

Survivors of suicide

Aspekte zum Thema aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht

R. Zollinger

Wenn in der nordamerikanischen Literatur bei Suizid von «Survivors» gesprochen wird, sind nicht etwa jene Personen gemeint, die einen eigenen Suizidversuch überleben. Vielmehr werden mit diesem Begriff die Hinterbliebenen nach einem vollendeten Suizid bezeichnet, also nahe Bezugspersonen, die nach dem Verlust durch einen Suizid weiterleben. In den USA geht man davon aus, dass bei jedem Suizid im Durchschnitt sechs nahe Angehörige betroffen sind [1]. Bezogen auf die Schweiz mit rund 1400 Suiziden pro Jahr käme man vor diesem Hintergrund auf eine Zahl von jährlich über 8000 neuen Survivoren. Je nachdem, wie weit man den Kreis der durch Suizid betroffenen Hinterbliebenen fasst, ist die Zahl der Survivor weit höher [2, 3]. Betroffene sind nebst nahen Angehörigen weitere Familienmitglieder, Freunde, Arbeitskollegen, Lehrer, Klassenkameraden, Therapeuten, Mitpatienten usw. [2, 4, 5].

Unter diesen Survivoren sind auch Kinder und Jugendliche. Speziell betroffen sind diese, wenn ein Elternteil oder ein Geschwister Suizid begangen hat. Unabhängig von der Todesursache steht ein Kind, das Vater oder Mutter verliert, unter einer sehr hohen seelischen Belastung, die seine weitere psychische Entwicklung bedroht [6, 7]. Die Bearbeitung des Verlustes ist dann besonders schwierig, wenn die besonderen Umstände des Todes den jeweiligen Entwicklungsproblemen und damit zusammenhängenden Fantasien des Kindes scheinbare Realität verleihen [6]. Nebst allem anderen kann auch der Tagesablauf, die Versorgung der betroffenen Kinder im Alltag gefährdet sein.

Eine alleinerziehende Mutter mit Drogenproblemen stürzte sich schliesslich vor einen Zug. Die vier hinterbliebenen Jugendlichen lebten darauf für sich in der bisherigen Wohnung weiter. Eine Weile nach dem Tod der Mutter konsumierte eines der Geschwister eine unbekannte Menge Medikamente und wurde notfallmässig hospitalisiert. Erst jetzt wurde unter Beizug der Vormundschaftsbehörde die Betreuungssituation der Geschwister einer Klärung zugeführt.

Der Suizid eines Elternteils kann unter dem Aspekt einer traumatischen Erfahrung beschrie-

ben werden. Eine solche wird als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten definiert, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt [8]. Viele nach Suizid hinterbliebene Kinder zeigen posttraumatische Stresssymptome [9].

Fragen wir uns nun, was ein Kind vom Tod als Phänomen schon weiss, wissen kann. Das Todeskonzept entwickelt sich im Verlauf der Kindheit und Jugend. Das beim Kind resultierende Todeskonzept ist schliesslich ein Gemisch aus den persönlichen Beobachtungen, der kindlichen Fantasiewelt und der von der sozialen Umgebung gelieferten Information [6]. Ein Kleinkind ist noch nicht in der Lage, emotional und/oder kognitiv zu begreifen, dass der Tod unwiderruflich ist (Irreversibilität), der Tod alle Menschen betrifft (Universalität) und der Tod unvermeidbar ist (Inevitabilität) [10, 11]. Erst im Verlauf des Latenzalters wird das Faktum Tod akzeptiert in dem Sinn, dass Menschen sterben [11, 12]. Die Endgültigkeit (Irreversibilität) des Todes wird akzeptiert, der Tod jedoch als Prozess gesehen, dem man sich unter gewissen Umständen entziehen kann. Später beginnt das Kind die Unausweichlichkeit (Inevitabilität) des Todes hinzunehmen, ebenso wie die Universalität: Alle Menschen, es selbst inbegriffen, müssen sterben. Die kognitiven Vorstellungen des Jugendlichen vom Tod unterscheiden sich kaum von denen Erwachsener [11, 12]. Gedanken über eine mögliche geistige Kontinuität nach dem Tod beziehungsweise vor dem Leben werden von religiösen Modellen beeinflusst. Die emotionale Auseinandersetzung mit dem Tod geht zeit lebens weiter, wenn das innere Wachstum nicht zu einem Stillstand kommen soll. Aber auch Erwachsene halten oft mit grosser Hartnäckigkeit an ihren kindlichen Todeskonzepten fest [7, 12].

