

Ulrich Paetzold

Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg

**Vergessene Kinder: Suizid eines Elternteils  
und die Folgen für die Nachfahren  
– eine Aufgabe für die schulische Sozialpädagogik**

**Zapomniane dzieci  
Samobójstwo rodzica i jego wpływ na potomstwo  
– zadanie dla szkolnej pedagogiki społecznej**

**STRESZCZENIE:** Dzięki szwedzkim badaniom długookresowym można było po raz pierwszy jednoznacznie udokumentować wpływ samobójstwa jednego z rodziców na dzieci. W późniejszym życiu dzieci te znacznie częściej przejawiają skłonność do samobójstwa i dotknięte są zaburzeniami psychicznymi. Z reguły też nie otrzymują specjalistycznego wsparcia, by móc przepracować traumę. Tę ważną funkcję pedagogiczną mogłaby przejąć szkoła.

**SŁOWA KLUCZOWE:** Samobójstwo rodzica i jego skutki dla dzieci – szkoła jako miejsce do podjęcia tematu utraty rodzica.

**ABSTRACT:** Durch eine schwedische Langzeitstudie konnten erstmals die Effekte eines Suizids eines Elternteils auf die Kinder eindeutig belegt werden: im späteren Leben sind diese überzufällig häufig von eigenen Suizidabsichten und von psychischen Störungen betroffen. Fachliche Unterstützung zur Verarbeitung dieses Traumas finden diese Kinder in der Regel nicht. Hier könnte der Lernort Schule eine wichtige, pädagogische Funktion einnehmen.

**STICHWORTE:** Elterlicher Suizid und die Folgen für Kinder – Schule als Ort zur Thematisierung von Elternverlust.

## Einführung

Der Suizid eines Elternteils hat weitreichende psychische und soziale Folgen für die Nachfahren. Welche mittel- und langfristigen Folgen genau, konnte durch eine umfangreiche, schwedische Längsschnittstudie 2010 (Wilcox, Kuramoto 2010), fachlich fundiert belegt werden. Durch diese Studie wird auch deutlich, dass die betroffenen Kinder offensichtlich keine angemessene psychologische oder pädagogische Unterstützung für ihre Entwicklung erfahren. Dies deckt sich mit Beobachtungen aus der Praxis in Deutschland, dass das Thema Suizid weiterhin tabuisiert ist und das soziale und schulische Umfeld bei einem Suizid häufig aus Unsicherheit Abstand zu den betroffenen Kindern nimmt (Otzelberger 2010). Dies bedeutet, dass diese Kinder – obwohl sie besondere Unterstützung bräuchten – mehrfach „vergessen“ werden: nach dem Suizid ist der überlebende Elternteil selbst in der Regel schockiert und psychisch belastet, dass er sich um die eigenen Kinder kaum Gedanken machen kann, in den weiteren Folgezeit ist häufig zu beobachten, dass sich das nähere und auch weitere soziale Umfeld zurückzieht und die betroffenen Kinder noch weiter isoliert werden und zusätzlich fühlt sich kein Hilfesystem wirklich dafür zuständig, sich aktiv dieser Kinder anzunehmen. Eine Möglichkeit bestünde darin, dass sich Schulsozialarbeit, Schulpädagogen oder Schulpsychologen dieses Themas annehmen könnten, indem beispielsweise im Rahmen einer Klasse das Thema Suizid aufgegriffen wird und so betroffene Kinder soziale Unterstützung erfahren. Leider hat die schwedische Studie in der deutschen Fachöffentlichkeit kaum Resonanz gefunden und entsprechend sind auch keine Folgerungen für die Praxis erkennbar. Dies bedeutet, dass wir weiterhin in Kauf nehmen, dass jedes Jahr einige Tausend Kinder ohne notwendige Unterstützung bleiben.

## Suizid eines Elternteils

Das Thema Suizid an sich ist häufig und fundiert bearbeitet, auch zur Thematik Suizid von Kindern und Jugendlichen und die Folgen für Eltern findet sich Literatur. Die Wirkung von Suizid eines Elternteils auf die Kinder und die möglichen Langzeitfolgen werden jedoch in der deutschen Fachliteratur maximal mit kurzen Kapiteln abgehandelt. In der englischsprachigen Literatur wird die Thematik häufiger aufgegriffen und hat jetzt durch eine umfangreiche Studie (Wilcox, 2010), die im Jahr 2010 veröffentlicht wurde, erstmals die negativen Langzeitfolgen für die davon betroffenen Kinder überzeugend belegt.

Die Studie beeindruckt aus verschiedenen Gründen: die Untersuchungsgruppe ist erheblich höher als alle bisherigen Studien zu diesem Thema, die Gruppe ist so groß, dass unter verschiedene Todesarten differenziert werden kann und diese zum Entwicklungsalter des Kindes in Beziehung gesetzt werden konnten. Auch ist diese Studie einige der wenigen, echten Langzeitstudien.

Die berechtigte Kritik an früheren Studien, beispielsweise an retrospektiven Befragungen, an der Zusammensetzung der Stichprobe, an ungenauen Altersgrenzen, an nicht ausreichenden Kontrollgruppen (Weiss 2006), kann hier an dieser Studie nicht angebracht werden.

