten, *This class evidenced the highest scores across all TSC scales while the secure class showed the lowest scores* (Shevlin 2014). Frauen gehörten fast achtmal häufiger zur ängstlich gebundenen Gruppe als Männer (Shevlin 2014). Kein einzelnes Merkmal legt den Verlauf jedoch fest. Eine schwedische Registererhebung an 225 Eltern ein bis fünf Jahre nach dem Tod ihres Kindes fand einen erheblichen Teil, der anhaltende Trauersymptome ohne schwere Schlafstörung berichtete oder sich als widerstandsfähig erwies, *substantive subgroups of this population report prolonged grief symptoms without severe insomnia symptoms or demonstrate resilience* (Sveen 2026). Auch die einzige Schweizer Arbeit im Bestand fand höhere Widerstandskraft mit geringerer psychischer Belastung und selteneren Kriterien einer anhaltenden Trauerstörung verbunden, ohne dass sich daraus eine Schutzwirkung im kausalen Sinn ableiten liesse (Raguindin 2025a). Sie ist im Themenpapier «Psychische Belastung» (Nr. 13) ausführlicher dargestellt.

Zwei weitere Faktoren betreffen die Zeit vor dem Tod. Eine Erhebung an 118 Eltern, die ihr Kind an einer Krebserkrankung verloren hatten, fand bei 73 Prozent Bedauern über eigene Entscheidungen, *Results showed that 73% of the parents endorsed regret* (Lichtenthal 2020). Die daran gebundene Belastung hing sowohl mit der Belastung während der Behandlungszeit als auch mit den Symptomen der anhaltenden Trauer zusammen (Lichtenthal 2020). Der Zusammenhang weist darauf hin, dass auch Erfahrungen während der Behandlungszeit für die spätere Belastung relevant sein können. Ob eine gezielte Intervention in dieser Phase spätere

anhaltende Trauer verringert, wurde damit nicht geprüft.

Ob sich aus diesen Faktoren eine Vorhersage ableiten lässt, ist erst in Ansätzen geprüft. Eine prospektive Kohorte begleitete 50 Mütter nach dem plötzlichen Säuglingstod. Ein aus Merkmalen vor dem Verlust gebildeter Risikowert trennte sechs bis vierundzwanzig Monate nach dem Tod mit einer C-Statistik von 0,83 gut zwischen Müttern mit und ohne anhaltende Trauerstörung, *Predicted risk scores showed good discrimination between PGD and no PGD 6-24 months after loss (C-statistic = 0.83)* (Goldstein 2019). Ein zweiter Befund derselben Arbeit ist für den Verlauf wichtig. Im zweiten Jahr nach dem Verlust stiegen die Werte an, und nach drei Jahren glichen sich alle Risikogruppen bei rund 40 Prozent an (Goldstein 2019). In dieser kleinen Kohorte trug eine frühe Einteilung in Risikogruppen damit nur begrenzt über mehrere Jahre. Der Befund zeigt zudem, dass der Verlauf nach dem ersten Jahr nicht als abgeschlossen betrachtet werden kann. In dieselbe Richtung weist eine Nachbefragung an 138 Eltern zwischen dem sechsten und dem achtzehnten Monat nach dem Tod ihres Kindes auf der Intensivstation. Die Symptome der komplizierten Trauer nahmen im Mittel ab, blieben aber bei einem Teil der Eltern hoch, *Complicated grief symptoms decrease among parents between 6 and 18 months after their child's death in the PICU; however, high symptom levels persists for some* (Meert 2011). Eine zweite Nachbefragung von Eltern nach dem Tod ihres Kindes auf der Intensivstation fand über die ersten dreizehn Monate ebenfalls eine Abnahme, bei vielen Eltern blieben die Beschwerden jedoch bestehen, *Mental health symptoms improve among parents during the first 13 months after their child's death; however, symptoms persist for many* (Suttle 2022b). Der Anstieg im zweiten Jahr ist damit ein Einzelbefund an einer besonderen Gruppe und keine gesicherte Regel. Gesichert ist nur, dass das erste Jahr als Zeitfenster zu kurz greift.

Wie konsequent ein solches Risiko in der Versorgung erfasst wird, ist nur punktuell untersucht. Eine Aktendurchsicht eines stationären Palliativdienstes fand bei 45 Prozent der Familien mindestens einen Risikofaktor für eine anhaltende

Trauer, *45% of families exhibited at least one risk factor for prolonged grief* (LaTourette 2023). Zugleich enthielten 64 Prozent der Akten überhaupt keine Einschätzung des Trauerrisikos (LaTourette 2023). Die Untersuchung betrifft die Angehörigen aller Patientinnen und Patienten dieses einzelnen Dienstes und nicht ausschliesslich Eltern verstorbener Kinder. Sie belegt damit eine Dokumentationslücke in diesem Setting, nicht eine allgemeine Versorgungslücke.

Was hilft, und wo die Behandlung an Grenzen stösst

Die Behandlungsevidenz unterscheidet sich deutlich nach Zielgruppe. Eine Metaanalyse zu Massnahmen bei komplizierter Trauer hält fest, dass Behandlungen die Beschwerden wirksam verringern, *Treatment interventions can effectively diminish complicated grief symptoms* (Wittouck 2011), und dass ihre Wirkung im Zeitraum der Nachbeobachtung sogar zunahm (Wittouck 2011). Dabei ist die Auswahl der Behandelten wesentlich. Dieselbe Metaanalyse fand vorbeugende Massnahmen für alle Trauernden unwirksam, *Preventive interventions, on the other hand, do not appear to be effective* (Wittouck 2011). Eine ältere und breitere Metaanalyse zu Trauerangeboten kommt zum selben Ergebnis. Angebote, die ausschliesslich Trauernde mit deutlichen Anpassungsschwierigkeiten ansprachen, erzielten Ergebnisse, die sich mit Psychotherapien für andere Beschwerdebilder vergleichen lassen, *However, interventions that exclusively targeted grievers displaying marked difficulties adapting to loss had outcomes that compare favorably with psychotherapies for other difficulties* (Currier 2008). Beide Arbeiten untersuchen Trauernde allgemein und sind für verwaiste Eltern ein übertragenes Modell. Ihre gemeinsame Aussage ist dennoch tragfähig. Gezielte Behandlung der schwer Betroffenen verringert Beschwerden, während vorbeugende Angebote für alle Trauernden keinen entsprechenden Nutzen zeigen.