Die Fähigkeit, die Realität des Unwiederbringlichen zu akzeptieren, ist eine unumgängliche Vorbedingung für die Trauerarbeit. Trauer könnte als diejenige seelische Arbeit definiert werden, die dem Verlust von etwas Geliebtem folgen muss [6]. Kinder haben besondere Schwie-

Korrespondenz:
Dr. med. Ruedi Zollinger
Brühlgasse 35/37
Postfach
CH-9004 St. Gallen
Tel. 071 243 45 45
Fax 071 243 45 55

rigkeiten, einen Verlust zu akzeptieren, da der Schmerz im Verhältnis zu den Möglichkeiten des sich entwickelnden Ichs als zu intensiv empfunden wird oder die Störung des seelischen Gleichgewichts als vital bedrohlich erlebt wird. Das Kind braucht in viel grösserem Ausmass als der Erwachsene äussere Hilfe, damit seine Angst eingegrenzt werden und es seine Gefühle und Fantasmen mit bedeutungsvollen Personen seiner Umgebung teilen kann [6]. Erst wenn seine Bedürfnisbefriedigung gesichert ist, kann das Kind genügend Energie freisetzen, um sich trauernd mit dem Verlust des Geliebten zu beschäftigen [6]. Gerade bei Verlust eines Elternteils durch Suizid kann die Umsorgung der Kinder durch den hinterbliebenen Elternteil erschwert sein, da hinterbliebene Elternteile durch ihren eigenen Schmerz und ihr eigenes Trauern so überwältigt sein können, dass sie die Bedrängnis ihrer Kinder nicht voll wahrnehmen oder nicht die nötigen Massnahmen treffen können [13–16].

In einer Familie hatte sich der psychotische Vater das Leben genommen, nachdem seine Suizidalität das familiäre Klima über Jahre immer wieder belastet hatte. Eines der hinterbliebenen Kinder wurde vom Hausarzt zur Psychotherapie angemeldet. Das Kind hatte den Tod des Vaters vorerst teilnahmslos hingenommen, entwickelte dann aber massive Ängste, es könnte auch die Mutter noch verlieren, hatte Schlafprobleme und Alpträume. Nebst der Psychotherapie des Kindes erfolgten auch Besprechungen mit der Mutter, die sich phasenweise mutlos fühlte und durch den Suizid ihres Gatten stark betroffen war.

Die Wiederherstellung guter, versöhnlicher Bilder ist die Basis für einen gelingenden Trauerprozess und wird durch vielerlei kulturelle und religiöse Riten angestrebt. Trauerprozesse können entgleisen, wenn kein hinreichend gutes Bild des Verstorbenen in Erinnerung gerufen werden kann, sondern negative Bilder und Affekte vorherrschen. Dies kann der Fall sein, wenn die traumatische Situation des elterlichen Todes durch schwere Schuldgefühle dominiert wird. Eine entwicklungsgerechte Trauerarbeit kann auch blockiert werden durch schreckliche Beobachtungen während der traumatischen Situation, zum Beispiel Verstümmelungen [17], wie es bei Suizid vorkommen kann. Schon Erzählungen darüber können ausreichen, um eine Traumatisierung zu bewirken.