### **Thematisierung in der Fachliteratur**

Bei der Recherche in der deutschen Fachliteratur fällt auf, dass die Thematik Suizid eines Elternteils und Folgen für die Kinder selten eingehend betrachtet wurde. In dem sehr umfangreichen Lehrbuch zur Klinischen Entwicklungspsychologie (Oerter, Rüper 1999) ist im Schlagwortregister das Stichwort „Suizid“ nicht verzeichnet, die Thematik wird nicht behandelt, in den Büchern zu Suizid an sich tauchen gelegentlich allgemeine Anmerkungen (Giernalczyk 2003) bei den Auswirkungen auf Angehörige auf. Verwendet man das Zitat von Karutz (Karutz 2003) „wäre es nunmehr denkbar, Notfälle analog zu *psychisch traumatisierenden Ereignissen* zu definieren, und es ließe sich für Notfälle wie auch für psychisch traumatisierende Ereignisse feststellen, dass es sich um Geschehen handelt, die außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegen, für die vergleichbare Vorerfahrungen fehlen und die die Ressourcen zur selbständigen Bewältigung übersteigen.“ Trifft diese Definition ziemlich exakt die Situation eines elterlichen Suizides aus Sicht eines Kindes, gleichwohl wird dieses Ereignis in dieser Dissertation nicht als Beispiel dafür aufgeführt.

Die Ergebnisse der aktuellen, schwedischen Studie erfordern hier eine fachliche Neuausrichtung. Für die individuelle Bedeutung von Kindern und Jugendlichen scheint ein elterlicher Suizid eines der stärksten Traumatisierung darzustellen (wie es auch die Autoren der Studie betonen). Diese Bewertung würde auch bedeuten, dass spezifische Modelle für die Schwere von Traumatisierungen (Kolk von der Bassel 2000) nicht ohne weiteres auf Kinder und Jugendliche anwendbar scheinen.

Weshalb dieses Thema in seiner langfristigen Bedeutung relativ wenig Beachtung gefunden hatte, lässt sich vermutlich nur spekulativ erschließen: Suizid historisch als Tabuthema – von beiden christlichen Kirchen wurde es bis weit in die 80-er Jahre als „Sünde“ gegen das von Gott geschenkte Leben bewertet, erst ab 1983 waren kirchliche Beerdigungen gestattet, die Suizidzahlen in der DDR wurden als „Verschlussache“ behandelt (Otzelberger 2010)

– wirkt möglicherweise noch bis heute in Teilen nach. Ähnlich wie der Thematik Tod und Sterben an sich weiterhin als Tabu in weiten gesellschaftlichen Kreisen zugesprochen wird. Die betroffenen Nachkommen sind zunächst nicht auffällig, suchen daher auch meist kaum fachliche Unterstützung auf.

### **Situation in Deutschland**

Im Gegensatz zu der Studie aus Schweden gibt es für Deutschland keine Zahlen, die den Zusammenhang Suizid eines Elternteils – Kind(er) herstellen könnten. Bei Suizid wird nicht erfasst, ob davon Kinder betroffen sind. Die mögliche Situation in Deutschland lässt sich nur indirekt erschließen. Die sehr differenzierten Statistiken des Statistischen Bundesamtes über Zahl und Form der Suizide in Deutschland lassen zu der Frage betroffener Kinder nur Vermutungen zu. Eine grobe Orientierung könnte die potentielle Altersspanne von Eltern mit Kindern sein:

Suizide 2008 Altersgruppe (Bundesamt für Statistik 2010)

- 30–35 – 937;
- 35–40 – 1178;
- 40–45 – 1756.

Das Geschlechterverhältnis der Suizide ist in Deutschland ähnlich wie in Schweden: ca. 75% sind männlichen, ca. 25% sind weiblichen Geschlechts. Da bei den oben genannten Zahlen unklar ist, welchen Familienstand die jeweiligen Personen hatten, sind nur vorsichtige Schlüsse möglich.

Eine andere Zugangsmöglichkeit besteht über die Zahl der Halbwaisen in Deutschland 166 000 Halbwaisen (davon 57 000 unter 18 Jahren) leben bei ihrem verwitweten Vater.

647 000 Kinder und Jugendliche (darunter 202 000 Minderjährige), wachsen nach dem Tod des Vaters bei ihrer Mutter auf (Weiss 2006). Geht man spekulativ von 2000–3000 betroffener Kinder pro Jahr in Deutschland aus, wird bei der langfristigen Betrachtung die Problematik deutlicher: innerhalb von zehn Jahren können wir vermutlich von einigen Zehntausend Betroffenen sprechen, denen keine spezifischen Unterstützungsangebote zu teil werden.

### **Akute Reaktionen**

Bisher wurden die Reaktionen von Kindern in Notfallsituationen kaum beschrieben, Untersuchungen dazu liegen nicht vor (Karutz 2003). Spezifisch für Kinder in Notfallsituationen ist anzunehmen: vergleichbare Vorerfahrungen zu dem erlebten Ereignis fehlen vollständig, im Gegensatz zu Erwachsenen hat auch keine kognitive Auseinandersetzung mit der Thematik stattge-

funden. Ist ein Kind dem Ereignis allein ausgesetzt, ohne eine möglicherweise hilfreiche Bezugsperson, ist eine noch stärkere Belastung zu vermuten. Wird das Kind gemeinsam mit z.B. dem anderen Elternteil mit dem Suizid konfrontiert, wäre zunächst allgemein psychische Sicherheit für das Kind notwendig. Bei einem Suizid jedoch wird gerade der Partner/ Partnerin extrem bestürzt reagieren und damit dem Kind keine besondere Stütze sein können, vielmehr könnte das Kind durch die Reaktion der wichtigsten Bezugsperson noch stärker verunsichert werden. Je nach Entwicklungsphase wird das Kind nicht in der Lage sein, die Zusammenhänge zu verstehen, Hintergründe nicht einordnen können, und möglicherweise Schuldgefühle entwickeln. Karutz hebt hervor, dass als besonders belastend durch Kinder selbst in Notfällen benannt werden (nach der Stärke der Belastung): Hilflosigkeit anderer, fehlende Informationen und Abschirmung von anderen. Für ein Schulkind wäre es entsprechend hilfreich, wenn der schulische Alltag Routine, aber auch Unterstützung bieten könnte. Doch auch hier steht zu befürchten, dass die Unsicherheit von Lehrern und Mitschülern, wie mit dem Thema umgegangen werden sollte, das betroffene Kind eher isolieren.