Ein direkter Wirksamkeitsnachweis liegt für trauernde Kinder und Jugendliche vor und ist im Themenpapier «Psychische Belastung» (Nr. 13) dargestellt. Entscheidend ist hier, was die Studie

über das Verfahren selbst zeigt. Eine trauerbezogene kognitive Verhaltenstherapie war einer stützenden Beratung über die Zeit überlegen. Die Studie stützt damit einen zusätzlichen Nutzen der trauerbezogenen kognitiven Verhaltenstherapie gegenüber stützender Beratung (Boelen 2021). Welche einzelnen Bestandteile des Verfahrens diesen Unterschied erklären, lässt sich daraus nicht ableiten. Die Stichprobe besteht aus Kindern und Jugendlichen und nicht aus verwaisten Eltern, für die der Befund ein übertragenes Modell darstellt. Eine Vorläuferstudie derselben Arbeitsgruppe weist zugleich auf eine Grenze hin. Das Verfahren wirkte bei Kindern und Jugendlichen schwächer, deren Verlust länger zurücklag, *this treatment approach is less efficacious for children and adolescents further removed from loss* (Spuij 2015). Für erwachsene trauernde Geschwister zeigte eine randomisierte kontrollierte Studie an 86 Betroffenen, dass eine kurze, therapeutisch begleitete Schreibmassnahme über das Internet kurz- und längerfristig half, *Bereaved siblings profited from this brief internet-based writing intervention in the short- and long-term* (Wagner 2022). Für Erwachsene mit anhaltender Trauerstörung prüfte eine kleine klinische Studie an 25 Betroffenen ein zwölf bis sechzehn Sitzungen umfassendes Verfahren, das an der Wiederherstellung von Sinn ansetzt. In der Studie vermittelten Veränderungen der Sinnbildung statistisch einen Teil der Symptomveränderung im Therapieverlauf (Batista 2025). Ein solcher Mediationsbefund belegt für sich genommen keinen kausalen Wirkmechanismus.

Für verwaiste Eltern selbst ist die Evidenz dagegen unzureichend. Ein systematischer Review zu Trauerangeboten für Eltern nach dem Tod eines Kindes zwischen der 24. Schwangerschaftswoche und dem 30. Lebensjahr hält fest, dass die wenigen vorhandenen Studien methodisch so schwach sind, dass sich zur Wirksamkeit keine Schlüsse ziehen lassen, *Poor methodology and reporting of the few studies which have assessed BSIs for parents limit any conclusions on their effectiveness* (Ainscough 2022). Ein zweiter systematischer Review zu Angeboten von Kliniken an trauernde Familien findet die stärkste Wirkung bei jenen Eltern, deren Trauer besonders schwer

verläuft, *Quantitatively, bereavement services have most effect for parents experiencing more complex mourning* (Donovan 2015). Damit stützt er dieselbe Auswahlregel wie die beiden Metaanalysen.

Bei der ältesten und methodisch stärksten Studienreihe des Feldes ist die untersuchte Altersgruppe zu beachten. Alle vier Arbeiten dieser Reihe betreffen Eltern, deren Kinder im Alter zwischen 12 und 28 Jahren gestorben sind, also Jugendliche und junge Erwachsene und nicht kleine Kinder. Eine randomisierte klinische Studie mit Eltern, deren Kinder zwei bis sieben Monate zuvor plötzlich oder gewaltsam gestorben waren, fand eine nur sehr langsame Abnahme der Belastung, unabhängig von der Teilnahme an der geprüften Massnahme, *a very slow rate of reduction in distress over time, irrespective of participation in the intervention* (Murphy 1997). Eine Nachbefragung von 261 Eltern derselben Verlustkonstellation nach einem und nach fünf Jahren kommt zum gleichen Schluss über die genutzten Angebote insgesamt, *none of the resources seemed to improve parents' outcomes either 1 or 5 years later* (Murphy 2002a). Eine dritte Arbeit derselben Gruppe verfolgte 173 Eltern über fünf Jahre und hält in ihrer Diskussion fest, dass die anfängliche posttraumatische Symptomlast zwar die Höhe der Belastung zu Beginn gut vorhersagte, nicht aber deren Rückgang nach fünf Jahren, *Although parents' initial levels of PTSD were the best predictor of baseline mental distress, they did not predict reductions in distress 5 years later* (Murphy 2002b). Wer nach einem gewaltsamen Kindstod schwer belastet ist, bleibt es also nicht zwangsläufig. Der weitere Verlauf lässt sich aus der anfänglichen Belastung jedoch nicht ablesen.

Diese Studienreihe bedeutet nicht, dass Angebote nutzlos wären. Dieselbe Arbeitsgruppe erhob an 156 Eltern nach einem plötzlichen Kindstod, wie sie die einzelnen Sitzungen bewerteten. Die problembezogene und die gefühlsbezogene Seite des Angebots wurden gleichermassen hoch bewertet, in über 70 Prozent der Rückmeldungen mit sechs oder sieben auf einer siebenstufigen Skala (Murphy 1996). Solche Bewertungen sind kein Wirksamkeitsnachweis. Sie zeigen nur, dass

die Eltern beide Seiten des Angebots für sich als bedeutsam einstufen. Eine deutsche klinische Studie an 323 verwaisten Eltern in einem stationären Rehabilitationsprogramm beurteilt dieses Programm als aussichtsreich für die seelische Gesundheit der Eltern, *The special FOR program appears promising with regard to improving the bereaved parents' mental health* (Baumann 2022). Die Studie hatte keine Vergleichsgruppe. Verbesserungen im Verlauf können deshalb nicht zuverlässig dem Programm zugeschrieben werden. Für Eltern in Schweden wurde eine Selbsthilfe-Anwendung in einer randomisierten Studie angelegt, deren Beschreibung als erste ihrer Art gilt (Eklund 2021). Ergebnisse dazu liegen im ausgewerteten Bestand nicht vor.

