

# SUIZID EINES ELTERNTEILS

Handlungsempfehlungen  
für die Berufsbeistandschaft bei  
hinterbliebenen Kindern



**Bachelor-Arbeit**

Ausbildungsgang **Sozialarbeit**

Kurs **VZ 2014-2017**

**Pascale Grossenbacher, Estelle Yurtbil**

**Suizid eines Elternteils**

**Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2017 in 1 Exemplar eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

---

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

---

Reg. Nr.:

---

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem  
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag  
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>  
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California  
95105, USA.

#### Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle  
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



**Teilen** — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten  
Zu den folgenden Bedingungen:



**Namensnennung** — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur  
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder  
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber  
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



**Nicht kommerziell** — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



**Keine Bearbeitungen** — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt  
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.  
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,  
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers  
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2017

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

## Abstract

Der Suizid eines Elternteils sowie unzureichende Schutzfaktoren führen ein grosses Risiko mit sich, dass Kinder an einer Folgestörung erkranken können. Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit Kindern, für die bereits vor dem elterlichen Suizid eine Beistandschaft errichtet wurde.

Diese empirische Bachelorarbeit erarbeitete Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft im Falle eines elterlichen Suizids. In der Sozialarbeit findet kaum ein wissenschaftlicher Diskurs über mögliche Folgen der hinterblieben Kinder bei einem elterlichen Suizid statt. Deswegen sind Handlungsempfehlungen kaum eruiert. Die Arbeit soll den fehlenden Informationen mit theoretisch fundierten und empirisch gestützten Auseinandersetzungen entgegenwirken.

In fünf Experteninterviews der Fachrichtungen Berufsbeistandschaft, Kinder- und Jugendpsychologie/Familiengericht, Kinderpsychiatrie, Trauerarbeit sowie Suizidforschung wurden die Forschungsfragen dieser Arbeit beantwortet.

Im Rahmen der Konklusion der theoretischen und empirischen Ergebnisse konnten relevante Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft erarbeitet werden. Unter Anderem ist die Beistandsperson dazu angehalten, die Schuldfrage zu thematisieren, die Bedürfnisse des Kindes abzuklären und zu stabilisieren. Des Weiteren muss die Beistandsperson das Familiensystem aktiv miteinbeziehen, damit die Abschiednahme sowie ein adäquater Umgang innerhalb der Familie gefunden werden kann. Der Berufsbeistand/die Berufsbeiständin muss sich entsprechendes Wissen aneignen, um zu erkennen, wann eine Triage für ein psychotherapeutisches Setting angezeigt ist.

# Inhaltsverzeichnis

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>5</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>9</b>
<b>VORWORT .....</b>	<b>10</b>
<b>AUFBAU DER BACHELORARBEIT.....</b>	<b>11</b>
<b><u>TEIL A: EINLEITUNG .....</u></b>	<b><u>12</u></b>
<b>1. AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND .....</b>	<b>12</b>
1.1. SUIZIDSTATISTIK DER SCHWEIZ.....	12
1.2. AKTUELLE LITERATUR UND EMPIRIE ZU SUIZID EINES ELTERNTEILS .....	12
<b>2. BERUFSRELEVANZ FÜR DIE BERUFSBEISTANDSCHAFT .....</b>	<b>14</b>
<b>3. FORSCHUNGSFRAGEN.....</b>	<b>16</b>
<b><u>TEIL B: ZENTRALE BEGRIFFE .....</u></b>	<b><u>17</u></b>
<b>4. SUIZID.....</b>	<b>17</b>
4.1. DER SUIZIDBEGRIFF .....	17
4.2. CHARAKTERISTIK EINES SUIZIDS.....	17
4.3. PHASEN EINES SUIZIDS .....	18
<b>5. TRAUMA.....</b>	<b>18</b>
5.1. DER TRAUMABEGRIFF .....	18
5.2. CHARAKTERISTIK EINES PSYCHISCHEN TRAUMAS .....	19
<b>6. MITTLERE KINDHEIT.....</b>	<b>20</b>
6.1. BEGRIFFSDEFINITION.....	20
6.2. CHARAKTERISTIK DER MITTLEREN KINDHEIT .....	21
<b><u>TEIL C: THEORIEN .....</u></b>	<b><u>22</u></b>
<b>7. BINDUNGSMUSTER UND IHRE BESTIMMUNGSFAKTOREN.....</b>	<b>22</b>
7.1. ENTSTEHUNG DER BINDUNG .....	22
7.2. BINDUNGSTYPEN.....	25
7.3. DIE BINDUNGSDESORGANISATION.....	27
7.4. BINDUNGSDESORGANISATION IN DER MITTLEREN KINDHEIT BEI ELTERSUIZID .....	29
7.5. TRAUMATISCHE BINDUNGSERFAHRUNG .....	29

<b>8. VERSTEHBARKEIT DES TODES IN DER MITTLEREN KINDHEIT .....</b>	<b>30</b>
8.1. DIE ENTWICKLUNG VON: ZEITWAHRNEHMUNG UND DENKENTWICKLUNG.....	31
8.2. DAS TODESKONZEPT .....	32
<b>9. TRAUMA AUFGRUND ELTERSUIZID.....</b>	<b>33</b>
9.1. TRAUMAFORSCHUNG HINSICHTLICH LANGZEITFOLGEN NACH ELTERSUIZID .....	33
9.2. ERFOLGREICHE TRAUMAVERARBEITUNG.....	34
<b>10. KINDERTRAUER.....</b>	<b>36</b>
10.1. TRAUERN KINDER ANDERS? .....	37
10.2. TRAUERPROZESS .....	38
10.3. MÖGLICHE STÖRUNGSBILDER INFOLGE UNZUREICHENDER TRAUERVERARBEITUNG .....	40
<b>11. SPEZIFISCHE AUSWIRKUNGEN AUF DAS KIND BEI ELTERSUIZID .....</b>	<b>42</b>
11.1. SCHULDGEFÜHLE.....	42
11.2. ANGST .....	42
11.3. NACHSTERBEWUNSCH.....	42
<b>12. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN NACH EINEM ELTERSUIZID .....</b>	<b>44</b>
12.1. ÜBER SUIZID, EMOTIONEN UND NACHSTERBEWUNSCH SPRECHEN.....	44
12.2. ABSCHIEDNAHME .....	45
12.3. UMGANG MIT SCHULDGEFÜHLEN .....	46
12.4. UMGANG MIT ERINNERUNGEN AN DIE VERSTORBENE PERSON .....	47
<b><u>TEIL D: EMPIRIE.....</u></b>	<b><u>48</u></b>
<b>13. DAS EXPERTENINTERVIEW .....</b>	<b>48</b>
13.1. INTERVIEWVORBEREITUNG.....	48
13.2. ZIELE UND FORMEN DES EXPERTENINTERVIEWS.....	49
13.3. AUSWERTUNG DES EXPERTENINTERVIEWS.....	49
<b>14. METHODISCHES VORGEHEN.....</b>	<b>52</b>
14.1. AUSWAHLPHASE: SAMPLING .....	52
14.2. VORBEREITUNGSPHASE: WISSEN ANEIGNEN & LEITFADEN ERSTELLEN .....	53
14.3. DURCHFÜHRUNGSPHASE .....	55
14.4. AUSWERTUNGSPHASE.....	55
<b><u>TEIL E: ANALYSE DER EMPIRIE.....</u></b>	<b><u>57</u></b>
<b>15. EINZELANALYSE DER EXPERTENINTERVIEWS .....</b>	<b>57</b>
15.1. EXPERTENINTERVIEW: BERUFSBEISTANDSCHAFT .....	57



15.2. EXPERTENINTERVIEW: SUIZIDFORSCHUNG .....	61
15.3. EXPERTENINTERVIEW: TRAUERCOACHING.....	63
15.4. EXPERTENINTERVIEW: KINDER- UND JUGENDPSYCHOLOGIE/FAMILIENGERICHT.....	66
15.5. EXPERTENINTERVIEW: KINDERPSYCHIATRIE.....	69
<b>16. GENERALISIERENDE ANALYSE .....</b>	<b>72</b>
16.1. SCHULDFRAGE .....	72
16.2. ÜBER DEN SUIZID UND EMOTIONEN SPRECHEN .....	74
16.3. WANN IST EINE PSYCHOTHERAPEUTISCHE THERAPIE ANGEZEIGT? .....	76
16.4. NORMALISIEREN DES ALLTAGES .....	80
<b><u>TEIL F: HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE BERUFSBEISTANDSCHAFT.....</u></b>	<b><u>83</u></b>
<b>17. KONKLUSION DER ERGEBNISSE IM RAHMEN DER FORSCHUNGSFRAGEN.....</b>	<b>83</b>
<b><u>TEIL G: SCHLUSSTEIL .....</u></b>	<b><u>90</u></b>
<b>18. SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE BERUFLICHE PRAXIS.....</b>	<b>90</b>
<b>19. REFLEXION .....</b>	<b>90</b>
19.1. ZEITLICHE RESSOURCEN.....	90
19.2. ZUSAMMENARBEIT .....	91
19.3. LERNERFAHRUNGEN .....	92
<b>20. APPELL AN DIE HSLU SA .....</b>	<b>92</b>
<b><u>QUELLENVERZEICHNIS .....</u></b>	<b><u>93</u></b>
<b><u>ANHANG.....</u></b>	<b><u>98</u></b>

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Suizidstatistik der Schweiz</i>	12
<i>Abbildung 2: Psychische Langzeitfolgen aus der Wilcox-Studie</i>	14
<i>Abbildung 3: Bindungstypen</i>	27
<i>Abbildung 4: Gegenüberstellung der Trauermodelle</i>	39
<i>Abbildung 5: Störungsbilder bei unzureichender Trauerverarbeitung</i>	41
<i>Abbildung 6: Kodierungsarten</i>	51
<i>Abbildung 7: Sampling Experteninterviews</i>	53

*Titelbild: Feeling bad - Jonathan Stutz, Copyright © Fotolia 2017*

## Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit einem Thema, mit dem Berufsbeistände/Berufsbeiständinnen im Kinderschutz nicht alltäglich konfrontiert werden: Suizid eines Elternteils. Während des Praktikums von Pascale Grossenbacher bei der Berufsbeistandschaft suizidierte sich ein Elternteil eines Kindes. Dabei stellte Pascale Grossenbacher fest, dass seitens der Beistandsperson viele Fragen in den Vordergrund traten: Darf ich mit dem betroffenen Kind darüber sprechen? Inwiefern können Kinder trauern? Wann ist eine Therapie angezeigt? Muss ich überhaupt handeln? Wie muss ich handeln? Aus diesen Fragen ergab sich der Titel dieser Arbeit: Suizid eines Elternteils - Handlungsempfehlungen der Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern. Auch Estelle Yurtbil war während der Ausbildung zur Sozialarbeiterin FH im Kindes- und Erwachsenenschutz tätig. Da in dieser Thematik Wissen aus verschiedenen Professionen fließt und Interdisziplinarität in ihrer bisherigen Arbeitsstelle einen hohen Stellenwert hatte, konnte sie sich ebenfalls für diese Bachelorarbeit motivieren. In diesem breiten Spektrum an verschiedenen Fachrichtungen steckte zeitgleich die Herausforderung, das Thema einzugrenzen. Die Fachpools mit Dozierenden aus unterschiedlichen Fachrichtungen der Hochschule Luzern Soziale Arbeit verhalfen dazu, einen Überblick zu den einzelnen Disziplinen, welche in diese Arbeit einfließen, zu erlangen und die jeweiligen Bereiche einzugrenzen. Unser Dank gilt nicht nur den Dozierenden, sondern auch sämtlichen Experten/Expertinnen, die sich die Zeit für unsere Interviews nahmen und somit das Fundament für den empirischen Teil dieser Arbeit bilden. Ebenfalls geht unser Dank an unsere jeweiligen sozialen Umfeldler, welche während dieser intensiven Zeit das eine oder andere Mal auf uns verzichten mussten und uns immer wieder motivieren und unterstützen konnten.

# Aufbau der Bachelorarbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit gliedert sich in insgesamt sieben Teile, die sich mit unterschiedlichen Inhalten beschäftigen:

## *Teil A - Einleitung:*

Teil A hält einleitend den aktuellen Forschungsstand fest und bewertet die Wichtigkeit des Forschungsgegenstandes dieser Arbeit im Kontext der Berufsbeistandschaft. Die Forschungsfragen, welche dieser Bachelorarbeit zugrunde liegen und diese Arbeit beantworten will, werden in diesem Teil definiert.

## *Teil B - Begriffsdefinitionen:*

In Teil B werden die folgenden zentralen Begriffe dieser Arbeit definiert und erläutert: Suizid, Trauma und mittlere Kindheit.

## *Teil C - Theorien:*

Der Theorieteil dieser Arbeit befasst sich mit der Bindungstheorie, dem kindlichen Todesverständnis, der Traumapsychologie und der Kindertrauer. Spezifische Auswirkungen eines elterlichen Suizids auf Kinder und erste Handlungsempfehlungen schliessen den Theorieteil ab.

## *Teil D - Empirie:*

Teil D beschreibt das Experteninterview und gibt die angewandte Methodik in vier Phasen wieder.

## *Teil E - Analyse der Empirie:*

Teil E analysiert sämtliche Experteninterviews mittels Einzelanalyse sowie einer generalisierenden Analyse.

## *Teil F - Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft:*

Teil F beantwortet mittels Teil C und E die beiden Forschungsfragen von Teil A. Der Fokus liegt bei den Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft.

## *Teil G - Schlussteil:*

Teil G widmet sich den Schlussfolgerungen für die Berufsbeistandschaft. Ausserdem werden die zentralen Erkenntnisse der Verfasserinnen dieser Arbeit festgehalten und reflektiert. Teil G beinhaltet jedoch auch einen Appell an die HSLU SA.

**1. Aktueller Forschungsstand**

1.1. Suizidstatistik der Schweiz

Im Jahr 2014 suizidierten sich in der Schweiz insgesamt 1'029 Personen. Während der Zeitspanne von 1995 bis 2014 hat sich die Sterberate durch Suizid nahezu halbiert. Die Abbildung 1 zeigt auf, dass die Abnahme der Suizidrate signifikant ist. Des Weiteren fällt das Verhältnis zwischen Männern und Frauen auf. Es ist ersichtlich, dass im Jahr 2014 73.26% der Suizide durch Männer begangen wurden (754 von 1'029). Zwischen 1991 und 2010 sank die Zahl von 39 auf 20 Suizide pro 100'000 männliche Einwohner (Bundesamt für Statistik, 2014).

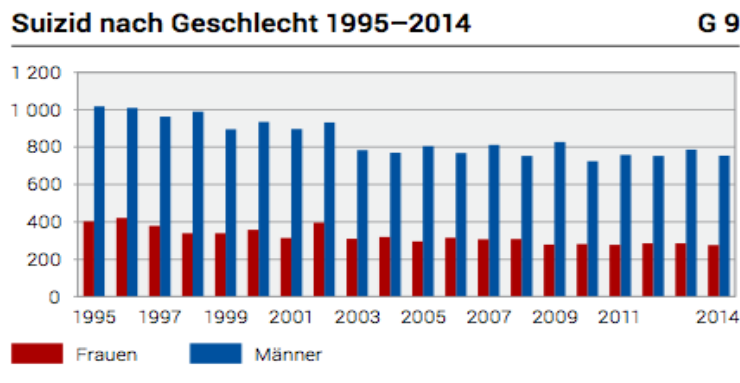


Abbildung 1: Suizidstatistik der Schweiz (Bundesamt für Statistik, 2014)

Manfred Otzelberger (2010) erwähnt, dass Suizidopfer im Durchschnitt fünf enge Freunde bzw. Freundinnen und Familienmitglieder hinterlassen (S. 5). Wird mit diesen Angaben gerechnet, kann in der Schweiz im Jahr 2014 von ungefähr 5'145 Hinterbliebenen ausgegangen werden.

1.2. Aktuelle Literatur und Empirie zu Suizid eines Elternteils

In der Literatur findet sich das Thema Suizid von Kindern und Jugendlichen sowie deren Folgen für die Eltern wieder. In den zahlreichen Veröffentlichungen zum Thema „Traumaentstehung und mögliche Folgen bei dessen Nichtbehandlung“ wird der elterliche Suizid häufig als besonders traumatisierend erwähnt. Was mögliche Folgen sein könnten, wird jedoch nur vereinzelt erläutert. Ulrich Paetzold (2015) betont, dass in der deutschen Fachliteratur der Suizid eines Elternteils und dessen Wirkung auf hinterbliebene Kinder sowie dessen Langzeitfolgen nur in geringem Umfang dargelegt wird. Eine konkrete Handhabung der Trauerbegleitung und -unterstützung betreffend Kinder innerhalb der wichtigsten Systeme wie Familie

oder Schule fehlt (Paetzold, 2015). Auch finden sich keine Publikationen für angezeigte Handlungen, falls der Trauerprozess in eine Depression oder anderweitige Störungen abweicht (ebd.). Es fehlen im deutschsprachigen Raum gemäss Sabine Weiss (2006) weitgehend empirische Arbeiten zu Eltersuizid<sup>1</sup> und dessen Folgen für die hinterbliebenen Kinder (S. 88). Diese Tatsache erstaunt, da es aus dem Bereich der stationären Kinder- und Jugendhilfe seit geraumer Zeit folgende Hinweise: Kinder und Jugendliche, welche einen Elternteil durch Suizid verloren haben, sind bei der Hospitalisierung aufgrund Persönlichkeitsstörungen häufig vertreten (ebd.). Auch in der Schweiz liegen bislang keine empirischen Befunde vor. Ein möglicher Zugang zu Daten hinsichtlich (Halb-)Waisenkinder ist zurzeit nicht möglich, da das Bundesamt für Statistik diesbezüglich noch keine Erhebung durchgeführt hat.

### *1.2.1. Die Wilcox-Studie*

Repräsentatives Datenmaterial zur Auswirkung eines Elternteilverlustes auf hinterbliebene Kinder konnte dennoch erhoben werden: Erstmals wurde 2010 eine umfangreiche, schwedische Studie (nachfolgend Wilcox-Studie genannt) durchgeführt, welche die Thematik möglicher Langzeitfolgen hinterbliebener Kinder überzeugend darlegt. Die Studie fällt durch verschiedene Gegebenheiten auf: Die Anzahl der Hinterbliebenen ist weitaus höher als bei bisherigen Studien, weswegen erstmals eine Differenzierung hinsichtlich der Todesursache der verstorbenen Personen und des Entwicklungsalters der hinterbliebenen Kinder aufgeführt werden konnte. Die Daten basieren auf verschiedenen schwedischen Registern, die miteinander verknüpft wurden. Dadurch konnten seit 1932 von ca. 13 Millionen Personen (mit dauerhaftem Wohnsitz in Schweden) Eltern ihren Kindern zugeordnet werden. Schweden führt zudem ein Sterberegister, in welchem 99% sämtlicher Todesursachen nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) kategorisiert festgehalten werden und dessen Daten für die Studie mit sämtlichen Krankenhäusern und Gerichten des Landes verknüpft wurden. Damit eine Vergleichbarkeit gewährleistet werden konnte, wurden nur Eltern in der Studie erfasst, die nach 1940 geboren wurden. Wann das Kind nach dem Tod eines Elternteils mittels Erstaufnahme im Krankenhaus eintraf, wurde registriert (H.C. Wilcox, S.J. Kuramoto, P. Lichtenstein, N. Langström, D.A. Brent et al., 2010; zit. in Paetzold, 2015).

Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der Studie festgehalten (Wilcox et al., 2010; zit. in Paetzold, 2015):

---

<sup>1</sup> das oder der Elter; Bezeichnung der Einzahl von Eltern (Duden, 2017a)



- Im Vergleich zu Kindern, die keinen Suizid in der Familie erfahren mussten, weisen Kinder, die einen Suizid in der Familie miterlebten, eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit auf, zu einem späteren Zeitpunkt ebenfalls einen Suizid zu begehen. Wurde der Suizid des Elternteils ausserdem während der Kindheit verübt, so ist das Risiko, dass hinterbliebene Kinder zu einem späteren Zeitpunkt selbst einen Suizid verüben, dreimal so hoch.
- Das Risiko, dass Kinder an einer psychischen Folgestörung aufgrund eines Eltersuizids erkranken (insbesondere depressive Störungen und Persönlichkeitsstörungen), ist höher im Vergleich zu den Kindern, welche einen Elternteil durch eine andere Todesursache verloren haben.
- Das Risiko, aufgrund Drogengebrauchs und psychotischer Störungen hospitalisiert zu werden, ist ebenfalls höher, wenn ein elterlicher Suizid während der Kindheit begangen wurde.

Die nachfolgende Abbildung 2 stellt die Resultate der Wilcox-Studie dar und verdeutlicht, dass ein Eltersuizid als ein kritisches Ereignis betrachtet werden muss, welches aus entwicklungspsychologischer Sicht erhebliche Folgen nach sich ziehen kann. Die Zahlen geben den erhöhten Wahrscheinlichkeitsfaktor bei Kindern wieder, eine der aufgelisteten Folgen zu erleiden.

Folgen für hinterbliebene Kinder	Art des elterlichen Todes		
	Elterlicher Suizid	Unfall	Andere Todesart
Suizidversuch	<b>1.5 - 2.0</b>	1.2 - 1.6	1.2 - 1.5
Depressive Störung	1.6 - 2.2	1.2 - 1.6	1.2 - 1.5
Psychotische Störungen	1.6 - 2.3	1.3 - 1.8	1.1 - 1.8
Persönlichkeitsstörungen	1.6 - 2.3	1.1 - 1.7	1.3 - 1.9
Alkoholprobleme	1.5 - 2.0	1.5 - 2.0	1.5 - 1.9
Drogenprobleme	1.4 - 2.0	1.5 - 2.1	1.5 - 1.9

Abbildung 2: Psychische Langzeitfolgen aus der Wilcox-Studie (stark modifiziert nach Wilcox et al., 2010; zit. in Paetzold, 2015)

## 2. Berufsrelevanz für die Berufsbeistandschaft

Sozialarbeitende der Berufsbeistandschaft führen Massnahmen im Rahmen des Kindes- und Erwachsenenschutzes aus, die von der gleichnamigen Behörde (KESB) angeordnet wurden (Christoph Heck, 2016, S. 94). Damit die in der Massnahme enthaltenen Aufgaben durch die

Beistandsperson erfüllt werden können, bedarf es gemäss Art. 405 Abs. 1 ZGB persönlichen Kontakt mit der betroffenen Person. Der Kinderschutz beinhaltet nach Christoph Häfeli (2013) sämtliche Massnahmen, die dem Schutz bzw. der Milderung und Behebung von Gefährdungen von Kinder und Jugendlichen dienen (S. 275). Ebenso sollen diese den optimalen Entwicklungsverlauf des Kindes bzw. Jugendlichen unterstützen (ebd.). Gemäss der Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES) (2015) wurden per Ende Dezember 2015 in der Schweiz insgesamt 40'629 gesetzliche Massnahmen im Kinderschutz geführt. Der Hauptteil dieser Schutzmassnahmen bezieht sich auf Beistandschaften im Rahmen von Art. 308 Abs. 1-3 ZGB (ebd.).

Die KOKES (2017) definiert eine Kindeswohlgefährdung anhand von zwei verschiedenen zeitlichen Dimensionen (S. 19). Eine solche Gefährdung kann demnach nicht nur dann vorliegen, wenn das Kind bereits von einer erheblichen Beeinträchtigung betroffen ist, sondern auch dann, wenn diese in herannahender Zeit einzutreten scheint (ebd.). Damit von einer künftigen Kindeswohlgefährdung gesprochen werden kann, werden die individuellen Schutz- und Risikofaktoren festgehalten (ebd.). Eine sichere Bindung zu mindestens einer Betreuungsperson, prosoziale Kontakte sowie der Besitz und die Benutzung von altersentsprechenden Kompetenzen des Kindes gelten gemäss KOKES (2017) als Beispiele für Schutzfaktoren (S. 20). Eine psychische Störung, ein geringer sozioökonomischer Status bzw. ein geringes Bildungsniveau seitens der Eltern sowie eine psychische Störung oder Intelligenzminderung des Kindes werden als Risikofaktoren genannt (ebd.). Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit Kindern, für die bereits vor dem elterlichen Suizid eine Beistandschaft eröffnet wurde. Bei diesen ist davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der Anordnung der entsprechenden Massnahme im Familiensystem unzureichende inner- und ausserfamiliäre Ressourcen vorhanden waren, um diese Schutzfaktoren zu fördern.

Des Weiteren nennt die KOKES (2017) verschiedene Anhaltspunkte, die zu einer akuten psychischen Notlage des Kindes führen können (S. 21). Zu diesen gehört der Verlust einer wichtigen Bezugsperson durch Tod (ebd.) bzw. einen Eltersuizid. Der Suizid eines Elternteils gilt als innerfamiliäres Trauma, bei dem nicht nur das Kind, sondern auch der hinterbliebene Elternteil betroffen ist (Alexander Korittko, 2016, S. 50-51). Die Psychotraumatologie nennt dieselben oben genannten Risikofaktoren, die einen erfolgreichen Traumaverlauf bei einem Kind verhindern können (ebd.). Um Kinder vor einer möglichen Folgestörung bestmöglich zu schützen, bedarf es sowohl inner- als auch ausserfamiliäre Unterstützung (ebd.).

Nicht alle Berufsbeistände und Berufsbeiständinnen werden im Laufe des beruflichen Werdegangs jemals mit einem Eltersuizid konfrontiert. Tritt ein Suizid eines Elternteils im Rah-

men einer bereits angeordneten Beistandschaft für das Kind dennoch ein, stellt dies auch für die Sozialarbeitenden eine ausserordentliche und herausfordernde Situation dar. Aufgrund unzureichender Ressourcen, die bereits vor der Selbsttötung im Familiensystem vorhanden waren, sind Kinder der Gefährdung einer möglichen Traumafolgestörung besonders ausgesetzt. Deshalb bedarf es angemessener Handlungsempfehlungen, um in so einer Situation den Schutz des Kindes bestmöglich zu gewährleisten. Diese Handlungsempfehlungen sind jedoch für die Berufsbeistandschaft in der aktuellen Literatur und Empirie kaum untersucht. Aus diesem Grund versucht die vorliegende Bachelorarbeit diese zu ergründen.

### **3. Forschungsfragen**

Aus dem aktuellen Forschungsstand und der Relevanz für die Berufsbeistandschaft ergeben sich folgende Forschungsfragen, welche in der vorliegenden Bachelorarbeit bearbeitet werden:

1. Welches sind die möglichen Folgen für hinterbliebene Kinder, sofern bei einem Eltersuizid durch die Berufsbeistandschaft nicht situationsgerecht gehandelt wird?
2. Welches sind die adäquaten Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern im Falle eines Eltersuizids?

Nachfolgend werden die zentralen Begriffe, mit denen sich diese Bachelorarbeit auseinandersetzt, definiert und erläutert.

## 4. Suizid

### 4.1. Der Suizidbegriff

Der Begriff „Suizid“ stammt aus dem Lateinischen „sui caedere“ und bedeutet übersetzt „sich töten“. Oft werden für den Begriff auch Synonyme verwendet. Das umgangssprachliche Synonym „Selbstmord“ beinhaltet das Wort „Mord“, welches eine besonders verwerfliche Form der Tötung im juristischen Sinne darstellt. Es bringt eine grausame Tat zum Ausdruck, verstärkt die gesellschaftliche Ächtung des Suizids und trägt zur Tabuisierung bei. Der Begriff „Freitod“ ist ebenfalls nicht wertefrei, sondern betont die freie Willensentscheidung hinter dem Suizid. Aus medizinischer Sicht beruht ein Suizid jedoch vielfach auf einer psychischen Krankheit. Ein Mensch kann sich demnach, wenn er krank ist und den Suizid als einzige Lösung sieht, nicht völlig frei entscheiden. Die Begriffe „Suizid“ und „Selbsttötung“ sind wertefrei zu verstehen (Nicole Rinder & Florian Rauch, 2016, S. 10-11).

In der vorliegenden Bachelorarbeit werden die wertefreien Begriffe „Suizid“ und „Selbsttötung“ verwendet. Von den umgangssprachlichen Synonymen wird, sofern nicht wörtlich zitiert, abgesehen.

### 4.2. Charakteristik eines Suizids

Bei einem Suizid handelt es sich um ein Phänomen, das nur vom Menschen verübt werden kann. Lediglich der Mensch kann Handlungen, die sein Leben beenden, bewusst planen und durchführen. Die Selbsttötung umfasst demnach ein bewusstes Handeln oder ein bewusstes Unterlassen einer Handlung. Im Gegensatz zum Suizidversuch verläuft der Suizid tödlich (Norbert Myszker & Roland Stein, 2014, S. 489-490).

Ein Suizid wird dann in Erwägung gezogen, wenn es zu extrem belastenden Erfahrungen im Leben kam, bspw. durch den Verlust einer geliebten Person oder durch familiäre, berufliche und/oder finanzielle Belastungen. Aber auch psychische und physische Erkrankungen, bei denen keine Heilung bzw. Besserung in Sicht ist, können der Grund für zunehmende Gefühle von Sinnlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Überforderung sein (Tobias Teismann & Wolfram Dormann, 2015, S. 10).