Ein Kind im Primarschulalter wurde von seiner Mutter angemeldet, nachdem sich der Vater erschossen hatte. Das Kind war speziell dadurch belastet, dass es den durch den

Schuss ins Gesicht entstellten Vater gefunden hatte. Es entwickelte zudem Ängste, es könnte die Mutter auch noch verlieren.

Von pathologischer Trauer sprechen wir, wenn sie verzögert, besonders lang, besonders kurz, ungewöhnlich heftig, unterdrückt oder nicht vorhanden ist [6]. Wie Trauma- und Trauerprozess zu den verschiedensten Lebensereignissen und zueinander in Beziehung stehen, darüber ist wenig bekannt [18].

Wenn ein Kind einen Elternteil durch Suizid verliert, muss es sich mit dem Phänomen Tod, seinen Folgen in der realen Welt und der Trauerarbeit angesichts des schmerzlichen Verlustes auseinandersetzen. Diese Auseinandersetzung ist erschwert, weil das Kind mit der Tatsache konfrontiert ist, dass Vater oder Mutter es durch ihren sogenannten «Frei»tod aus eigenem oder scheinbar eigenem Entschluss verlassen haben. Die vor diesem Hintergrund entstehende Komplexität an Gefühlen wie Enttäuschung, Wut, Mitleid und Interventionsphantasien [17] ist beträchtlich.

Ein Jugendlicher, der im Kleinkindesalter einen Elternteil durch Suizid verloren hatte und das Geschehen seinerzeit wohl kaum gültig einordnen konnte, beschäftigte sich in der Pubertät intensiv mit diesem Suizid. Es sei für ihn schwierig, das Ganze zu verarbeiten. Er frage sich, warum dies geschehen sei. Vielleicht deshalb, weil er als Kleinkind zu viel Umtriebe verursacht habe.

Ein Kind im Primarschulalter wurde einige Wochen nach dem Suizid seiner alleinerziehenden Mutter angemeldet, da es das Ganze nicht verkrachte. Die Betreuung des Kindes im Alltag war mittlerweile geregelt worden. Das Kind berichtete über die Verantwortung, die es im Zusammenhang mit den Medikamenten und Depressionen der Mutter wahrnehmen wollte. Eindrücklich waren seine Schilderungen der Belastung durch die Umstände des Todes (Suizid) an sich und durch die von den Mitschülern dazu gestellten Fragen.

Die Zeit nach dem Suizid ist oft auch gekennzeichnet von einer drängenden und häufig schmerzlichen Sinnsuche respektive der bohrenden Frage nach dem Warum [19–21]. Zwar wird auch vom Aspekt berichtet, dass der Suizid eine Erlösung bedeuten kann [22, 23]. Es sei hier offengelassen, ob dieser Aspekt schon zu Beginn vorherrscht oder erst im Verlauf einer Verarbeitung an Bedeutung gewinnt.

Die Verarbeitung nach Suizid kann aber auch dadurch erschwert sein, dass diese Art von Tod gesellschaftlich a priori schlecht akzeptiert ist. Dies beeinflusst Beziehungen zu unmittelbaren Bezugspersonen, aber auch zum näheren und weiteren Bekanntenkreis auf mehreren Ebenen [21, 24, 25]. Hinterbliebenen nach Suizid wird tendenziell mit wenig Sympathie, wenig Verständnis oder mit Vorwürfen begegnet [4, 19, 21, 26–30]. Hinterbliebene können Stigmatisierung und soziale Isolierung erleben [21, 29, 31] und haben sich mit dem Mythos der Umgebung auseinanderzusetzen, wonach es in netten Familien keinen Suizid gebe und sich nette Leute nicht umbringen würden [31].

Ein Kind im Primarschulalter wurde vom Hausarzt wegen verdrängter Trauerarbeit nach dem Verlust des Vaters durch Suizid angemeldet. Einige Nachbarn machten es den Hinterbliebenen irgendwie zum Vorwurf, dass man in dieser Familie nicht richtig trauere, kaum eine Reaktion zeige und Trost zurückweisen würde. Einer dieser Nachbarn hatte offenbar selbst im Kindesalter den Vater verloren, schien sich an diesen Schicksalsschlag zu erinnern und sich dadurch Halt zu geben, dass er vergleichend festhielt, er habe damals ganz anders – nämlich richtig – getrauert.