#### **Die Zeit nach dem Suizid**

Für die Ausbildung späterer, klinischer Symptome, wie sie in der schwedischen Langzeitstudie aufgezeigt werden konnten, dürften die verschiedenen Veränderungen und psychischen Reaktionen in der Folgezeit des Suizides die entscheidende Rolle spielen. Dabei ist der Stellenwert der unterschiedlichen, moderierenden Variablen nicht eindeutig geklärt. In der Zeit direkt nach dem Suizid können verschiedene Prozesse von außen auf die Restfamilie einwirken, die eine Verarbeitung erleichtern bzw. erschweren und die auch einen Unterschied zu anderen Todesursachen kennzeichnen.

**Veränderung des sozialen Umfelds.** Als eine mögliche Folge für den zurückgebliebenen Partner wird verschiedentlich hervorgehoben, dass Verwandtschaft Abstand sucht, gerade bei Frauen als Zurückgebliebene (Männer werden weniger streng beurteilt) und der Freundeskreis sich zurückzieht (Otzelberger 2010). Damit sind auch indirekt die Kinder betroffen, da die nun häufig einzige Bezugsperson gerade in einer Zeit, in der sie eigentlich besondere Unterstützung bräuchte, möglicherweise immer stärker isoliert wird. Manchmal wird besonderes Unverständnis aus der Umgebung über die Trauer bei einem Suizid geäußert, was die Situation zusätzlich erschwert. Gleichzeitig ist zu vermuten, dass der überlebende Elternteil selbst so stark in seiner Trauer und Erschütterung gefangen ist, die Alltagsroutinen nicht mehr aufrecht-

erhalten werden können, das gesamte Umfeld eines Kindes somit an Sicherheit verliert. Der verbleibende Elternteil wird ohne Unterstützung von außen kaum in der Lage sein, dem Kind Trost oder Sicherheit zu spenden. In der Literatur wird daher vom „doppelten Elternverlust“ gesprochen (Weiss 2006). Deutliche Hinweise auf eine stark belastete Eltern-Kind Beziehung nach einem Suizid zeigt die Tatsache, dass überdurchschnittlich viele Kinder und Jugendliche in der Folgezeit im Rahmen der Jugendhilfe fremd untergebracht werden müssen.

**Stigmatisierung durch das Umfeld.** Neben dem möglichen Rückzug des sozialen Umfeldes berichten Betroffene häufig auch über (subtile) Formen der Stigmatisierung, die sich in direkten oder indirekten Vorwürfen einer Mitschuld äußern können, in Gerüchten über die vermuteten Ursachen und so die Restfamilie zusätzlich in eine soziale Isolation treiben können. Gerade gegenüber betroffenen Kindern sind beispielsweise auch im Rahmen der Schule die Lehrer verunsichert, wie sie angemessen reagieren sollen (Weiss 2006).

**Psychische Belastungen.** In den Forschungen zu den Folgen bei Suizid für Angehörige gibt es verschiedene Muster, die als Folge auch – oder gerade – für Kinder vermutet werden können. Gerade weil die wirklichen Gründe für einen Suizid oft rätselhaft bleiben, entsteht genügend Raum für Schuldgefühle, die möglicherweise auch unterschwellig von der Umgebung verstärkt werden. Bei anderen Todesursachen ist in der Regel die Frage der Verantwortlichkeit klar. Bei Suizid berichten Angehörige – ähnlich wie bei anderen Traumatisierungen – häufig die Belastung durch Schuldgefühle, die eine Verarbeitung der Trauer erheblich erschweren können. Im Rahmen des Trauerprozesses kann auch die Frage auftauchen „bin ich dem anderen nicht so wichtig gewesen, dass er am Leben bleibt“. Diese Frage der Wertschätzung durch ein Elternteil und der scheinbaren Entwertung der Beziehung durch den Suizid dürfte gerade für Kinder und Jugendliche einen besonderen Stellenwert einnehmen. Die Erkenntnis aus der Resilienzforschung „Wer früh erfahren hat, dass er anderen etwas bedeutet, findet auch nach Schicksalsschlägen neuen Mut“ (Bartens 2010), verdeutlicht im Umkehrschluss den Suizid eines Elternteils als umso traumatischer für das Selbstbild eines Kindes. Gerade für Kinder dürfte durch einen Suizid die Angst, auch noch den anderen Elternteil zu verlieren, besonders stark werden, Diese Angst wird als reale Existenzbedrohung wahrgenommen. Wie bei anderen Traumata auch führt das Erleben eines Suizides zu einer fundamentalen Erschütterung des Gefühls der Kontrolle über sein Leben. Hier wird direkt eines der wichtigsten Bedürfnisse aller Menschen an-

gesprachen (Bischof 1988). Besonders die wichtige Frage der Kontrollierbarkeit und damit Vorhersagbarkeit die Umgebung ist fundamental in Frage gestellt. Bereits in den ersten Monaten nach dem Verlust eines Elternteils sind bei Kindern und Jugendlichen depressive Symptome nachweisbar. In früheren Forschungen wird hervorgehoben, dass insbesondere Jugendliche nach dem Tod eines Elternteils ein siebenfach höheres Risiko haben, depressive Symptome auszubilden (Reinherz 1987). Als besonders belastend wird dabei plötzlicher oder gewaltsamer Tod eines Elternteils beschrieben.