Während des Suizides wird das Vernunftthirn, welches für das Suchen und Planen von Lösungsmöglichkeiten zuständig ist, ausgeschaltet. In der Psychiatrie wird dabei auch von einem „dissoziativen Zustand“ gesprochen, bei welchem der Mensch einen psychischen Ausnahmezustand erlebt. In diesem Zustand ist das Erleben von Gefühlen, Gedanken, Körperempfindungen und Wahrnehmung vorübergehend gestört, sodass keine klaren Gedanken gefasst werden können und nicht überlegt gehandelt werden kann. Überlebt jemand einen Suizid, hinterlässt dies Spuren im Gehirn. Tritt zu einem späteren Zeitpunkt erneut eine emotionale Krise ein, erinnert sich das Gehirn an den damaligen Notfallplan „Suizid als einzige mögliche Lösung“. Die Schwelle für eine weitere Suizidhandlung ist demnach deutlich geringer (Konrad Michel, 2012).

### 4.3. Phasen eines Suizids

Der Phase des Entscheids, einen Suizid zu begehen oder weiterzuleben, gehen die Erwägungs- und Abwägungsphase voraus. In der Erwägungsphase sind die Suizidgedanken und -absichten oft noch ungenau entwickelt. Sie werden erst in der Abwägungsphase konkret. In 80% aller Suizidfälle werden diese Gedanken und/oder Absichten während der Abwägungsphase angekündigt. Diese Phase wird auch „Ambivalenzphase“ genannt, weil der Tod allmählich als einziger Ausweg gesehen wird, jedoch im Wesen der Ambivalenz auch Pläne für das Weiterleben gefasst werden. Mit dem Ende der Abwägungsphase steht ein Entschluss für oder gegen das Leben fest. Befinden sich Betroffene bereits in der Entscheidungsphase, sprechen diese nicht mehr über ihre Suizidabsichten und/oder -gedanken. Der Suizid muss jedoch nicht unmittelbar nach der Entscheidung vollzogen werden. Es können immer wieder Phasen der Ambivalenz durchlebt werden (Teismann & Dormann, 2015, S. 10-15).

## 5. Trauma

### 5.1. Der Traumabegriff

Der Begriff „Traumatisierung“ erlangte in den vergangenen Jahren eine gewisse Popularität. Umgangssprachlich wird bereits von einem Trauma gesprochen, wenn sich die Eltern scheiden lassen oder in der Schule jemand durch Mobbing ausgegrenzt wird. Der Traumabegriff kann dabei passen - oder auch nicht (Korittko, 2016, S. 26).

Das Wort „Trauma“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt „Verletzung“ und „Wunde“ (Rinder & Rauch, 2016, S. 19). In der Medizin wird unter einem Trauma eine äussere Gewalteinwirkung auf einen Organismus verstanden, wobei eine Verletzung entsteht (Duden, 2017b). Die vorliegende Bachelorarbeit versteht das Trauma jedoch aus psychologischer Sicht.

Ein traumatisches Erlebnis ist ein Einschnitt in das bisherige Leben, der dieses nachhaltig negativ verändert (Jo-Jacqueline Eckardt, 2013, S. 9-12). Das Gefühl der bisherigen Sicherheit im Leben geht dadurch verloren (ebd.).

## 5.2. Charakteristik eines psychischen Traumas

Bei einem psychischen Trauma müssen zwei Aspekte gleichzeitig erfüllt werden (Henning Saß, Hans-Ulrich Wittchen, Michael Zaudig & Isabel Houben, 2003; zit. in Markus A. Landolt & Thomas Hensel, 2012, S. 16):

- 1) Ein Ereignis wird durch das betroffene Individuum beobachtet oder erlebt. Dieses geht mit einer ernsthaften Bedrohung der physischen oder psychischen Integrität der eigenen oder einer anderen Person einher.
- 2) Intensive Furcht, Grauen, Hilflosigkeit, agitiertes oder aufgelöstes Verhalten sind entsprechende Reaktionsweisen.

Andreas Krüger (2014) fügt an, dass die angeborenen Bewältigungsmechanismen (Kampf- und Fluchtreaktion) in dieser Extremsituation nicht funktionieren. Deswegen entstehen Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit (S. 41).

Die Neurowissenschaft fügt an, dass es bei einem traumatischen Erlebnis zu veränderten Hirn- und Körperfunktionen kommt (Krüger, 2012, S. 51-56). Da es sich bei einem Trauma um eine akute Reaktion nach einer extremen Stresserfahrung handelt, scheitern bisherige Lösungsversuche des Gehirns (ebd.). Eine Überregungssituation im gesamten Organismus findet statt (ebd.). Es erfolgt ein übermäßiger Hormonausstoß, der die Erinnerungsfunktion an die traumatische Situation stark beeinträchtigt (ebd.). Die Fähigkeit, sich selbst nach der Stresserfahrung zu beruhigen, wird dadurch erschwert (ebd.). Landolt und Hensel (2012) betonen, dass das Trauma nicht im Langzeit- sondern im Kurzzeitgedächtnis gespeichert wird (S. 18). Die Einbettung in den Raum-Zeit-Kontext fehlt dadurch gänzlich (ebd.). Dieser Kontext ist jedoch für die Regulation der Emotionen fundamental, weswegen bei einem traumatischen Erlebnis auch die Fähigkeit zur Emotionsregulierung gestört ist (ebd.). Auslösereize (sogenannte Trigger) erinnern Betroffene an das Trauma und führen zu unkontrollierbaren Körperempfindungen, Gefühlen und Bildern (ebd.).

Nach einem Trauma werden verschiedene Phasen durchlaufen, die sich durch unterschiedliche psychische und körperliche Symptome kennzeichnen (Deutsches Institut für Psycho-traumatologie, 2015). Diese sind je nach Phase situationsadäquat und bedürfen im angege-



benen Zeitrahmen weder einer medikamentösen noch einer psychotherapeutischen Behandlung (Deutsches Institut für Psychotraumatologie, 2015). Nachfolgend werden die verschiedenen Phasen mit den entsprechenden Eigenschaften festgehalten (ebd.):

### *1. Schockphase*

Diese Phase wird geprägt von Erinnerungslücken, Verwirrtheit, schnelle und flache Atmung sowie benommenem Blick der Betroffenen. Manche Betroffene glauben, sie befinden sich an einem anderen Ort. Diese Phase dauert zwischen einer Stunde und einer Woche an.

### *2. Einwirkungsphase*

In dieser Phase sind starke Selbstzweifel, depressive Zustände, Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht sowie Wutanfälle keine Seltenheit. Die stärkste Erregung aus der Schockphase ist abgeklungen und Betroffene müssen immer wieder von den Vorfällen berichten. Sie leiden unter Einschlafstörungen, erhöhter Schreckhaftigkeit, Gedächtnisstörungen und/oder Konzentrationsschwierigkeiten. Diese Phase knüpft an die Schockphase an und dauert bis zu zwei Wochen.

### *3. Erholungsphase*

In der dritten Phase, der Erholungsphase, ist das Trauma für die Betroffenen immer noch von zentraler Bedeutung. Jedoch kehrt allmählich wieder Normalität in das Leben ein. Diese Phase tritt normalerweise 14-28 Tage nach dem traumatischen Erlebnis ein.

## **6. Mittlere Kindheit**

Die vorliegende Bachelorarbeit bezieht sich hauptsächlich auf Kinder, die sich in der Phase der „mittleren Kindheit“ befinden. Die Phase der „späten mittleren Kindheit“ steht dabei nicht im Fokus.

### **6.1. Begriffsdefinition**

In der Entwicklungspsychologie wird als „Kindheit“ der Zeitraum von der Geburt bis zur geschlechtlichen Entwicklung verstanden. Die Bezeichnung „Kindheit“ bezieht sich jedoch vor allem auf eine kulturelle, soziale Definition und nicht auf eine biologische. Die „mittlere Kindheit“ umfasst die Alterspanne vom beginnenden sechsten Lebensjahr bis zum vollendeten zehnten Lebensjahr. Der Zeitraum zwischen dem elften Lebensjahr bis hin zum 14. Lebensjahr wird als „späte mittlere Kindheit“ bezeichnet. Nach der Kindheitsphase folgen die Phasen des Jugendalters und der Adoleszenz (Werner Stangl, 2017).

## 6.2. Charakteristik der mittleren Kindheit

In der Schweiz treten Kinder nach Vollendung des sechsten Lebensjahres in der Regel in die erste Primarklasse über. Kindergarten- und Lehrpersonen stellen dabei erste ausserfamiliäre Kontakte des Kindes dar. Schulische Fähigkeiten, soziale Beziehungen und ein erweitertes Selbstwertgefühl ergänzen das Bild, welches das Kind bereits von sich selbst hat. Auch das Denken entwickelt sich in der Primarschulzeit grundlegend. Es wird komplexer und organisierter. Das Kind ist nun in der Lage, mehrere Aspekte einer Situation zu betrachten und darin enthaltene Probleme zu lösen (Wolfgang Schneider & Ulman Lindenberger, 2012, S. 386-389). Das Denken verändert sich jedoch auch in folgenden Aspekten (ebd.):

Deduktives Denken:                      Das Kind kann von einem allgemeinen Sachverhalt einen einzelnen Umstand ableiten.

Induktives Denken:                      Durch allgemeine Beobachtungen können einzelne Schlussfolgerungen gezogen werden.

Räumliches Denken:                      Lagen und Positionen können nun aus anderen Perspektiven beschrieben werden.

Ab der mittleren Kindheit treten zudem intrapersonale Emotionen wie Scham, Stolz oder Schuld ein - ebenso in Abwesenheit anderer Personen. Die Beschreibung der eigenen emotionalen Zustände wird differenzierter. Mit ca. zehn Jahren verstehen Kinder ambivalente Gefühle. Sie wissen nun, dass der Emotionsausdruck nicht mit der tatsächlichen Gefühlslage übereinstimmen muss (Schneider & Lindenberger, 2012, S. 499).

In die Eltersuizid-Thematik fließen verschiedene Theorien aus unterschiedlichen Disziplinen ein. Einerseits handelt es sich hierbei um Erkenntnisse der Bindungstheorie<sup>2</sup> sowie des Todeskonzeptes<sup>3</sup> andererseits der Trauma-<sup>4</sup> und Kindertrauerforschung<sup>5</sup>. Ebenfalls nennt die Literatur weitere Auswirkungen<sup>6</sup>, die spezifisch nach einem Eltersuizid beim hinterbliebenen Kind auftreten können. Aus der aktuellen Literatur ergeben sich erste mögliche Handlungsempfehlungen<sup>7</sup>. Diese Anweisungen werden jedoch nicht explizit dem Kontext Berufsbeistandschaft zugeordnet. Es wird daher an dieser Stelle auf die Erhebung des empirischen Datenmaterials<sup>8</sup> verwiesen.

## 7. Bindungsmuster und ihre Bestimmungsfaktoren

Eine sichere Bindung stellt einen wichtigen Schutzfaktor für die Entwicklung eines Kindes dar. Eine unsichere Bindung kann zu einem Risikofaktor für das Kind werden. Der Tod eines Elternteils gilt als Trauma<sup>9</sup> und Risikofaktor zugleich. Unabhängig vom Bindungstyp und der zuvor bestehenden Eltern-Kind-Beziehung stellt ein Eltersuizid stets ein Trauma dar. Infolgedessen kann es zu einer Desorganisation des Bindungsverhaltens kommen, auf welche in diesem Kapitel ebenfalls Bezug genommen wird. Durch den Verlust eines Elternteils verliert das Kind eine primäre Bezugsperson. Fachpersonen geben sich der Vorstellung hin, dass die Bindung der bisherigen Bezugsperson durch eine andere ersetzt werden kann. Die Problematik besteht jedoch darin, dass es verschiedene Bindungstypen gibt, die oft nicht veränderbar sind. Diese entstehen bereits im Säuglingsalter und werden in diesem Kapitel ebenfalls erläutert (David Howe, 2011/2015, S. 30).

### 7.1. Entstehung der Bindung

Nach dem Begründer der Bindungstheorie, John Bowlby (1969), ist jeder Mensch mit verschiedenen Verhaltenssystemen ausgestattet (zit. in Karin Grossmann & Klaus E. Grossmann, 2015, S. 22). Diese sichern das Überleben der Spezies Mensch (ebd.). Eines dieser Verhaltensmuster besteht aus der Fähigkeit, sich zu binden (ebd.). Für die kognitiv-psychische Entwicklung ist das Bindungsverhaltensmuster eine wichtige Voraussetzung (ebd.). Oft handelt es sich bei einer Bindung um eine fortwährende emotionale Beziehung zu

---

<sup>2</sup> vgl. Kapitel 7

<sup>3</sup> vgl. Kapitel 8

<sup>4</sup> vgl. Kapitel 9

<sup>5</sup> vgl. Kapitel 10

<sup>6</sup> vgl. Kapitel 11

<sup>7</sup> vgl. Kapitel 12

<sup>8</sup> vgl. Teil D ff.

<sup>9</sup> vgl. Kapitel 9

einer Vertrauensperson, die dem Kind in Gefahrensituationen Schutz und Unterstützung bietet (Bowlby, 1969; zit. in Grossmann & Grossmann, 2015, S. 22). Während dieser Zeit entwickelt das Kind die Fähigkeit, die sich um es kümmernde Person zu erkennen, diese bei Abwesenheit zu vermissen und - in einem späteren Entwicklungsverlauf - mit Blicken aktiv zu suchen (ebd.). Durch wiederholte, typische Interaktionsmuster wie dem Festhalten, dem Klammern oder Ausstrecken der Arme, um hochgehoben zu werden, sucht das Kind die Kommunikation mit der Bindungsperson (ebd.). Mithilfe von physischem Nachfolgen wird die Nähe zu dieser hergestellt (ebd.). Die Interaktionserfahrungen des Kindes sind entscheidend, um Bindungsbedürfnisse zum Ausdruck zu bringen oder diese zu unterdrücken, sofern seitens der Bindungsperson nicht oder unzureichend darauf reagiert wurde (ebd.). Die Erreichbarkeit und die emotionale Verfügbarkeit der Bindungsperson, welche das kindliche Vertrauen stärken oder schwächen können, sind ebenso von Bedeutung (ebd.). Das stringente Reagieren der Bindungsperson ermöglicht dem Kind zu verstehen, dass ein Zusammenhang zwischen ihr und seinem Verhalten besteht (ebd.). Spätestens gegen Ende des ersten Lebensjahres bilden sich unterschiedliche Bindungsverhaltensmuster (Lilith König, 2012, S. 60). Eine sichere Bindung entwickelt sich, wenn die emotionale Verfügbarkeit sowie die Erreichbarkeit von der Bindungsperson erfüllt werden (ebd.). Steht die Bindungsperson emotional nicht zur Verfügung und werden die Bedürfnisse des Kindes nicht ausreichend zufriedengestellt, kann dadurch eine unsichere Bindung entstehen (ebd.). Seine Fähigkeiten, Beziehungen und soziale Situationen, kann das Kind, je älter es wird, besser einschätzen und somit die fürsorgliche Verfügbarkeit der Bezugsperson beurteilen (Howe, 2011/2015, S. 31). Kognitiv-behaviorale Mechanismen ermöglichen ihm, Betreuungssituationen in seiner Umgebung differenzierter zu verfolgen und zu bewerten (ebd.). Um das Ziel zu erreichen, verwendet das Kind komplexe, flexible Verhaltensweisen und Strategien (ebd.). Das Betreuungsumfeld eines Kindes kann variieren von herzlich, sensibel und zugänglich über unsensibel bis unberechenbar (ebd.). Demzufolge kann bei jeder Eltern-Kind-Konstellation eine andere Bindungsverhaltensstrategie verwendet werden (ebd.). Jedes Hauptbindungsmuster beschreibt die kognitive Bewertung des Kindes, die je nach Betreuungssituation unterschiedlich erfolgt (ebd.). Die Bindungstypen<sup>10</sup> entstehen aus den Bindungspräsentationen, die sich wiederum aus dem inneren Arbeitsmodell und dem Explorationsverhalten ergeben.

#### *7.1.1. Das innere Arbeitsmodell*

Eine grundlegende Annahme der Bindungstheorie ist, dass Erfahrungen aus früheren Beziehungen das Verhalten des Menschen in späteren Beziehungen beeinflussen (Howe, 2011/2015, S. 52). Die mentalen Modelle der Vergangenheit senden Informationen, die auf der Grundlage der Erfahrungen, Gedanken und Gefühle von damals interpretiert werden

---

<sup>10</sup> vgl. Kapitel 7.2

(Howe, 2011/2015, S. 52). Basierend auf dieser Annahme entwickelte Bowlby (1969) das „innere Arbeitsmodell“ (zit. in Howe, 2011/2015, S. 52). Beim „inneren Arbeitsmodell“ wird davon ausgegangen, dass das Gehirn kognitive Modelle des Umfeldes erzeugt, um Ereignisse vorauszusagen und zu bewältigen (ebd.). Die von den Sinnen erhaltenen Informationen werden verwendet, um „innere Simulationen“ zu erstellen (ebd.). Die existierenden Modelle interpretieren neue Informationen und die neuen Botschaften können die bereits vorhandenen Modelle modifizieren, falls sie in grossem Masse abweichen (ebd.). Säuglinge entwickeln durch wiederholte Interaktionen mit der Bindungsperson mentale Repräsentationen ihrer eigenen Wertigkeit (ebd.). Anfänglich ist das „innere Arbeitsmodell“ - also die mentalen Repräsentationen - noch flexibel (ebd.). Erst mit der Zeit entstehen feste Bindungspräsentationen (ebd.). Ob ein Kleinstkind stetigen Zugang zu anderen Menschen hatte, die gewillt waren, ihm Fürsorge und Schutz zu bieten, prägt den Selbstwert des Kindes (ebd.). Damit sich seine sozialen Kompetenzen verbessern, hilft es dem Kind eine mentale Repräsentation vom eigenen Selbst, von anderen Menschen sowie von Beziehungen zwischen dem Selbst und anderen zu generieren (ebd.). Wie soziale Interaktionen wahrgenommen und verstanden werden, hängt von der Qualität dieser engen Beziehungen ab (ebd.). Dies gilt nicht nur für das Kind, sondern auch für Erwachsene (ebd.). Es besteht die Möglichkeit, solche Bindungspräsentationen mithilfe von anderen bedeutenden Bindungen zu verändern. Mit zunehmendem Alter wird dies jedoch schwieriger (ebd.). Unterschiedliche Strategien im Umgang mit der Umwelt spiegeln die Qualität der Bindungspräsentationen wider (ebd.). Basieren Bindungspräsentationen auf einer sicheren Bindung, bietet diese dem Kind die Möglichkeit, seine Umwelt stressfrei zu explorieren (Grossman & Grossmann, 2015, S. 61). Bindungspersonen sind für Kinder ein wichtiger Teil ihres Umfelds (Bowlby, 1969; zit. in Howe, 2011/2015, S. 52).

### *7.1.2. Das Explorationsverhalten*

Vom ersten Lebenstag an explorieren Kinder ihre Umwelt. Durch Reize von unbekanntem Dingen wird das Explorationsverhalten angeregt. Durch das Orientieren in seiner Umwelt, generiert das Kind neues Wissen. Das Verhalten wird durch eine subjektive Unsicherheit angetrieben. Dabei wird versucht, mit der Wissensgenerierung diese Unsicherheit zu verringern (Howe, 2011/2015, S. 37).

Das Explorationssystem wird komplementär zum Bindungssystem des Menschen angesehen. Das Kind kann nicht beide Systeme zur gleichen Zeit aktivieren. Die Erwartung des Kindes an die Bezugsperson, von ihr Schutz zu erhalten, hat eine vorrangige Bedeutung. Wenn sich das Kleinkind sicher und geborgen fühlt und kein Interaktionsmuster für den Aufbau der Bindung reproduzieren muss, kann es explorieren. Sobald jedoch das Bindungsverhalten aktiviert ist, wird das Explorationsverhalten gehindert. Ein sicher gebundenes Kind

kann sich beim Explorieren von seiner Mutter oder seinem Vater distanzieren, ohne dabei emotionalen Stress zu empfinden. Das Explorationsverhalten ist stets mit Rückversicherungsblicken zur Bindungsperson verknüpft. Wird eine Situation vom Kind als bedrohlich wahrgenommen, reicht ein Blickkontakt oftmals nicht aus, sondern es muss ein aktiver Körperkontakt zur Bezugsperson geschaffen werden. Da beim Explorationsverhalten Informationen aus der Umwelt generiert werden, fördert es die Entwicklung von sozialen und kognitiven Kompetenzen sowie die umweltzentrierte Motivation (Grossmann & Grossmann, 2015, S. 61).

Durch die Erforschung verschiedener Lebensbereiche erlernen Kleinkinder motorische Fähigkeiten und aktivieren ihre Wahrnehmungs- und Intelligenzleistung. Die Handlungen des Explorationsverhaltens verändern sich mit dem Alter des Kindes und sind an dessen Entwicklungsstand angepasst. In Studien wurde gezeigt, dass sicher gebundene Kinder im Schulalter weniger internalisierende und externalisierende Störungen aufweisen. Die Kinder weisen eine höhere Aufmerksamkeitsspanne auf und es wird angenommen, dass sie eine höhere Resilienz aufweisen. Die Studien lassen die Vermutung zu, dass die Befähigung des Explorationsverhaltens durch eine sichere Bindung das Individuum in vielen weiteren Entwicklungen beeinflusst. Anzumerken ist, dass das Bindungsverhalten nicht nur Einfluss auf das Explorationsverhalten hat, sondern auch auf die kindliche Entwicklung (Gabriele Gloger-Tippelt, 1997; zit. in Sylva Liebenwein, 2008, S. 254-255).

## 7.2. Bindungstypen

Nachfolgend werden die verschiedenen Bindungstypen dargestellt (siehe Abbildung 3).

### Die sichere Bindung

Das flexible und situationsangemessene Zusammenwirken von Bindung und Exploration ist kennzeichnend für die sichere Bindung. Das Kind setzt grosses Vertrauen in die Verfügbarkeit der Bindungsperson. Die Aufmerksamkeit ist in Stresssituationen, welche das Kind nicht mehr selbst regulieren kann, auf die Bezugsperson gerichtet. Emotionen, die mit dem Bindungsbedürfnis in Verbindung stehen, werden von der Bindungsperson aufgefangen und reguliert. Sobald das Kind die Stresssituation überwunden hat, widmet es sich wieder der Exploration und das Bindungssystem ist deaktiviert. Da das Kind auf dieser sicheren Basis Stress selber bewältigen kann oder weiss, wie es sich Hilfe holen kann, funktioniert sein Emotionsregulator optimal. Eine sichere Bindung stellt daher einen Schutzfaktor dar, der eine bessere Verarbeitung von Belastungen ermöglicht (König, 2012, S. 61).

Somit ist anzunehmen, dass Kinder mit einer sicheren Bindung zum hinterbliebenen Elternteil, im Falle eines Eltersuizids, das Trauma besser verarbeiten können.



### Die unsichere-vermeidende Bindung

Ein Kind mit einer unsicheren-vermeidenden Bindung versucht sich in Stresssituationen abzulenken und Belastungssituationen alleine zu bewältigen. Es beschäftigt sich in solchen Momenten mit Objekten oder Aktivitäten, damit die Aufmerksamkeit von der Bindungsbeziehung weggelenkt wird. Da die emotionalen Bedürfnisse des Kindes nicht ausreichend erfüllt werden, dominieren das Explorationsverhalten und das Autonomiebestreben. Kennzeichnend für diese Bindungsstrategie sind die Unterdrückung von schmerzhaften und emotionalen Erfahrungen sowie die Minimierung von Kontakt und Nähe. Eine unsichere-vermeidende Strategie beruht auf der Erfahrung des Kindes, dass seine emotionalen Bedürfnisse von der Bezugsperson bis anhin zurückgewiesen wurden oder diese emotional nicht zu Verfügung stand. Beide Erfahrungen sind für das Kind schmerzhaft. Deswegen versucht es, die Bezugsperson möglichst wenig zu beanspruchen, um weitere negative Erlebnisse zu vermeiden. Ist das Kind jedoch von einer Belastung betroffen, die es nicht selber regulieren kann, ist es gefährdet. Das Kind lernte bis anhin nicht, Unterstützung zu suchen (König, 2012, S. 61).

Es ist deshalb davon auszugehen, dass Kinder dieses Bindungstypus im Falle eines Eltersuizids den Kontakt zu einer neuen möglichen Bezugsperson nicht ersuchen. Dies aufgrund der Erfahrung, Belastungen selbstständig bewältigen zu müssen.

### Die unsichere-ambivalente Bindung

Charakteristisch für diesen Bindungstypus sind das extreme Bedürfnis nach Nähe, die fehlende Abgrenzung sowie die Gefühlsübersteigerung, auch Maximierungsstrategie des Kindes, genannt (Howe, 2011/2015, S. 63). Nach dem inneren Arbeitsmodell des Kindes ist die Bindungsperson unberechenbar (ebd.). Schon bei geringem Stressempfinden richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Beziehung zur Bezugsperson (König, 2012, S. 62). Die Bindungsbedürfnisse werden durch ängstliches, wütendes, passives oder hilfloses Verhalten zum Ausdruck gebracht (ebd.). Ein Kind mit einer ambivalenten Strategie ist ständig um die Aufmerksamkeit der Bindungsperson bemüht und stets in Alarmbereitschaft (ebd.). Kurze Trennungen können nur schlecht ausgehalten werden (Grossmann & Grossman, 2015, S. 66). Die Kinder weisen ein sowohl verärgertes bzw. aggressives Verhalten auf, suchen jedoch zeitgleich den Kontakt zur Bindungsperson (ebd.). Durch die starke Abhängigkeit zur Bindungsperson ist das Explorationsverhalten des Kindes stark eingeschränkt (Howe, 2011/2015, S. 63). Auf die Bindungsbedürfnisse des Kindes wird inkonsistent und unberechenbar reagiert oder sie werden nicht beachtet (ebd.). Aufmerksamkeit sowie teilweise Unterstützung erreicht das Kind, indem es Hilflosigkeits- und Angstgefühle übersteigert ausdrückt (Howe, 2011/2015, S. 63). Falls das Kind vermehrt hoher Belastung ausgesetzt ist und es keine nachhaltige Sicherheit von der Bezugsperson bekommt, kann sich das Gefühl

der Hilflosigkeit verfestigen und selbstregulatorische Kompetenzen können nicht mehr ausreichend angewendet werden (König, 2012, S. 62). Diese Bindungsstrategie gewährleistet keine bestmögliche Emotionsregulation und kann die Vulnerabilität erhöhen (ebd.).

Nach einem Eltersuizid ist demnach davon auszugehen, dass Kinder dieses Bindungstypus auf eine neue Bindungsperson ambivalent reagieren. Bis neue Bindungspräsentationen erstellt werden, die dem Kind aufzeigen, dass die neue Bezugsperson konsistent und einfühlsam ist, braucht es Zeit.

*Abbildung 3: Bindungstypen (eigene Darstellung)*

Sowohl die sichere, die unsicher-vermeidende als auch die unsicher-ambivalente Bindung werden als organisierte Bindungen bezeichnet. Kleinkinder passen ihr Verhalten den Eigenschaften des Fürsorgeumfelds an. Das Bindungsverhalten wird jedoch je nach Art und Qualität der Reaktion der Bezugsperson unterschiedlich geformt. Jedes der drei Bindungsmuster stellt eine Methode dar, das Bindungsverhalten so zu organisieren, um Nähe zur Bindungsperson herzustellen und diese beizubehalten (Howe, 2011/2015, S. 63). Wie bereits erwähnt<sup>11</sup>, fördert das Explorationsverhalten die kognitiven Fähigkeiten des Kindes. Die Vermutung liegt nahe, dass bei Kindern, welche nicht in diesem Ausmass explorieren können, die Sprachentwicklung nicht denselben Stand hat, wie bei Kindern mit einem sicheren Bindungstypus. Um ein Trauma, wie bspw. einen Eltersuizid, bearbeiten zu können, benötigt es jedoch die Fähigkeit, dieses zu verbalisieren. Kann ein Kind jedoch nicht explorieren, stellt dies immer eine Vulnerabilität dar (Gloger-Tippelt, 1997; zit. in Liebenwein, 2008, S. 254-255). Weil das Explorationsverhalten bei Kindern mit einer unsicher-vermeidenden sowie unsicher-ambivalenten Bindung vernachlässigt wurde, erhöht dies bei ihnen die Schwierigkeit, ein Trauma erfolgreich zu bewältigen.