Kinder, die jemanden durch Suizid verloren haben, sind anfällig für psychiatrische Symptome und für eine Einschränkung der sozialen Anpassung [9]. Es besteht ein erhöhtes Risiko für Suizidalität [4, 32–34]. Vor diesem Hintergrund sind Früherkennung und präventive Massnahmen wichtig.

Ein Jugendlicher musste etwa drei Monate nach dem Suizid seines alleinerziehenden Vaters stationär behandelt werden. Es hatten sich bei ihm suizidale Impulse eingestellt, verbunden mit dem Wunsch, dem Vater nachzuzufolgen.

Weil es in der Gesellschaft an Rollenmodellen zur Unterstützung bei Suizidgeschehen mangelt, kommt den Fachleuten aus dem Mental-Health-Bereich eine wichtige Rolle zu [20]. Diese Fachleute betreuen Betroffene direkt oder wirken als Mediatoren zwischen den Survivoren und der Gesellschaft. Interessant in diesem Zusammenhang ist die Mitteilung von K. Thomson und L. Range [35], dass für eine überwiegende Zahl von Survivoren die hilfreichste und positivste Unterstützung von anderen Survivoren kam. Vor diesem Hintergrund ist die mögliche Unterstützung durch Selbsthilfegruppen erwähnenswert.

Nicht näher eingegangen wird hier auf die psychologische erste Hilfe und die Begleitung der Angehörigen unmittelbar nach dem Suizid. E. Aebischer [36] nimmt dazu aus seelsorgerischer Sicht Stellung und liefert in einer Art Checkliste auch für Ärzte wichtige Stichworte.

Der Vater eines etwa fünfjährigen Kindes meldete sich, nachdem seine Ehefrau über eine Brücke in den Tod gesprungen war. Er wollte wissen, wie er das Kind über den Tod der Mutter informieren solle, ohne den Suizid zu verschweigen. Zudem ging es um Abschiedsfragen: Die Mutter war durch den Sturz derart entsetzt, dass der Vater sie dem Kind nicht mehr zeigen wollte. Er gab dem Kind ein Schmuckstück, das die Mutter Tag und Nacht getragen hatte, als Andenken.

Literatur

- 1 Michel K. Was brauchen suizidale Menschen? In: Peter H-B, Mösl P (Hrsg.). Suizid ...? Zürich: Theologischer Verlag; 2003. S. 13-20.
- 2 Bland D. The experiences of suicide survivors 1989–June 1994. Baton Rouge, LA: Baton Rouge Crisis Intervention Center; 1994.
- 3 Robinson R. Survivors of Suicide. Franklin Lakes: Career Press; 2001.
- 4 Ness DE, Pfeffer CR. Sequelae of bereavement resulting from suicide. *Am J Psychiatry* 1990; 147:279-85.
- 5 McIntosh J. Preface. In: Dunne EJ, et al. (eds.) Suicide and its Aftermath: Understanding and Counseling the Survivors. New York: Norton; 1987. p. 19-30.
- 6 Bürgin D. Trauer bei Kindern und Erwachsenen. *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis* 1989;4:55-78.
- 7 Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock Publications; 1979/1980; Deutsche Ausgabe: Das Glück und die Trauer. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta; 2001.
- 8 Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psycho-traumatologie. München, Basel: E. Reinhardt Verlag; 1999.
- 9 Pfeffer CR, et al. Child survivors of suicide: psychosocial characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(1):65-74.
- 10 Nagy MH. The child's theories concerning death. *J Gen Psychol* 1948;73:3-27.
- 11 Harder GM. Sterben und Tod eines Geschwisters. Herausgegeben von H. S. Herzka. 2. Auflage. Zürich: Verlag pro juventute; 1992.
- 12 Bürgin D. Das Kind, die lebensbedrohende Krankheit und der Tod. Bern: Huber Verlag; 1981.
- 13 Pfeffer CR, et al. Child survivors of parental death from cancer or suicide: depressive and behavioral outcomes. *Psycho-Oncology* 2000;9:1-10.
- 14 Rudestam KE. Physical and psychological responses to suicide in the family. *J Consult Clin Psychol* 1977;45:162-70.