**Bewältigungsprozesse.** Die verschiedenen Phasen eines möglichen Trauerprozesses sind vielfach beschrieben worden. Für die Verarbeitung eines Suizides bietet sich das Modell von Bowlby (Bowlby 1987) an, der vier Phasen annimmt, die von ihrer Dauer individuell unterschiedlich sein können.

Phase der Betäubung:

Für diese erste Phase des Schocks postuliert Bowlby – abhängig von der Persönlichkeit – Emotionsausbrüche und Ängste, die – nachvollziehbar – insbesondere bei Kindern zu vermuten sind. Die Erfahrung anderer traumatischer Ereignisse sind auch für einen Suizid vorstellbar: die bisherigen Erfahrungsspielräume werden insbesondere bei Kindern gesprengt, das Ausmaß der Machtlosigkeit übersteigt alle Bewältigungsmöglichkeiten. Es wird betont, dass sich Kinder in den ersten Monaten kaum von dem Erlebten erholen. Inwieweit Kinder in dieser Phase in der Lage sind in die Schule zu gehen, bleibt offen und unklar. Vermutlich müsste man hier bereits eine aktive, auf die Familie und das Kind zugehende Rolle der Schulpädagogen fordern.

Phase der Sehnsucht und der Suche nach der verstorbenen Person: Zorn und Wut:

Nach Bowlby kann diese Phase über mehrere Jahre dauern. Sie ist gekennzeichnet von ambivalenten Gefühlen: intensive Wünsche nach Wiedervereinigung können sich abwechseln mit Enttäuschung über die Realität. Gerade für die Nachkommen von Suizid wird hervorgehoben, dass die Wut und der Zorn über die Entwertung der Vergangenheit und der Zukunft zu lang anhaltender Verbitterung führen kann.

Phase der Desorganisation und Verzweiflung:

„Das Suchen nach dem Verstorbenen und das Prüfen der Realität können eine sehr lange Zeit anhalten. Die Hoffnung auf Rückkehr erfüllt sich nicht, Verzweiflung setzt ein. Diese bedroht die Fähigkeit, die Gegenwart neu

zu ordnen. Es siegt aber letztlich die Erkenntnis, dass der Verstorbene für immer gegangen ist und der Tod wird akzeptiert.“

Phase der Reorganisation:

Neben der langfristigen Neuorganisation des Alltagshandelns und des familiären Lebens entwickelt sich idealerweise eine Akzeptanz des Todes und der neuen Situation. Bei einem Elternverlust in der Kindheit wird insbesondere die Entwicklung von starken Verlust- und Trennungsängsten hervorgehoben (Fischer 1999). Spekulativ kann die Frage aus dem Hintergrund der Bindungstheorie aufgeworfen werden, welche Kinder mit welchem Bindungsstil besonders erschüttert werden durch den unerwarteten Tod eines Elternteils. Eine entscheidende Variable stellt sicherlich das Bewältigungsverhalten des lebenden Elternteils oder anderer wichtiger Bezugspersonen dar und inwieweit dieser bzw. diese in der Lage sind, das Kind bzw. die Kinder zu unterstützen. Angelehnt an andere Traumatisierungen kann vermutet werden, dass es zur Ausbildung eines Trauma-Schemas und zu einem kompensatorischen Schema kommt.

Langfristig besteht das Ziel, über bedrohliche Verhältnisse wieder Kontrolle zu erlangen, Ersatzsituationen zu schaffen, die hinreichend Sicherheit versprechen. Neben kompensatorischen Prozessen kann (für einen Teil der Betroffenen?) die Ausbildung eines sogenannten Trauma-Schemas vermutet werden, das sich angestoßen durch äußere Hinweisreize in typischen Symptomen wie z.B. flash backs zeigt (National Centre 2003). Verschiedene Trauma-Modelle verdeutlichen, dass diese Erfahrungen die unterschiedlichen Selbstprozesse, die in letzter Konsequenz die Identität bilden, in dramatischer Weise verändern: die Welt wird nicht mehr als sinnvoll erlebt, das Selbst nicht mehr als wertvoll. Darin verwoben entwickeln sich verschiedene Symptome als Rettungsversuche des Selbst. Gelingt es langfristig nicht, die traumatischen Erfahrungen als Bestandteil des eigenen Lebens zu integrieren, wird dieses Trauma-Schema als Subsystem weiter existieren. Was genau den Unterschied in der Bewältigungskompetenz und damit der Widerstandsfähigkeit, mit belastenden Lebensumständen umzugehen, bei Kindern ausmacht, ist meines Erachtens unklar. Eine Schlüsselrolle scheinen für eine gelingende Bewältigung verlässliche Bezugspersonen zu sein, die Sicherheit vermitteln (Bowlby 1987). Insgesamt wird allgemein bei Trauerprozessen von Kindern den Eltern die größte Bedeutung zugemessen.