### 7.3. Die Bindungsdesorganisation

Es gibt Kinder, die keine Bindungsstrategie zu bestimmten Bezugspersonen entwickeln können (Howe, 2011/2015, S. 65). Die Erfahrungen waren zu problematisch, daher zeigen sie eine Ansammlung von verschiedenen Verhaltensweisen (ebd.). Die desorganisierte Bindung stellt einen Risikofaktor dar (ebd.). Diesen Kindern ist es in Stresssituationen nicht möglich, ein Mindestmass an emotionaler Stabilisierung herzustellen, da stressbedingte Emotionen ungenügend reguliert werden können (ebd.). Es besteht dennoch die Möglichkeit, dass sich solche Kinder bei geringen Belastungssituationen unauffällig entwickeln (Landolt & Hensel, 2012, S. 62). Selten haben Kinder zu beiden Elternteilen eine desorganisierte Bindung, weswegen Kinder nicht notwendigerweise in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind (ebd.). Kommt es in der Entwicklung eines Kindes mit desorganisiertem Bindungstyp zur Kumulation von weiteren Risikofaktoren, ist eine Fehlanpassung wahrscheinlich (ebd.). Risikobedingun-

---

<sup>11</sup> vgl. Kapitel 7.1.2.

gen müssen nicht zwingend zu einer desorganisierten Bindung führen (Landolt & Hensel, 2012, S. 62). Umgekehrt ist eine desorganisierte Bindung nicht immer das Resultat von Risikofaktoren (ebd.). Die Desorganisation wird dahingehend erklärt, dass das Kind Angst vor der Bindungsperson hat (Howe, 2011/2015, S. 65). Das furchtsame Verhalten bringt das Kind in eine unlösbare Situation, da die Person, die ihm Schutz bieten soll, selbst die Quelle der Angst darstellt (ebd.). Da das Kind dem Bedürfnis nach Bindung unterliegt, verfällt es einem paradoxen Bindungsverhalten (Landolt & Hensel, 2012, S. 62). Es sucht bei der Person Schutz, von welcher auch die Bedrohung ausgeht und ist unschlüssig, ob es sich der Bindungsperson annähern oder fliehen soll (ebd.). Die Deaktivierung des Bindungssystems sowie der Drang nach Exploration werden beim Kind unterbunden (ebd.). Da das Annäherungs- und Fluchtbedürfnis gleichzeitig aktiviert sind, kommt es zu einem kurzfristigen Kollaps der Verhaltens- und Aufmerksamkeitsstrategie des Kindes (ebd.). Es kann von einer dissoziativen Abwehr gesprochen werden, welche einen psychophysiologischen Prozess zur Folge hat (ebd.). Bei diesem Vorgang werden Informationen aktiv daran gehindert, sich mit der erwartenden Assoziation zu verbinden (ebd.). Das Resultat dieses Verfahrens ist die Abspaltung von Erinnerungen oder Gefühlen (ebd.). Im kindlichen Gedächtnis werden die inkompatiblen Bilder der bedrohenden wie auch schützenden Bezugsperson ohne Zusammenhang abgespeichert (ebd.). Desorganisierte Kinder wirken daher impulsiv und zeigen konfuse Bewegungen oder sind mimisch abwesend (Mary Main, 1997, S. 122). Im Umgang mit der Bindungsperson kommt es zudem zu einem Einfrieren des Verhaltens (ebd.). Unter „Einfrieren“ ist zu verstehen, dass Kinder erstarren, an ihren Kleidern rumzupfen oder in ihren Bewegungen kurz innehalten (ebd.). Diese Verhaltensvorgänge wurden auch bei anderen Bindungstypen beobachtet, treten jedoch bei Kindern mit desorganisiertem Verhalten besonders oft auf (ebd.). In extremen Fällen, in denen Kinder ohne Schutz und emotionale Regulation bietende Bezugsperson aufwachsen, eignen sie sich eine Reihe selbstberuhigender Verhaltensweisen an (Howe, 2011/2015, S. 181). Dazu zählen rhythmisches Vor- und Zurückwiegen, mit dem Kopf gegen die Wand/Möbel stossen oder sich selbst beißen (ebd.). Der erhöhte Stresswert dieser Kinder bei Abwesenheit der Bindungsperson lässt sich mit dem Stressempfinden der Kinder mit einer unsicheren-gebundenen Bindungsstrategie vergleichen, beide sind gleich hoch (Main, 1997, S. 126). Eine desorganisierte Wirkung kann auch dann durch elterliches Verhalten ausgelöst werden, wenn die Eltern zwar nicht beängstigend sind, die Kommunikation das Kind jedoch soweit verstört, dass sein Emotionsregulator versagt (ebd.). Dies kommt vor, wenn widersprüchlich auf das Bindungsbedürfnis des Kindes reagiert wird und ein physischer oder psychischer Übergriff stattfindet ohne offensichtliches Misshandeln oder Vernachlässigen (ebd.). Im Erregungszustand werden die Bindungswünsche gesteigert und zum selben Zeitpunkt zurückgewiesen (Landolt & Hensel, 2012, S. 63). Dies stellt für das Kind eine weitere unlösbare Situation dar, da es weder Nähe suchen noch

Bindungswünsche maximieren kann (König, 2012, S. 62-64). Das „innere Arbeitsmodell“ von desorganisierten Kindern entwickelt ein verängstigtes, ignoriertes Selbst (Howe, 2011/2015, S. 66). Andere Menschen werden als verwirrend, widersprüchlich und/oder unberechenbar wahrgenommen (ebd.). Das Mentale Selbst wurde untergraben und ist unorganisiert (ebd.).

#### 7.4. Bindungsdesorganisation in der mittleren Kindheit bei Eltersuizid

Mit zunehmendem Alter entwickeln Kinder mit einem desorganisierten Bindungstyp eine Reihe von defensiven Schutzmechanismen. Unter Stress und Belastungen von alltäglichen Beziehungen brechen diese Strategien jedoch schnell zusammen. Um der Unvorhersehbarkeit, welche von der Bezugsperson kommt, entgegenzuwirken, entwickelt das Kind Kontrollstrategien. Das Kind möchte fühlen, dass es kompetent ist und die Kontrolle hat, wenn seine Bindungsbedürfnisse weder anerkannt noch erfüllt werden. Die Kinder eignen sich bspw. fürsorgliche, bestrafende oder selbstständige Verhaltensweisen an, um mit den feindseligen, verunsicherten Bindungspersonen mitzufühlen und sie kontrollieren zu können. Die organisierte Anpassung geht von einem desorganisierten zu einem kontrollierten Muster über. Eine Nähe zu den unverfügbaren Betreuungspersonen kann geschaffen werden, indem das Kind die Bedürfnisse der Bezugsperson erfüllt. Die Kontrollstrategie besteht entweder aus strafenden oder fürsorglichen Verhaltensweisen. Bei der fürsorglichen Strategie versucht das Kind, die Bezugsperson aufzuheitern, versorgt und beschützt sie. Dies kann auch im Falle eines Eltersuizids, bei dem der hinterbliebene Elternteil mit seiner eigenen Trauer stark beschäftigt ist, vorkommen. Die kontrollierenden-bestrafenden Kinder sind dagegen aggressiv oder sarkastisch. Der angezeigte Rollentausch endet in der Parentifizierung. Kinder entwickeln mehr als nur eine Kontrollstrategie, diese kann sich zeitweise von Minute zu Minute verändern. Desorganisierte kontrollierende-fürsorgliche Kinder erscheinen übermässig klug, besorgt, fröhlich und versuchen ihre Bezugspersonen immer wieder aufzuheitern. Sie sind besorgt um das Wohlergehen anderer Menschen - mehr als um das eigene. Für diese Kinder kann die Situation in der Schule belastend sein. Den Interaktionen mit Gleichaltrigen und Lehrpersonen wird ausgewichen, um den durch die Bindung ausgelösten Stress zu vermeiden. Dies führt dazu, dass sich desorganisierte-kontrollierende Kinder schlecht an den Schulalltag anpassen können. Die Fähigkeit mit anderen zusammenzuarbeiten, ist begrenzt. Die mangelnde Interaktion mit gleichaltrigen Kindern steht zudem in Verbindung mit schlechten schulischen Leistungen. Diese Kinder zeigen ein häufiges Problemverhalten. Lehrpersonen können als neue Bezugspersonen in Erscheinung treten, wenn es ihnen gelingt, sich auf die Kinder einzustellen (Howe, 2011/2015, S. 199).

#### 7.5. Traumatische Bindungserfahrung

Traumatische Erfahrungen, welche bindungsbezogen sind, betreffen häufig die Trennung oder den Verlust der Bindungsperson zum Beispiel durch Tod (König, 2012, S. 66-67). Das

Alter des Kindes spielt bei einem solchen Verlust eine grosse Rolle für seine weitere Entwicklung (König, 2012, S. 66-67). Ausschlaggebend ist die Phase der Bindungsentwicklung, in der sich das Kind nach dem Verlust befindet (ebd.). Sind die Bindungsverhaltensmuster noch nicht konsolidiert, ist die Wahrscheinlichkeit grösser, dass das Kind eine neue Bindungsbeziehung aufbauen kann und erneut Sicherheit in einer anderen Bezugsperson findet (ebd.). Werden jedoch bei einem Kind fest etablierte Bindungspräsentationen erschüttert, wird der Prozess der Neuorganisation lange andauern (ebd.). Die Gebundenheit, welche das Kind zu der verstorbenen Bezugsperson hatte, muss nun auf eine andere Beziehung übertragen werden (ebd.). Die kindliche Neustrukturierung erfordert ein höchstes Mass an Anpassungsleistung (Main, 1997, S. 123). Dies ist gemäss Bowlby (1969) nur zu bewältigen, wenn das Kind einer verständnisvollen Bezugsperson sämtliche Gefühle anvertrauen kann (zit. in Landolt & Hensel, 2012, S. 67). Die Reife des Kindes ist ausschlaggebend für die Verstehbarkeit des Todes<sup>12</sup> (ebd.). Der Prozess, welcher adaptive Reorganisation und neue soziale Gefüge aufzustellen versucht, wird mit Hilfe der Trauer vorangetrieben (König, 2012, S. 67). Die Neustrukturierung kann nur dann gewährleistet werden, wenn die Trennung zur vermissten Person akzeptiert wird (ebd.). Bei dieser Aufgabe benötigt das Kind Hilfe einer weiteren Bindungsperson oder des sozialen Umfelds, damit es die traumatische Erfahrung verarbeiten kann (ebd.). Die Wiederherstellung einer züversichtlichen Basis ist essenziell, um die Erfahrungen emotional und kognitiv in das Raum- und Zeitgefühl zu integrieren (ebd.).

## 8. Verstehbarkeit des Todes in der mittleren Kindheit

In diesem Kapitel werden die entwicklungspsychologischen Grundlagen für das kindliche Verständnis vom Tod dargelegt. Dieses Verständnis setzt sich aus dem Zeitgefühl sowie der Verstehbarkeit für die Unendlichkeit zusammen. Auch erläutert dieses Kapitel, inwiefern diese beiden Aspekte bei Kindern der mittleren Kindheit vorhanden sind und ab welchem Alter von einer realistischen Vorstellung vom Tod ausgegangen werden kann.

Um das altersspezifische Todesverständnis zu beschreiben, wird auf die Grundannahme von Piaget's Denkentwicklung sowie der klassischen Studie von der Ungarin Maria Nagy zurück gegriffen (Margit Franz, 2012, S. 60). Maria Nagy (1948) führte im Jahr 1948 mit 378 Kindern im Alter zwischen drei und zehn Jahren eine Untersuchung durch, um die Entwicklungsstadien des Todeskonzeptes zu beschreiben (zit. in Franz, 2012, S. 60). Neuere Untersuchungen beschreiben ebenfalls, dass die Entwicklung des Todeskonzeptes mit den folgenden vier Dimensionen zusammenhängt (Franz, 2012, S. 60):

---

<sup>12</sup> vgl. Kapitel 8

- Nonfunktionalität: Der Tod bedeutet völliger Stillstand der Körperfunktion.
- Irreversibilität: Der Tod kann nicht rückgängig gemacht werden.
- Universalität: Alle Lebewesen müssen einmal sterben.
- Kausalität: Die Ursachen des Todes sind biologisch.

Erwachsene sind sich dieser vier Dimensionen bewusst - das Kind erarbeitet sich diese im Laufe des Heranwachsens. Eine starre Phaseneinteilung gilt es jedoch zu unterlassen, da sich jedes Kind individuell entwickelt und die Entwicklungstempi stark variieren können (Elisabeth Schwarz, 2003).

## 8.1. Die Entwicklung von: Zeitwahrnehmung und Denkentwicklung

Es werden verschiedene Entwicklungsbereiche bei der Vorstellung über den Tod berührt. Der eine Bereich umfasst die Zeitwahrnehmung und die Entwicklung des Denkens.

### 8.1.1. Zeitwahrnehmung

Der Mensch hat eine bewusste Empfindung für Zeit. Das Leben wird mit dem Wissen gestaltet, dass es enden wird und wir sterben. Bei jüngeren Kindern ist das Zeitbewusstsein noch nicht vollends ausgeprägt. Sie schieben eine attraktive Tätigkeit, wie zum Beispiel das Öffnen eines Geschenkes, ungern auf. Sie leben im Grunde zeitlos in den Tag und sind völlig unbeschwert im Hier und Jetzt. Die Repräsentation der Zeit durch die Sanduhr ermöglicht dem Kind, sich einen Zeitraum vorzustellen, sodass Kinder ab ca. vier Jahren beurteilen können, welche der zur Auswahl stehenden Sanduhr länger benötigt, bis sie abgelaufen ist. Kinder im Kindergartenalter besitzen ein erhebliches Interesse für Uhren und Kalender. Sie sind fasziniert von vergangenen Kulturen und/oder ausgestorbenen Tieren, wie bspw. Dinosaurier. Sie verfügen über eine vereinfachte Grundlage des erwachsenen Zeitbewusstseins. Dennoch wird die Zeit unterschiedlich bewertet und wahrgenommen, das Zeitgefühl schwankt. Bis zur Einschulung haben Kinder an der Dimension der Endgültigkeit grosse Zweifel und verstehen den Tod auch nicht aus der Perspektive einer erwachsenen Person. Bei Kindern der mittleren Kindheit wird das Zeitempfinden detaillierter und zunehmend praktischer. Jedoch bleibt die Dimension Zeit bis zum zwölften Lebensjahr an eigene Vorstellungen gebunden (Franz, 2012, S. 56).

### 8.1.2. Denkentwicklung

Im Alter von ca. sechs Jahren entsteht die Vorstellung, dass der Tod durch Unfälle, Gewaltwirkung oder Verstümmelung verursacht wird (Franz, 2012, S. 60). Der Tod ist, diesem Verständnis entsprechend, die Folge einer nicht gelungenen zwischenmenschlichen Beziehung (ebd.). In der Stufe der mittleren Kindheit spricht Jean Piaget (1955) betreffend der

Denkentwicklung vom „konkret-operatorischen Denken“ (zit. in Richard Kohler, 2008, S. 72). Gewisse Vorstellungen kann das Kind in dieser Altersspanne entwickeln und feststellen (ebd.). Indem es sich mit dem Problem auseinandersetzt, beginnt der Prozess des geistigen „Operierens“ (ebd.). Das Kind nimmt seine Aussenwelt differenzierter wahr, ohne dabei Verwirrung zu erfahren. Es ist nun in der Lage, Zusammenhänge zu erkennen und zu gliedern (ebd.). Für den Erwerb eines realistischen Todeskonzeptes ist das Bewusstsein über Ursache und Wirkung von zentraler Bedeutung (Franz, 2012, S. 57). Kinder, die in der ersten Klasse sind, wissen bereits, dass sich der Tod nicht rückgängig machen lässt und dass sich ein Leichnam zersetzt (ebd.). Die Denkleistungen des Kindes sind ab dem zwölften Lebensjahr nicht mehr an konkrete und fassbare Bilder gebunden (ebd.). Piaget (1955) bezeichnet dies als „formal-operative“ Stufe der Denkentwicklung (zit. in Franz, 2012, S. 73). Formale Operationen sind reflexiv gewordene konkrete Operationen, weshalb es Kindern dieser Altersstufe möglich ist, über die Logik ihrer Argumentation nachzudenken (ebd.). Nun ist das Kind in der Lage, hypothetische, abstrakte sowie herleitende Denkleistungen zu erbringen (ebd.). Formale Operationen sind somit nicht mehr an Objekte gebunden, sondern beziehen sich auf Aussagen und Annahmen (ebd.). Die Aussagenlogik ist kennzeichnend für die formale Denkungsart, welche gemäss Piaget (1955) der Relationslogik der konkreten Operation überlegen ist (zit. in Franz, 2012, S. 59). Die Kinder bemerken, dass ihre Realität nur eine von vielen vorstellbaren Realitäten ist (ebd.). Deshalb erwacht in dieser Altersstufe das Interesse an hypothetischen Fragestellungen (Franz, 2012, S. 60). Das Zeitverständnis ist nun ausgebildet und das Konzept vom Tod entspricht dem eines erwachsenen Menschen (ebd.).

## 8.2. Das Todeskonzept

Durch innere und äussere Einflüsse sowie durch direkte und indirekte Erfahrungen bildet sich die alterstypische Vorstellung vom Tod. Die Bedeutung von Leben und Tod sind den Kindern nicht von Anbeginn ihres Lebens ein Begriff. Geprägt ist der Reifeprozess des Todeskonzeptes von der Bindungsqualität zur Bezugsperson und dem Verhalten von Erwachsenen innerhalb einer Gesellschaft. Durch die soziale Interaktion mit Bindungspersonen werden Einstellungen und Werte betreffend der Vorstellung des Todes übernommen, basierend auf deren Erfahrungen. Für das Zusammenleben ist die Perspektivenübernahme eine grundlegende Fähigkeit. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die im Vorschulalter entwickelnden Einsichten über Vorstellungen und Überzeugungen anderer Personen und das Verständnis von deren Perspektiven eng miteinander verknüpft sind (Franz, 2012, S. 60).

Soziale Perspektivenübernahme ist eine wichtige Voraussetzung für prosoziales Verhalten (Werner Wicki, 2015, S. 90). Die Ansicht vom Tod kann somit von Kind zu Kind desselben

Alters unterschiedlich sein, da Kinder sich individuell entwickeln und persönlich geprägt sind (Wicki, 2015, S. 90). Daher gibt es nicht ein allgemeingültiges und für alle Kinder verbindliches Todeskonzept (Franz, 2012, S. 60).

## 9. Trauma aufgrund Eltersuizid

Die Psychotraumatologie nennt zwei Aspekte, die erfüllt werden müssen, damit von einem Trauma gesprochen werden kann.<sup>13</sup> Im Falle eines Eltersuizides werden diese erfüllt. Das Miterleben eines Elterntodes lässt sich als traumatisches Ereignis dem Trauma-Typ-I zuordnen. Demnach wird von einem traumatischen Erlebnis ausgegangen, bei welchem es sich um eine plötzlich eintretende Erfahrung handelt. Bei einem Eltersuizid handelt es sich um keine objektive, sondern um eine subjektive Bedrohung der Hinterbliebenen. Auch ist zunächst keine Katastrophe zu erwarten. Diese wird erst mit der plötzlichen Veränderung der Familiensituation als solche erlebt (Eckardt, 2013, S. 10-12).

### 9.1. Traumaforschung hinsichtlich Langzeitfolgen nach Eltersuizid

Bis zu den Ergebnissen der Wilcox-Studie<sup>14</sup> konnte sich die Literatur nur unzureichend auf repräsentative Ergebnisse berufen, die sich auf Kinder bezogen, welche einen Eltersuizid miterlebten. Bisherige Studien thematisierten vor allem die PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) als mögliche Folgeerkrankung eines traumatischen Erlebnisses - auf weitere Folgeerkrankungen hinsichtlich eines Eltersuizids wurde jedoch kaum Bezug genommen. Eine Studie von 1999 legt dar, dass 1.6% der Kinder und Jugendlichen im deutschsprachigen Raum nach einem Trauma an einer PTBS erkranken (C. A. Essau, J. Conradt, F. Petermann, 1999; zit. in Krüger, 2014, S. 43). Aktuellere Prävalenzzahlen beziehen sich auf eine Studie, die in der Schweiz zwischen 2009-2010 durchgeführt wurde (Markus A. Landolt, Ulrich Schnyder, Thomas Maier, Verena Schönbacher & Meichun Mohler-Kuo, 2013, S. 209-217). Die traumatischen Erlebnisse, auf welche die jugendlichen Probanden und Probandinnen in ihrem bisherigen Leben stiessen, liessen sich zu 22.37% der Kategorie „hearing of serious injury or violent death of loved one“ zuteilen (ebd.). Davon gaben 9.9% der Befragten an, aufgrund dessen an einer PTBS erkrankt zu sein (ebd.). In der Studie wurde jedoch nicht festgehalten, inwiefern eine PTBS tatsächlich durch Fachpersonen diagnostiziert wurde, weswegen das Resultat von 9.9% mit Vorsicht zu betrachten ist.

Werden die Ergebnisse von 1.6% und 9.9% mit dem aktuellen Wissensstand der Psychotraumatologie verglichen, ist auch die Repräsentativität dieser Studie kritisch zu hinterfragen. Krüger (2014) hält fest, dass davon auszugehen ist, dass ungefähr zwei Drittel der Erwach-

---

<sup>13</sup> vgl. Kapitel 5.2.

<sup>14</sup> vgl. Kapitel 1.2.1.



senen nach einem traumatischen Erlebnis eine PTBS entwickeln (S. 43). Eckardt (2013) betont, je jünger Menschen sind, die ein Trauma erleben, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit an einer PTBS zu erkranken (S. 20). Auch Rita Rosner und Regina Steil (2013) teilen diese Ansicht und fügen an, dass während geraumer Zeit davon ausgegangen wurde,

„(. . .) dass Kinder von einem traumatischen Ereignis weniger betroffen sind als Erwachsene. Es wurde angenommen, dass Kinder leichter vergessen und daher besonders Traumata in der (. . .) mittleren Kindheit ohne psychopathologische Folgen bleiben. Heute weiss man, (. . .) dass die Folgen von Traumata möglicherweise stärker sind, je jünger der Mensch ist.“ (S. 2)

Ausserdem werden bei Kindern Auffälligkeiten selten direkt mit dem traumatischen Erlebnis durch die Bezugspersonen in Verbindung gebracht (Krüger, 2014, S. 40). Demzufolge ist anzunehmen, dass der Prozentansatz an einer PTBS zu erkranken, bei Kindern der mittleren Kindheit weitaus höher ist als bei Jugendlichen bzw. Erwachsenen.

Die Wilcox-Studie hält erstmals fest, dass nach einem Eltersuizid auch andere Folgestörungen auftreten können als die bereits bekannte PTBS (Wilcox et al., 2010; zit. in Paetzold, 2015):

- Erhöhte Suizidalität
- Depressive Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Drogenmissbrauch
- Alkoholprobleme
- Psychotische Störungen

Aufgrund einer möglichen Stigmatisierung ist eine Diagnose im Kindesalter jedoch stets mit Vorsicht zu erstellen (Christian Huber, Wolfram Kawohl & Hans Kurt, 2015).

## 9.2. Erfolgreiche Traumaverarbeitung

Nicht alle Menschen reagieren auf ein traumatisches Erlebnis zwingend mit einer Traumafolgestörung. Verharrt ein Kind jedoch in der Schockphase oder bleibt die Erholungsphase aus, erhöht sich das Risiko für negative psychische Langzeitfolgen (Deutsches Institut für Psychotraumatologie, 2015). Aufgrund dessen, dass es Kindern an Sprache, Erfahrung sowie an intellektueller Fähigkeit fehlt, um dem traumatischen Ereignis einen Sinn zu verleihen, ist das

Risiko, an einer Folgestörung zu erkranken, besonders hoch (Eckardt, 2013, S. 19-23).

Schutzfaktoren können die Traumabewältigung jedoch unterstützen:

### *9.2.1. Schutzfaktoren aus der Resilienzforschung*

Aus der Resilienzforschung sind einige Schutzfaktoren bekannt, welche eine erfolgreiche Traumabewältigung begünstigen. Die Resilienzforschung beschäftigt sich nicht nur mit der positiven Entwicklung von Kindern trotz widriger Umstände, sondern auch mit der positiven „(. . .) Erholung von traumatischen Erlebnissen wie z. B. Tod eines Elternteils (. . .)“ (Corina Wustmann, 2005, S. 193). Resilienz bezieht sich auf die Widerstandsfähigkeit von Kindern trotz psychosozialen, psychologischen und biologischen Entwicklungsrisiken (ebd.). Sie umfasst auch die Abwesenheit von psychischen Störungen und ist vom Entwicklungsstand abhängig, da es sich hierbei nicht um ein angeborenes Merkmal des Kindes handelt (ebd.). Risikomindernde bzw. schützende Faktoren machen die Resilienz aus (ebd., S. 194). Es handelt sich hierbei um einen multidimensionalen Ansatz, der stets individuell beurteilt werden muss. Dennoch werden in der Literatur konkrete Schutzfaktoren festgehalten, die den erfolgreichen Traumaverlauf unterstützen.

Gemäss Korittko (2016) erweist sich die soziale Unterstützung innerhalb des Familiensystems als wesentlicher Schutzfaktor für das betroffene Kind (S. 51). Wie bereits im Kapitel 8 (Bindungstheorie) festgehalten, wirken sich auch nach Korittko (2016) zuverlässige Bezugspersonen, welche die emotionalen Bedürfnisse des Kindes erkennen, emotional stabilisierend auf das Kind aus und verleihen ihm ein Gefühl von Sicherheit (S. 51). Auch Eckardt (2013) weist darauf hin, dass eine erfolgreiche Traumabewältigung von der Unterstützung des sozialen Umfeldes abhängig ist und die Wiederherstellung der Sicherheit durch das Erfüllen von primären Bedürfnissen (Nahrung, Wohnung, Unversehrtheit) sowie das Vertrauen in andere Menschen nach einem Trauma wiederhergestellt werden muss (S. 24). Zudem soll das Trauma als solches akzeptiert werden, wobei der Trauer um das Verlorene Raum geschaffen werden soll (ebd.).

Auch wird die Resilienz innerhalb von Familien als zentraler Schutzfaktor angesehen (Korittko, 2016, S. 52). Die Akzeptanz einer Krise, der effektive Zugang zu Ressourcen, der Umgang mit emotionalen Ausbrüchen sowie das gemeinsame Entwickeln von lösungs- und familienorientierten Sichtweisen sind einige Faktoren, welche resiliente Familien auszeichnen (ebd.).

Bei einem Suizid eines Elternteils hebt Eckardt (2013) die Problematik hervor, dass hinterbliebene Bezugspersonen bzw. der hinterbliebene Elternteil selbst auch betroffen und auf Hilfe und Unterstützung von aussen angewiesen ist (S. 133). Dies ist insbesondere dann

notwendig, wenn der Verantwortung gegenüber dem betroffenen Kind nicht mehr nachgekommen werden kann (Eckardt, 2013 S. 133). Als ausserfamiliäre Schutzfaktoren, die dem Kind Sicherheit geben, nennt Korittko (2016) die Beispiele Verwandte, Lehrpersonen, Erziehende der Kindertagesstätte und Verantwortliche in Vereinen oder kirchlichen Gemeinden (S. 53).

### *9.2.2. Schutzfaktoren aus der Bindungstheorie*

Es ist festzuhalten, dass die Bindungsqualität die Verarbeitung von traumatischen Ereignissen beeinflussen kann. Umgekehrt kann jedoch auch das Trauma die Bindungsqualität beeinflussen. Letzteres ist vor allem dann wahrscheinlich, wenn die Bindungsperson selbst die Ursache der Traumatisierung ist (König, 2012, S. 64).

Bei der Traumaverarbeitung müssen Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen berücksichtigt werden. Je nach individuellen Ressourcen können traumatische Ereignisse besser oder schlechter bewältigt werden. Da es sich bei einem Trauma um eine Problematik in die Einbettung des Raum-Zeit-Kontextes<sup>15</sup> handelt, erfordert der erfolgreiche Verarbeitungsprozess eine sprachliche Repräsentation des Erlebten. Somit kann die traumatische Erfahrung im semantischen und episodischen Gehirn integriert werden. Eine der Kernannahmen der Bindungstheorie ist, dass narrative Kohärenz ein Merkmal der sicheren Bindung ist und diese eine Emotionsregulation ermöglicht. Ob Hilfe bei einer erhöhten Belastungssituation durch das betroffene Kind gesucht und angenommen wird, hängt von dessen bisherigen Bindungserfahrung ab. Eine sichere Bindung stellt daher die besten Voraussetzungen dar, um ein traumatisches Ereignis erfolgreich zu verarbeiten. Ein Kind mit einer sicheren Bindung kann durch den Spracherwerb über belastende Emotionen sprechen, sich der Bindungsperson mitteilen und anvertrauen. Dabei handelt es sich um wesentliche Schutzfaktoren. Werden alle drei Bindungstypen miteinander verglichen, sind Kinder mit einer unsicher-vermeidenden und unsicher-ambivalenten Bindung einer erhöhten Gefährdung ausgesetzt, das traumatische Ereignis nicht erfolgreich zu bewältigen, sofern sie keine weitere Unterstützung zur Emotionsregulation erhalten (König, 2012, S. 65-66).

## **10. Kindertrauer**

Bei einem Eltersuizid handelt es sich nicht nur um ein Trauma, sondern auch um ein Verlusterebnis. Letzteres zieht die Thematik der Kindertrauer nach sich, weswegen sich dieses Kapitel damit beschäftigt.

---

<sup>15</sup> vgl. Kapitel 5.2.

Die Trauer kann auch mit den Synonymen „Schwermut“ und „Wehmut“ gleichgesetzt werden. Sie beschreibt einen Zustand des seelischen Schmerzes über einen Verlust oder über ein Unglück (Matthias Wermke, Kathrin Kunkel-Razum & Werner Scholze-Stubenrecht, 2010, S. 935).