Vor der Frage der Wirksamkeit steht die Frage des Zugangs. Eine längsschnittliche Erhebung an Müttern nach einer Totgeburt oder dem Tod eines Neugeborenen fand die Werte in den Suchtests für Depression und posttraumatische Belastung deutlich erhöht, während nur eine Minderheit der auffällig getesteten Frauen überhaupt eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erhielt, *A minority of screen-positive women were receiving any type of psychiatric treatment* (Gold 2016). Hinzu kommt, dass einzelne Gruppen mit erhöhtem Belastungsrisiko bestehende Nachangebote seltener wahrnehmen. Eine Auswertung von Nachgesprächen nach dem Tod eines Kindes auf der Intensivstation fand, dass Eltern nach einem Unfall- oder Gewalttod solche Gespräche seltener wahrnahmen, *Our analysis revealed that parents of children who died of trauma were less likely to attend a follow-up meeting with an intensivist* (Suttle 2019). Eine isländische Studie an Eltern nach dem Suizid ihres Kindes beschreibt dieselbe Lücke aus Sicht der Betroffenen. Die Eltern mussten sich die Hilfe selbst beschaffen, *they had to reach out for help themselves* (Bjornsdottir 2024). Nach eigener Schilderung blieben sie bis zu vier Jahre in ihrer Trauer stecken, weil aus ihrer Sicht keine Verarbeitung stattfand (Bjornsdottir 2024).

Was Eltern selbst als hilfreich beschreiben, reicht über die Symptombehandlung hinaus. Eine qualitative Studie zu einem mehrtägigen Angebot

für verwaiste Eltern nennt vier Bereiche, in denen die Eltern einen Nutzen beschrieben, Wissensvermittlung, Achtsamkeitsübungen, gegenseitige Unterstützung und Verständnis sowie die entstandenen Beziehungen, *Four themes representing the perceived benefits of the retreat emerged: psychoeducation, mindfulness, mutual support and understanding, and relationships* (Thieleman 2022). Es handelt sich um selbst berichteten Nutzen und nicht um gemessene Wirkung. Solche Angebote ersetzen bei einer diagnostizierten anhaltenden Trauerstörung keine Behandlung. Aus fachlicher Sicht können solche Angebote als ergänzender Zugang verstanden werden. Ob sie den Weg in eine wirksame Behandlung tatsächlich erleichtern, ist mit dieser Studie nicht geprüft.

Was sich aus der Forschung ableiten lässt

Dieser Abschnitt bündelt die Schlussfolgerungen, die sich aus dem dargestellten Forschungsstand ableiten lassen.

Aus der vorliegenden Forschung lassen sich vier übergreifende Schlussfolgerungen ableiten.

Erstens ist die anhaltende Trauerstörung als eigenes Beschwerdebild empirisch gestützt, ihre Abgrenzung gegen die normale Trauer dagegen nicht. Die Trennung von Depression und posttraumatischer Belastung ist mehrfach repliziert. Die Frage, wo die schwere Normaltrauer endet, bleibt offen und wird in der Fachwelt kontrovers diskutiert. Die geltenden Zeitmarken beruhen zudem überwiegend auf Forschung an Menschen nach dem Verlust einer Partnerin oder eines Partners. Solange nicht geklärt ist, ob Elterntrauer eine eigene Unterform bildet, folgt daraus als fachliche Ableitung, Fristen mit Vorsicht anzuwenden und stärker auf Bewegung oder Stillstand über die Zeit zu achten als auf das Abzählen von Monaten.

Zweitens sind anhaltende Trauer und Traumafolgen zwei verschiedene Belastungen, die sich beim Tod eines Kindes häufig überlagern. Die Unterscheidung zwischen einer auf das verlorene Kind gerichteten Trennungsnot und einer auf die Todesumstände gerichteten traumatischen Not

stammt aus der allgemeinen Trauerforschung. Für den Kindsverlust wird diese Unterscheidung durch den Befund gestützt, dass der Verlust des Kindes die anhaltende Trauer vorhersagte, die eigene Gefährdung dagegen die posttraumatische Belastung (Kristensen 2009). Für die Begleitung folgt daraus, dass eine reine Trauerbegleitung bei traumatisch überlagerten Verläufen zu kurz greift und die Traumadimension eigens zu erfassen ist. Umgekehrt zeigt die Forschung, dass posttraumatische Reaktionen auch ohne Miterleben des Todes auftreten und dass die Trauer selbst nach einem Unfalltod im Vordergrund steht.

Drittens sind Risikofaktoren belegt, eine Vorhersage im Einzelfall ist es nicht. Wiederholt zeigen sich die Mutterrolle, ein plötzlicher oder gewaltsamer Tod, unsichere Bindungsmuster, eine vorbestehende seelische Belastung und ein Umfeld mit wenig Unterstützung als Risikomerkmale. Zugleich stiegen in der einzigen prospektiven Arbeit dieser Art die Werte im zweiten Jahr nach dem Verlust an und glichen sich zwischen den Risikogruppen an. Eine Zuteilung von Angeboten allein nach einem früh erhobenen Risikowert wird der Sache deshalb nicht gerecht. Auch die Aufmerksamkeit darf nach dem ersten Jahr nicht enden.

Viertens ist die Wirksamkeitsevidenz nach Zielgruppe ungleich verteilt. Für Trauernde allgemein zeigen Metaanalysen, dass gezielte Behandlung der schwer Betroffenen Beschwerden verringert, während Angebote für alle keinen entsprechenden Nutzen zeigen. Für trauernde Kinder, Jugendliche und Geschwister liegen kontrollierte Nachweise vor. Für verwaiste Eltern selbst fehlen solche Nachweise, und die methodisch stärkste Studienreihe zu Eltern nach einem gewaltsamen Kindstod fand keine Beschleunigung des Verlaufs. Daraus folgt keine Empfehlung gegen Hilfe, sondern eine gegen Wirkungsversprechen. Das Gewicht liegt auf Erreichbarkeit, auf der ausdrücklichen Ansprache jener Eltern, die von sich aus nicht kommen, und auf einer verlässlichen Weiterleitung an fachliche Behandlung.

Limitationen

Die erste Einschränkung betrifft das zugrunde liegende Themenlabel. Es bündelt drei Sachverhalte, die auseinandergehalten werden müssen, die anhaltende Trauerstörung nach dem Tod eines Kindes, allgemeines Trauma ohne Todesfall und die Trauer nach dem Verlust eines Elternteils. Die dritte Gruppe stellt in der Literatur einen grossen Teil der stärksten Behandlungsstudien, betrifft aber eine andere Verlustsituation. Dieses Papier stützt sich auf Arbeiten mit dem Tod eines Kindes als Ausgangspunkt. Wo eine Arbeit Trauernde allgemein oder eine gemischte Gruppe untersucht, ist sie im Text als übertragenes Modell gekennzeichnet. Das betrifft die Arbeiten zur Abgrenzung der Diagnose (Shevlin 2024, He 2014, Prigerson 2021), die begriffliche Unterscheidung von Trennungsnot und traumatischer Not (Holland 2011, an trauernden jungen Erwachsenen erhoben), die Arbeiten zu den Risikofaktoren über alle Verlustarten (Buur 2024, Stammel 2013) und einen wesentlichen Teil der Behandlungsevidenz (Wittouck 2011, Currier 2008, Batista 2025). Ebenso als übertragenes Modell zu lesen ist die Wirksamkeitsevidenz an anderen Betroffenen Gruppen, also die beiden Studien an trauernden Kindern und Jugendlichen (Boelen 2021, Spuij 2015) und jene an erwachsenen trauernden Geschwistern (Wagner 2022). Sie belegen, dass eine gezielte, auf die Trauer ausgerichtete Behandlung wirken kann, nicht aber, dass sie dies bei Eltern selbst tut.