**Mögliche Entwicklungsverläufe.** Fasst man die bisherigen Erkenntnisse der Verlaufsforschung zusammen, lassen sich schematisch die nachfolgend



aufgeführten Verläufe skizzieren: bei unterstützender Begleitung kann in der Regel eine Auseinandersetzung mit dem Suizid geschehen, die das Sicherheitsgefühl stärkt und das ganze Geschehen verstehbar macht. Dies hat besonders für Kinder und jüngere Jugendliche eine hohe Bedeutung, um der späteren Ausbildung von klinischen Symptomen vorzubeugen. Erfolgt keine Auseinandersetzung mit der Thematik Suizid, wird das Thema verdrängt und tabuisiert und schweigt das soziale Umfeld des Kindes darüber, kann es zur Ausbildung von Schuldgefühlen, von Verlustangst, von Selbstentwertung, von Bindungsunsicherheit und von mangelhafter Selbstregulation (insbesondere von Emotionen) kommen. Insgesamt wird die Welt- und Zukunftssicht negativ eingefärbt sein. Der Zusammenhang zum Modell von Beck zur Ausbildung von Depressionen wird deutlich. Auch die Wechselwirkung mit Störungen des Sozialverhaltens scheint logisch ableitbar. Überträgt man diese möglichen Folgen auf schulisches Verhalten von Kindern und ist den pädagogischen Fachleuten der Zusammenhang mit dem ursprünglichen Anlass, dem Suizid, nicht verständlich, kann man sich gut eine weitere, negative Abwärtsspirale für die Entwicklung von Kindern (leider) vorstellen. Hier wird auch die hohe Bedeutung der Schulpädagogik und des fachlich angemessenen Umgang mit dem Schulkind besonders greifbar.

**Langzeitfolgen für Nachkommen eines Suizids.** Fasst man die bisherigen Studien zu den Langzeitfolgen von Nachkommen eines Suizids zusammen, können folgende Gruppen vermutet werden: eine Teilgruppe mit Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit möglicherweise erhöhtem Suizidrisiko, eine Teilgruppe mit subklinischen Symptomen (z.B. starke Verlängerte) Störungen des Sozialverhaltens im Jugendalter und eine Teilgruppe mit der Ausbildung psychiatrischer Symptome (z.B. Depressionen). Aufgrund der aktuellen, schwedischen Studie können über bestimmte Langzeitfolgen verlässliche Aussagen getroffen werden. Andere Aspekte bleiben weiterhin offen: z.B. welchen spezifischen Einfluss hat die Familiensituation vor dem Suizid, welche Rolle spielen Geschlechtsvariablen, wie wirken Veränderungen der Situation nach dem Suizid. Bisherige Erkenntnisse aus der Trauma-Forschung über die Wirkung auf betroffene Kinder passen meiner Einschätzung nach gut zu den neuen Erkenntnissen. Als Folgen werden benannt: wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen (insbesondere in Alpträumen und sogenannten „Flashbacks“), sich ständig wiederholende Verhaltensweisen wie z. B. das traumatische Spiel, bei dem immer und immer wieder das Notfallgeschehen nachgespielt wird (ohne dass dabei ein Bewusstsein für den Zusammenhang des Spiels mit der verursachenden Situation besteht), Ängste in Bezug

auf das traumatisierende Ereignis, eine veränderte Einstellung zu Menschen, zum Leben und zur Zukunft sowie der Verlust des Vertrauens und negative Erwartungen an das Leben (Wilcox, Kuramoto 2010).

## Die zentralen Ergebnisse der schwedischen Studie

Es konnten Daten aus verschiedenen schwedischen Registern benutzt und verknüpft werden (mit dauerhaftem Wohnsitz seit 1932, aktuell von 13 Millionen, dabei können Eltern zu ihren Kindern zugeordnet werden). Ebenfalls ist ein Sterberegister vorhanden, in dem 99% aller Todesfälle mit ihren Ursachen (nach dem ICD kategorisiert) enthalten sind.

Zeitraum 1969 bis 2004

- Suizid eines Elternteils: 45 726 Kinder unter 26 Jahre; insgesamt 24 249 Eltern.
- 422 425 erlebten einen anderen Tod; dabei 251 146 Eltern.
- Referenzgruppe von lebenden Eltern (nach 1940 geboren): 1 899 355.

Die Daten der Untersuchungsgruppe wurden mit der Kontrollgruppe vergleichbar gemacht bezüglich Geburtsjahr und Geschlecht des verstorbenen Elternteils.

Ausgeschlossen wurden Nachkommen, die vor dem Tod des Elternteils, Suizid etc. zeigten, Nachkommen, die keinen weiterlebenden Elternteil hatten und für die keine ausreichenden Daten vorlagen.

Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten wurden nur Eltern in die Studie aufgenommen, die nach 1940 geboren wurden. Es wurde dann erfasst, wann – nach dem Tod eines Elternteils – die erste Aufnahme in einem Krankenhaus registriert wurde. (Qin 2003).