### 10.1. Trauern Kinder anders?

Bereits ältere Literatur lässt darauf hinweisen, dass es zwischen der Trauer von Erwachsenen und jener von Kindern deutliche Unterschiede gibt. Bowlby (1980/2006) nennt folgende Besonderheiten der Kindertrauer (S. 277-278):

- Kinder sind häufiger unklaren Informationen ausgesetzt und sind diesbezüglich von den Informationen der hinterbliebenen Angehörigen abhängig.
- Eine Bezugsperson, die Trost und Hilfe spendet, ist für Kinder wichtiger als für Erwachsene.
- Ein Kind ist wesentlich stärker benachteiligt als eine erwachsene Person, wenn Angehörige sich gegenüber der Sehnsucht, des Kummers und der Angst des Kindes unsensibel erweisen.
- Kinder besitzen abhängig vom Alter weniger Wissen und Verständnis gegenüber dem Tod<sup>16</sup>.
- Die Zeitspannen, in denen das Kind sich mit dem Verlust bewusst beschäftigt, sind kürzer als bei erwachsenen Personen.

Auch die aktuelle Literatur geht mit Bowlby einher, dass eine Bezugsperson bzw. das Bezugssystem in der Kindertrauer eine wichtigere Rolle einnimmt als bei der Erwachsenentrauer (Christine Fleck-Bohaumilitzky & Christian Fleck, 2014, S. 437). Djura Többen (2014) hält fest, dass Kinder anders als Erwachsene trauern, da sie andere Trauervoraussetzungen haben (S. 472). Zu den entscheidenden Einflussfaktoren nennt sie nicht nur das Alter des Kindes und seine individuellen Entwicklungsbedingungen auf emotionaler sowie kognitiver Ebene, sondern auch die Art und die Umstände des Verlustes, die Abwehrmechanismen sowie die Persönlichkeitsstruktur des Kindes, die Gestaltung der Beziehung zu nahestehenden Bezugspersonen, das soziale Umfeld und der religiöse bzw. kulturelle Hintergrund innerhalb der Familie (Többen, 2014, S. 472). Kinder können unterschiedlich auf Verlustereignisse reagieren (ebd.). Manche verstecken ihre Gefühle und zeigen ein unsicheres, ängstliches sowie weinerliches Verhalten oder nassen sich vorübergehend ein (ebd.). Andere zeigen sich auffallend albern und lachen viel (ebd.). Bei den beschriebenen Verhaltensweisen handelt es sich jedoch nicht um ein psychopathologisches Störungsbild, sondern um kindli-

---

<sup>16</sup> vgl. Kapitel 8

che Trauerreaktionen, deren breites Spektrum oft zu Verunsicherungen führen kann (ebd.). Gemäss Marion Schenk (2014) ist die Trauerintensität nach einem Suizid von den persönlichen Ressourcen des hinterbliebenen Kindes sowie von der früheren Beziehungsqualität des verstorbenen Elternteils abhängig (S. 47). Többen (2014) fügt an, dass Kinder während der Trauer vor allem Sicherheit, Sensibilität, Orientierung, einfühlsame Gesprächspartner/Gesprächspartnerinnen sowie Verständnis und Trost benötigen (S. 472). Genauso wichtig sind Zeiten, in denen sie nicht trauern (ebd.).

## 10.2. Trauerprozess

Trauer kann in unterschiedlichen Formen je nach Schwere und Verlauf bei Hinterbliebenen auftreten. Sie kann zunächst ausbleiben und erst durch spätere Ereignisse ausgelöst werden (verzögerte Trauer) oder späteren Schuldgefühlen weichen (ambivalente Trauer). Auch kann sie sich über einen abnorm langen Zeitrahmen erstrecken und/oder sich abnorm intensiv verhalten (chronische Trauer). Fehlt die Trauer gänzlich und zeichnen sich körperliche Beschwerden ab, wird von kaschierter Trauer gesprochen (Arnold Langenmayr, 2013, S. 41).

### 10.2.1. Trauerprozess-Modelle: Gegenüberstellung

Die Literatur nennt verschiedene Autoren/Autorinnen, die sich bis anhin mit dem Trauerprozess auseinandergesetzt haben. Sämtliche Modelle wollen aufzeigen, wie ein Verlust einer nahestehenden Person erfolgreich bewältigt werden kann und welche Verhaltensweisen situationsadäquat sind.

Sowohl die Trauerphasen nach Bowlby, als auch die Traueraufgaben nach Worden und das duale Trauer-Prozess-Modell (DPM) nach Stroebe und Schut verdeutlichen, dass die Trauer als Prozess bezeichnet werden kann, in welchem sich den Hinterbliebenen insgesamt vier verschiedene Herausforderungen stellen. Diese Herausforderungen, seien sie nun als Phase oder Aufgabe betitelt, sind bei sämtlichen Modellen identisch und lassen sich mittels Abbildung 4 verdeutlichen.

	Phasenmodell (Bowlby)	Traueraufgabenmodell (Worden)	DPM (Stroebe & Schut)
1	Betäubung	Den Verlust als Realität akzeptieren	Den Verlust als Realität akzeptieren .. und die Realität einer veränderten Welt akzeptieren
2	Suche/Sehnsucht/Zorn	Den Trauerschmerz erfahren	Den Trauerschmerz erfahren und sich Zeit vom Trauerschmerz freinehmen
3	Desorganisation/Verzweiflung	Sich an eine Umwelt anpassen, in welcher der/die Verstorbene fehlt	Sich anpassen an eine Umwelt, in der der Verstorbene fehlt.. und mit der (subjektiv) veränderten Welt klarkommen
4	Reorganisation	Die Emotionale Energie in eine andere Beziehung investieren	Emotionale Energie abziehen und in eine andere Beziehung investieren... und neue Rollen, Identitäten und Beziehungen entwickeln

Abbildung 4: Gegenüberstellung der Trauermodelle (stark modifiziert nach Margaret Stroebe & Henk Schut, 2010; zit. in Heidi Müller & Hildegard Willmann, 2016, S. 52)

J. William Worden (1991/2007) hält fest, dass Trauernde im Phasenmodell von Bowlby verschiedene Phasen durchlaufen müssen, bis die Trauer abgeschlossen ist (S. 44-45). Bowlby (1980/2006) betont jedoch, dass die aktive Trauer gelegentlich wiederkehren kann und dass „(. . .) Kliniker [sic!] manchmal unrealistische Erwartungen hinsichtlich der Schnelligkeit und Vollständigkeit hegen, mit der jemand einen schweren Verlust überwinden kann“ (S. 101). Bowlby gibt dementsprechend in der dritten und vierten Phase seines Modells keinen Zeitrahmen vor. Auch Worden bezweifelt, dass die Trauer jemals abgeschlossen sein wird. Er bezieht sich auf ein Schriftstück von Sigmund Freud (1968; zit. in Worden, 1991/2007), woraus zu entnehmen ist, dass der Ersatz eines Verlustes immer etwas Anderes sein wird (S. 27). Trotzdem hält er in seinen Traueraufgaben fest, dass es eine „(. . .) vierte und letzte Aufgabe im Trauerprozess (. . .)“ (Bowlby, 1980/2007, S. 24) gibt. Ebenso geht er davon aus, dass „(. . .) die Zeit Wunden heilt“ (ebd., S. 45). Daraus lässt sich schließen, dass der Trauerprozess nach der letzten Aufgabe durchaus beendet sein wird - jedoch innerhalb eines unbestimmten Zeitrahmens.

Des Weiteren hält Bowlby (1980/2006) hinsichtlich der Reihenfolge der verschiedenen Phasen fest, dass diese nicht deutlich zu unterteilen sind und „( . . . ) jedes Individuum ( . . . ) für eine gewisse Zeit zwischen zweien dieser Phasen hin und her pendeln“ (S. 86) kann. Dennoch werden die verschiedenen Phasen durch Bowlby nummeriert, was eine grundsätzliche Reihenfolge der Trauer impliziert. Auch Worden versieht die Traueraufgaben mit einer Nummerierung. In seiner Beschreibung gibt er jedoch nicht wieder, dass zwischen den Aufgaben hin und her gesprungen werden kann.

Weitere Kritik angesichts des Phasenmodells lässt sich an dessen Passivität richten. Worden (1991/2007) bemängelt, dass den Trauernden das Geschehene in den verschiedenen Phasen widerfährt und von diesen lediglich durchgestanden werden muss (S. 45). Er ist der Ansicht, dass es sich beim Trauerprozess um verschiedene Aufgaben handelt, die „( . . . ) besagen, dass der Trauernde [sic!] aktiv werden muss und etwas tun kann“ (ebd.). Auch Stroebe und Schut (2008; zit. in Müller & Willmann, 2016) sind der Überzeugung, dass es sich beim Trauerprozess um einen aktiven Prozess handelt, in welchem Betroffene Strategien zur Bewältigung aktiv und bewusst einsetzen können (S. 45).

Sämtliche Modelle befassen sich mit der Trauer von erwachsenen Personen. Es wird erwähnt, dass der kindliche Trauerprozess identisch mit jenem der Erwachsenen ist. Es ist davon auszugehen, dass der Trauerprozess in seiner Stufenform bei Kindern durchaus ähnlich verlaufen mag. Aufgrund der festgehaltenen Unterschiede<sup>17</sup> haben sich Kinder in den einzelnen Stufen bzw. Phasen jedoch anderen Herausforderungen zu stellen als Erwachsene.

Aus den Modellen ist nicht ersichtlich, ob diese auch auf eine Trauer, welcher ein Trauma zugrunde liegt, anwendbar sind. Die Thematik, inwiefern sich Trauma und Trauer gegenseitig beeinflussen können, bleibt in sämtlichen Modellen ungeklärt.

### 10.3. Mögliche Störungsbilder infolge unzureichender Trauerverarbeitung

Psychopathologische Auffälligkeiten, die ein entsprechendes Unterstützungssetting erfordern, können bei Kindern entstehen, wenn der Trauerprozess verhindert, unterdrückt oder übertrieben gelebt wird (Többen, 2014, S. 474-475). Ist trauernden Kindern als chronischer Prozess die Akzeptanz des Verlustes sowie dessen Integration in ihr Leben nicht möglich oder erleben sie erheblichen Trennungsschmerz sowie aufwühlende Gedanken, die den Alltag bestimmen, können sich Störungen entwickeln, die eine entsprechende Behandlung bedürfen (ebd.). Die Umstände der Todesart (insbesondere Suizid), das Alter sowie eine feh-

---

<sup>17</sup> vgl. Kapitel 10.1.

lende soziale Anbindung des Kindes erhöhen das Risiko der Störungsbilder (Többen, 2014, S. 474-475). Die nachfolgende Abbildung 5 zeigt auf, dass zwischen externalisierenden und internalisierenden Störungen unterschieden wird, wobei Letztere bei Kindern häufiger auftreten (ebd.):

#### Internalisierende Störungen:

Emotionale Störungen	Die betroffenen Kinder weinen viel, fühlen sich ungeliebt/wertlos, sind nervös, traurig, haben Angst vor weiteren schlimmen Ereignissen, wirken einsam und zeigen Misstrauen.
Körperliche Beschwerden	Müdigkeit, Schwindel, Schmerzen (insbesondere Kopf- und Bauchschmerzen), Augen- und Hautprobleme, Übelkeit, Erbrechen
Sozialer Rückzug	Betroffene Kinder möchten alleine sein, verhalten sich scheu und verschlossen, sprechen kaum, sind wenig aktiv und entziehen sich ihrem Freundeskreis.
Weiteres	Antriebslosigkeit, Schuldgefühle, Suizidalität, Unsicherheit, Verlustängste, Schlafstörungen

#### Externalisierende Störungen:

Dissoziales Verhalten	Lügen, Feuerlegen, Diebstahl, Fernbleiben des Unterrichtes, Fluchen, Vandalieren
Aggressives Verhalten	Betroffene Kinder zerstören Fremdes oder Eigenes, bekommen Wutausbrüche, sind sehr laut, hänseln andere, schreien, streiten viel, verhalten sich gegenüber anderen gemein, sind ungehorsam, verlangen viel Beachtung, spielen den Clown, etc.

Weitere Auffälligkeiten, die weder zu den externalisierenden noch zu den internalisierenden Störungen gezählt werden:

- Emotionale Störungen (Zwangsgedanken oder -handlungen, schizoides Verhalten)
- Soziale Probleme, Identitätsprobleme, Unbeliebtheit
- Aufmerksamkeitsprobleme, Leistungsabfall, Ticks, Nervosität, Unruhe, Unkonzentriertheit
- Entwicklungsverzögerung oder Entwicklungsregression (Wiederauftreten von Sprachstörungen, Babysprache)
- Psychosomatische Störungen (Essstörungen, Einnässen, Einkoten, Nägelkauen, Stottern, Alpträume)

*Abbildung 5: Störungsbilder bei unzureichender Trauerverarbeitung (leicht modifiziert nach Többen, 2014, S. 474-475)*



# 11. Spezifische Auswirkungen auf das Kind bei Eltersuizid

Ein Eltersuizid kann nicht nur zu trauma-<sup>18</sup> und trauerbedingten<sup>19</sup> Folgestörungen führen, sondern auch weitere spezifische Auswirkungen auf das Kind haben. Schuldgefühle, Angst sowie ein Nachsterbewunsch werden in der Literatur als solche genannt.

## 11.1. Schuldgefühle

Angesichts dessen, dass ein Suizid in den meisten Fällen durch die suizidale Person angekündigt wird<sup>20</sup>, können bei Hinterbliebenen Schuldgefühle entstehen. Gemäss Worden (1991/2007) fühlen sich diese oft verantwortlich für den Tod der verstorbenen Person (S. 101). Sie empfinden das Gefühl, dass sie etwas hätten tun können, damit der Suizid nicht eingetreten wäre (ebd.). Die Schuldgefühle können bei jeder Art von Todesfall auftreten - sich jedoch bei einer Selbsttötung als Todesursache bedenklich verschärfen, sodass insbesondere Kinder zu Selbstbestrafungsverhalten tendieren können (ebd.). Gemäss Bowlby (1980/2006) neigen Kinder leicht dazu, die Schuld für den Tod der verstorbenen Person sich selbst oder jemand anderem zuzuschreiben (S. 346). Dies aufgrund der vorhandenen Unklarheit, weswegen jemand gestorben ist sowie der Gewichtung des Gesagten und Gehörten (ebd.). Auch Chris Paul (2014) hebt die Schuldgefühle der hinterbliebenen Kinder nach einem Eltersuizid hervor: „Kinder fühlen sich schnell verantwortlich für alles, was in ihrer Umgebung passiert. Wenn ein naher Mensch stirbt, geben sie sich unabhängig von der Todesursache häufig selbst die Schuld“ (S. 194).

## 11.2. Angst

Suizid kann bei Hinterbliebenen Ängste aufkommen lassen, wie bspw. die Angst vor weiteren Verlusten, vor dem Alleinsein, vor dem Tod oder vor möglicher Krankheit (Schenk, 2014, S. 50). Auch Worden (1991/2007) bestätigt die Anwesenheit von Angst bei Hinterbliebenen (S. 103). Gemäss Bowlby (1980/2006) fürchten Kinder „(. . .) die einen Elternteil verloren haben, (. . .) sie könnten den anderen ebenfalls verlieren - entweder durch Tod oder durch Verlassenwerden“ (S. 338). Nach Trickey (2014) kann die Angst, die Trauer von Kindern blockieren (S. 448). Durch den Suizid wurde das Grundvertrauen der hinterbliebenen Kinder in die Zuverlässigkeit naher Bezugspersonen erschüttert (Paul, 2014, S. 195).

## 11.3. Nachsterbewunsch

Gemäss Oliver Junker (2008) kann es vorkommen, dass sich Kinder wünschen, dort zu sein, wo der/die Verstorbene nun ist (S. 43). Erwachsene übersehen dabei oft, dass diesem

---

<sup>18</sup> vgl. Kapitel 9

<sup>19</sup> vgl. Kapitel 10

<sup>20</sup> vgl. Kapitel 4.3.

Nachsterbewunsch Gefühle des tiefen Schmerzes oder der grossen Sehnsucht zugrunde liegen (Junker, 2008, S. 43).

Bowlby (1980/2006) betont, dass es Kindern schwerer als Erwachsenen fällt, zu glauben, dass der Tod endgültig ist (S. 341). Entweder glauben sie, dass der verstorbene Elternteil in diese Welt wieder zurückkehren wird oder das Kind möchte ebenfalls sterben (ebd.). Kinder im Alter von sechs Jahren sind der Auffassung, dass sich der Tod verhindern lässt, wenn sie lieb und brav sind und auf sich aufpassen (Franz, 2012, S. 60). Krankheit als mögliche Todesursache ist für sie schwierig zu verstehen (ebd.). Einerseits waren sie selbst, ihre Geschwister, Eltern oder Freunde schon einmal krank, andererseits sind viele Erkrankungen äusserlich betrachtet nicht sichtbar, weswegen eine Krankheit als denkbare Todesursache kaum nachvollziehbar ist (ebd.). Kam es zu einem Todesfall in der Familie, in welchem das Kind nicht in die Situation miteinbezogen wurde, fühlt es sich verängstigt und verunsichert (ebd.). Vorhandene Ängste können meistens nur auf Umwegen mitgeteilt werden (ebd.). Damit die diffusen Gefühle in Worte gefasst werden können, suchen Sie eine Symbolik für den Tod (ebd.). Nagy (1948) stellte fest, dass ein Drittel der Fünf- bis Neunjährigen den Tod personifizieren, indem sie sich den Tod als Person vorstellen (zit. in Franz, 2012, S. 79). Der Unterschied von lebendig- und totsein verdichtet sich mit beginnendem Schulalter (Franz, 2012, S. 80). Die Endgültigkeit und Unabänderlichkeit des Todes wird langsam begriffen (ebd.). Die Bedeutung, tot zu sein, kann nun emotional erfasst werden und die Gefühle entstehen intensiver (ebd.). Die Vorstellung selber zu sterben, hat sich jedoch noch nicht gebildet (ebd.). Das Wissen um den Tod beziehen die Kinder nicht auf sich (ebd.). Ihre Sorgen gelten nahestehenden Menschen oder Tieren (ebd.). Kinder der mittleren Kindheit fürchten sich oftmals auch ohne feststellbaren Grund vor dem Tod ihrer Eltern oder Angehörigen (ebd.). Ihre Angst gilt dem Verlust der sicheren Bindung und der Vorstellung alleine auf der Welt zu sein (ebd.). Verstärkt wird das Gefühl des Verlustes, wenn die Bezugsperson das Verhalten einer erwachsenen Person (bspw. „Du musst jetzt stark/gross sein“) auf das Kind versucht zu adaptieren bzw. zu fördern (ebd.). Reaktion des Kindes auf solche Forderungen seitens der Bezugsperson ist der Rückzug in die Allmachtsfantasie, welche eine bezeichnende Phase in der frühen Kindheit ist (ebd.). Ein ausgeprägter Rückfall in die Phase des magischen Denkens kann ein Hinweis sein, dass das Kind derzeit weder geistig noch emotional in der Lage ist, sich der Realität des Todes zu stellen (ebd.).

Der Tod löst vor allem dann grosse Ergriffenheit aus, wenn das Kind die zeitliche Dimension von Endgültigkeit versteht. Obwohl dem Kind bewusst ist, dass der/die Verstorbene nicht aufwacht oder zurückkehrt, fällt es ihm schwer, diese Tatsache gefühlsmässig zu akzeptieren. Somit schwankt das Todesverständnis nach wie vor zwischen Realität und Phantasie.

Das Wissen über die Endgültigkeit des Todes ist da, jedoch gekoppelt mit dem Wunschdenken, dass ein Verstorbener/eine Verstorbene doch noch in einer eingeschränkter Form am Leben teilnimmt. Die Neugierde von Kindern der mittleren Kindheit an der Eigenschaft „Tod“ ist hoch und regt sie an, das Phänomen besser zu verstehen. Um ihre Kenntnisse und die Dimension des Todes zu begreifen und zu erweitern, spielen sie Tot-Sein oder Sterben. Durch das Spiel gelangen sie immer wieder an neue Erfahrungen, Fragen und Antworten und bekommen somit einen realistischen Zugang zur Todesthematik. Zwischen sieben und neun Jahren wird das Tot-Sein zunehmend detaillierter. Die Erkenntnisfortschritte zwischen dem siebten und neunten Lebensjahr des Kindes, führen zwar zu einem sachgerechteren jedoch nach wie vor unsicheren Todesverständnis (Franz, 2012, S. 82).

Kinder von zehn bis 14 Jahren kommen der Vorstellung des Todes nahe an die erwachsene Sichtweise. Die Einsicht in den Bedeutungsumfang des Todes kann erst in dieser Altersstufe erwartet werden, da im Alter von elf bis 14 Jahren Denkopoperationen unabhängig vom Gegenstand als abstraktes Denken möglich sind (Schwarz, 2003). Das emotionale Erleben und den zusammenhängenden Sachverhalt des Todes vergrößert sich nun zunehmend (Franz, 2012, S. 82). Todesfälle im engen Umfeld werden bewusst wahrgenommen und die Hintergründe werden vom Kind eruiert (ebd.). Begleitumstände und Eigenschaften des Todes stehen im Zentrum, das Verständnis für mögliche Todesursachen ist vorhanden (ebd.). Das Todeskonzept wird ergänzt mit Begriffen wie Krankheit, Medizin, Beerdigung und Tod in Folge von Gewalteinwirkung (ebd.).

## 12. Handlungsempfehlungen nach einem Eltersuizid

In der Literatur werden verschiedenste Handlungsempfehlungen festgehalten, die für das Kind nach einem Eltersuizid unterstützend sein können. Die nachfolgenden Empfehlungen begrenzen sich nicht auf den Kontext der Berufsbeistandschaft, sind jedoch für die nachfolgende empirische Datenerhebung<sup>21</sup> essentiell.

### 12.1. Über Suizid, Emotionen und Nachsterbewunsch sprechen

Die Autoren und Autorinnen der aktuellen Literatur sind sich einig: Innerhalb der hinterbliebenen Familie muss über den Suizid, die damit verbundenen Emotionen sowie über einen möglichen Nachsterbewunsch gesprochen werden. Paul (2014) betont, dass die meisten Kinder für den Suizid keine Sprache besitzen (S. 193). Sie müssen erst lernen, über den Suizid nachzudenken und zu sprechen (ebd.). Der hinterbliebene Elternteil besitzt die Möglichkeit, die Einstellung und Grundstimmung des Kindes zum verstorbenen Elternteil und dessen Todesart zu beeinflussen (ebd.). Wird innerhalb des zurückgebliebenen Familiensys-

---

<sup>21</sup> vgl. Teil F

tems nicht über den Suizid gesprochen, können Bemerkungen von Bekannten, Zeitungsausschnitten oder Zeilen aus sonstigen Medien, die oft abwertend und respektlos sind, die Einstellung des Kindes zum Suizid prägen (Paul, 2014, S. 193). Die Sprache sollte sachlich und kindesgerecht sein (ebd.). Je jünger das Kind ist, desto weniger Details gilt es gemäss Junker (2008) zu erzählen (S. 41). Beschönigende Metaphern sind zu vermeiden (Eckardt, 2013, S. 136). Gemäss Trickey (2014) sind erwachsene Bezugspersonen oft darüber besorgt, dass das Sprechen über den Suizid das Kind aufregen könnte und sich damit alles verschlimmern würde (S. 446). Das Kind bemerkt dies und wird sich denken, dass es auch nicht darüber sprechen wird, wenn es die Erwachsenen nicht tun (ebd.). So beginnt ein Kreislauf der Vermeidung (ebd.). Fachpersonen sind dazu angehalten, diesbezüglich ihre Unterstützung anzubieten (Paul, 2014, S. 193).

Erwachsene neigen oft dazu, die eigene Trauer vor den Kindern zu verstecken (Junker, 2008, S. 39). Aufgrund fehlender Bewältigungsstrategien und Vorerfahrungen ahmen Kinder häufig die Trauerreaktion der Erwachsenen nach (ebd.). Bei Vermeidung lernen sie, dass nicht geweint werden soll und die eigenen Emotionen zurück zu halten sind (ebd.). Weinen ist jedoch ein Ausdruck von Stärke (Rinder & Rauch, 2016, S. 89). Unterdrückte Emotionen können kaum verarbeitet werden und einen krankhaften Lauf nehmen (ebd.). Deswegen ist es für das Kind hilfreich, wenn die Bezugspersonen offen mit der eigenen Trauer umgehen (Junker, 2008, S. 39). Auch Eckardt (2013) ist der Überzeugung, dass der hinterbliebene Elternteil die eigene Trauer vor dem Kind nicht verstecken soll (S. 134). Das Kind beobachtet die Art der Trauerbewältigung und wird diese gegebenenfalls imitieren (ebd.). Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass das Kind nicht die Verantwortung über die Gefühle des hinterbliebenen Elternteils übernimmt (ebd.). Damit eine Strategie im künftigen Umgang mit entstandenen Ängsten erarbeitet werden kann, muss über diese Emotionen gesprochen werden (Paul, 2014, S. 195).

Auch Gefühle und Wünsche betreffend einem Nachsterbewunsch sollen ausgesprochen werden. Dem Kind soll jedoch verdeutlicht werden, dass dies kein Weg sein kann, um den Verstorbenen/die Verstorbene wieder zu sehen. An dieser Stelle sollen Wege gesucht werden, um sich weiterhin an den verstorbenen Menschen zu erinnern (Junker, 2008, S. 43).

## 12.2. Abschiednahme

Da bei einem Suizid die polizeilichen Ermittlungen abgewartet werden müssen, ist es möglich, dass sich dadurch die Abschiednahme verzögert (Paul, 2014, S. 192). Nur durch das Abschiednehmen können Kinder begreifen, dass die verstorbene Person tatsächlich tot ist und keine Verwechslung vorliegt (Junker, 2008, S. 36). Rinder und Rauch (2016) ergänzen,

wenn am offenen Sarg nicht Abschied genommen werden konnte, das Risiko besteht, dass Hinterbliebene zu einem späteren Zeitpunkt nicht glauben, dass der oder die Tote tatsächlich im Sarg lag oder ein schlechtes Gewissen entwickeln können, weil sie die Person nicht mehr sehen wollten (S. 49-51). Weiter fügen Rinder und Rauch (2016) an, dass der Abschied dabei hilft, das Trauma in Trauer umzuwandeln (ebd.). Hinterbliebene können dadurch aus der Schockphase<sup>22</sup> in einen aktiven Trauerprozess<sup>23</sup> wechseln (ebd.). Bei Suizidtoten wird der Abschied am Sarg durch verschiedene Menschen (Einsatzkräfte, Bestatter, Ärzte) den Hinterbliebenen oft ausgedrückt (ebd.). Die Furcht, die verstorbene Person könnte einen schrecklichen Anblick bieten, steht im Raum (ebd.). Damit Hinterbliebene durch den Anblick der verstorbenen Person nicht weiter traumatisiert werden, ist eine entsprechende Aufbahrung der verstorbenen Person, die einen „guten“ Anblick bietet, durch das Bestattungsunternehmen vorzunehmen (ebd.).

Junker (2008) ist der Ansicht, dass Kinder in die Vorbereitungen der Beerdigung miteinbezogen werden sollen (S. 36-37). Diese Meinung wird auch von Paul (2014) und Eckardt (2013) geteilt, wobei Eckardt (2013) betont, dass der Kindeswille vorhanden sein muss (S. 136). Als kreative Beispiele hierfür werden die Mithilfe beim Aussuchen der Blumen oder Fotos, das Verfassen eines Briefes, der dem Sarg oder Grabstein beigelegt wird (Junker, 2008, S. 37), sowie eine individuelle Sargbemalung (Paul, 2014, S. 192) genannt. Zu beachten ist, dass der Beerdigungsablauf dem Kind im Voraus bekannt gemacht wird (Junker, 2008, S. 37). Ebenso soll es in Kenntnis gesetzt werden, dass heftige Trauerreaktionen von anderen Betroffenen vorkommen können (ebd.). Während der Bestattung soll das Kind nie allein gelassen werden und den Ort jederzeit verlassen dürfen (ebd.). Eckardt (2013) fügt an, dass ein Blick auf den Leichnam, eine Grabbeigabe sowie die Teilnahme an der Beerdigung die Abschiednahme durchaus unterstützen können (S. 136).

### 12.3. Umgang mit Schuldgefühlen

Erst wenn die Schuldfrage unbeantwortet bleibt, kann der Tod als solcher angenommen werden (Rinder & Rauch, 2016, S. 103). In der ersten Zeit nach dem Suizid sind Schuldgefühle normal (ebd., S. 125). Viele Suizide sind von einer langen Vorgeschichte geprägt, bspw. von unheilbar physischen oder schweren psychischen Krankheiten (ebd., S. 135). Diese Vorgeschichte kann die Akzeptanz des Suizides für Hinterbliebene sowie den Umgang mit der Schuldfrage erleichtern (ebd.). Suizid als Folge einer Sucht oder einer psychischen Krankheit sind Beispiele für überzeugende Erklärungsmodelle, um die Selbstbeschuldigungen des Kindes zu minimieren (Paul, 2014, S. 194).

---

<sup>22</sup> vgl. Kapitel 5.2.

<sup>23</sup> vgl. Kapitel 10.2.

#### 12.4. Umgang mit Erinnerungen an die verstorbene Person

Die Erinnerungen an die verstorbene Person sollen aufrecht erhalten bleiben, indem über sie gesprochen wird (Junker, 2008, S. 44). Falls das Kind es wünscht, können ihm Fotos oder Gegenstände der verstorbenen Person gegeben werden (ebd.). Es kann sein, dass das Kind anfänglich möchte, dass der Tisch für die verstorbene Person gedeckt wird oder deren Stuhl anfänglich nicht benutzt wird (ebd.). Dies ist in Ordnung, sollte jedoch nicht zu einem dauerhaften Zufluchtsort werden (ebd.). Eckardt (2013) ergänzt, dass nicht das Vergessen dazu führt, dass der Trauerschmerz gelindert werden kann - sondern die Erinnerungen (S. 135).