- 15 Calhoun LG, et al. The psychological aftermath of suicide: an analysis of current evidence. *Clin Psychol Rev* 1982;2:409-20.
- 16 Calhoun LG, et al. The rules of bereavement: are suicidal deaths different? *J Community Psychol* 1986;14:213-8.
- 17 Igreja V, Riedesser P. Traumatischer Elternverlust bei Kindern und Jugendlichen und ihre Behandlung durch traditionelle Heiler in Mosambik. *Kinderanalyse* 2002;10:253-62.
- 18 Steck B. Psychisches Trauma und Trauerprozess beim Kind. *Schweiz Arch Neurol Psychiatrie* 2003;154:37-41.
- 19 Kuori R. *Survivre au suicide d'un membre de sa famille. Une recension des écrits.* Université de Laval, Sainte Foy, Ronéo; 1990.
- 20 Knieper AJ. The suicide survivor's grief and recovery. *Suicide and life-threatening behavior* 1999;29:353-64.
- 21 Castelli Dransart DA. Nachsorge nach einem Suizid: Unterstützung des engeren und weiteren sozialen Umfeldes von Suizidenten. In: Peter H-B, Mösl P (Hrsg.). *Suizid ...?* Zürich: Theologischer Verlag, 2003. S. 149-60.
- 22 Fischer M. Schizophrenie und Suizid. Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät I der Universität Zürich; 1993.
- 23 Cleiren M, et al. Mode of death and kinship bereavement: focussing on "who" rather than "how". *Crisis* 1994;15:22-36.
- 24 Calhoun LG, et al. Suicidal death: social reactions to bereaved survivors. *J Consult Clin Psychol* 1984;116:255-61.
- 25 Rutgers J. Le deuil à la suite d'un suicide. Dans: Dejardin D, et al. *Le Suicide.* Genève: Presses Bibliques Universitaires; 1994. p. 63-93.
- 26 Range LM, Thomson KE. Community responses following suicide, homicide, and other deaths: the perspective of potential comforters. *J Psychol* 1987;121:193-8.
- 27 Trolley B. Kaleidoscope of aid for parents whose child died by suicidal and sudden, non-suicidal means. *Omega* 1993;27:239-47.
- 28 Séguin M, et al. History of early loss among a group of suicide survivors. *Crisis* 1995;16(3): 121-5.
- 29 Fine C. *No time to say good-bye.* New York: Doubleday; 1997.
- 30 Gratton F. *Secret, deuil et suicide: Recension d'écrits. Rapport pour le conseil de la recherche sociale.* Ronéo; 1999.
- 31 Van Dongen C. Social context of postsuicide bereavement. *Death Studies* 1993;17:125-41.
- 32 Cain AC, Fast I. Children's disturbed reactions to parent suicide: Distortions of Guilt, Communication and Identification. In: Cain AC (ed.). *Survivors of Suicide.* Springfield: C. C. Thomas; 1972. p. 93-111.
- 33 Asarnow JR, et al. Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:361-6.
- 34 Pfeffer CR, et al. Suicidal children grow up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1087-97.
- 35 Thomson K, Range L. Bereavement following suicide and other deaths: why support attempts fail. *Omega* 1992;26(1):61-70.
- 36 Aebischer E. Nachsorge – die sofortige und langfristige Unterstützung des Umfeldes. In: Peter H-B, Mösl P (Hrsg.). *Suizid ...?* Zürich: Theologischer Verlag; 2003. S. 141-7.