### Erhöhtes, eigenes Suizidrisiko

Die aktuelle Studie kann beeindruckend belegen, dass bei Nachkommen von Suizid das Risiko für einen Suizid erheblich höher (1.4 bis 2.5 mal höher) ist und bei dem Tod durch andere Ursachen kein erhöhtes Risiko für Suizid erkennbar ist. Insgesamt hat die Art des Todes eines Elternteils erheblichen Einfluss auf das Leben der Nachkommen. Als weitere, moderierende Variable für ein späteres, erhöhtes Suizidrisiko kann das Alter zum Zeitpunkt des Suizides festgehalten werden: während der Kindheit und Jugend ist das Risiko dreimal höher für einen eigenen, späteren Suizid. Kein höheres Risiko besteht, wenn der Suizid während des jungen Erwachsenenalters geschieht. Dieses Ergebnis zeigt die dringende Notwendigkeit für präventive Interventionen bei betroffenen Kindern und Jugendlichen und bestätigt frühere Ergeb-

nisse einer Studie auch aus Schweden, die bei 7568 Suiziden einen Vergleich mit einer Kontrollgruppe anstellt und dabei bei den Nachkommen ein doppelt so hohes Suizidrisiko im späteren Leben feststellt. In der letzteren Studie finden sich jedoch keine Differenzierung nach dem Alter der betroffenen Kinder und keine Vergleichsgruppen mit anderen Todesarten. In einer Analyse eines dänischen Registers zeigt sich das gleiche Ergebnisse mit einem höheren Risiko für Suizid (drei- bis vierfach erhöht) für Nachkommen. Alle drei Studien verweisen darauf, dass psychische Störungen als Risikofaktoren festzustellen sind, gleichzeitig wird jedoch betont, dass Suizid und Suizidversuche unabhängig von Störungen in der Familiengeschichte zu betrachten sind. Festzuhalten bleibt: „suicidal behavior runs in families“. In einem älteren Artikel aus Deutschland (Friese 1993) konnten bereits bei Kindern Suizidvorstellungen referiert werden, hier wird als ein Motiv „Wiedervereinigung mit geliebten Menschen“ angegeben. Dieser Aspekt wird leider nicht inhaltlich in dem Artikel vertieft.

### **Psychiatrische Folgen**

Das Erlebnis des Todes eines Elternteils erhöht das Risiko selbst wegen psychiatrischer Störungen hospitalisiert zu werden, insbesondere wegen Depressionen, psychotischen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen. Betrachtet man andere traumatische Situationen, beispielsweise sexuellen Missbrauch, wird zu Recht in der Literatur (Fischer 1999) darauf verwiesen, dass möglicherweise durch prägnante Störungen die Gefahr besteht, weniger auffällige Folgen zu übersehen. Spezifisch für Suizid sind als weitere Folgen plausibel: eine extreme Beziehungsverunsicherung (Vertrauensverlust in die Verlässlichkeit anderer), eine extreme Selbstverunsicherung (Selbstentwertung, Stigmatisierung als Kind eines Selbstmörders), starke Ängste auf verschiedenen Ebenen (Angst vor weiteren schrecklichen Ereignissen Angst vor „Veranlagung“) und Angst und Wut auch (als Projektion) auf den überlebenden Elternteil (Barth 2004).

### **Familiengeschichte: Nachkommen bei Suizid**

Die familiäre Häufung von Suiziden konnte bereits in einer früheren, schwedischen Studie unstrittig belegt werden. Auch hier wurde die Gesamtpopulation der Jahrgänge 1949 bis 1969, Statistisch aufbereitet: Suizid = 8 396 (Beziehungen ersten Grades N= 33 173/Vergleichsgruppe mit demselben Alter, aber andere Todesfälle = 7 568/Beziehungen ersten Grades N 28 945) (Runeson 2003).

Es zeigte sich eine doppelt hohe Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe selbst einen Suizid zu vollenden. Weiterhin offen bleibt die Frage, wie genau diese „Weitergabe“ sich vollzieht und welche Variablen stärker bzw. schwächer wirken. Hier finden sich in der Fachliteratur sehr unterschiedliche Modelle und Erklärungsversuche, die auch den sehr unterschiedlichen Familienkonstellationen vor und nach dem Suizid geschuldet sind. In der schwedischen Studie wird als Vermutung dargelegt, dass sich möglicherweise durch das Trauma des Suizides eine Form von besonderem Gedächtnis („biologisches Gedächtnis“) bildet. Diese Vermutung wird durch verschiedene, andere Studien unterstützt. Betrachtet man die Gruppe betroffener Kinder und Jugendlichen kann man eine Teilgruppe annehmen, die bereits vor dem Suizid einer ungünstigen Familiensituation ausgesetzt war. In der schwedischen Studie waren gut 40% der Eltern psychiatrisch stationär in Behandlung. Aus anderen Betroffenenberichten wissen wir, dass viele Jahre vor dem Suizid aus Sicht des Kindes schwer erträgliche Verhältnisse vorhanden waren. Bei dieser Teilgruppe könnte man daher bereits von einer lang andauernden Traumatisierung ausgehen. Durch den Suizid wird diese Situation nochmals verschärft. Entsprechend dürfte sich zumindest eine intensive Feinfühligkeit für Stress im späteren Lebensalter annehmen, die physiologisch belegbar ist und auch Hirnstrukturen verändert (Bartens 2010). Offen ist weiterhin die Frage nach möglichen moderierenden Variablen. Die Beschäftigung mit dem Suizid legt nahe, dass – gehen wir von einer Mehrzahl männlicher Suizide in Deutschland aus – das männliche Geschlecht möglicherweise stärker gefährdet ist, später Störungen oder eigene Suizidabsichten zu entwickeln. Über die Gründe kann nur spekuliert werden. Aus anderen Forschungsbereichen, z.B. der Notfallmedizin, wird ebenfalls angenommen: Jungen sind vulnerabler als Mädchen (Karutz 2003). Jungen, die ohne Vater aufwachsen – unabhängig von der Ursache – werden gleichfalls als verletzlicher beschrieben. Unklar bleibt, welchen spezifischen Einfluss das Geschlecht des suizidierten Elternteils genau spielt. Belegt scheint, dass bei Jungen eine Identifikation mit dem verstorbenen Vater stattfindet, die umso stärker ausgeprägt ist, je weniger der Verlust akzeptiert wird. Die meisten Selbstmorde geschehen nach einer langen Vorgeschichte von Problemen in der Familie. Das Familienklima ist von Beziehungskonflikten und sozialer Isolation geprägt, finanzielle Krisen erschweren die Situation zusätzlich. In vielen Fällen leidet der suizidale Elternteil schon lange an einer psychischen oder physischen Erkrankung, Alkohol- und Drogenprobleme können hinzukommen. Nach einem Selbstmord versucht der verbliebene Elternteil oft, dem Kind die Todesursache vorzuenthalten, entweder um es zu schützen oder um selbst nicht über das Geschehene sprechen zu müssen.