Die zweite Einschränkung betrifft die Messung. Komplizierte Trauer und anhaltende Trauerstörung werden mit verschiedenen Instrumenten und Schwellen erhoben, die nicht dieselben Ergebnisse liefern. Zudem haben sich die Kriterien zwischen den Manualen verschoben. Zahlen aus verschiedenen Studien sind deshalb nur als Grössenordnung und nicht als Häufigkeiten zu lesen. Prävalenzangaben zur anhaltenden Trauerstörung bei verwaisten Eltern führt dieses

Papier bewusst nicht. Sie stehen im Themenpapier «Psychische Belastung» (Nr. 13) samt ihrer Streuung.

Drittens beruht ein Teil der eindrücklichsten Befunde auf besonderen Lagen. Die Untersuchungen zum Untergang der Fähre Sewol, zum Tsunami von 2004 und zum Regime der Roten Khmer betreffen kollektive Katastrophen mit öffentlicher Aufmerksamkeit, juristischer Aufarbeitung und starker Gruppenzugehörigkeit der Betroffenen. Die Erhebung an Eltern in einem Rehabilitationsprogramm betrifft eine bereits behandlingssuchende Gruppe. Solche Stichproben zeigen die Mechanismen deutlicher, überzeichnen aber die Häufigkeiten.

Viertens ist die Interventionsforschung am Kernfall dünn und alt. Die einzige randomisierte Studie an verwaisten Eltern in diesem Bestand stammt aus dem Jahr 1997. Der Review, der die Lage zusammenfasst, kommt zum Schluss, dass keine Aussage zur Wirksamkeit möglich ist. Wo dieses Papier über Wirkung spricht, stützt es sich deshalb überwiegend auf Arbeiten an anderen Gruppen. Aussagen zur Diagnostik veralten zudem rasch, weil die Kriterien erst seit wenigen Jahren gelten und ältere Arbeiten mit anderen Schwellen arbeiten.

Fünftens ist die Übertragbarkeit auf die Schweiz nur teilweise geklärt. Ein erheblicher Teil der Prävalenz- und Risikoforschung stammt aus China und betrifft Eltern, die ihr einziges Kind verloren haben, was eine besondere gesellschaftliche Lage einschliesst. Die europäischen und nordamerikanischen Arbeiten sind dem Schweizer Kontext näher, stammen aber überwiegend aus der Intensivmedizin und der Onkologie. Für die Schweiz liegt mit einer Erhebung an Eltern nach dem Krebstod ihres Kindes eine einzige eigene Arbeit vor (Raguindin 2025a). Wie viele Eltern in der Schweiz eine behandlungsbedürftige Trauerstörung entwickeln, wie viele davon erkannt werden und wie viele eine Behandlung erhalten, lässt sich damit nicht beantworten.

Handlungsfelder für die Schweiz und die SGVE

Dieser Teil geht über die reine Darstellung der Forschung hinaus. Er beschreibt den daraus abgeleiteten Handlungsbedarf und die mögliche Rolle der SGVE.

Wo Lücken bestehen

Die wichtigste Lücke für die Schweiz ist zunächst eine Wissenslücke. Es fehlen belastbare Daten dazu, wie häufig verwaiste Eltern eine anhaltende Trauerstörung oder ausgeprägte Traumafolgen entwickeln, wie solche Beschwerden erkannt werden und wie viele Betroffene eine passende Behandlung erhalten. Die einzige Schweizer Studie im ausgewerteten Bestand betrifft Eltern nach dem Krebstod eines Kindes und beantwortet diese Versorgungsfragen nicht. Aussagen darüber, wie systematisch Schweizer Kliniken, Hausarztpraxen oder andere Stellen Trauerrisiken erfassen und weiterverweisen, lassen sich aus der vorliegenden Literatur deshalb nicht ableiten.

International zeigen einzelne Studien, dass Risikoeinschätzungen in der Versorgung unvollständig dokumentiert sein können und dass ein Teil deutlich belasteter Eltern keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erhält. Diese Befunde stammen aus spezifischen Settings und dürfen nicht ohne Weiteres auf die Schweiz übertragen werden. Sie begründen jedoch die Frage, wie verlässlich schwere und anhaltende Verläufe hierzulande erkannt und weitergeleitet werden.

Ein zweites Handlungsfeld betrifft die Unterscheidung von Trauer und Traumafolgen. Die Forschung stützt, dass beide Beschwerdebilder nebeneinander auftreten können und unterschiedliche Schwerpunkte haben. Für die Versorgung folgt daraus, dass bei stark belasteten Eltern nicht nur die Trauerintensität betrachtet werden sollte. Aufdrängende Erinnerungen, ausgeprägte Vermeidung und anhaltende Alarmbereitschaft gehören ebenfalls in eine fachliche Abklärung. Aus den vorliegenden Studien lässt sich jedoch nicht ableiten, wie häufig diese Differenzierung in der Schweiz bereits erfolgt oder welche Versorgungsform dafür am besten geeignet ist.

Auch die zeitliche Perspektive verdient Aufmerksamkeit. Mehrere Elternkohorten zeigen, dass schwere Beschwerden über das erste Jahr hinaus bestehen können. Eine kleine prospektive Studie an Müttern nach plötzlichem Säuglingstod fand im zweiten Jahr sogar höhere Werte, während andere Kohorten im ersten bis eineinhalb Jahren im Mittel eine Abnahme berichteten. Der Einzelbefund eines Anstiegs darf nicht verallgemeinert werden. Gemeinsam sprechen die Studien aber dagegen, ein Jahr als allgemeine Grenze zu behandeln, nach der sich weiterer Unterstützungsbedarf erübrigt.