## 13. Das Experteninterview

In der Sozialforschung gehören Experteninterviews zur häufigsten qualitativen Untersuchungsmethode (Alexander Bogner & Wolfgang Menz, 2002, S. 7), um besondere Wissensbestände zu rekonstruieren (Michaela Pfadenhauer, 2002, S. 113). Sie eignen sich insbesondere für Tabuthemen, bei denen der Zugang zum sozialen Feld unmöglich oder schwierig ist (Bogner & Menz, 2002, S. 7). Durch die Interviews wird Wissen aus einem spezifischen Fachbereich erhoben (ebd.). Als Experte oder Expertin wird eine Person bezeichnet, die einen Zugang zu Entscheidungsprozessen oder Personengruppen hat (Michael Meuser & Ulrike Nagel, 1991, S. 73). Ein Experte oder eine Expertin verfügt über ein umfassendes Wissen betreffend der Erkenntnis und Begründung von Problemursachen und Problemlösungsprinzipien (Pfadenhauer, 2002, S. 115). Bei diesem Wissen handelt es sich um Informationszugänge, die nicht für jede/jeden empfänglich sind (ebd.).

### 13.1. Interviewvorbereitung

Damit das Interview auf Augenhöhe mit dem Experten/der Expertin stattfindet, ist eine Interviewvorbereitung unumgänglich. Dazu gehört, dass sich der Interviewer/die Interviewerin ein grundlegendes Verständnis für den Sachverhalt aneignet und sich mit den Fachbegriffen der jeweiligen Profession auseinandersetzt. Durch das vorgängige Erhalten von Informationen kann sich die Gesprächssituation ähnlich wie unter Experten/Expertinnen gestalten. Die Informationen sind demnach nicht auf ein Laienpublikum gerichtet (Pfadenhauer, 2002, S. 117-120).

#### 13.1.1. Erstellen eines Leitfadens

Explorative Experteninterviews zeichnen sich durch ihre offene Führung aus. Ein Leitfaden sollte dennoch im Voraus erstellt werden, um die zentralen Themen festzuhalten. Das systematisierende Experteninterview basiert auf Handlungs- und Erfahrungswissen aus der Praxis. Durch spezifische Fragestellungen können lückenlose und systematische Informationen gewonnen werden. Der Experte oder die Expertin wird als Ratgeber oder Ratgeberin gesehen und erläutert aus seiner bzw. ihrer fachspezifischen Sicht die Thematik. Hierbei wird ein detaillierter Leitfaden im Voraus erstellt (Bogner & Menz, 2001, S. 37-38).

Der Leitfaden dient dazu, um die Vergleichbarkeit der verschiedenen Interviews zu gewährleisten (Meuser & Nagel, 1991, S. 81).

## 13.2. Ziele und Formen des Experteninterviews

Mit unterschiedlicher Zielsetzung können verschiedene Experteninterviews eingesetzt werden (Uwe Flick, 2012, S. 216). Bogner und Menz (2002) schlagen drei Typologien vor (S. 37):

- 1) Das Experteninterview als Explorationsmöglichkeit und zur Orientierung in einem neuen Feld, um das Untersuchungsfeld thematisch zu strukturieren und Hypothesen zu generieren.
- 2) Das systematisierende Experteninterview kann verwendet werden, um Kontextinformationen zu gewinnen.
- 3) Experteninterviews, die zur Theoriegenerierung verwendet werden und darauf abzielen, aus der Rekonstruktion des Wissens von verschiedenen Experten eine Theorie oder Typologie zum untersuchten Gegenstandsbereich zu entwickeln.

## 13.3. Auswertung des Experteninterviews

Damit Experteninterviews ausgewertet werden können, bedarf es verschiedener Schritte: Transkription, Paraphrasieren und Theoretisches Kodieren.

### *13.3.1. Transkription*

Die Tonaufnahmen der Experteninterviews werden in einem ersten Schritt wörtlich transkribiert. Die paraverbale als auch nonverbale Kommunikation sowie Pausen sind nicht Inhalt der Transkription. Inhalte, die nichts mit dem eigentlichen Forschungsgegenstand zu tun haben, können weggelassen werden, sofern es sich nicht um einen gelungenen Diskursverlauf handelt (Meuser & Nagel, 1991, S. 83).

### *13.3.2. Paraphrasieren*

In einem nächsten Schritt wird das Interview bzw. die Transkription paraphrasiert. Die Paraphrase gibt den Inhalt des Gesprochenen des Experten/der Expertin im Rahmen der Interviewchronologie wortgetreu wieder. Durch das Paraphrasieren soll verhindert werden, dass Inhalte durch ein vorzeitiges Themenraffen oder Klassifizieren verschenkt oder verzerrt werden (Meuser & Nagel, 1991, S. 83-84).

### *13.3.3. Theoretisches Kodieren*

Die Paraphrasen werden nun in einem weiteren Schritt mit Codes versehen. Abhängig von den jeweils angesprochenen Themen kann eine paraphrasierte Passage durchaus mehreren Codes zugeordnet werden. Paraphrasen, die sich mit demselben Thema befassen, werden mit demselben Code versehen. Das Theoretische Kodieren dient dazu, die verschiedenen Interviews miteinander zu vergleichen (Meuser & Nagel, 1991, S. 85-86).



Gemäss Anselm Strauss (1991) liegt der Kern des empirischen Vorgehens in der Interpretation der Daten (zit. in Flick, 2012, S. 387). Diese dient der Theorieentwicklung und hilft gleichzeitig der Entscheidung, welche Daten zusätzlich erhoben werden sollen (ebd.). Das Interpretieren von Texten kann zwei unterschiedliche Ziele verfolgen (ebd.):

- 1) Das Aufzeigen/die Kontextualisierung der Aussagen hat das Ziel, das Textmaterial zu vermehren, indem aus dem Ursprungstext Interpretationen erarbeitet werden.
- 2) Durch Zusammenfassungen/Kategorisierungen wird der Ursprungstext reduziert.

Beide Vorgehensweisen können alternierend oder nacheinander verwendet werden (Flick, 2012, S. 387). Das Theoretische Kodieren wurde zur Datenanalyse, aus welchen eine gegenstands begründete Theorie fliesst, entwickelt (ebd.). Das von Strauss (1991) ergründete Verfahren lässt die Interpretation der Daten nicht unabhängig von der Datenerhebung betrachten (zit. in Flick, 2012, S. 387), sondern gibt Auskunft, welche Daten in die Analyse einfließen werden (Flick, 2012, S. 387). Dieser Interpretationszugang lässt sich dabei in drei verschiedene Verfahren (siehe Abbildung 6) unterscheiden (ebd.). Dabei gilt es zu beachten, dass die verschiedenen Kodierungsarten nicht als klar voneinander getrennte Vorgehensweisen oder zeitlich separierte Phasen zu verstehen sind (ebd.), sondern lediglich unterschiedliche Möglichkeiten darstellen, inwiefern mit dem textuellen Material umzugehen ist (ebd., S. 388). Der Interpretationsprozess beginnt in der Regel mit dem Offenen Kodieren, während gegen Ende des Analyseprozesses das Selektive Kodieren in den Vordergrund rückt (ebd.). Das Kodieren wird dabei als Vorgehensweisen verstanden, durch die Daten aufgebrochen und neu zusammengesetzt werden (ebd.). Dabei werden dem empirischen Material Codes zugeordnet, die zunächst nahe am Text und später immer abstrakter formuliert sind (ebd.). Die Kategorisierung beinhaltet demnach das Zusammenfassen von Begriffen und Oberbegriffen bzw. Kategorien und Oberkategorien (ebd.). Während des ganzen Prozesses fließen Impressionen, Assoziationen und Fragen in die Kodenotizen mit ein (ebd.).

#### Offenes Kodieren

Das Offene Kodieren trägt zum Ziel, Daten in Begriffe zu fassen (Flick, 2012, S. 388). Zu diesem Zweck werden die Daten zunächst auseinandergenommen und Aussagen werden in Sinneinheiten eingeteilt, um sie mit Codes zu versehen (ebd.). Dieses Verfahren dient dazu, ein tieferes Verständnis für den Text zu entwickeln (ebd.). Dabei können hunderte von Codes entstehen, welche im nächsten Schritt der jeweiligen Fragestellung zugeordnet werden (Strauss, 1991; zit. in Flick, 2012, S. 391). Die entstandenen Kategorien werden wieder mit Codes versehen, die nun jedoch abstrakter sind als im ersten Schritt (ebd.). Die vergebenen Codes sollen den Inhalt einigermaßen treffend wiedergeben und Erinnerungshilfen schaffen (ebd.). Für die Benennung von Codes kön-

nen Aussagen der Interviewpartner/Interviewpartnerinnen übernommen werden (Strauss, 1991; zit. in Flick, 2012, S. 391). Das Offene Kodieren lässt sich unterschiedlich ausführlich anwenden. Der Text kann sowohl Zeile für Zeile, satz- oder abschnittsweise kodiert werden (ebd.). Ziel des Offenen Kodierens ist es, einen Text aufzubrechen, zu verstehen und Kategorien zu vergeben, die eine Ordnung ergeben (ebd.).

#### Axiales Kodieren

Das Axiale Kodieren dient dazu, die Kategorien, die im offenen Kodieren entstanden sind, zu verfeinern und zu differenzieren. Dabei werden aus den Kategorien, in welche die Codes eingeordnet wurden, diejenigen ausgewählt, deren Ausarbeitung vielversprechend erscheint. Die Achselkategorien werden mit Textstellen versehen, die passend sind. Schliesslich werden die Beziehungen zwischen den Kategorien und deren Unterkategorien verdeutlicht (Flick, 2012, S. 393).

#### Selektives Kodieren

Das Selektive Kodieren setzt das Axiale Kodieren auf einem höherem Abstraktionsniveau fort. Ziel des Selektiven Kodierens ist die Herausarbeitung der Kernkategorien, um welche sich andere Kategorien gruppieren lassen. Zu beachten gilt es, die Kernkategorien möglichst kurz zu formulieren, da sie nur einen Überblick über die Inhalte des Textes liefern sollen. Die in Textform vorhandenen Daten sind somit ausgewertet, sodass eine Theorie ausformuliert werden kann (Flick, 2012, S. 396-397).

*Abbildung 6: Kodierungsarten (eigene Darstellung)*

Bei der Auswertung von Experteninterviews wird festgehalten, welche Wissensbestände der Experten/Expertinnen identisch sind. Durch die interpretative Auswertungsstrategie werden Gemeinsamkeiten, Deutungsmuster, Wirklichkeitskonstruktionen und Interpretationen herausgearbeitet. Durch typische Äusserungen können Unterschiede und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Experten/Expertinnen festgestellt werden. Die Auswertung orientiert sich dabei an themenbezogenen Einheiten, die sich über die gesamten Textpassagen verteilen. Das Expertenwissen/Expertinnenwissen wird dem jeweiligen institutionell-organisatorischen Kontext zugeschrieben, weswegen die Funktion des Kontextes an Gewicht erhält (Meuser & Nagel, 1991, S. 80-82).

Gemäss Siegfried Lamnek (2005) soll die Interviewauswertung anhand der Einzelanalyse und der generalisierenden Analyse stattfinden (zit. in Udo Kuckartz, 2016, S. 23). Die Einzelanalyse dient dazu, die zentralen Textpassagen und die Besonderheiten der jeweiligen Interviews hervorzuheben (ebd.). Die generalisierende Interviewanalyse gibt Unterschiede und Gemeinsamkeiten sämtlicher Experteninterviews wieder (ebd., S. 24).

## 14. Methodisches Vorgehen

Da es sich beim Suizid gemäss Rinder und Rauch (2016) um ein gesellschaftliches Tabuthema handelt (S. 29), entschieden sich die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit für die Anwendung des im Kapitel 13 beschriebenen Experteninterviews. Das methodische Vorgehen lässt sich in insgesamt vier verschiedene Phasen unterteilen, welche nachfolgend erläutert werden.

### 14.1. Auswahlphase: Sampling

Das Grundprinzip von theoretischen Samplings liegt in der Auswahl von Fällen oder Fallgruppen nach konkret-inhaltlichen statt abstrakt-methodischen Kriterien. Es wird beim Sampling nach deren Relevanz und nicht nach deren Repräsentativität gesucht (Flick, 2012, S. 163).

Bei einem „Eltersuizid“ handelt es sich um ein traumatisches Erlebnis.<sup>24</sup> Damit kann die Gefahr des Wiedererlebens des Traumas (Trigger) durch explizite Fragestellungen bestehen. Deswegen wurde in dieser Bachelorarbeit von einer Konfrontation mit den betroffenen Kindern abgesehen. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Handlungsempfehlungen nach einem Eltersuizid im Kontext der Berufsbeistandschaft. Aufgrund der Gegebenheit, dass eine Autorin dieser Bachelorarbeit während des Praktikums bei der Berufsbeistandschaft die Situation eines Eltersuizids eines Kindes miterlebte, stellte sich die damals zuständige Berufsbeiständin für ein Experteninterview zur Verfügung. Da die Berufsbeistandschaft im Rahmen ihrer Tätigkeit an die Verschwiegenheitspflicht gemäss Art. 451 ZGB sowie an den Datenschutz gemäss Art. 1ff. DSGVO gebunden ist, erschwerte dies die Möglichkeit weiterer Experteninterviews innerhalb derselben Profession. Die Soziale Arbeit erarbeitet gemäss AvenirSocial (2010) Lösungen von komplexen Problemen interdisziplinär (S. 13), weswegen das Sampling der Experteninterviews auf die Professionen der Suizidforschung, Kinderpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychologie/Familiengericht sowie Trauercoaching erweitert wurde. Aus dem oben genannten Praktikum konnte auch auf den bereits vorhandenen Kontakt des Trauercoaching zurückgegriffen werden. Die andere Autorin dieser Arbeit war während des Studiums ebenfalls im Bereich des Kindes- und Erwachsenenschutzes tätig. Daraus liess sich der Kontakt zum Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychologie/Familiengericht herleiten. Aus dieser Konnexion entstand eine Verbindung zur Suizidforschung und weiter zur Kinderpsychiatrie. Die potenziellen Interviewpartner/Interviewpartnerinnen wurden persönlich, telefonisch oder schriftlich um einen Interviewtermin gebeten. Um das Expertenwissen/Expertinnenwissen bestmöglich zu gewährleisten und dieses nicht mit dem bereits angeeigneten Fachwissen der Autorinnen zu beeinflussen, wurden die jeweiligen Exper-

---

<sup>24</sup> vgl. Kapitel 9

ten/Expertinnen lediglich mit wenigen Anhaltspunkten über den Interviewinhalt orientiert. Die Fragestellungen waren ihnen im Vorfeld deswegen unbekannt.

Ebenfalls aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden sämtliche Namen und die damit verbundenen Angaben der Experten/Expertinnen bei der Transkription anonymisiert. Die nachfolgende Abbildung 7 zeigt das Sampling der Experteninterviews auf:

Berufsbeistandschaft/Sozialarbeit	JP
Suizidforschung	KM
Kinder- und Jugendpsychologie/Familiengericht	LS
Trauercoaching	DT
Kinderpsychiatrie	SK

*Abbildung 7: Sampling Experteninterviews (eigene Darstellung)*

## 14.2. Vorbereitungsphase: Wissen aneignen & Leitfaden erstellen

Während der Vorbereitungsphase eigneten sich die Autorinnen fachspezifisches Wissen aus den Bereichen der Bindungstheorie, Suizid-, Trauma- und Trauerforschung sowie zum Todeskonzept an. Daraus liess sich ein Leitfaden, bestehend aus den beiden Forschungsfragen und untergeordneten Fragestellungen, für die Experteninterviews erstellen. Vorgängig festgehaltene Überlegungen zur Einleitung sowie Handlungsempfehlungen während der Durchführung dienten dazu, dass die Voraussetzungen für sämtliche Interviewpartner/Interviewpartnerinnen identisch waren. Nachfolgend wird auf diese drei Punkte Bezug genommen:

Handlungsempfehlungen für die Experteninterviews:

- Möglichst wenig Regung und Gefühle zeigen
- Nicht zu schnell verstehen
- Offene Fragen stellen

Einleitung:

- Das Aufnahmegerät dient lediglich zur Transkription
- Auf Anonymität des Interviews hinweisen
- Keine vertraute Erzählungen bei bereits bekannten Geschichten
- Bachelorthema eingrenzen: Suizid eines Elternteils, Alterseingrenzung des hinterbliebenen Kindes, bereits eine Beistandschaft vorhanden

## Leitfaden:

- Welches sind die möglichen Folgen für hinterbliebene Kinder, sofern bei einem Eltersuizid durch die Berufsbeistandschaft nicht situationsgerecht gehandelt wird?
  - Fragen nach der Normalität:
    - Wie trauern Kinder (von acht bis zwölf Jahren)?
    - Welche Gefühle kann ein Tod eines Elternteils bei einem Kind auslösen?
  - Weshalb muss insbesondere bei Kindern eine adäquate Unterstützung durch die Berufsbeistandschaft in der Trauerbewältigung stattfinden?
  - Inwiefern kann ein Eltersuizid den Entwicklungsprozess eines Kindes beeinflussen?
  - Wie äussert sich die Symptomatik, wenn Kinder ihre Trauer nicht bewältigen können?
  - Weshalb ist eine adäquate Trauerbewältigung wichtig?
- Welches sind die adäquaten Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern im Falle eines Eltersuizids?
  - Wie soll die Berufsbeistandschaft im Falle eines Eltersuizids vorgehen?
    - Welches sind die ersten Handlungsschritte?
  - Muss die Berufsbeistandschaft in jedem Fall handeln? Warum?
  - Wann ist eine Therapie angezeigt? Wann ist eine Trauerbegleitung angezeigt?
  - Inwiefern können Kinder als Experten ihrer selbst angeschaut werden, was den Trauerprozess/die Traumabewältigung anbelangt?
  - Wie kommen die Kinder zum Experten/zur Expertin?
  - Wie gestaltet sich eine adäquate Trauerarbeit/Therapie bei Kindern? Wo liegen die Herausforderungen?
  - Inwiefern soll das Umfeld in die Therapie/Trauerarbeit einbezogen werden?
  - Welche Handlungen bedarf es besonders, um bei einem Eltersuizid die resilierten Faktoren des Kindes zu stärken?
    - Welche Faktoren/Handlungen begünstigen eine erfolgreiche Traumabewältigung bzw. die Copingmechanismen?
  - In der Literatur wird des Öfteren erwähnt, es soll eine altersgerechte Kommunikation zum Kind stattfinden. Inwiefern lassen sich Fragen zum Thema Tod/Suizid altersgerecht beantworten?
  - Welche Handlungsempfehlungen bieten sich der Berufsbeistandschaft hinsichtlich des sozialen Umfeldes an?

- Welche Handlungen sind durch die Berufsbeistandschaft zu unterlassen, damit es nicht zu einer Retraumatisierung kommt?

### 14.3. Durchführungsphase

Bei den Experteninterviews waren jeweils beide Autorinnen anwesend. Diese dauerten je ungefähr eine Stunde. Einigen Experten/Expertinnen war der Begriff der Berufsbeistandschaft nicht klar, weswegen an dieser Stelle Erklärungen folgen mussten. Es wurde jedoch festgestellt, dass - abgesehen bei KM - der ehemalige Begriff der Amtsvormundschaft in Verbindung mit dem neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht den Auftrag bzw. die Rolle der Berufsbeistandschaft unmittelbar klären konnte.

Als weitere Herausforderung stellte sich das Nichterscheinen eines Experten und einer Expertin dar. Bei KM schlug der erste Interviewtermin fehl, weil ihm der Termin entfiel. Für eine telefonische Nachfrage war KM an diesem Tag nicht weiter erreichbar. Dennoch konnte das Interview zu einem späteren Datum nachgeholt werden. Auch JP vergass den vereinbarten Interviewtermin, konnte jedoch telefonisch erreicht werden, sodass sie sich am selben Tag zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung stellen konnte.

Während der Durchführungsphase wurde darauf geachtet, dass die Experteninterviews innerhalb eines ungestörten Settings durchgeführt werden konnten.

Durch die Interviewvorbereitung konnten spezifische Informationen erarbeitet werden. Der Leitfaden diente hauptsächlich als Unterstützung, um von den zentralen Themen nicht abzuweichen. Somit konnte eine offene Interviewführung gestützt auf spezifische Fragestellungen stattfinden. Gemäss Kapitel 13.2. handelte es sich dabei um eine Mischform von explorativen, systematisierenden sowie theoriegenerierenden Experteninterviews.

### 14.4. Auswertungsphase

Die Auswertungsphase der Experteninterviews beruhte auf drei verschiedenen Schritten: Transkription, Kodieren sowie Einzelanalyse/generalisierende Analyse.

#### 14.4.1. Transkription

Sämtliche Experteninterviews wurden mit Hilfe der Tonbandaufnahmen durch die Autorinnen wörtlich transkribiert.

#### 14.4.2. Kodieren

Da beide Autorinnen bei sämtlichen Experteninterviews anwesend waren und die Transkription zeitnah an das jeweilige Interview erfolgte, wurde der im Kapitel 13.3.2. beschriebene Schritt des Paraphrasierens weggelassen.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Dieser Schritt erfolgte in Absprache mit dem zuständigen Dozenten aus dem Fachpoolgespräch.

Die Kodierung erfolgte anhand den in Kapitel 13.3.3. beschriebenen Abläufen. Zunächst wurden sämtliche Textpassagen mit einem Offenen Kode versehen. Es war möglich, dass ganze Abschnitte einem Offenen Kode zugeordnet werden - teilweise aber auch nur einzelne Textpassagen. Die Bezeichnung der Kodes wurde dabei möglichst nahe am Textinhalt gewählt. Beispiele hierfür sind: „über Trauer sprechen“, „Bedürfnisse Kind abklären“, „Beziehungsabbrüche vermeiden“ sowie „Schuldfrage“. Ähnliche Textpassagen sämtlicher Interviews wurden jeweils mit dem gleichen Kode versehen. In einem zweiten Schritt, dem Axialen Kodieren, wurden die verschiedenen Kodes insgesamt 18 verschiedenen Kategorien zugeteilt. Als Beispiel beinhaltet die zehnte Kategorie Kodes, die sich der Methodik im Falle eines Eltersuizids zuteilen liessen. Sämtliche Kodes zur Therapie geben den Inhalt in der zwölften Kategorie wieder und jene der Trauerarbeit der 13. Kategorie. Basierend auf den Forschungsfragen<sup>26</sup> liessen sich zwei Kernkategorien, gemäss dem Selektiven Kodieren, bilden: „Mögliche Folgen auf das hinterbliebene Kind bei Eltersuizid, sofern die Berufsbeistandschaft nicht adäquat handelt“ und „Mögliche Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern nach einem Eltersuizid“. Mit diesem Schritt mutierten die Kategorien vom zweiten Schritt zu Unterkategorien. Sämtliche Kategorien und Kodes wurden in einer Tabelle<sup>27</sup> festgehalten, deren Visualisierung sich sowohl bei der Einzelanalyse als auch bei der generalisierenden Analyse der Experteninterviews als hilfreich erwies.

#### *14.4.3. Einzelanalyse und generalisierende Analyse der Experteninterviews*

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurden in den Kapiteln 15 und 16 die Experteninterviews anhand einer Einzelanalyse sowie einer generalisierenden Analyse ausgewertet. Zentrale Textpassagen und Besonderheiten der jeweiligen Interviews konnten in der Einzelanalyse generiert werden. Durch den in der Vorbereitungsphase erstellten Leitfaden war es möglich, die Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Professionen in der generalisierenden Analyse zu gewährleisten. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Experteninterviews ausschliesslich Gemeinsamkeiten aufweisen und sich keine Unterschiede festhalten lassen.

---

<sup>26</sup> vgl. Kapitel 3

<sup>27</sup> Die vollständige Tabelle ist dem Anhang zu entnehmen.

## 15. Einzelanalyse der Experteninterviews

Nachfolgend werden die Experteninterviews einzeln analysiert und die wichtigsten Erkenntnisse festgehalten. Zu Beginn der jeweiligen Interviews wird der Kontext, in welchem der Experte/die Expertin tätig ist, erläutert. Die Analyse beruht auf den in Kapitel 3 festgelegten Forschungsfragen:

1. Welches sind die möglichen Folgen für hinterbliebene Kinder, sofern bei einem Eltersuizid durch die Berufsbeistandschaft nicht situationsgerecht gehandelt wird?
2. Welches sind die adäquaten Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern im Falle eines Eltersuizids?

### 15.1. Experteninterview: Berufsbeistandschaft

Der Schwerpunkt dieses Experteninterviews mit der Berufsbeiständin, nachfolgend „JP“ genannt, lag bei einem konkreten Kindesschutzmandat namens „A.“ Zum besseren Verständnis wird an dieser Stelle der Fallbescheid in einer Kurzversion wiedergegeben.

JP ist seit einigen Jahren Berufsbeiständin und erlebte im Frühling 2016 in einem Kindesschutzmandat einen Eltersuizid. Das Kind war damals neun Jahre alt. Die Eltern lebten seit Jahren getrennt, waren jedoch zum besagten Zeitpunkt nicht geschieden. Die elterliche Sorge stand beiden Elternteilen zu. Aufgrund komplexer psychischer Probleme der Mutter konnte das Kindeswohl nicht länger sichergestellt werden, weswegen eine vormundschaftliche Massnahme errichtet und das Kind in eine Pflegefamilie fremdplatziert wurde. Nach einiger Zeit stabilisierte sich die psychische Gesundheit der Mutter. Sie nahm die ambulante Psychotherapie regelmässig wahr und erfüllte sämtliche Auflagen, weswegen das Kind rückplatziert und die vormundschaftliche Massnahme nach dem neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht in eine Beistandschaft nach Art. 308 Abs. 1 und 2 umgewandelt wurde. Mit dem Umzug der Mutter und A. änderte sich der Unterstützungswohnsitz und JP wurde per 2015 als Beiständin für das Kind eingesetzt. Ein Jahr später brachte sich dessen Mutter um. Zum Zeitpunkt des elterlichen Suizides befand sich das Kind auf dem Heimweg von der Schule.

Aus dem Experteninterview mit JP liessen sich hindernde Faktoren für das Handeln der Berufsbeistandschaft erkennen, welche weder der ersten noch der zweiten Forschungsfrage zugeordnet werden können. Sie sind jedoch für deren Beantwortung in diesem Experten-



terview relevant. Einerseits nannte JP die elterliche Sorge, die nun nach der Selbsttötung der Mutter alleinig dem Vater von A. zustand (Z. 381-391). Dieser war sich seiner Rechte bewusst und konnte sämtliche Entscheidungen selbstständig fällen, weil die Massnahme lediglich aufgrund der Erziehungsunfähigkeit der Mutter basierte (ebd.). Demnach war er auch im Besitz über das Aufenthaltsbestimmungsrecht und konnte entscheiden, wo A. fortan wohnen wird (ebd.). Rechtlich gesehen konnte JP die Situation, dass A. zum Vater umziehen muss, ohne dessen Erziehungsfähigkeit zu prüfen, nachvollziehen (Z. 404-409). Sie hielt jedoch grundsätzlich eine andere Haltung inne:

*JP: (. . .) Die grösste Herausforderung ist sicher, (. . .) das man mehr auf das Gesetz schaute, als auf das Kindeswohl. Weil hier merke ich, dass ich jetzt hier eine andere Haltung habe. Die habe ich wirklich. Ich finde einfach, das Kindeswohl ist zu wahren und höher zu stellen als der Wille der Eltern und die Gesetze (. . .) (Z. 607-611)*

JP wollte die Bedürfnisse von A. bei einer Kinderpsychologin abklären lassen. Sie sorgte sich, dass A. eine Störung entwickeln könnte, da sie von aussen beobachtbar kaum trauern konnte (Z. 90). Eine weitere Herausforderung stellte sich darin, dass mit dem Tod der Mutter nun auch die Beiständin als Auftraggeberin für die Kinderpsychologie wegfiel und der Vater sich weigerte, einen Auftrag zu erteilen (Z. 484-486). Hinsichtlich den Finanzen hielt JP im Experteninterview die Problematik der Kostenübernahme fest (Z. 653-663). Gerne wollte sie A. an eine Fachperson zur Bearbeitung der Trauer übermitteln. Diese sind jedoch nicht Krankenkassenanerkannt, weswegen sich in diesem Fall eine Finanzierung als schwierig erachtete (ebd.).

#### Mögliche Folgen für hinterbliebene Kinder, sofern seitens der Berufsbeistandschaft nicht situationsgerecht gehandelt wird:

##### *15.1.1. Entwicklungsstörungen, Depressionen, geringes Selbstbewusstsein*

Im nachfolgenden Ausschnitt aus dem Interview wird nicht nur die Entwicklung einer ängstlichen Persönlichkeit des Kindes, sondern auch ein geringes Durchsetzungsvermögen thematisiert. Dies aufgrund dessen, weil die Berufsbeiständin aufgrund der gesetzlichen Gegebenheiten nicht situationsadäquat handeln konnte:

*JP: (. . .) Sie wird eine ängstliche Persönlichkeit entwickeln. (. . .) in der Entwicklung wird irgendetwas nicht ganz so gut kommen. Ich denke schon, dass sie irgendeine Störung. (. . .) eine grosse Unsicherheit, ganz, ganz gross. Und sie wird sich dann auch nicht behaupten können, sie wird sich nicht durchsetzen können (. . .) (Z. 560-565).*

Mit der Veränderung des persönlichen Umfeldes von A. gab JP auch die Befürchtung einer möglichen Depression an (Z. 398-399).

### Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern im Falle eines Eltersuizids:

#### *15.1.2. Die Bedürfnisse des Kindes abklären*

Bei der Auswertung des Experteninterviews konnte festgestellt werden, dass JP den Fokus darauf setzte, die Bedürfnisse des Kindes abzuklären. Bereits zum Zeitpunkt als sie telefonisch über den Todesfall informiert wurde, stellte sie das Kind und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt:

*JP: (. . .) Meine Sorge war natürlich bei A. von Anfang an. Ich habe gedacht 'nein, das arme Kind, wo ist es? Was macht es? Wie geht es ihm überhaupt?' (. . .) (Z. 26-28)*

*JP: (. . .) was braucht es effektiv, was braucht A., was braucht.. was tun wir nun organisieren? Wie geht es weiter?' Gut, also ich konnte nicht am ersten Tag anfangen mit organisieren, aber es war mir bewusst, dass auf jeden Fall, (. . .) dass man gut hinschaut und ja, dass man hinschaut, was A. braucht im Moment (. . .) (Z. 59-63)*

Nach dem Suizid nahm die Pflegefamilie A. zu sich auf. Einige Tage danach kontaktierte JP A. erstmals, holte sie von der Schule ab und fuhr sie zu den Pflegeeltern nach Hause. Das Kind und seine Bedürfnisse sollten bei dieser Heimfahrt im Vordergrund stehen, doch A. konnte sich dazu nicht äussern. Deswegen war eine Abklärung der Bedürfnisse unmöglich:

*JP: (. . .) Es war für mich schwierig, eben, weil ich nicht wusste, was sie braucht, sie konnte überhaupt nicht sprechen, ich habe nicht gewusst, was braucht sie in diesem Moment von mir oder was braucht sie überhaupt nicht (. . .) (Z. 114-117)*

JP war sich dieser Schwierigkeit bewusst. Deswegen bezog sie die Pflegemutter, zu der A. ein enges Verhältnis hatte, bewusst ein:

*JP: (. . .) dass das jetzt eine Person ist, eine Frau [die Pflegemutter], die A. wirklich ins Zentrum stellt. Und im Prinzip hat sich die Familie dann um ihre Bedürfnisse gekümmert. Und A. war wirklich im Zentrum, das hat man schnell gemerkt. Ich hatte dann ganz viel Kontakt mit der Pflegemutter (. . .) (Z. 135-138)*

Einige Zeit später organisierte JP ein Gespräch mit dem Vater, dessen Lebensabschnittspartnerin und den Pflegeeltern. Bei dieser Konversation stellte JP das Kind und seine Bedürfnisse erneut in den Mittelpunkt:

*JP: Das Thema vom Gespräch war 'Was braucht A.? Wie geht es A. jetzt? Was braucht sie? Wo soll sie wohnen? Wo soll sie leben? Was wäre das Beste für sie?' (Z. 379-381)*

### *15.1.3. Aufgaben- und Rollenklarheit*

Während des Interviews erwähnte JP mehrmals, dass sie sich stets ins Bewusstsein rufen musste, welche Rolle sie als Beiständin in diesem Kindesschutzmandat inne hatte. Als sie die Todesnachricht erhielt, musste JP ihre Gedanken und sämtliche Informationen erst einmal ordnen, damit sie ihre Rolle als Beiständin wieder einnehmen (Z. 49-59) und sich den daraus entstandenen Aufgaben widmen konnte:

*JP: (. . .) und erst als es ein bisschen ruhiger wurde, merkte ich wirklich, dass ich jetzt erst mal diese Informationen für mich sortieren muss und überlegen, was denn wirklich meine Aufgabe ist (. . .) (Z. 69-71)*

JP war sich auch bewusst, welche Rolle die Pflegemutter in diesem Fall einnahm und welche Aufgaben sie ihr überlassen konnte. Sie war der Überzeugung, dass sich die Pflegemutter besser dafür eignete, um A. zur Aufbahrung und Abschiednahme der verstorbenen Mutter zu begleiten. Dies erläuterte sie im Interview wie folgt:

*JP: (. . .) Also da war ich nicht dabei gewesen, da nehme ich mich wirklich auch „use“ [herausnehmen], weil bewusst.. da weiss ich, es gibt Sachen, da muss ich nicht dabei sein, wenn ich weiss, dass die Kinder gut betreut und begleitet werden, dann kann ich das sehr gut abgeben. Das würde ich mir auch nicht unbedingt.. als Person nicht unbedingt zumuten.. zutrauen.. ein Kind auf diesem Weg zu begleiten (. . .) (Z. 163-168)*

Auch konnte JP die Gespräche mit A. hinsichtlich Teilnahme und Gestaltung der Beerdigung der Pflegemutter überlassen:

*JP: (. . .) Ich weiss auf jeden Fall, dass A. gefragt wurde, weil man mit ihr dort spricht. Darum musste ich das auch nicht übernehmen (. . .) (Z. 293-294)*

Gegenüber anderen Institutionen musste sich JP ihrer Aufgaben und Rollen ebenfalls stets im Klaren sein, insbesondere gegenüber der Schule:

*JP: Das erleben wir „halt“ häufig als Berufsbeistände, dass wenn Du „dinne“ [im System drin sein] bist, in einem Kinderschutzfall, also eine Massnahme führst, gibt die Schule eben gerne ein bisschen Verantwortung zurück (. . .) da muss man (. . .) immer wieder überlegen, ist es jetzt an mir oder müsste die Schule jetzt nicht selber eine Haltung entwickeln und das durchziehen und das so mitteilen (. . .) (Z. 320-325)*

#### 15.1.4. Weitere Beziehungsabbrüche vermeiden

JP schilderte während des Interviews, dass weitere Beziehungsabbrüche für A. kaum tragbar waren. A. zog nach dem mütterlichen Suizid und dem kurzfristigen Aufenthalt bei den Pflegeeltern zum Vater:

*JP: (. . .) Die Welt brach für sie zusammen, als sie zum Papi ging. Dort kam die richtige Trauerphase (. . .) dort ist einfach so viel passiert. Sie hat so viele Abbrüche erlebt.. zuerst zu der Pflegemutter, dann zu ihrer Wohngemeinde, in der sie ja seit der Geburt immer lebte, also sie hat wirklich immer am gleichen Ort gelebt, und dann von ihren „Gspändli“ [Schulfreunde/Schulfreundinnen], die Umgebung, die Schule, die Mutter.. Also es waren so viele Beziehungsabbrüche (. . .) (Z. 367-374)*

*JP: (. . .) Sie hatte einen ganz schwierigen Start. Es ist auch jetzt eine total andere Umgebung, in der sie jetzt ist. Von klein-überschaubar, eine kleine Gemeinde ist sie jetzt in der Agglomeration mit ein paar Schulen, mit ganz vielen Kindern, mit.. ja in einer fremden Umgebung (. . .) Ich meinte damals, dass sie in Depressionen hineinrutschen könnte (. . .) (Z. 394-399)*

## 15.2. Experteninterview: Suizidforschung

Ein weiteres Experteninterview wurde mit der Fachrichtung der Suizidforschung geführt. „KM“ ist seit mehreren Jahren Suizidforscher in der Schweiz und erlebte innerhalb seiner Familie selbst einen Suizid. Aus dem Interview resultierten folgende Ergebnisse:

Mögliche Folgen für hinterbliebene Kinder, sofern seitens der Berufsbeistandschaft nicht situationsgerecht gehandelt wird:

KM nannte im Interview verschiedene Folgen, die sich aus einem elterlichen Suizid für ein Kind ergeben können. Er konnte diese jedoch nicht im Zusammenhang mit der Berufsbeistandschaft benennen. Es schien ihm unklar, was genau der Auftrag eines Berufsbeistandes/einer Berufsbeiständin ist. Die Situation hinterliess den Eindruck, dass ihm Erklärungen,

um die Frage in diesem Kontext zu verstehen, nicht halfen. Die nachfolgenden Antworten sind demnach nicht gänzlich im Zusammenhang mit der Berufsbeistandschaft zu verstehen. Dennoch zeigen sie mögliche Störungsbilder auf, bei denen Unterstützung angezeigt ist.

#### *15.2.1. Entwicklung von suizidalen Absichten beim Kind*

Bei der Auswertung des Experteninterviews lässt sich feststellen, dass KM öfters davon sprach, dass Kinder im späteren Erwachsenenleben ebenfalls suizidale Absichten entwickeln können, sofern ein Suizid in der Familiengeschichte erlebt wurde:

*KM: ( . . . ) dass die Suizidgefahr erhöht ist im Erwachsenenleben ( . . . ) (Z. 557-558)*

*KM: ( . . . ) Dieser Vater der zu mir kam ( . . . ) mit seinem 8-jährigen Kind, da haben wir über das [den Suizid] gesprochen. Da habe ich gesagt, von diesen Erfahrungen von der Kindheit, die längerfristige Auswirkungen haben können.. ( . . . ) Verlust von einem Elternteil ( . . . ) je mehr solche Sachen schon voraus gingen, desto mehr Sorgen würde ich mir machen, wobei dort.. das muss man natürlich sagen.. ist die Gefahr erst im Erwachsenenleben ( . . . ) (Z. 558-573)*

#### *15.2.2. Schlafstörungen, Leistungsabfall, psychosomatische Beschwerden*

Als weitere mögliche Störungen infolge eines elterlichen Suizids nannte KM Schlafstörungen, plötzlicher Leistungsabfall in der Schule sowie somatische/psychosomatische Beschwerden:

*KM: ( . . . ) Plötzlich in der Schule schlecht sein, sich nicht mehr können konzentrieren, sich zurück ziehen, Schlafstörungen haben, eben irgendwelche somatische oder psychosomatischen Sachen entwickeln ( . . . ) (Z. 251-254)*

#### Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern im Falle eines Eltersuizids:

#### *15.2.3. Das Individuum als sein eigener Experte sehen*

KM betonte im Interview, dass Fachpersonen oft dazu neigen, eine eigene Wahrheit für das Individuum zu interpretieren. Erklärungen werden aufgrund der Beobachtungen erstellt, anstatt dass mit den Betroffenen gesprochen wird. Da diese Erklärung des Individuums mit jener der Fachperson vielfach nicht übereinstimmt (Z. 100-119), appelliert er, das Individuum als seinen eigenen Experten anzusehen:

*KM: ( . . . ) Was noch so interessant ist, als Beobachter tut man meistens eine andere Erklärung wählen als wenn die Leute selbst ihre Erklärung abgeben ( . . . ) (Z. 90-92)*

*KM: (. . .) Und da müssen wir von den Leuten von dem ausgehen, was die Leute uns selber erzählen und was ihr eigenes Erleben ist und nicht was wir interpretieren. Das ist der entscheidende Punkt (. . .) (Z. 133-136)*

#### *15.2.4. Einzelsetting und Einbezug des familiären Umfeldes*

Dass der/die Betroffene als Experte/Expertin seiner/ihrer selbst angeschaut werden muss, widerspiegelt sich bei KM ebenfalls im Gesprächssetting. Gemäss KM soll mit Hinterbliebenen nach einem Eltersuizid auch einzeln gesprochen werden, um Bedürfnisse und Auffälligkeiten, die auf eine mögliche Störung hinweisen können, festzuhalten. Ebenfalls soll das familiäre Umfeld durch die Beistandsperson in die Thematik einbezogen werden, um dem hinterbliebenen Kind Sicherheit zu vermitteln und eine Möglichkeit zu schaffen, damit über das Geschehene gesprochen werden kann:

*KM: (. . .) wenn ein Vater mit Kind zum Beispiel, dessen Frau sich das Leben nahm, zu mir käme (. . .) Und würde sagen, es wäre gut mal zusammen zu sitzen (. . .) Ich könnte mir vorstellen, dass wenn zwei Kinder da sind oder drei, dass ich vielleicht auch mal alleine mit dem einen oder anderen sprechen könnte (. . .) (Z. 242-248)*

*KM: (. . .) darum finde ich es wichtig, dass die Beiständin eben auch mit diesen Personen [Familienumfeld].. Dass diese miteinbezogen werden. Wo hat das Kind eine Sicherheit? Eine sichere Basis? Wie kann man so etwas überhaupt vermitteln? Und wo es auch darüber sprechen kann, wenn es etwas beschäftigt. (. . .) Das müsste man miteinbeziehen, ganz klar (. . .) (Z. 603-608)*

### 15.3. Experteninterview: Trauercoaching

„DT“ ist Expertin für Trauerbewältigung. Seit mehreren Jahren unterstützt sie Kinder und Erwachsene in der Schweiz, die während den ersten 20 Lebensjahren einen Elternteilverlust erlebten, bei der Bewältigung des Trauerprozesses. Dabei spezialisierte sie sich auf „versteckte“ Trauer und Trauer, die erst verspätet, im Erwachsenenalter, einsetzt.

Mögliche Folgen für hinterbliebene Kinder, sofern seitens der Berufsbeistandschaft nicht situationsgerecht gehandelt wird:

#### *15.3.1. Unzureichende Überlebensstrategien von Kindern*

Die Trauer von Kindern äussert sich gemäss DT individuell. Bei manchen Kindern kann der Trauerprozess kaum beobachtet werden:

*DT: (. . .) Also Kinder sind sowieso sehr unterschiedlich, natürlich. Und es gibt Kinder, die sich extrem normal verhalten, wo man wirklich fast nicht sehen kann, dass sie überhaupt am trauern sind. Sie versuchen sich an die Situation so schnell wie möglich auch anzupassen (. . .) (Z. 30-33)*

Bei dieser Anpassung handelt es sich um sogenannte Überlebensstrategien, welche sich Kinder nach einem Eltersuizid selbstständig aneignen können. In diesem Zusammenhang betonte DT, dass Kinder keine objektive Haltung gegenüber ihrer Persönlichkeitsveränderung aufgrund der Trauer einnehmen können und diese Strategien beibehalten:

*DT: (. . .) Und der Unterschied liegt darin, (. . .) dass Erwachsene den Unterschied sehen können. 'Vorher war ich so - jetzt bin ich in dieser Trauer, ich muss da langsam versuchen, da wieder raus' zu kommen' (. . .) Kinder sehen diese Unterschiede nicht. Also sie passen sich extrem gut an, an die Situation und nehmen das mit. Also auch diese Muster, die ein Erwachsener wieder abbaut nach der Trauer, diese nehmen sie einfach mit. Und das werden dann sozusagen für viele die Charaktereigenschaften. Obwohl es nicht Charaktereigenschaften sind (. . .) (Z. 346-353)*

Eine Problematik kann dann vorliegen, wenn es sich bei der Überlebensstrategie um jene des versteckten Trauerns handelt. Diese ist für das Umfeld kaum erkennbar:

*DT: (. . .) Bei den anderen Kindern, sagt man 'oh du machst das so toll, gut wie du damit umgehst, und dass du das so schnell wieder verkraften kannst'. Aber innerlich tun sich die Kinder meistens dann damit auseinandersetzen, wenn sie alleine sind (. . .) (Z.43-46)*

Gemäss DT kann sich die Strategie der versteckten Trauer negativ auf die psychische Entwicklung des Kindes auswirken:

*DT: (. . .) In Holland ist die versteckte Trauer viel bekannter. (. . .) Wir haben sogar in der Psychologie Studien.. (. . .) Und dort sieht man, dass fast 80% von den Kindern damals, die jetzt erwachsen sind, Probleme damit haben (. . .) (331-338)*

*DT: (. . .) Also die meisten kommen dann mit dieser (. . .) Überkontrolle. Man tut alles wie ein Radarsystem die ganze Zeit abscannen. 'Bin ich hier nicht in Gefahr oder doch in Gefahr?' Und das ist natürlich extrem anstrengend für den ganzen Organismus (. . .) (Z. 353-357)*

*DT: (. . .) Und viele haben (. . .) eine Existenzangst und sie gehen extrem in die Sorge für andere, aber vergessen sich selber komplett. (. . .) Und viele kommen dann auch in das Burnoutstadium rein', oder vielleicht sogar in die Depressionen (. . .) (Z. 362-370)*

Die Überlebensstrategie der versteckten Trauer nimmt ein Kind insbesondere dann an, wenn nahestehende Bezugspersonen sich aufgrund ihrer eigener Trauer nicht auf die kindlichen Bedürfnisse einlassen können (Z. 360-361). Als Beistandsperson ist es daher unumgänglich, die Bedürfnisse des Kindes abzuklären, damit die versteckte Trauer nicht zu einer beständigen Problematik führt. Darin verbirgt sich auch eine Handlungsempfehlung für die Berufsbeistandschaft:

*DT: (. . .) Und auch mit den Kindern das Gespräch suchen, wenn der Vater [oder die hinterbliebene Mutter] es gut findet und er [oder sie] selber noch fest in seiner [ihrer] Trauer ist, dass man vielleicht auch mit dem Kind schaut, wie kann ich Dich unterstützen (. . .) (Z. 429-431)*

#### Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern im Falle eines Eltersuizids:

##### *15.3.3. Unterstützung bei der Abschiednahme und im Umgang mit Erinnerungen*

DT betonte während des Interviews, dass Kinder durch den hinterbliebenen Elternteil bzw. durch die Beistandsperson in die Prozedur der Beerdigung miteinbezogen werden sollen, um sich vom verstorbenen Elternteil verabschieden zu können. Es soll ihnen die Möglichkeit eröffnet werden, aktiv mitzuwirken, indem sie bspw. die Blumen oder ein Lied auswählen:

*DT: (. . .) dass man auch versucht mit dem Kind.. also es versucht mit einzubeziehen (. . .) 'Was hättest Du gerne für Blumen oder hast Du eine Idee, was ein schönes Lied wäre, wo Du dich noch daran erinnerst?', ja dass man sie [die Kinder] miteinbezieht (. . .) (Z. 485-492)*

Die Abschiednahme soll jedoch auch im Alltag integriert werden. Daher ist die Berufsbeistandschaft dazu angehalten, gemeinsam mit dem Kind und dem hinterbliebenen Elternteil nach geeigneten Ritualen zu suchen:

*DT: (. . .) Kindern dabei helfen, einfach den normalen Alltag zu regeln, aber vielleicht auch Sachen aufzustellen, dass man die Mama nicht vergisst zum Beispiel. Dass die*



*Mama auch als Mama dableibt, dass man ein schönes Ritual findet, um langsam da von Abschied nehmen zu dürfen ( . . . ) (Z. 431-435)*

*DT: ( . . . ) wenn die Kinder die Möglichkeit haben, ein Bild von dem Elternteil aufzustellen ( . . . ), wenn Rituale.. wenn Kinder vielleicht noch vor dem Schlafengehen der Mama [dem verstorbenen Elternteil] Gutenacht sagen, und wenn dann die Mama oder der Papa sagt 'tu' mal Gutnacht zur Mama sagen und schicke noch ein Küsschen zu ihr' irgendwie so. Das sind so kleine Sachen, die ( . . . ) für das Kind, wichtig sind in dem Moment. Ich finde Fotos immer schön. Fotoalben. Dass man etwas zusammen mit dem Kind kreiert. Man kann ein schönes Büchlein machen, oder die Geschichten von Mama [dem verstorbenen Elternteil].. was man miteinander erlebt hatte und dass es irgendwie in Erinnerung auch bleibt ( . . . ) (Z. 602-611)*

#### 15.3.4. Für das Kind da sein

Während des Interviews betonte DT, dass die Aufgabe der Berufsbeistandschaft darin besteht, für das Kind da zu sein und damit einen Teil des trauernden Elternteils zu ersetzen. Das Kind soll informiert werden, dass die Beistandsperson ein offenes Ohr für das Kind hat. Betreffend den Überlebensstrategien gehört es auch zur Aufgabe der Beistandsperson, das Kind in seinem Verhalten und seinen Emotionen zu beobachten, sowie dessen Bedürfnisse abzuklären:

*DT: ( . . . ) Ich denke, für den Elternteil wäre es gut.. dass da Unterstützung hinein kommt.. ( . . . ) je nachdem ob der Vater oder die Mutter, ( . . . ) mit seiner eigenen Trauer.. damit umgehen kann, ist es auch einfacher, dass er wieder für das Kind da ist. Und solange er in dieser Trauer sein wird, wird er auch nicht für das Kind da sein können, so wie es ihn eigentlich brauchen würde. Und diese Rolle könnte man dann vielleicht durch Dich [bezogen auf die Berufsbeistandschaft]..einsetzen. Dass Du für das Kind ein offenes Ohr hast, dass das Kind weiss, es könnte zu Dir kommen, wenn etwas ist. Und dass man es gut beobachtet ( . . . ) (Z. 496-505)*

#### 15.4. Experteninterview: Kinder- und Jugendpsychologie/Familiengericht

„LS“ arbeitet als externe Gutachterin für verschiedene Familiengerichte in Kinderschutzzfällen. Sie führt eine Praxis als Kinder- und Jugendpsychotherapeutin. Ihr Spezialgebiet liegt bei der Entwicklung des Kindes sowie der Eltern-Kind-Beziehung. In diesem Zusammenhang bietet sie auch Meditationen, Beratungen sowie Supervisionen an. Weiter ist LS als Fachrichterin beim Familiengericht tätig.

Mögliche Folgen für hinterbliebene Kinder, sofern seitens der Berufsbeistandschaft nicht situationsgerecht gehandelt wird:

*15.4.1. Vulnerabilität des Kindes*

Gemäss LS beinhaltet der Verlust eines Elternteils ein erhöhtes Risiko in der Entwicklung bei Kindern:

*LS: (. . .) Der Verlust eines Elternteils bei Kindern (. . .) führt zu einem hohen Risiko der Entwicklung (. . .) (Z. 89-91)*

Die Vulnerabilität des Kindes bedeutet jedoch nicht, dass sich eine psychische Störung zwingend entwickeln muss:

*LS: (. . .) Ein Risiko ist immer eine Vulnerabilität (. . .). Und eine Vulnerabilität ist noch keine psychische Störung, aber wenn etwas dazu kommt und das Leben ist anfällig für Störungen, bricht das Eis relativ schnell. Und das können dann alle Störungen sein. Essstörungen, Angststörungen, depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen. Es kann alles sein, man kann nicht sagen, es führt zu dieser Störung. Das gibt es nicht. Es gibt keinen kausalen Zusammenhang (. . .) (Z. 93-101)*

Die Beistandsperson ist dazu angehalten, sich die Vulnerabilität des Kindes vor Augen zu halten. Somit können allfällige Störungen frühzeitig erkannt werden.

Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern im Falle eines Eltersuizids:

*15.4.2. Sich als Beistandsperson - nicht als Bezugsperson - einfügen*

Während des Experteninterviews nannte LS als Handlungsempfehlung für die Berufsbeistandschaft das Herstellen eines Kontaktes zu einer möglichen Bezugsperson, die sich im sozialen Umfeld des Kindes befindet:

*LS: (. . .) Ihr [die Beistandspersonen] habt also multiple Probleme, (. . .) dass es [das Kind] keine Unterstützung vom anderen Elternteil zu erwarten hat, da dieser schwer traumatisiert ist. Und da gilt es (. . .) vertraute erwachsene Personen zu mobilisieren (. . .) Und ich denke, dass man gerade solchen Situation schauen sollte (. . .) Hat es eine „Gotte“ oder ein „Götti“? Oder gibt es Grosseltern? (. . .) (Z. 40-49)*

Weiter gab LS an, dass der Beistand/die Beiständin nicht diese nahestehende Bezugsperson darstellen sollte:

*LS: (. . .) Gerade Grosseltern können da eine wichtige Stütze sein. Also vertraute erwachsene Leute. Lieber nicht der Beistand. Der kann das nicht. Der kann schauen wo gibt es das (. . .) (Z. 49-52)*

Weswegen die Beistandsperson diese Rolle nicht einnehmen soll, begründet LS wie folgt:

*LS: (. . .) Die Kinder brauchen vertraute erwachsene Personen und man darf keine Beziehungsangebote machen, welche man längerfristig nicht einhalten kann. Das ist gefährlich, denn es kommt wieder zu einem Abbruch (. . .) ein Beistand [eine Beiständin] wird sich wieder zurückziehen und wenn das der Fall ist, dann kommt es zu einem Beziehungsabbruch. Und wenn das Kind eine emotionale Beziehung zu dem Beistand [zur Beiständin] entwickelte, dann kommt es zu einem Beziehungsabbruch. Das ist ja dann die Schwierigkeit (. . .) Der Suizid eines Elternteils muss nicht unbedingt zu einer langfristigen Schädigung des Kindes führen. Es sind die wiederholenden Traumata, die schlimm sind (Z. 74-84)*

#### *15.4.3. Durchführung von Psychoedukation*

Gemäss LS ist eine altersadäquate Psychoedukation unabdingbar, um dem Kind die Situation des Suizides näher zu bringen und ihm die Schuld zu nehmen:

*LS: (. . .) reden sie das mal einem Kind (. . .) wieder aus (. . .) dass es nicht Schuld ist. Da braucht es wirklich Aufklärung (. . .) (Z. 184-185)*

*LS: (. . .) Und sonst würde ich eher Psychoedukation [betreiben] (. . .) Da sage ich ganz klar am Anfang immer (. . .) 'gell du bist nicht da, weil du weil du Probleme hast. Du bist da, weil deine Eltern ein Problem hatten und weil deine Eltern dir nicht helfen können.' Das ist ganz klar die Botschaft. Und dort immer ganz klar, entpathologisieren. (. . .) Und jetzt eben dort bei einem Suizid, geht es eben meistens um ein psychisch kranken Elternteil. Dort muss man aufklären was das heisst (. . .) (Z. 472-480)*

*LS: (. . .) dort habe ich einfach (. . .) gesagt: „(. . .) auch wenn du im Streit auseinander bist mit deiner Mutter, du musst einfach wissen, das ist völlig normal und man darf streiten. Du bist so oft im Streit mit deiner Mutter auseinander und es ist nichts passiert und du bist so oft ohne Streit mit deiner Mutter auseinander, das hat keine Bedeutung (. . .) (Z. 233-238)*

Die Psychoedukation ist eine Aufgabe, die auch durch die Beistandsperson erfolgen kann:

*LS: (. . .) Da muss man als Therapeutin die Kinder aufklären oder auch ein Beistand. Und das kann eine Therapeutin [ein Therapeut] besser als ein Elternteil der selber von der Situation betroffen ist (. . .) (Z. 143-145)*

*LS: (. . .) Diese Aufgabe [Psychoedukation] kann ein Beistand [eine Beiständin] auch übernehmen, wenn er [sie] sich dazu in der Lage fühlt (. . .) Psychoedukation ist durchaus eine Aufgabe für einen Beistand [eine Beiständin] (. . .) (Z. 148-151)*

#### 15.4.4. Dem Todeskonzept angepasste Kommunikation

Wird der Suizid thematisiert, so bedarf es einer dem Todeskonzept angepasster Kommunikation seitens der Berufsbeistandschaft. Die Vorstellungen bzw. das Verständnis über den Tod sind je nach Alter des Kindes unterschiedlich:

*LS: (. . .) also im siebten Lebensjahr, ist das Zeitgefühl differenzierter. Ereignisse und zeitliche Zusammenhänge können bewusster wahrgenommen werden. Und (. . .) die Vorstellung, dass man selber mal sterben könnte, wird noch ignoriert in dem Alter. Das kommt erst so mit neun bis zehn Jahren. Vorher ist das noch nicht so vorhanden. Ja und achtjährige Kinder sind schon fast in der Lage, die wissen alle können mal sterben (. . .) (Z. 108-113)*

*LS: (. . .) Zusätzlich begreifen Kinder bis zu neun Jahren nicht genau, was der Tod bedeutet. (. . .) Das sind Todeskonzepte, welche ein Kind, das noch nicht Erfahrung mit dem Tode hat, erst so ab neun Jahren verstehen kann (. . .) (Z. 32-37)*

Betreffend möglicher Fragen zum Tod gilt es gemäss LS nicht nur, das bereits vorhandene Wissen zu erfragen, sondern auch authentisch zu bleiben. Auf Fragen, auf die es keine Antworten gibt, soll demnach wie folgt geantwortet werden:

*LS: (. . .) wichtig ist, dass man nicht Antworten gibt und einem Kind, dem Kind das Gefühl gibt Leute die verstehen es und nur ich verstehe es nicht. Das man auch durchaus sagt, weisst du, das werden wir nie wissen können warum (. . .) Dass man durchaus auch ehrlich ist und sagt, das wird niemand verstehen können. Gar niemand und du wirst es nie verstehen (. . .) (Z. 529-537)*

### 15.5. Experteninterview: Kinderpsychiatrie

Ein weiteres Experteninterview wurde mit der Fachrichtung der Kinderpsychiatrie geführt.