## **Unterstützungsmöglichkeiten: Schule und der pädagogische Auftrag**

Unterstützungsangebote für betroffene Kinder in Deutschland zu etablieren stößt auf mehrfache Schwierigkeiten. Durch Datenschutzgesetze und Schweigepflicht werden die Betroffenen nicht statistisch erfasst und somit sind etablierte Beratungsstellen oder andere Hilfsorganisationen darauf angewiesen, dass die Betroffenen sich selbst melden, was die Mehrzahl aus verständlichen Gründen nicht tut bzw. dazu nicht in der Lage ist. Gleichzeitig sind betroffene Kinder regional sehr unterschiedlich vertreten, dies bedeutet, dass auch niemand den regionalen Bedarf abschätzen kann. Optimale Anlaufstellen wären eigentlich die flächendeckend vorhandenen Eltern-, Jugend- und Familienberatungsstellen, die auch geeignetes Fachpersonal vorweisen. Neben der allgemeinen Auslastungsfrage, d.h. inwieweit sie überhaupt in der Lage wären, diese Aufgabe anzugehen, würde sich konzeptionell die Frage stellen, wie kann ich die Zielgruppe erreichen. Neben allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit könnte versucht werden, entsprechende Informationen bei der Polizei, bei Ärzten, Schulsozialarbeitern, Familientreffs etc. zu streuen. An der Aufzählung wird deutlich, dass auch diese Möglichkeit relativ unzureichend wirkt, da trotzdem eine relativ hohe Eigeninitiative für Betroffene erforderlich ist. Eine durchaus realistische Chance zumindest einen Teil Betroffener zu erreichen, stellt das online Beratungsangebot für Kinder, Jugendliche und Eltern dar, das sich seit über zehn Jahren erfolgreich etablieren konnte.

Eine weitere Möglichkeit stellt der Lernort Schule dar, da hier flächendeckend alle Kinder erreicht werden können. Der Bereich der Schule wäre bei dem Thema Suizid aus verschiedenen Gründen interessant: die Themen Tod, Sterben, Suizid, Schuld sind allgemein menschliche Grundfragen, denen wir alle irgendwann begegnen und mit denen wir uns auseinandersetzen müssen. Entsprechend ist eine proaktive und altersgerechte Auseinandersetzung damit generell präventiv hilfreich, wenn ein „Ernstfall“ eintritt. Gleichzeitig könnte die Auseinandersetzung mit diesen Themen im Rahmen einer Schulklasse für konkret betroffene Kinder eine starke Unterstützungsfunktion erhalten und gleichzeitig die drohende, soziale Isolierung, das Verschweigen des Themas und die lähmende Sprachlosigkeit bei diesem Thema verändern. Betrachtet man diesen Aspekt gesamtgesellschaftlich müssen wir von einer erheblichen Anzahl langfristig belasteter Kinder und Jugendlicher ausgehen: nimmt man für Deutschland pro Jahr (hier lässt sich bisher nur spekulieren) einige Tausend Betroffener an, summiert sich dies über die Jahre zu einer erheblich bedeutsamen Anzahl. Vor dem Hintergrund der aktuellen,

schwedischen Studie muss dann entsprechend von einer starken psychischen Belastung der einzelnen langfristig ausgegangen werden und gleichzeitig auch von einer erheblichen Belastung des gesamten Gesundheitssystems. Das Thema elterlicher Suizid ist dabei inhaltlich noch erweiterbar, da Suizid den Extremfall eines Verlustes darstellt. Weitere Schüler sind dabei von anderen Formen eines Verlustes eines Elternteils betroffen, beispielsweise durch langfristige Arbeitsaufenthalte im Ausland (Stichwort „Eurowaisen“) (Orlowska 2010), durch Trennung/ Scheidung der Eltern, durch lebensbedrohliche Krankheiten oder Unfälle. Durch die thematische Erweiterung im Rahmen der Schule wäre eine breitere Gruppe ansprechbar und motivierbar. Gleichzeitig hätte die Erweiterung einen entlastenden Effekt für alle Betroffenen, da die Zuspitzung auf Extremfälle entfällt.

Der Zugangsweg Schule könnte auf verschiedene Weise genutzt werden. Schule – als Ort an dem ich alle Kinder und Jugendlichen erreiche – würde sich für eine präventive Thematisierung anbieten. Vorstellbar wären thematische Module durch Schulsozialarbeit oder auch externe Fachkräfte aus Beratungsstellen, die sich mit dem Thema Krisen und Hilfsmöglichkeiten auseinandersetzen. Zur Sensibilisierung von Lehrern wären ebenfalls Angebote vorstellbar, damit diese mögliche Veränderungen bei Kindern erkennen und angemessen auf diese zugehen können.