Der Zugang zu vorhandenen Angeboten ist ebenfalls nicht selbstverständlich. Eltern nach einem Unfall- oder Gewalttod nahmen in einer Studie Nachgespräche seltener wahr, und Eltern nach dem Suizid ihres Kindes berichteten in einer qualitativen Studie, Hilfe selbst suchen zu müssen. Daraus lässt sich keine allgemeine Aussage über alle stark belasteten Eltern ableiten. Es spricht aber dafür, Zugänge so zu gestalten, dass Unterstützung nicht ausschliesslich von der Eigeninitiative der Betroffenen abhängt.

Was in der Schweiz geprüft und entwickelt werden sollte

Aus Sicht der SGVE braucht es zunächst eine verständliche Orientierung, die schwere Trauer weder verharmlost noch vorschnell pathologisiert. Sie sollte erklären, dass lange und intensive Trauer nach

dem Tod eines Kindes häufig ist, zugleich aber eine anhaltende Trauerstörung und ausgeprägte Traumafolgen behandlungsbedürftig sein können. Die von der SGVE verwendete Orientierung an Bewegung oder Stillstand im Verlauf kann dabei helfen, den Unterschied verständlich zu machen. Sie ist jedoch keine validierte Screening- oder Entscheidungsregel und darf nicht als Ersatz für diagnostische Kriterien verwendet werden.

Ein zweites Feld ist die Grundversorgung. Hausärztinnen und Hausärzte sind für viele Eltern langfristig erreichbare medizinische Ansprechpersonen. Die SGVE hält es deshalb für sinnvoll zu prüfen, welche knappen, evidenzbasierten Informationen und welche klaren Weiterleitungswege sie benötigen, um anhaltende Trauer und Traumafolgen zu erkennen und bei Bedarf an qualifizierte psychologische oder psychiatrische Fachpersonen zu verweisen. Dass eine bestimmte Form der Sensibilisierung oder eines Screenings die Versorgung verbessert, ist für verwaiste Eltern bisher nicht belegt.

Für Eltern nach einem plötzlichen oder gewaltsamen Tod erscheint zudem ein aktiv angebotenes Nachgespräch oder ein wiederholtes Kontaktangebot plausibel. Diese Empfehlung stützt sich darauf, dass solche Eltern in einzelnen Studien bestehende Angebote seltener wahrnahmen und Hilfe teilweise selbst organisieren mussten. Ob ein proaktives Vorgehen die psychische Belastung oder den Zugang zu Behandlung messbar verbessert, ist bislang nicht nachgewiesen.

Für eine verlässlichere Planung braucht es schliesslich Schweizer Daten zu Häufigkeit, Verlauf, Erkennung, Behandlung und Zugang. Dabei handelt es sich um Forschungsbedarf. Die vorhandene internationale Literatur zeigt, welche Fragen relevant sind, beantwortet aber nicht, wie die Versorgung in der Schweiz tatsächlich aussieht. Sinnvoll wäre deshalb eine Zusammenarbeit von Grundversorgung, Kinder- und Jugendmedizin, pädiatrischer Palliativversorgung, psychiatrischen und psychologischen Fachgesellschaften, Forschenden und betroffenen Familien.

Positionierung der SGVE

Die SGVE ordnet schwere und lang anhaltende Trauer nach dem Tod eines Kindes nicht allein aufgrund ihrer Dauer als Krankheit ein. Gleichzeitig macht sie darauf aufmerksam, dass ein Teil der Eltern eine anhaltende Trauerstörung, Traumafolgen oder beides entwickelt und fachliche Abklärung und Behandlung benötigen kann.

Die Rolle der SGVE liegt bei diesem Thema in Information, Einordnung, Erfahrungswissen und Weitervermittlung. Sie will Wissen mehrsprachig zugänglich machen, Betroffenen helfen, unterschiedliche Formen schwerer Belastung besser einzuordnen, und auf geeignete professionelle Anlaufstellen verweisen. Peer-Support und der Austausch mit anderen Betroffenen können diese Orientierung ergänzen. Für die Behandlung einer anhaltenden Trauerstörung oder ausgeprägter Traumafolgen ersetzen sie keine psychotherapeutische, psychiatrische oder medizinische Versorgung.

Die SGVE stellt keine Diagnose und übernimmt keine therapeutische Behandlung. Ebenso bezeichnet sie eigene oder mit Partnern entwickelte Angebote nicht als wirksam, solange dafür keine entsprechende Evidenz vorliegt. Wo sie Empfehlungen für die Schweiz formuliert, kennzeichnet sie diese als Ableitungen aus dem Forschungsstand oder als eigene Position und nicht als bereits nachgewiesene Versorgungsstandards.

Dokumentation

Grundlage und Vorgehen

Evidenzprofil

Die kritisch analysierte Literatur zeigt, dass nicht jeder Aspekt dieses Themas gleich gut abgesichert ist. Das folgende Profil zeigt, wo die Evidenz stark genug trägt und wo sie dünn bleibt. Es ergänzt die inhaltlichen Befunde aus Teil 2 um eine Einschätzung ihrer Belastbarkeit.

Anhaltende Trauerstörung als eigenständiges Beschwerdebild	● ● ● ○	mittelstark belegt durch mehrere Validierungs- und Faktorenanalysen, überwiegend an Trauernden allgemein
Abgrenzung gegen die normale Trauer	● ● ○ ○	begrenzt belegt, die Fachwelt benennt die Lücke selbst, Zeitkriterien uneinheitlich
Kindsverlust als starker Risikofaktor	● ● ● ○	mittelstark belegt durch eine Metaanalyse und mehrere übereinstimmende Erhebungen
Überlagerung von anhaltender Trauer und Traumafolgen	● ● ● ○	mittelstark belegt durch mehrere Musteranalysen an verwaisten Eltern
Risikofaktoren des schweren Verlaufs	● ● ● ○	mittelstark belegt, Mutterrolle und gewaltsamer Tod mehrfach repliziert
Früherkennung und Vorhersage im Einzelfall	● ● ○ ○	begrenzt belegt, eine prospektive Kohorte mit guter Trennschärfe, Risikogruppen gleichen sich nach drei Jahren an
Wirksamkeit gezielter Behandlung bei Trauernden allgemein	● ● ● ○	mittelstark belegt durch zwei Metaanalysen an Trauernden allgemein; kontrollierte Studien in anderen Betroffenenengruppen ergänzen die Evidenz
Wirksamkeit gezielter Angebote für verwaiste Eltern	● ○ ○ ○	unzureichend belegt, ein Review ohne mögliche Schlussfolgerung, eine randomisierte Studie ohne Effekt
Übertragbarkeit auf die Schweiz	● ● ○ ○	eingeschränkt übertragbar, Risikoforschung teils sehr fern, klinische Arbeiten näher
Schweizer Datengrundlage	● ○ ○ ○	keine eigenen Daten, eine Erhebung an krebsverwaisten Eltern, keine Daten zu Häufigkeit und Versorgung

Dieses Papier beruht nicht auf einer einzelnen Studie, sondern auf einer geordneten Auswertung gesammelter Fachliteratur. Grundlage ist eine von der SGVE aufgebaute Literaturbasis mit über 5000 wissenschaftlichen Publikationen, die gezielt zum Verlust eines Kindes zusammengetragen wurden. Für das Thema anhaltende Trauer und Traumafolgen

wurden daraus 147 einschlägige Publikationen ausgewählt. Im vorliegenden Text werden 53 Publikationen direkt zitiert.