„SK“ ist seit mehreren Jahren als Kinderpsychiater aktiv und war lange Zeit stationär in einer

Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz tätig. Aus dem Interview resultierten folgende Ergebnisse:

Mögliche Folgen für hinterbliebene Kinder, sofern seitens der Berufsbeistandschaft nicht situationsgerecht gehandelt wird:

#### *15.5.1. Unentdeckte Folgestörungen*

SK nannte im Experteninterview Folgestörungen, die bei einem Kind nach einem Eltersuizid auftreten können. Aufgrund der Tatsache, dass bereits ein Kindesschutzmandat vor dem elterlichen Suizid bestand und das hinterbliebene Familiensystem mit der eigenen Trauer beschäftigt ist, liegt es auch im Aufgabenbereich der Berufsbeistandschaft, untypische Verhaltensweisen bzw. mögliche Symptome zu erkennen und eine soziale Diagnose zu erstellen. Ansonsten kann sich die Trauer manifestieren und zu folgenden Problematiken führen:

*SK: (. . .)Trauer kann sich auf sehr viel Arten manifestieren. Und man kann durchaus von entwicklungsbezogenen Traumafolgestörungen reden (. . .). Es kann letztendlich jedes Verhalten kommen. Es können externalisierende Störungen, oppositionelle Störungen kommen oder auch internalisierende Störungen zum Beispiel Depression oder auch kognitive Lernstörungen und dann, das wäre so die mittlere Kindheit (. . .) Persönlichkeitsstörungen, Drogenmissbrauch und auch unspezifisch über die ganze Entwicklungszeit Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, das können Schlafstörungen sein. Sehr sehr breites Feld (. . .). Es kann eigentlich ein bunter Strauss von Auffälligkeiten sein (. . .) (Z. 527-539)*

Generell müssen die Symptome nach einem Trauma nicht zwingend jenen der klassischen PTBS entsprechen. Das Kind kann auch in einem späteren Moment Verhaltensauffälligkeiten aufzeigen, die gegebenenfalls nicht in Verbindung mit einem Trauma gebracht werden:

*SK: (. . .) Da gibt es ja diese Störungen des Sozialverhaltens, das sind ja da so diese wilden Jungs, die da so in Institutionen landen. Und ich glaube, da wäre es immer sehr sinnvoll nachzuschauen, zu überlegen, gibt es da nicht eine Traumatisierung (. . .) (Z. 599-602)*

*SK: (. . .) das ist ja das Furchtbare (. . .), dass man in alle Richtungen denken muss. Ja nicht einfach sagen, jetzt ist das Kind einfach schwierig (. . .). Sondern, wirklich überlegen, hei' das hat ein Zusammenhang mit dem, wo passiert ist (. . .) (Z. 594-597)*

*SK: (. . .) das andere Extrem wäre, so eine Belastung nicht zu erkennen (. . .) (Z. 573-581)*

Demzufolge können sich verschiedene Störungsbilder ergeben, die unentdeckt bzw. unbehandelt bleiben, sofern die Berufsbeistandschaft nicht situationsgerecht agiert.

#### Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern im Falle eines Eltersuizids:

Aus dem Experteninterview mit SK liessen sich verschiedenste Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft ableiten:

##### *15.5.2. Risiko- und Schutzfaktorenanalyse erstellen*

Inwiefern sich ein Kind nach einem Eltersuizid positiv oder negativ weiterentwickelt, hängt von dessen individuellen Risiko- und Schutzfaktoren<sup>28</sup> ab:

*SK: (. . .) sondern es kommt so ein bisschen auch auf das Wechselspiel an, was sind Risikofaktoren und was sind Resilienzfaktoren (. . .) (Z. 183-184)*

Daher ist es dringend notwendig, dass die Beistandsperson eine Risiko- und Schutzfaktorenanalyse durchführt. Weist ein Kind trotz widriger Umstände genügend Schutzfaktoren auf, sollte die Berufsbeistandschaft keine weiteren Schritte einleiten:

*SK: (. . .) Und deshalb würde ich sagen, wenn man ein Kind hat, das etwas Schwieriges erlebt hat, das resilient ist, das gut damit zurecht kommt, da sollte man nichts machen (. . .) (Z. 276-278)*

Ist die Resilienz beim Kind jedoch unzureichend vorhanden, sollte diese durch die Berufsbeistandschaft gefördert werden:

*SK: (. . .) Und Resilienzen sind ein Teil [der Kinder] einfach gegeben (. . .), und bei einem Teil kann man aber was machen. Also bspw. soziale Unterstützung, (. . .) ein passendes Entwicklungsklima in dieser schwierigen Zeit, Stabilität, ja das wäre so Resilienzförderung (. . .) (Z. 185-189)*

##### *15.5.3. Stabilisierung der grundlegenden Bedürfnisse des Kindes*

Während des Experteninterviews konnte festgestellt werden, dass die Berufsbeistandschaft dazu angehalten wird, das Kind in seinen grundlegenden Bedürfnissen zu stabilisieren. Bedürfnisse wie Schlafen, Essen und Trinken sowie das Bedürfnis nach Sicherheit, Freund-

---

<sup>28</sup> Durch SK auch als „Resilienzfaktoren“ bezeichnet.

schaften, Freizeitbeschäftigungen als auch Teilnahme am Schulunterricht müssen sichergestellt werden:

*SK: (. . .) es ist eine Stabilisierung [angezeigt], (. . .) in solchen Ausnahmesituationen kann es ja auch dazu kommen, dass das Kind nicht mehr schläft, dass das Kind nicht mehr isst, nicht mehr trinkt. Also da würde ich auch an die ganz banalen Dinge denken. Also ist wirklich für das Kind gesorgt, Sicherheit, hat es einen Platz, wo es schlafen kann. (. . .) das würde ich alles unter dem Wort Stabilisierung sehen (. . .) (Z. 66-73)*

*SK: (. . .) Also, dass man einen Platz findet, also nehmen wir an eine allein erziehende Mutter suizidiert sich, dass man dann eine Stabilität hinkriegt, wo das Kind weiterhin zur Schule geht, weiter Freundschaften, Hobbys pflegen kann, weiss wo es übernachtet und zu essen kriegt (. . .) (Z. 193-197)*

#### 15.5.4. Rollenklarheit

Im Experteninterview erwähnte SK, dass die Rollenklarheit der Berufsbeistandschaft für das gesamte Helfernetz im Falle eines elterlichen Suizides wegweisend ist:

*SK: (. . .) Also ich glaube da muss man einfach die eigene Rolle definieren und was man hat und was man kann und was man nicht kann. Und das eben dann, wenn es notwendig ist an eine therapeutische Person abgeben. (. . .) Beistände wie ich es erlebt habe, waren immer in Familiengesprächen in Krisengesprächen präsent, um letztendlich Richtungsentscheidungen zu treffen. Oder mit zu verantworten (. . .) (Z. 365-372)*

## 16. Generalisierende Analyse

Durch die generalisierende Analyse konnten Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Experteninterviews festgehalten werden. Diese werden nachfolgend erläutert:

### 16.1. Schuldfrage

Im Experteninterview mit der Berufsbeistandschaft wurde die Frage nach der Schuld nicht thematisiert. In allen anderen Interviews nahm die Schuldfrage eine zentrale Rolle ein, weswegen diese Thematik nachfolgend dennoch erläutert wird.

Sämtliche Experten/Expertinnen der Suizidforschung, Trauercoaching, Kinder- und Jugendpsychologie/Familiengericht sowie Kinderpsychiatrie sind sich einig: Kinder geben sich die Schuld für den Tod des verstorbenen Elternteils:

*DT: (. . .) und sie hat schon sehr früh immer das Gefühl gehabt, das ist meine Schuld, dass die Mama sich jetzt umgebracht hat. Ich war vielleicht nicht leise genug, oder ich war vielleicht nicht gut genug, oder ich habe mich nicht genügend um sie gekümmert (. . .) (Z. 129-132)*

*SK: (. . .) suchen sich Kinder selber Erklärungen und die sind ganz häufig mit Schuldgefühlen verknüpft und mit, was hab ich den falsch gemacht (. . .) (Z. 415-418)*

*KM: (. . .) Und was natürlich sehr häufig und das wird genau bei der Altersgruppe eine Rolle spielen, das Kind, wir die Schuld bei sich suchen (. . .) (Z. 314-317)*

*LS: (. . .) Gerade Kinder (. . .) haben das Gefühl, alles, was um sie herum geschieht, geschieht wegen ihnen. Sie nehmen die Schuld auf sich (. . .) (Z. 29-31)*

*LS: (. . .) Es ist beim Suizid einfach so, dass jedes Kind (. . .) hat das Gefühl, es ist Schuld (. . .) (Z. 113-114)*

Die Schuld kann durch das Kind jedoch auch anderen Familienmitgliedern zugesprochen werden:

*LS: (. . .) Es kann eben sein, dass die Tochter (. . .) dem Vater die Schuld gibt. Wenn sie nicht sich selbst die Schuld gibt, kann sie natürlich sehr wohl am Vater die Schuld geben (. . .). Und vor allem wenn die noch ein Konflikt gehabt haben. Das Mami hat sich wegen dir umgebracht (. . .) (Z. 455-458)*

*KM: (. . .) auch der Vater ist nicht schuld. Letztlich bringt es sowieso nichts, wenn man einen Schuldigen sucht (. . .) (Z. 345-346)*

Berufsbeistände/Berufsbeiständinnen werden in den Experteninterviews dazu angehalten, die Schuldfrage mit den Kindern zu thematisieren:

*LS: (. . .) Das muss man bei den Kindern immer ganz klar ansprechen. Weisst du, deine Mama [dein Papa] war krank (. . .) (Z. 133-134)*

*LS: (. . .) Da braucht es wirklich Aufklärung (. . .) (Z. 185)*

*LS: (. . .) Dass man dort viel viel Aufklärungsarbeit leisten muss (. . .) (Z. 459)*

*LS: (. . .) Und dort dem Kind die Schuld immer nehmen. Und das auch ganz klar ansprechen und sagen: Schau, du bist nicht schuld! (. . .) (Z. 154-155)*



## 16.2. Über den Suizid und Emotionen sprechen

JP äusserte in ihrem konkreten Fallbeispiel, dass sie das hinterbliebene Kind nicht mit Fragen, welche die suizidale Handlung des verstorbenen Elternteils betrafen, konfrontieren wollte:

*JP: (. . .) Und ich wollte auch nicht mit Themen kommen 'ja wie hat das jetzt.. was denkst Du da dazu? Hast Du Dein Mami gesehen? Wie war das für Dich?' (. . .)  
(Z. 117-119)*

Dennoch erkundigte sich JP beim Kind nach dessen Wohlergehen und stellte dabei fest, dass das Kind nur knappe Antworten gab und nicht sprechen wollte:

*JP: (. . .) und dann war sie ganz ruhig (. . .) und konnte nur ganz knapp auf meine Fragen antworten. Also ich habe sie gefragt 'wie geht es?', dann sagte sie 'geht so'. (. . .) Sie ist sonst ziemlich ein aufgewecktes Kind und erzählt ziemlich viel, auch von Sachen, die sie beschäftigen, und ja. Und damals war sie wirklich so eine.. eine andere A. (. . .) Ich bin nicht an sie herangekommen. Nein, ich merkte das, dass bei ihr ein Türchen zu ist und dass ich es auch gar nicht versuchen muss (. . .) (Z. 90-101)*

*JP: (. . .) Und sie wollte überhaupt nicht darüber sprechen (. . .) (Z. 113-114)*

Inwiefern die Berufsbeistandschaft jedoch mit hinterbliebenen Kindern über den Suizid und den damit verbundenen Emotionen sprechen soll, sind sich die Experten/Expertinnen der Professionen Suizidforschung, Trauercoaching und Kinder- und Jugendpsychologie/Familiengericht ebenfalls einig:

*KM: (. . .) nicht irgendwie etwas pushen, nur weil man das Gefühl hat, man muss jetzt da über das reden und dem irgendwie noch Erklärungen geben oder so. Das wäre sicher nicht richtig (. . .) (Z. 502-504)*

*LS: (. . .) Und eben die Kinder nicht nach ihren Gefühlen fragen. Das dürft ihr nicht. Weil, dann hat das Kind das Gefühl, ich sollte das wissen. Und wenn ich nicht einmal das weiss, dann weiss ich Garnichts mehr (. . .) (Z. 560-563)*

*LS: (. . .) Und hier nicht die „Migros-Psychologie“ walten lassen 'so jetzt müssen wir alles ansprechen! Jetzt müssen wir doch das bearbeiten' (. . .) (Z. 278-280)*

*DT: (. . .) Aber wenn man zu fest (. . .) versucht, die Kinder zu fragen (. . .), dass sie darüber reden sollten, funktioniert das meistens nicht (. . .) Aber wenn man immer wieder nachfragt, also ich habe da keine guten Erfahrungen damit gemacht (. . .)*  
(Z. 200-211)

Das Erleben des Suizids und die damit verbundenen Gefühle des Kindes sollen demnach nicht erfragt werden. Weswegen erklären die Experten/Expertinnen wie folgt:

*KM: (. . .) Und da ist ja das grosse Problem, dass meistens man nicht darüber sprechen kann. Das man nicht weiss, wie man überhaupt über das soll sprechen (. . .)* (Z. 172-174)

*DT: (. . .) dass kleine Kinder, die können sich nicht äussern (. . .)* (Z. 81)

*LS: (. . .) Ich habe gesagt, stoppt dieses Verhalten unbedingt, dieses Kind (. . .) hat keine Sprache dafür, zu sagen, 'ich bin traurig' (. . .)* (Z. 382-384)

*LS: (. . .) Und nicht sagen, 'wie geht es dir jetzt?' Denn das Kind hat dafür keine Sprache für das (. . .)* (Z. 393-394)

*LS: (. . .) Aber nicht anfangen über Gefühle zu sprechen. Das Kind hat unter Umständen keine Sprache (. . .)* (Z. 396-397)

*LS: (. . .) kannst du nicht verlangen, dass die [Kinder] sprechen. Weil die haben keine Sprache (. . .)* (Z. 509)

Stattdessen raten die Experten/Expertinnen zu folgendem Vorgehen:

*KM: (. . .) Und ich würde jetzt an einem Elternteil (. . .) zu mir käme (. . .). Und würde sagen, es wäre gut mal zusammen zu sitzen und mal über Trauer sprechen (. . .)* (Z. 241-246)

*KM: (. . .) Und so schauen wie es ihnen geht. Ohne dort zu bohren oder zu „grübeln“. Ohne ihnen das Gefühl zu geben sie müssten doch jetzt traurig sein (. . .)* (Z. 248-249)

*SK: (. . .) Da wären dann zum Beispiel spezifische Fragen, wie zum Beispiel nach Schlafen und so, wären besser (. . .)* (Z. 317-320)

*DT: (. . .) versucht darüber zu reden. Macht es nicht in eine Schachtel hinein. Und versucht einfach auch offen zu sein mit den Sachen und über die Person noch zu*

*reden, anstatt das alles wegzumachen, was viele tun. Weil, dann bleibt es dann auch offen, auch wenn das Kind am Anfang nicht will und nicht will darüber reden, es weiss, dass es kann. Es kann darüber sprechen, wenn es will. Und das macht es schon wieder besser (. . .) (Z. 158-163)*

*DT: (. . .) Also auf jeden Fall, eben, reden (. . .) dass man einfach offen miteinander ist. Und auch, dass man dem Mami einfach sagen darf 'mir geht es jetzt heute nicht so gut. Ich vermisse den Papa ganz fest'. Oder umgekehrt. Die Mama sagt 'ich vermisse den Papa ganz fest' (. . .) (Z. 591-602)*

*LS: (. . .) Dass man dem Kind auch sagt, gell da kann man nicht drüber sprechen (. . .) (Z. 560-564)*

*LS: (. . .) hat das Kind vielleicht das Gefühl, es spreche ja niemand darüber, also darf ich nicht darüber sprechen und denken. Hingegen sollte man immer wieder sprechen. (. . .) Darum auch als Beistandin [Beistand] unbedingt immer wieder sagen, 'ja gell jetzt wo Mama nicht mehr da ist, wer kocht denn jetzt?' (. . .) (Z. 387-391)*

*LS: (. . .) mehr fragen, wie geht es in der Schule? Hast Du Kontakt zu anderen Kindern? Es ist wichtiger zu sehen wie es ihm sonst geht und man muss nicht unbedingt den Tod ansprechen (. . .) (Z. 281-283)*

Demzufolge soll das Kind nicht direkt zum Suizid und den damit verbundenen Emotionen befragt werden. Dennoch soll ihm die Möglichkeit eröffnet werden, innerhalb der Familie über diese Thematik zu sprechen, sofern es das möchte. Damit dies ermöglicht wird, ist es wichtig, dass der Tod des verstorbenen Elternteils und die damit entstandenen Emotionen anderer Familienmitglieder nicht verschwiegen bleiben. Dadurch wird der Suizid enttabuisiert.

### 16.3. Wann ist eine psychotherapeutische Therapie angezeigt?

Im Experteninterview mit der Berufsbeistandschaft stellte sich heraus, dass JP das hinterbliebene Kind unverzüglich nach dem Eltersuizid bei einer Kinderpsychologin anmeldete:

*JP: (. . .) im KJPD hier bei uns habe ich eine Psychologin angefragt, ob sie mit A. arbeiten könnte und genauer hinschauen könnte (. . .) (Z. 456-458)*

*JP: (. . .) ich habe wirklich gemeint, man müsse das sehr schnell anschauen. Und ja ich hatte das Gefühl, es sei schon ein bisschen dringend oder es ist.. Ich wollte wirklich, dass man da (. . .) genug schnell einsteigt. Das war mir wichtig. (. . .) Wenn man zum Beispiel ein Kind anmeldet, dann geht es ungefähr drei Monate bis zum ersten Termin. Und da hatte ich das Gefühl, dass das sicher nicht das ist, was ich möchte. Und darum hatte ich gesagt, 'ich bin froh, wenn man ein bisschen schneller*

*„drii“ geht. Und das Kind musste so viel aushalten und hat viel durch gemacht und ich möchte sicher sein, dass man nichts verpasst‘ (. . .) (Z. 474-483)*

Inwiefern eine Psychotherapie sinnvoll ist, dazu äusserten sich die Experten/Expertinnen der Suizidforschung, Kinder- und Jugendpsychologie/Familiengericht, Trauercoaching und Kinderpsychiatrie wie folgt:

*KM: (. . .) bei Kinder, wenn da keine Zeichen da sind, dass sie belastet sind, beginnen wir bei Schlafstörungen oder Ängste (. . .), dann wäre es nicht gut, wenn man da eine Therapie wollte in Gang bringen. Also wenn man da quasi eine Therapie aufzwingt. Das wäre sicherlich nicht gut (. . .) Vor allem wenn man davon ausgeht das Trauern eine ganz unterschiedliche Angelegenheit ist (. . .) (Z. 223-229)*

*LS: (. . .) Nicht Therapie. Man hat sofort das Gefühl die Kinder müssen in die Therapie gehen (Z. 52-52)*

*LS: (. . .) weil eine therapeutische Begleitung, kann ein Kind in dem Alter unter Umständen auch damit in Verbindung bringen, (. . .) etwas stimmt mit mir nicht (. . .) (Z. 56-58)*

*LS: (. . .) Und wenn man ein Kind direkt in Therapie schickt, denkt sich das Kind vielleicht, dass etwas mit ihm nicht stimmt. Und dann denkt sich das Kind, was stimmt mit mir nicht, dass sich meine Mutter umbringt (. . .) (Z. 177-180)*

*LS: (. . .) Wenn etwas nicht klappt kommen immer die Beistände [und Beiständinnen] mit dem Gedanken, jetzt sollte man das Kind in die Therapie schicken! Und ich sage dann immer: „Halt stop stop! Was soll der Therapeut machen?“ Die Situation aufarbeiten. Ja, was aufarbeiten? (. . .) (Z. 286-290)*

*DT: (. . .) und dann sieht man vielleicht, dass sie nicht mehr die richtige Leistung in der Schule haben oder sie werden sehr wütend und das Verhalten, (. . .) da muss man etwas machen (. . .) (Z. 39-42)*

*SK: (. . .) Also zuerst mal wenn keine Schwierigkeit da ist, auch die Ruhe zu haben und sagen jetzt tun wir nichts. Das ist manchmal sehr schwierig (. . .) (Z. 578-580)*

*SK: (. . .) bei Kindern die etwas Schwieriges erlebt haben, aber keine Symptome haben, das Kind dazu zu drängen irgendwie was zu machen. Das könnte ein Fehler sein (. . .) (Z. 571-572)*

Demnach ist eine Therapie erst angezeigt, wenn sich konkrete Symptome äussern, die vor dem Suizid noch nicht vorhanden waren. Die Fachrichtung der Kinderpsychiatrie ergänzt, dass eine Abklärung zu einer möglichen Therapie jedoch sinnvoll sein kann, falls der hinterbliebene Elternteil stark besorgt um das betroffene Kind ist:

*SK: (. . .) Eltern machen sich natürlich Sorgen (. . .) ja da muss man doch jetzt was tun, das Kind hat doch das und das erlebt. Ich glaube da sollte man die stützen und sagen okay, wir wir machen jetzt eine gewisse Abklärung, aber wenn da nichts raus kommt, sagt man auch Stopp und und schauen ruhig die Entwicklung weiter an (. . .) (Z. 574-578)*

Diese Sorge kann jedoch auch unberechtigt sein. Bei gewissen Reaktionen handelt es sich durchaus um situationsadäquate Trauer- bzw. Traumasymptome, wobei das Zeitfenster eine entscheidende Rolle einnimmt:

*SK: (. . .) Trauerphase was, was ist Trauer was ist (. . .) schon psychische Belastung? Trauer ist auch was Normales. Was was Passendes. Was dazugehört zu dem menschlichen Leben (. . .) (Z. 286-287)*

*SK: (...) Und dann gibt es (. . .) viele Kinder, die zeigen Symptome, zeigen die zwei drei Wochen und dann geht's runter [sinngemäss: die Symptome nehmen ab]. Das wäre so eine resiliente Trauerreaktion (. . .) (Z. 177-179)*

*SK: (. . .) Die also wenn wir hier bei dieser Zeitachse sind, auch nach vier Wochen, das ist auch so ein wichtiger Zeitpunkt für die Diagnose von einer Traumastörung. Nach vier Wochen noch Symptome hätten, (. . .) würden wir sagen, die haben wirklich eine Traumafolgestörung, eine posttraumatische Belastungsstörung, so was in der Art (. . .) (Z. 153-158)*

Demnach sind Symptome, welche das Kind während der Trauerphase zeigt, nicht sofort einer PTBS oder einer anderen Folgestörung zuzuschreiben und bedürfen keinen Handlungsbedarf:

*SK: (. . .) Dann muss man manchmal den Mut haben zu sagen, okay wir haben es angeschaut, wir haben es abgeklärt (. . .) jetzt ist kein Handlungsbedarf. Punkt. Das ist manchmal auch schwer auszuhalten (. . .) (Z. 286-293)*

Gleichzeitig wird der Berufsbeistandschaft auch empfohlen, eine Risiko- und Schutzfaktorenanalyse während des Trauerprozesses des Kindes zu erstellen und bei Bedarf dessen Resilienz zu fördern:

*SK: (. . .) Was sind Risikofaktoren und was sind Resilienzfaktoren (. . .) (Z. 184)*

*SK: (. . .) Das heisst, die Kinder haben eine Belastung, haben aber auch irgendwie Verarbeitungsmechanismen und sie sind resilient. Also nehmen eine gute Entwicklung trotz der Belastung. (. . .) Und Resilienzen sind ein Teil einfach gegeben, da kann man nichts machen, und bei einem Teil kann man aber was machen. Also zum Beispiel soziale Unterstützung, ich würde auch sagen so so ein passendes Entwicklungsklima in dieser schwierigen Zeit, Stabilität, ja das wäre so Resilienzförderung (. . .) (Z. 179-189)*

Eine Herausforderung stellt sich im Individualismus des Trauerns dar. Die Experten/Expertinnen sind sich einig, dass Trauerreaktionen unterschiedlich ausfallen können. Es muss davon ausgegangen werden, dass bei gewissen Betroffenen Trauerreaktionen kaum durch Beobachtungen festzustellen sind. In solchen Situationen können andere Auffälligkeiten einen Hinweis geben, dass sich ein Kind durchaus im Trauerprozess befindet. Diese Auffälligkeiten werden jedoch oft Störungsbildern zugeordnet, die nicht auf ein traumatisches Ereignis schliessen lassen. Dieses Phänomen wird von den Experten/Expertinnen wie folgt beschrieben:

*SK: (. . .) Wenn das ein Junge ist, mit ADHS, (. . .) der in einer Heimeinrichtung platziert ist und immer ganz wild ist und mit dem Betreuer [der Betreuerin] nicht zurechtkommt. Und die Betreuer [Betreuerinnen] dann immer mehr Regeln aufstellen und einen Verhaltensplan machen und der Junge aus dem ersten Heim rausfliegt, weil er den Verhaltensplan nicht schafft, und aus dem zweiten, und sie ganz verzweifelt sind weil keine Heimeinrichtung in mehr aufnimmt, dann wird es wahrscheinlich schwieriger sein, das zu verstehen (. . .) Und ich glaube, da wäre es immer sehr sinnvoll nachzuschauen, zu überlegen, gibt es da nicht eine Traumatisierung (. . .) (Z. 580-602)*

*DT: (. . .) Und es gibt Kinder, die sich extrem normal verhalten, wo man wirklich fast nicht sehen kann, dass sie überhaupt am trauern sind. Sie versuchen sich an die Situation so schnell wie möglich auch anzupassen. Und sehr oft tun Kinder auch versuchen (. . .) sehr stark zu sein (. . .) (Z. 30-36)*

*LS: Das kann eben auch sein, dass Kinder (. . .) nicht trauern, sondern eben auch Wut empfinden. Oder es kann auch sein, dass sie es nicht zeigen, oder gerade bei Suizid kommt es vor, dass man gelähmt ist. Auch bei Kinder ist das oft der Fall (. . .) (Z. 224-227)*

*LS: (. . .) Und bei Kinder ist es so, dass Kinder sehr sehr stark trauern können und auch sehr stark weinen dabei, gerade kleine Kinder, jedoch eine halbestunde später total aufgeheitert sein können (. . .) (Z. 199-201)*

*KM: (. . .) Trauerphasen können ja Verschiedenes sein (. . .) (Z. 633)*

Auch die Berufsbeistandschaft stellte fest, dass die Trauerreaktion des betroffenen Kindes irritierend wirken und Fragen aufwerfen kann:

*JP: (. . .) dann habe ich A. (. . .) nicht erkannt, sie wurde dann plötzlich so „zapplig“. (. . .) Bei der Pflegemutter hat es so am Eingang.. Es ist so ein runder, grösserer Teppich gewesen. Dann hatte A. einfach.. dann ist sie die ganze Zeit dort herum gehüpft. Und ich so 'hä?' und ja sie ist fast die ganze Zeit.. also wirklich, sie war zapplig. Und ich habe sie noch nie so erlebt (. . .) (Z. 108-113)*

*JP: (. . .) das hat mich auch überrascht, wie 'boah was geht es Dir so gut?' Ich habe mir dann auch überlegt, ist sie schon in dieser Trauerphase? Ist das angekommen bei ihr? Oder ist das jetzt einfach.. verdrängt sie es noch? (. . .) (Z. 302-305)*

Die Profession der Kinder- und Jugendpsychologie/Familiengericht hält hierfür folgende Handlungsempfehlung fest:

*LS: (. . .) Und dort ist es wichtig, dass man den Kindern nicht das Gefühl gibt, dass sie nicht dürfen es gut und lustig haben. (. . .) Und eben hier dem Kind ja nicht das Gefühl geben, dass sie es nicht lustig haben sollen. Kinder müssen nicht wie Erwachsene trauern und das sollte man den Kindern zugestehen. Dass sie sich nicht schuldig fühlen, wenn sie lustig sind (. . .) (Z. 204-211)*

#### 16.4. Normalisieren des Alltages

Während des Experteninterviews mit JP konnte festgestellt werden, dass A. am Tag nach dem elterlichen Suizid wieder die Schule besuchte:

*JP: (. . .) dass ich eben gerne A. würde abholen gehen, nach der Schule (. . .) ich will sie einfach kurz sehen (. . .) das war am nächsten Tag (. . .) (Z. 43-47)*

*JP: ( . . . ) sie ist nachher in die Schule gegangen ( . . . ) (Z. 328)*

Daher stellte sich für die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit die Frage, wann die Rückkehr in den Schulalltag angezeigt ist. Der Experte der Kinderpsychiatrie konnte diesbezüglich wie folgt Stellung nehmen:

*SK: ( . . . ) Es kommt ganz darauf an, wie es dem Kind geht. ( . . . ) Wenn das Kind sagt, ich will aber zur Schule gehen. Weil weil was macht es, wenn es nicht in der Schule ist? Ist es dann alleine in einer fremden Umgebung und fängt an zu denken und zu grübeln, dann lieber in der Schule und Sportunterricht mitmachen. Also das ist glaube ich eine sehr individuelle Entscheidung. Also ich würde eigentlich auf mehr Normalisierung setzen, wenn es geht ja ( . . . ) (Z. 201-208)*

Nebst dem weiterführenden Schulbesuch kann das Normalisieren gemäss der Expertin der Kinder- und Jugendpsychologie/Familiengericht auch Folgendes beinhalten:

*LS: ( . . . ) Ich bin eher dafür, dass Erwachsene mit dem Kind normale Sachen machen. Ich bin eher dafür, dass das Kind mit der Patin in den Tierpark geht, als dass es in einer Praxis mit Figuren spielen muss. Wirklich wichtig ist die Normalisierung ( . . . ) (Z. 64-67)*

Auch die anderen Professionen der Suizidforschung und des Trauercoaching halten fest, dass das Normalisieren des Alltages als wichtiger Bestandteil der Traumaverarbeitung gilt:

*KM: ( . . . ) Und vorher möglichst normalisieren und möglichst schauen, dass man dem Kind noch zusätzlich das Gefühl gibt, es sei komisch oder es hätte etwas falsch gemacht ( . . . ) (Z. 268-270)*

*DT: ( . . . ) dass man vielleicht auch mit dem Kind schaut, ( . . . ) den normalen Alltag zu regeln ( . . . ) (Z. 430-431)*

Durch das Normalisieren bzw. durch die Aufklärungsarbeit gewinnt das Kind an Sicherheit. Es soll nicht nur durch die Notfallpsychologie, sondern auch durch die Berufsbeistandschaft in Kenntnis gesetzt werden, dass gewisse Reaktionen auf ein traumatisches Erlebnis nicht krankhaft sind:



*LS: (. . .) Notfallpsychologie heisst, so viel Normalität wie möglich herstellen (. . .) (Z. 293-294)*

*LS: (. . .) Und eben wie bereits erwähnt viel normalisieren und dem Kind nicht das Gefühl geben, dass es krank sei oder gestört ist (. . .) (Z. 175-177)*

*LS: (. . .) Mehr eine Normalisierung im Vordergrund als therapeutische Begleitung. Weil therapeutische Begleitung, kann ein Kind in dem Alter unter Umständen auch damit in Verbindung bringen, ich bin vielleicht, etwas stimmt mit mir nicht (. . .) (Z. 55-58)*

# TEIL F:           HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE BERUFSBEISTANDSCHAFT

## 17. Konklusion der Ergebnisse im Rahmen der Forschungsfragen

Aus den Experteninterviews lässt sich nicht nur neues Wissen generieren, sondern auch bestehendes Wissen aus der bisherigen Theorie bestätigen. Es liessen sich allgemeine Aussagen aus der bereits vorhandenen Theorie auf den Einzelfall der Empirie übertragen (deduktiv). Des Weiteren konnten aus Einzelfällen der Empirie allgemeine Aussagen erzeugt werden (induktiv). Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der beiden Forschungsfragen dargestellt.<sup>29</sup>

1. Welches sind die möglichen Folgen für hinterbliebene Kinder, sofern bei einem Eltersuizid durch die Berufsbeistandschaft nicht situationsgerecht gehandelt wird?