Gelegentlich scheint es, dass manche Schulen sich diesem Thema – Suizid – ungern stellen, da sie befürchten, dies könnte erst das Thema „attraktiv“ machen. Hier schimmert meiner Meinung nach immer noch ein letzter Rest der jahrlangen Tabuisierung dieser Thematik durch. Auch könnte durch die bereits erwähnte, thematische Erweiterung diese Angst abgemildert werden.

Die Motivierung Jugendlicher stellt vielfach an sich ein Problem dar. Aus Untersuchungen aus England an Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten, benennen diese die Hintergründe, weshalb sie keine Hilfe aufsuchten: „weil ich keine Hilfe wollte, ich brauchte keine Hilfe, hatte nicht das Gefühl, dass meine Probleme wichtig genug sind, habe mich geschämt oder hatte nicht das Gefühl, dass mir jemand helfen könnte“. (Hawton 2008). Dies bedeutet für den Schulbereich, dass diese aktiv auf die Schüler zugehen und das Thema Suizid/Verlust eines Elternteils aktiv in den Unterricht einbringen muss. Vorstellbar wäre hier auch eine zeitlich begrenzte Projektarbeit mit einzelnen Gruppen, die dann auch den inhaltlichen Bogen weiter spannen und externe Akteure einbeziehen kann. Dabei wäre methodische Vielfalt hilfreich, um so die Motivation der Schüler zu stärken, sich mit diesen Themen auseinanderzusetzen: durch den Einbezug von eigenständiger Videoarbeit könnten Interviews mit Fachleuten oder sogar Betroffenen geführt werden, durch eine Re-

cherche im Internet könnten Selbsthilfegruppen aufgespürt werden, es könnte eine Karte mit Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten erstellt werden, Rollenspiele könnte konkrete Situationen simulieren, Beispiele aus der Literatur könnten besprochen werden. Mit der Thematisierung muss gleichzeitig sichergestellt sein, dass regionale Unterstützungsmöglichkeiten außerhalb der Schule klar benannt werden können. Damit ist ein weiterer Aspekt genannt: Schule braucht eine Vernetzung innerhalb der Gemeinde, umso bei Bedarf betroffenen Schülern Wege der Hilfe aufzeigen zu können. Sicherlich hilfreich in diesem Prozess ist ebenfalls eine enge und regelmäßige Kontaktaufnahme mit den Angehörigen der Schüler, um auch so auf Belastungsprozesse bei Schülern aufmerksam zu werden. Damit rückt eine zentrale Aufgabe der Schule wieder in den Mittelpunkt: der pädagogische Auftrag darf sich nicht auf die Vermittlung von Fachwissen beschränken, vielmehr meint Pädagogik, den Schüler in seiner Gesamtheit als Mensch zu sehen.

## Quellenverzeichnis

- Bartens W., Weber C. (2010), *Gewalt schlägt auf das Erbgut*, „Süddeutsche Zeitung“, Nr. 252 vom 30.10.2010.
- Barth G.M. (2004), *Dem Schicksal ausgeliefert? Was können Kinder und Jugendliche bewältigen?* Vortrag, Tübingen.
- Bischof N. (1988), *Das Rätsel Ödipus*, München.
- Bke Online-Beratung Fürth 2003.
- Fischer G., Riedesser P. (1999), *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, München.
- Bowlby J. (1987), *Verlust, Trauer und Depression*, Frankfurt a. M.
- Friese/Schleider (1993), Suizidvorstellungen bei kognitiv überforderten Kindern. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Nr. 3, Tübingen.
- Hawton K., Rodham K., Evans E. (2008), *Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen*.
- Kolk van der Bessel, McFarlane A, Weisaeth L. (Hg.) (2000), *Traumatic Stress*, Paderborn.
- Oerter, Rüper, Noam, Hagen (Hg.) (1999), *Klinische Entwicklungspsychologie*, Weinheim.
- Giernalczyk T. (2003), *Lebensmüde*, Tübingen.
- Karutz H. (2003), *Psychische Erste Hilfe bei unverletzt-betroffenen Kindern in Notfallsituationen*, Dissertation Universität Dortmund.
- Orlowska B. (2010), *Eurowaisenkinder als eine neue sozialpolitische Erscheinung in Polen Vortrag an den 10. Wissenschaftstagen der Hochschule, Lausitz*.
- Otzelberger M. (2010), *Suizid*, München.
- Qin P., Agerbo E., Mortensen P.B. (2003), Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. National Centre for Register-based Research, Aarhus University, Denmark, *Am J Psychiatry* 160:1525-1526, August.
- Reinherz H.Z., Stewart-Berghauer G., Pakiz B., Frost A.K., Moeykens B.A. & Holmes W.M. (1989), *The relationship of early risk and current mediators to depressive symptomatology in Adolescence*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry“, 28(6), 28(6).

- Runeson Bo, Åsberg Marie Family History of Suicide Among Suicide Victims Brief Report/ 2003/. From the Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience, Section for Psychiatry, St. Goran's Hospital and Karolinska Hospital, Stockholm.
- Wilcox H.C., Kuramoto S.J., Lichtenstein P., Langström N., Brent D.A., Runeson B. (2010), *Psychiatric Morbidity, Violent Crime and Suicide Among Children and Adolescents Exposed to Parental Death*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry”, Vol. 49, Nr 5.
- Weiß S. (2006), *Die Trauer von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen um den verstorbenen Vater Dissertation München.*