Das Papier stützt sich vor allem auf Validierungs- und Faktorenanalysen zur Diagnose, auf Erhebungen und Längsschnittstudien an verwaisten Eltern aus der Intensivmedizin, der Onkologie und nach perinatalem Verlust sowie auf Metaanalysen zur Behandlung komplizierter Trauer.

Die Kennzahlen zeigen den Umfang und die Nachvollziehbarkeit der Auswertung, nicht die Stärke der Evidenz. Die Belastbarkeit der einzelnen Aussagen wird deshalb im Evidenzprofil gesondert ausgewiesen. Das vollständige Verfahren von der Literatursuche bis zur Auswertung ist im Methodenpapier der SGVE dokumentiert. Dieses ist auf der Plattform separat veröffentlicht und unter «URL-Methodenpapier» direkt abrufbar.

Verwendete Literatur

5000+

Publikationen in der
Literaturbasis

147

einschlägige
Publikationen, 102
mit höchster
Relevanz

560

einzelne Aussagen
herausgezogen

53

Publikationen direkt
zitiert

Die folgende Liste umfasst eine kuratierte Auswahl der wichtigsten Publikationen, basierend auf ihrer inhaltlichen Bedeutung, ihrem Relevanz-Score und ihrer direkten Zitierung im Text. Direkt zitierte Arbeiten sind mit einem Stern gekennzeichnet. Die vollständige Literaturliste ist auf Anfrage erhältlich.

- ★ Sveen, J., Eisma, M. C., Pohlkamp, L., Kreichbergs, U., & Lenferink, L. I. M. (2026). Prolonged grief and insomnia symptoms in cancer-bereaved parents: a latent class analysis. *BMC Psychiatry*, 26(1).
<https://doi.org/10.1186/s12888-026-07955-9>
- ★ Lee, J.-S., Lee, Y.-R., Hyun, J., Sohn, S., Kang, K., & Huh, H. J. (2026). Traumatic Loss After the Sewol Ferry Disaster: Latent Profiles of Grief and Posttraumatic Stress Disorder and Their Links to Social Stress, Growth, and Quality of Life. *Psychiatry Investigation*, 23(3), 374–383. <https://doi.org/10.30773/pi.2025.0126>
- Xiong, J., Chen, Z., Ma, H., Ma, R., Xu, T., Zhou, B., & Wang, Y. (2026). Network analysis of prolonged grief disorder and anxiety symptoms among bereaved Chinese parents who lost their only child. *Death Studies*, 50(3), 436–447. <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2432301>
- ★ van Dijk, I., Boelen, P., de Keijser, J., Reitsma, L., & Lenferink, L. (2025). Prolonged grief and posttraumatic stress in parents who lost a child in a road traffic accident: A latent class analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 20, 100879.
<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2025.100879>
- ★ Raguindin, P. F., De Clercq, E., Vokinger, A. K., Pedraza, E. C., Bolliger, C., Scheinemann, K., Tinner, E. M., Bergstraesser, E., von Bueren, A. O., & Michel, G. (2025a). Resilience among parents whose child died of cancer – investigating its role on psychological distress and prolonged grief disorder: results from a cross-sectional survey in Switzerland. *BMC Palliative Care*, 24(1).
<https://doi.org/10.1186/s12904-025-01854-8>
- ★ Batista, J., Alves, D., Pires, N., Silva, J. R., Mendes, I., Magalhães, C., Rosa, C., Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., & Neimeyer, R. A. (2025). The Meaning in Loss protocol: A clinical trial of online grief therapy. *Death Studies*, 49(1), 8–20.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2370633>
- Champion, M. J., & Kilcullen, M. (2025). Complicated Grief Following the Traumatic Loss of a Child: A Systematic Review. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 91(4), 2142–2164. <https://doi.org/10.1177/00302228231170417>
- ★ Koukopoulos, A., & Neimeyer, R. A. (2024). Prolonged grief disorder: A bibliometric analysis. *Death Studies*, 48(2), 150–163.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2196734>
- ★ Shevlin, M., Redican, E., Karatzias, T., & Hyland, P. (2024). Testing the distinctiveness of prolonged grief disorder from posttraumatic stress disorder and depression in large bereaved community samples. *Journal of Affective Disorders*, 363, 214–220.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.127>
- ★ Buur, C., Zachariae, R., Komischke-Konnerup, K., Marengo, M., Schierff, L., & O'Connor, M. (2024). Risk factors for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 107, 102375.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102375>
- ★ Peng, Z., Luo, Y., Qi, R., Cao, Z., Ge, J., Wu, L., Liu, J., & Zhang, L. (2024). Influencing factors of posttraumatic stress disorder in Shidu parents who have lost their only child: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 24(1).
<https://doi.org/10.1186/s12888-024-06059-6>
- ★ Ismail, A., & Dekel, R. (2024). Continuing bonds of bereaved Muslims mothers with their young dead child. *Death Studies*, 48(7), 676–687.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2258486>
- ★ Bjornsdottir, E. A., Sigurdardottir, S., & Halldorsdottir, S. (2024). Excruciating existential suffering and complicated grief: The essence of surviving the suicide of a son or daughter. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 38(4), 973–983.
<https://doi.org/10.1111/scs.13289>
- Redican, E., Vang, M. L., Komischke-Konnerup, K., Elklit, A., Shevlin, M., & O'Connor, M. (2024). Operationalization, implications and correlates of the cultural deviance criterion for ICD-11 and DSM-5 prolonged grief disorder. *Death Studies*, 48(9), 988–999.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2297061>
- ★ Eisma, M. C. (2023). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM -5-TR: Challenges and controversies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(7), 944–951. <https://doi.org/10.1177/00048674231154206>
- ★ LaTourette, L., Williams, K., Wong, M., Thomas, J., Pennarola, A., & Liantonio, J. (2023). Evaluation of Bereavement Assessment Within Inpatient Palliative Care Consultation. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(8), 844–849.
<https://doi.org/10.1177/10499091221128256>

- ★ Ainscough, T., Fraser, L., Taylor, J., Beresford, B., & Booth, A. (2022). Bereavement support effectiveness for parents of infants and children: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 12(e5), e623–e631. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001823>
- ★ Suttle, M., Hall, M. W., Pollack, M. M., Berg, R. A., McQuillen, P. S., Mourani, P. M., Sapru, A., Carcillo, J. A., Startup, E., Holubkov, R., Dean, J. M., Notterman, D. A., & Meert, K. L. (2022b). Complicated Grief, Depression and Post-Traumatic Stress Symptoms Among Bereaved Parents following their Child's Death in the Pediatric Intensive Care Unit: A Follow-Up Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 39(2), 228–236. <https://doi.org/10.1177/10499091211015913>
- ★ Baumann, I., Künzel, J., Goldbeck, L., Tutus, D., & Niemitz, M. (2022). Prolonged Grief, Posttraumatic Stress, and Depression Among Bereaved Parents: Prevalence and Response to an Intervention Program. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 84(3), 837–855. <https://doi.org/10.1177/0030222820918674>
- ★ Wagner, B., Hofmann, L., & Maaß, U. (2022). A therapist-supported internet-based intervention for bereaved siblings: A randomized controlled trial. *Palliative Medicine*, 36(10), 1532–1543. <https://doi.org/10.1177/02692163221122344>
- ★ Erçin-Sweanger, H., Lindhorst, T., Curtis, J. R., Starks, H., & Doorenbos, A. Z. (2022). Acute and Posttraumatic Stress in Family Members of Children With a Prolonged Stay in a PICU: Secondary Analysis of a Randomized Trial. *Pediatric Critical Care Medicine*, 23(4), 306–314. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002913>
- ★ Yuan, M.-D., Wang, Z.-Q., Fei, L., & Zhong, B.-L. (2022). Prevalence of prolonged grief disorder and its symptoms in Chinese parents who lost their only child: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1016160>
- ★ Thieleman, K., & Cacciatore, J. (2022). “I grieve because I loved her:” Bereaved parents’ perceptions of a mindfulness-based retreat. *Death Studies*, 46(8), 1992–2002. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1876791>
- ★ Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>
- ★ Boelen, P. A., Lenferink, L. I., & Spuij, M. (2021). CBT for Prolonged Grief in Children and Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Psychiatry*, 178(4), 294–304. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050548>
- ★ Eklund, R., Eisma, M. C., Boelen, P. A., Arnberg, F. K., & Sveen, J. (2021). Mobile app for prolonged grief among bereaved parents: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 11(12), e052763. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052763>
- ★ Yin, Q., Zhang, H., Shang, Z., Wu, L., Sun, Z., Zhang, F., Zhou, Y., Song, X., & Liu, W. (2020). Risk factors for PTSD of Shidu parents who lost the only child in a rapid aging process: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2446-3>
- ★ Lichtenthal, W. G., Roberts, K. E., Catarozoli, C., Schofield, E., Holland, J. M., Fogarty, J. J., Coats, T. C., Barakat, L. P., Baker, J. N., Brinkman, T. M., Neimeyer, R. A., Prigerson, H. G., Zaidler, T., Breitbart, W., & Wiener, L. (2020). Regret and unfinished business in parents bereaved by cancer: A mixed methods study. *Palliative Medicine*, 34(3), 367–377. <https://doi.org/10.1177/0269216319900301>
- ★ Goldstein, R. D., Petty, C. R., Morris, S. E., Human, M., Odendaal, H., Elliott, A., Tobacco, D., Angal, J., Brink, L., Kinney, H. C., & Prigerson, H. G. (2019). Pre-loss personal factors and prolonged grief disorder in bereaved mothers. *Psychological Medicine*, 49(14), 2370–2378. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003264>
- ★ Morris, S., Fletcher, K., & Goldstein, R. (2019). The Grief of Parents After the Death of a Young Child. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(3), 321–338. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9590-7>
- ★ Suttle, M. L., Gerhardt, C. A., & Fults, M. Z. (2019). Factors Related to Parent Attendance at a Follow-Up Meeting With an Intensivist After a Child's Death in the Pediatric Intensive Care Unit. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 79(4), 436–445. <https://doi.org/10.1177/0030222817724701>
- ★ Omerov, P., Pettersen, R., Titelman, D., Nyberg, T., Steineck, G., Dyregrov, A., & Nyberg, U. (2017). Encountering the Body at the Site of the Suicide: A Population-Based Survey in Sweden. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(1), 38–47. <https://doi.org/10.1111/sltb.12260>
- Huh, H. J., Huh, S., Lee, S. H., & Chae, J.-H. (2017). Unresolved Bereavement and Other Mental Health Problems in Parents of the Sewol Ferry Accident after 18 Months. *Psychiatry Investigation*, 14(3), 231. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.3.231>
- ★ Gold, K. J., Leon, I., Boggs, M. E., & Sen, A. (2016). Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *Journal of Women's Health*, 25(3), 263–269. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5284>
- ★ Ingles, J., Spinks, C., Yeates, L., McGeechan, K., Kasparian, N., & Semsarian, C. (2016). Posttraumatic Stress and Prolonged Grief After the Sudden Cardiac Death of a Young Relative. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 402. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7808>
- ★ Donovan, L. A., Wakefield, C. E., Russell, V., & Cohn, R. J. (2015). Hospital-based bereavement services following the death of a child: A mixed study review. *Palliative Medicine*, 29(3), 193–210. <https://doi.org/10.1177/0269216314556851>

- ★ Spuij, M., Dekovic, M., & Boelen, P. A. (2015). An Open Trial of 'Grief-Help': A Cognitive-Behavioural Treatment for Prolonged Grief in Children and Adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(2), 185-192. <https://doi.org/10.1002/cpp.1877>
- ★ Schaal, S., Richter, A., & Elbert, T. (2014). Prolonged Grief Disorder and Depression in a German Community Sample. *Death Studies*, 38(7), 476-481. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.809032>
- ★ Shevlin, M., Boyda, D., Elklit, A., & Murphy, S. (2014). Adult attachment styles and the psychological response to infant bereavement. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23295>
- ★ He, L., Tang, S., Yu, W., Xu, W., Xie, Q., & Wang, J. (2014). The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults. *Psychiatry Research*, 219(2), 347-352. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.022>
- ★ Christiansen, D. M., Elklit, A., & Olff, M. (2013). Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss. *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 605-611. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.06.006>
- ★ Stammel, N., Heeke, C., Bockers, E., Chhim, S., Taing, S., Wagner, B., & Knaevelsrud, C. (2013). Prolonged grief disorder three decades post loss in survivors of the Khmer Rouge regime in Cambodia. *Journal of Affective Disorders*, 144(1-2), 87-93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.063>
- ★ Capitano, C. (2013). *The effects of continuing bond on posttraumatic stress disorder and complicated grief among parents bereaved by the suicide of their child* [Doktorarbeit, University of New Mexico]. UNM Digital Repository. https://digitalrepository.unm.edu/nurs_etds/10
- ★ Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>
- ★ Meert, K. L., Shear, K., Newth, C. J., Harrison, R., Berger, J., Zimmerman, J., Anand, K., Carcillo, J., Donaldson, A. E., Dean, J. M., Willson, D. F., & Nicholson and the Eunice Kennedy Sh. C. (2011). Follow-Up Study of Complicated Grief among Parents Eighteen Months after a Child's Death in the Pediatric Intensive Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*, 14(2), 207-214. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0291>
- ★ Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2011). Separation and Traumatic Distress in Prolonged Grief: The Role of Cause of Death and Relationship to the Deceased. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 254-263. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9214-5>
- ★ Johannesson, K. B., Lundin, T., Hultman, C. M., Fröjd, T., & Michel, P.-O. (2011). Prolonged grief among traumatically bereaved relatives exposed and not exposed to a tsunami. *Journal of Traumatic Stress*, 24(4), 456-464. <https://doi.org/10.1002/jts.20668>
- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 231-238. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.021>
- ★ Meert, K. L. (2010). Complicated Grief and Associated Risk Factors Among Parents Following a Child's Death in the Pediatric Intensive Care Unit. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(11), 1045. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.187>
- ★ Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2009). Psychiatric disorders among disaster bereaved: an interview study of individuals directly or not directly exposed to the 2004 tsunami. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1127-1133. <https://doi.org/10.1002/da.20625>
- ★ Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134(5), 648-661. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.648>
- ★ Love, A. W. (2007). Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary Nurse*, 27(1), 73-83. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.27.1.73>
- ★ Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2006). *Prolonged Grief Disorder (PG-13)*. Dana-Farber Cancer Institute.
- ★ Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253-267. <https://doi.org/10.1002/dev.20091>
- ★ Murphy, S. A., Johnson, L. C., Lohan, J., & Tapper, V. J. (2002a). Bereaved Parents' Use of Individual, Family, and Community Resources 4 to 60 Months After a Child's Violent Death. *Family & Community Health*, 25(1), 71-82. <https://doi.org/10.1097/00003727-200204000-00010>
- ★ Murphy, S. A., Chung, I.-J., & Johnson, L. C. (2002b). Patterns of mental distress following the violent death of a child and predictors of change over time. *Research in Nursing & Health*, 25(6), 425-437. <https://doi.org/10.1002/nur.10060>
- ★ Murphy, S. A. (1997). A bereavement intervention for parents following the sudden, violent deaths of their 12-28-year-old children: Description and applications to clinical practice. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 29(4), 51-72.
- ★ Murphy, S. A., Baugher, R., Lohan, J., Scheideman, J., Heerwagen, J., Johnson, L. C., Tillery, L., & Grover, M. C. (1996). Parents' evaluation of a preventive intervention following the sudden, violent deaths of their children. *Death Studies*, 20(5), 453-468. <https://doi.org/10.1080/07481189608252754>

Verwandte und weiterführende Themen

13. Psychische Belastung

Ausmass, Verlauf und gesundheitliche Folgen der seelischen Belastung nach dem Tod eines Kindes werden dort behandelt, einschliesslich der Häufigkeitsangaben zur anhaltenden Trauerstörung und ihrer Streuung. Das vorliegende Papier setzt dort an, wo die Belastung die Schwelle zur behandlungsbedürftigen Störung überschreitet.

[Zum Themenpapier](#) →

1. Elterliche Trauer

Das Dach über der Reihe. Verlauf, Bedeutung und Bewältigung der Elterntrauer als Ganzes werden dort behandelt, samt der Weitergabe von Verlustfolgen über Generationen.

[Zum Themenpapier](#) →

11. Suizid eines Kindes

Nach dem Suizid eines Kindes kommen Stigmatisierung, Schuldfragen und eine besonders ausgeprägte Verschränkung von Trauer und Trauma zusammen. Das Themenpapier behandelt diese Verlustsituation gesondert.

[Zum Themenpapier](#) →

9. Der Tod rund um die Geburt

Auch nach einer Totgeburt oder dem Tod eines Neugeborenen treten Traumafolgen auf, und der Zeitpunkt des Verlusts sagt ihre Schwere nicht voraus. Das Themenpapier behandelt den frühen Verlust umfassend.

[Zum Themenpapier](#) →

19. Soziale Unterstützung

Die Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung wird in mehreren Arbeiten als veränderbarer Einflussfaktor auf die Symptomschwere genannt. Wie diese Unterstützung wirkt und wo sie ausbleibt, wird dort vertieft.

[Zum Themenpapier](#) →

2. Geschwistertrauer

Für trauernde Kinder, Jugendliche und Geschwister liegen anders als für die Eltern kontrollierte Wirksamkeitsnachweise vor. Das Themenpapier behandelt ihre Situation.

[Zum Themenpapier](#) →

21. Peer-Support

Der Austausch mit anderen betroffenen Eltern kann den Weg zu fachlicher Hilfe öffnen, ersetzt sie bei einer anhaltenden Trauerstörung aber nicht. Wirkung und Grenzen werden dort behandelt.

[Zum Themenpapier](#) →



Lizenz und Zitation

Dieses Papier ist unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung 4.0 International (CC BY 4.0) veröffentlicht. Es darf frei genutzt, geteilt, übersetzt und bearbeitet werden, auch für kommerzielle Zwecke, sofern die SGVE als Quelle genannt wird.

Zitiervorschlag. Schweizerische Gemeinschaft verwaister Eltern (SGVE) (2026). Anhaltende Trauer und Traumafolgen nach dem Tod eines Kindes. Reihe Wissenschaftliche Grundlage der SGVE. «URL», abgerufen am «TT.MM.JJJJ».



CC BY 4.0 · Namensnennung 4.0 International