Aus dem bisherigen Forschungsstand geht hervor, dass Kinder, welche einen Eltersuizid erlebten, besonders gefährdet sind, selbst einen Suizid zu begehen, Persönlichkeitsstörungen, depressive oder psychotische Störungen zu entwickeln oder der Problematik der Drogen bzw. des Alkoholabusus zu verfallen. Die Theorie besagt, dass es sich bei einem Eltersuizid um ein traumatisches Erlebnis handelt, aus welchem auch Traumafolgestörungen wie bspw. die PTBS resultieren können. Des Weiteren nimmt sie Bezug auf mögliche Störungen infolge unzureichender Trauerverarbeitung. Verschiedenste internalisierende und externalisierende Störungen sowie weitere Störungen, die nicht zuzuordnen sind, können die Folge von unzureichender Trauerverarbeitung sein. Schuldgefühle, Angst und Nachsterbewunsch sind weitere Herausforderungen, welche die aktuelle Literatur im Zusammenhang mit einem Eltersuizid nennt.

Die empirischen Ergebnisse gehen mit dem aktuellen Forschungsstand und der Theorie einher: Das Spektrum möglicher Störungsbilder, die nach einem Eltersuizid auftreten können, ist breit. Depressionen, ängstliche Persönlichkeitsentwicklung, geringes Durchsetzungsvermögen, Entwicklung von suizidalen Absichten, Schlafstörungen, Leistungsabfall, versteckte Trauer, unzureichende Überlebensstrategien sowie manifestierte Trauer sind einige durch

---

<sup>29</sup> Um eine bessere Übersicht zu gewährleisten, wurde auf Verweise zu den Ursprungskapiteln abgesehen.

die Experten/Expertinnen genannte Beispiele an Möglichkeiten, die nach einem elterlichen Suizid auftreten können.

Aufgrund des Umstandes (themenspezifische Eingrenzung der vorliegenden Arbeit), dass bereits eine Beistandschaft vor dem elterlichen Suizid für das Kind bestand, ist davon auszugehen, dass das Familiensystem bis anhin bereits über unzureichende Ressourcen verfügte, um das Kindeswohl zu gewährleisten. Hinzu kommt, dass ein elterlicher Suizid nicht nur das hinterbliebene Kind, sondern auch den hinterbliebenen Elternteil bzw. das familiäre Umfeld belastet. Deswegen lässt sich hinsichtlich der Forschungsfrage festhalten, dass die Berufsbeistandschaft dazu angehalten ist, eine soziale Diagnose zu erstellen. Dies kann jedoch nur erfolgen, wenn der Berufsbeistand/die Berufsbeiständin über ein ausreichendes Wissen verfügt und eine Vergleichsmöglichkeit betreffend dem Verhalten des Kindes vor und nach dem elterlichen Suizid herbeiführen kann. Dabei handelt es sich zeitgleich auch um eine Handlungsempfehlung. Kann dieses Wissen bzw. die Vergleichbarkeit seitens der Berufsbeistandschaft generiert werden, sind die genannten Folgestörungen zwar nicht auszuschliessen, bleiben jedoch vorerst nicht unentdeckt. Ein adäquates Unterstützungssetting soll daher seitens der Berufsbeistandschaft errichtet werden.

## 2. Welches sind die adäquaten Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern im Falle eines Eltersuizids?

Die Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern im Falle eines Eltersuizids lassen sich sowohl aus der erarbeiteten Empirie als auch aus der bisherigen Theorie ableiten. Damit Handlungsempfehlungen jedoch situationsadäquat sind, bedarf es einer Rollen- und Auftragsklärung seitens der Berufsbeistandschaft. Ausserdem gilt es bei einem Eltersuizid wichtige Aspekte im Rahmen der Kommunikation zu beachten.

### Auftrags- und Rollenklärung

Die Empirie hält fest, dass einer Auftrags- und Rollenklärung seitens der Berufsbeistandschaft im Falle eines Eltersuizids besondere Achtung geschenkt werden muss. Berufsbeistände/Berufsbeiständinnen sind dazu angehalten, sich selbst die Auftrags- und Rollenklarheit vor Augen zu führen und sich gegenüber Aufgaben, für welche naheliegende Bezugspersonen geeigneter sind, abzugrenzen. Ein Beispiel hierfür, welches jedoch individuell einzuschätzen ist, kann die Begleitung des hinterbliebenen Kindes an die Beerdigung bzw. zur Abschiednahme des verstorbenen Elternteils sein. Zur Auftrags- und Rollenklärung gehört es auch, die Grenzen der eigenen Kompetenzen zu kennen. Inwiefern die eigenen Ressourcen ausreichen bzw. eine Triage an eine Drittperson, bspw. Psychotherapie, notwendig ist, gilt es

demnach stets abzuschätzen. Eine Klärung betreffend Auftrag und Rolle der Berufsbeistandschaft bedarf es jedoch auch gegenüber anderen Institutionen (bspw. Schule), die im Falle eines Eltersuizids dazu angehalten sind, selbst eine Haltung bzw. Vorgehensweise innerhalb zu entwickeln.

#### Wichtige Aspekte in der Kommunikation mit hinterbliebenen Kindern bei einem Eltersuizid

Die Kommunikation dem jeweiligen Todeskonzept anpassen: Wie bereits im Theorieteil dargelegt wurde, verfügt das Kind der mittleren Kindheit nicht über die gleiche Vorstellung vom Tod wie eine erwachsene Person. Die bewusste Empfindung für Zeit sowie die Denkentwicklung sind noch nicht vollständig entwickelt, weswegen das Kind eine altersabhängige Todesvorstellung besitzt. Diese Vorstellung ist von der Bindungsqualität zu Bezugspersonen sowie dem Verhalten, Einstellungen und Werten von Erwachsenen innerhalb einer Gesellschaft abhängig und kann demnach auch innerhalb einer Altersspanne individuell ausfallen. Die Kommunikation mit dem Kind sollte keine beschönigenden Metaphern enthalten und die Sprache kindesgerecht sein. Auch aus der Empirie geht hervor, dass Kinder unterschiedliche Vorstellungen über den Tod haben können. Daher ist die Kommunikation der Berufsbeistandschaft dem jeweiligen altersentsprechenden Todeskonzept anzupassen. Der Wissensstand des Kindes soll durch die Beistandsperson erfragt und ergänzt werden.

Haltung der Berufsbeistandschaft: Aus der Empirie geht hervor, dass Fragen, auf die es keine Antworten gibt, auch seitens der Berufsbeistandschaft unbeantwortet bleiben sollen. Die Beistandsperson nimmt damit eine authentische Haltung gegenüber dem Kind ein. Des Weiteren äusserten die Experten/Expertinnen in den Interviews die Empfehlung, das Kind als seinen eigenen Experten anzusehen. Erklärungen für bestimmte Verhaltensweisen sollen erst beim Kind eingeholt werden, bevor diese extern bewertet werden.

#### Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern nach einem Eltersuizid

Bedürfnisabklärung und -stabilisierung: Die Empirie hält ausdrücklich fest, dass die Bedürfnisse des Kindes nach einem Eltersuizid durch die Berufsbeistandschaft abgeklärt werden müssen. Konnte der Berufsbeistand/die Berufsbeiständin bisher keine entsprechende Beziehung zum Kind aufbauen, bedarf es naheliegende Bezugspersonen, welche diese Aufgabe übernehmen. Hier gilt es zu beachten, dass eine bereits vorhandene Bindungsperson bevorzugt wird, damit sich ein neuer Beziehungsaufbau für das Kind erübrigt. Dieser könnte eine zusätzliche Belastung und somit ein Risikofaktor für das Kind ergründen. Eine bekannte Be-

zugsperson kann sich zudem stabilisierend auf das Kind auswirken, was ein Schutzfaktor darstellt. Grundlegende Bedürfnisse des Kindes wie Schlafen, Essen und Trinken sowie das Bedürfnis nach Sicherheit, Freizeitbeschäftigungen und Freundschaften als auch die Teilnahme am Schulunterricht gilt es durch die Beistandsperson zu stabilisieren. Im Rahmen der Bedürfnisstabilisation gilt es für die Berufsbeistandschaft, weitere Beziehungsabbrüche zu vermeiden. Der Fokus soll insbesondere auf das soziale Umfeld, den schulischen Kontext (Klassenkameraden/Klassenkameradinnen, Lehrpersonen) sowie die Wohnumgebung (Nachbarschaft) gelegt werden.

Den Alltag normalisieren: Sofern das Kind das Bedürfnis hat, am Schulunterricht teilzunehmen, sollte ihm dies ermöglicht werden. Die Empirie hält fest, dass das Einkehren des Alltags vom Geschehenen ablenkt, sodass das Kind nicht ständig daran denken muss. Die Normalisierung des Alltags nimmt eine zentrale Rolle für die Handlungsempfehlungen der Berufsbeistandschaft ein. Das Kind soll Dinge tun, die es früher auch getan hat und welche für das Kind normal sind.

Die Trauer- und Traumareaktionen normalisieren: Die Empirie zeigt auf, dass die Berufsbeistandschaft nicht nur Unterstützung beim Normalisieren des Alltages anbieten soll. Trauer- und Traumareaktionen sollten gemäss der Empirie ebenfalls normalisiert werden. Das Kind muss wissen, dass diese Reaktionen normal sind. Somit entwickelt es nicht das Gefühl, etwas stimme mit ihm nicht. In der Theorie sowie in der Empirie wurden situationsadäquate Trauer- und Traumareaktionen festgehalten, weswegen Berufsbeistände/Berufsbeiständinnen dazu angehalten sind, sich entsprechendes Wissen anzueignen.

Die Schuldfrage bearbeiten: Aus der Theorie geht hervor, dass Kinder oft dazu neigen, die Schuld auf sich zu nehmen oder jemand anderem zuzuschreiben. Überzeugende Erklärungsmodelle minimieren die Selbstbeschuldigungen. Diese Feststellung konnte durch die Empirie bestätigt werden. Ergänzend zur Theorie hält die Empirie fest, dass die Psychoedukation zur Bearbeitung der Schuldfrage eine entscheidende Rolle einnimmt. Das Kind soll in jedem Fall über den Suizid und die damit einhergehenden psychischen Krankheiten des Elternteils seitens der Berufsbeistandschaft aufgeklärt werden, damit die Schuldgefühle von ihm genommen werden. Auch soll die Beistandsperson dem Kind immer wieder aktiv mitteilen, dass es die Schuld für den Tod des verstorbenen Elternteils nicht trägt - niemand trägt diese.

Das Kind bei der Abschiednahme aktiv teilnehmen lassen: Sowohl aus der bisherigen Theorie als auch aus der Empirie kann abgeleitet werden, dass Kinder aktiv in den Beerdigungs-

prozess miteinbezogen werden sollen, um sich vom verstorbenen Elternteil zu verabschieden. Dem Familiensystem können durch die Beistandsperson Möglichkeiten der aktiven Teilnahme des Kindes am Beerdigungsprozess aufgezeigt werden. Die Theorie nennt nebst der Teilnahme an der Beerdigung auch konkrete Beispiele wie die Mithilfe beim Aussuchen der Blumen, Fotos, das Verfassen eines Briefes und/oder eine individuelle Sargbemalung. Die Empirie hält ergänzend die Mithilfe bei der Liederauswahl fest und verweist zudem auf eine Integration des Abschiedes in den Alltag. Bereits in der Theorie wurde der Umgang mit Erinnerungen an die verstorbene Person thematisiert. Die Empirie betont dabei jedoch die Wichtigkeit von Ritualen, damit die Abschiednahme auch im Alltag voranschreiten kann. Das Hervornehmen eines Fotoalbums kann als Ritual dazu dienen, dass der verstorbene Elternteil betreffend der schönen Erinnerungen nicht in Vergessenheit gerät. Dies vereinfacht den Abschied. Die Beistandsperson soll demnach ihre Unterstützung anbieten, um die Abschiednahme im Familienalltag zu integrieren.

Über den Suizid und die Emotionen sprechen: Die Berufsbeistandschaft ist gemäss der Empirie dazu angehalten, nebst den alleinigen Gesprächen mit dem Kind auch das gesamte Familiensystem in die Gespräche miteinzubeziehen. Dies dient dazu, den individuellen Umgang der Familienmitglieder mit der jeweiligen Trauer über die verstorbene Person zu benennen. Die Empirie geht mit der bisherigen Theorie einher: Innerhalb eines Familiensystems soll über die verstorbene Person sowie über den Suizid und die eigenen Emotionen betreffend der Trauer gesprochen werden. Dadurch wird die Thematik innerhalb der Familie enttabuisiert. Insbesondere der hinterbliebene Elternteil soll seine Emotionen gegenüber dem Kind verbalisieren, sodass dem Kind stets die Möglichkeit geboten wird, darüber zu sprechen - falls es das möchte. Die Empirie betont jedoch, dass es Kindern oft an Sprache fehlt, um sich über das Geschehene und den damit verbundenen Emotionen äussern zu können. Diese Ansicht teilt auch die bisherige Theorie. Wird innerhalb der Familie der Suizid und die damit verbundenen Emotionen tabuisiert, besteht die Gefahr, dass das Kind das Gefühl bekommt, es dürfe nicht darüber sprechen. Dem Kind soll deshalb ein Rahmen geschaffen werden, in welchem es über den Suizid sprechen und seinen Gefühlen Ausdruck verleihen darf. Ist dies innerhalb der Familie oder dem erweiterten sozialen Umfeld nicht möglich, soll die Berufsbeistandschaft dem Kind diese Möglichkeit innerhalb der Gespräche anbieten. Gleichzeitig ist die Berufsbeistandschaft aufgrund der fehlenden Sprache dazu angehalten, die Emotionen des Kindes nicht explizit zu erfragen. Stattdessen sollen sich Fragen an die grundlegenden Bedürfnisse richten. Beispiele hierfür sind: „Wie geht es Dir in der Schule?“, „Hast Du Kontakt zu anderen Kindern?“, „Jetzt, da Mama/Papa nicht mehr da ist, wer kocht denn jetzt?“, „Kannst Du schlafen?“

Wissen, wann eine psychotherapeutische Therapie angezeigt ist: Die Berufsbeistandschaft neigt im Falle eines Eltersuizids dazu, hinterbliebene Kinder so schnell wie möglich in ein psychotherapeutisches Setting einzubinden. Darin verbirgt sich die Gefahr, dass das Kind das Gefühl entwickelt, etwas mit ihm stimmt nicht. Eine Therapieüberweisung ist somit nicht zwingend angezeigt. Inwiefern eine Psychotherapie in Betracht zu ziehen ist, hängt gemäss der Empirie von den Symptomen ab. Erst wenn sich Symptome wie Schlafstörungen, Ängste, Leistungsabfall, Wut oder andere Schwierigkeiten zeigen, ist eine entsprechende Therapie angezeigt. Sollte der hinterbliebene Elternteil jedoch stark um das Kind besorgt sein, kann eine Abklärung zu einer möglichen Therapie erfolgen. Ergibt sich aus dieser Abklärung kein therapeutischer Handlungsbedarf, sind keine weiteren Schritte einzuleiten. Die Beobachterrolle durch die Berufsbeistandschaft soll dennoch beibehalten werden, um mögliche Symptome, welche sich auch später entwickeln können, mittels sozialer Diagnose frühzeitig zu erfassen. Symptome, die sich aus der Trauer oder dem Trauma ergeben, können durchaus situationsadäquat sein. Dabei nimmt das Zeitfenster eine entscheidende Rolle ein. Demnach halten Trauersymptome zwei bis drei Wochen an, bevor sie stetig abnehmen. Traumasymptome hingegen können bis zu vier Wochen anhalten, bevor eine Traumafolgestörung diagnostiziert werden würde. Symptome, die sich während dieser Zeitspanne ergeben, bedürfen somit keinen zwingenden therapeutischen Handlungsbedarf. Die Berufsbeistandschaft ist dazu angehalten, eine Risiko- und Schutzfaktorenanalyse während des Trauerprozesses des Kindes zu erstellen. Somit wird festgehalten, welche Bereiche gefördert werden müssen, damit die Resilienz beibehalten wird und sich das Kind trotz widriger Umstände altersentsprechend entwickeln kann. Die Stabilisierung grundlegender Bedürfnisse fliesst demnach auch in diese Thematik mit ein. Aus der Empirie ergibt sich weiter, dass der Individualismus des Trauerns zeitgleich eine Herausforderung darstellt. Trauerreaktionen lassen sich teilweise kaum durch Beobachtungen feststellen. Auffälligkeiten bzw. Störungsbilder, die sich in erster Linie nicht einer Trauerreaktion zuordnen lassen, können dennoch ein Anzeichen sein, dass sich das Kind im Trauerprozess befindet. Dabei ist es wichtig, dass die Kindertrauer nicht jener von Erwachsenen entsprechen muss. Die Zeitabstände zwischen Trauer und Freude können kürzer sein, weswegen Kinder sich nicht schuldig fühlen sollen, wenn sie lustig sind. Die Theorie gibt betreffend dem Trauma konkrete Symptome wieder, die während der ersten Zeit keiner therapeutischen Behandlung bedürfen, sondern normal sind. Das Kennen der Merkmale der Trauerphasen, der Zeitachse einer resilienten Trauerreaktion sowie die Symptome einer möglichen Trauma- und Trauerfolgestörungen ist für die Berufsbeistandschaft unabdingbar. Nur so kann erkannt werden, welche Reaktionen des Kindes situationsangepasst sind und wann es einer therapeutischen Unterstützung bedarf. Wird die Analyse der Schutz- und Risikofaktoren nicht vorgenommen bzw. fehlt die Kenntnis betreffend einer resilienten Trauerreaktion und deren Dauer, besteht die Gefahr, Trauma-

bzw. Trauerfolgestörungen zu übersehen. Dem Kind durch eine frühzeitige Therapie, obwohl kein Handlungsbedarf vorhanden ist, das Gefühl zu vermitteln, dass etwas mit ihm nicht stimmt, ist ebenso riskant.

Den Nachsterbewunsch ansprechen: Die Theorie thematisiert den Nachsterbewunsch, der bei Kindern nach einem Suizid auftreten kann. Basierend auf dem Todeskonzept und der Wilcox-Studie ist die Benennung dieser Problematik nicht unberechtigt. Die Empirie ergänzt, dass sich suizidale Absichten erst im Erwachsenenalter entwickeln. Dennoch gilt es gemäss der Theorie, den Nachsterbewunsch - sofern vorhanden - anzusprechen und bereits im Kindesalter nach geeigneteren Möglichkeiten (Erinnerungen) zu suchen.



## **18. Schlussfolgerungen für die berufliche Praxis**

Mit dieser Bachelorarbeit wird aufgezeigt, dass Kinder, für die bereits eine Beistandschaft besteht und welche von einem Eltersuizid betroffen sind, einen besonderen Schutzbedarf aufweisen. Die Trauer, die Traumaverarbeitung, die Risiko- und Schutzfaktoren und damit verbundene Bedürfnisse können bei jedem Kind und Familiensystem individuell ausfallen. Somit ist der Schutzbedarf des Kindes durch die Berufsbeistandschaft individuell zu gewährleisten. Die Handlungsempfehlung, welche durch diese Bachelorarbeit erarbeitet wurden, stellen einen Wegweiser für die Berufsbeistandschaft dar und basieren auf den möglichen Folgen für das Kind, sofern die Berufsbeistandschaft nicht situationsadäquat handelt.

Im Rahmen der Auswertung der Empirie und Theorie ergaben sich einige offene Fragen, die es weiter zu ergründen gilt. Die gegenseitige Beeinflussung von Bindung, Trauma, Trauer und Suizid konnte abschliessend nicht aufgezeigt werden, da betreffend der Bindungstheorie keine aktuelle Literatur vorhanden ist. Die Theorie der Bindung basiert auf einem Experiment von 1945 und ist demnach nicht an die Verhältnisse der heutigen Gesellschaft angepasst. Deshalb bedarf es dringend eine Aufarbeitung dieser Theorie.

Im Rahmen der Erarbeitung der Empirie wurden zudem hindernde Faktoren festgestellt, welche das Handeln der Berufsbeistandschaft auf sozialpolitischer Ebene massiv beeinflussen oder gar verhindern können. Es bedarf entsprechender politischer Schritte, damit das Kindeswohl auch im Falle eines Eltersuizids bestmöglich gewahrt werden kann.

## **19. Reflexion**

### **19.1. Zeitliche Ressourcen**

Mit dem Erstellen der Disposition entwickelten die Autorinnen dieser Bachelorarbeit einen Zeitplan, wann die Experteninterviews durchgeführt werden sollten, damit genügend zeitliche Ressourcen für die Auswertung eingeplant werden konnten. Durch das vorangehende Praktikum und die bisherige Berufserfahrung im Kindes- und Erwachsenenschutz konnte auf bisherige Kontakte zurückgegriffen werden, welche sich für die Experteninterviews eigneten. Die Experten/Expertinnen wurden vom Bachelorteam per Mail angefragt. Sämtliche Angefragten stimmten einem Interview zu. Wie bereits erwähnt wurde, konnte ein Interview nicht am vereinbarten Termin stattfinden, da ein Experte den Termin vergass. Die Verschiebung

des Experteninterviews hatte zur Folge, dass der Zeitplan nicht eingehalten werden konnte. Das führte kurzzeitig zur Mini-Frustration bei den Verfasserinnen, da für die Wegstrecke mehrere Stunden aufgewendet wurden. Die Auswertungsphase der durchgeführten Interviews wurde unterschätzt. Deswegen musste der Zeitplan erneut angepasst werden. Nachdem die Interviews transkribiert und codiert waren, wurde die bereits vorhandene Literatur ergänzt, um den Theorieteil zu erstellen. Dieser Abschnitt der Erstellung der Bachelorarbeit war ebenfalls mit hohem zeitlichem Aufwand verbunden. Die benötigte Literatur war zu einem Grossteil bereits verliehen und sich somit Wartezeiten ergaben, die teilweise nur mit dem Kauf der entsprechenden Literatur behoben werden konnten. Zeitgleich erhöhte sich der Druck, da die Prüfungsphase des laufenden Semesters begann. Die Dreifachbelastung beinhaltete Prüfungstermine, Modularbeiten sowie das Verfassen dieser Arbeit. Da beide Verfasserinnen seit dem unmittelbaren Anschluss an die Prüfungsphase einem hohen Arbeitspensum nachgehen, erhöhte dies die Unsicherheit, mit der vorliegenden Arbeit zu gegebener Zeit fertig zu werden. Lediglich durch ein starkes Ungleichgewicht der Work-Life-Balance und stetiger gegenseitiger Motivation gelang es dem Bachelorteam dennoch, mit dieser Thesis rechtzeitig fertig zu werden. Die Autorinnen erkannten, dass ein detaillierter Zeitplan mittels einer genauen Strukturierung die Arbeit durchaus erleichtern und ein Gefühl von Sicherheit vermitteln kann. Dies kann jedoch auch zum Verhängnis werden, wenn nicht voraussehbare Ereignisse - wie das Vergessen eines Interviewtermins - eintreten. Der Arbeitsbelastung und der psychischen Beschwerden vermag ein zu strukturierter Zeitplan jedoch kaum entgegenwirken. Eine bestimmte Flexibilität wäre in diesem Fall wichtig gewesen, um mit Unvorhergesehenem besser umzugehen und den zeitlichen Ablauf entsprechend anzupassen.

## 19.2. Zusammenarbeit

Das gemeinsame Wirken in dieser Zweierkonstellation funktionierte einwandfrei. Beide Studentinnen hatten eine ähnliche Vorstellung von der Zusammenarbeit. Beide erledigten die ihnen zugeteilten Aufgaben selbstständig, zuverlässig und pflichtbewusst. Jede widmete sich ihrem Spezialgebiet, sodass sich das Team optimal ergänzte. Die einzeln erarbeiteten Themengebiete wurden mit dem angeeigneten Wissen der Kollegin erweitert. Schlussendlich sind somit sämtliche Texte von den beiden Autorinnen nicht mehr zu unterscheiden. Kurzweilige Motivationseinbrüche fanden zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt, sodass ein gegenseitiges Ermutigen und Aktivieren stets stattfinden konnte. Generell lässt sich festhalten, dass sowohl die Phasen des selbstständigen Wissenserwerbs als auch die Phasen der engen Zusammenarbeit von beiden Verfasserinnen äusserst geschätzt wurden.

### 19.3. Lernerfahrungen

Die Zusammenarbeit mit den Experten/Expertinnen wurde als wichtige Erfahrung wahrgenommen. Die Experteninterviews aus verschiedenen Professionen ermöglichten den Autorinnen das Generieren von neuen Sichtweisen. Eine der wichtigsten Lernerfahrungen dieser Bachelorarbeit gilt dem Umgang mit Kindern - insbesondere im Falle eines Eltersuizids. Die Verfasserinnen besitzen seit dieser Bachelorarbeit nun auch über das entsprechende Wissen über mögliche Handlungsempfehlungen seitens der Berufsbeistandschaft im Falle eines Eltersuizids und sind sich ihrer Verantwortung bewusst, welche Risiken ein unzureichendes Handeln als künftige Berufsbeiständinnen bei hinterbliebenen Kindern in sich bergen kann. Da die vorliegende Thesis eine aktive Forschungsarbeit ist, wurde den Autorinnen verdeutlicht, dass es bei der Sozialarbeit Handlungswissenschaften handelt und sich diese zur klassischen Psychotherapie abgrenzt. Die Verfasserinnen stellten in diesem Zusammenhang fest, dass die Sozialarbeit den Fokus bei einem Eltersuizid nicht auf die Behebung des Traumas legt, sondern auf die Befähigung, Koordinierung und Begleitung des Kindes in seinem gesamten Helfersystem.

Diese Bachelorarbeit ermöglichte den Studierenden nicht nur die Erweiterung der Fach- und Methodenkompetenzen, sondern trug auch zur Entfaltung der Sozial- und Selbstkompetenzen bei. Es konnten nicht nur die Forschungsfragen, sondern auch die im Vorwort gestellten Fragen, welche zu dieser Arbeit verleiteten, beantwortet werden.

## 20. Appell an die HSLU SA

Wie bereits in der Reflexion festgehalten, stellten der altersgerechte Umgang mit Kindern sowie die Handlungsempfehlungen bei einem Eltersuizid einen Lerneffekt für beide Studierenden dar. Der Umgang mit Kindern - insbesondere die kindsgerechte Sprache - wurde an der HSLU SA nicht gelehrt. Betreffend einem Suizid wurden die Studierenden an der HSLU SA mit einer möglichen Suizidgefährdung (Phasen) und dem entsprechenden Handlungswissen konfrontiert, um einen Suizid abzuwenden. In Anbetracht dessen, dass im Jahr 2014 die Anzahl Suizide in der Schweiz 5'145 Hinterbliebene mit sich zog, worunter sich auch Kinder befinden, appellieren die Autorinnen dieser Bachelorarbeit an die HSLU SA, diese beiden Thematiken in das Grund- resp. Pflichtstudium der Sozialarbeit zu integrieren.

# QUELLENVERZEICHNIS

- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor.
- Bogner, Alexander & Menz, Wolfgang (2001). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S. 33-70). Opladen: Leske + Budrich.
- Bogner, Alexander & Menz, Wolfgang (2002). Expertenwissen und Forschungspraxis: die modernisierungstheoretische und die methodische Debatte um die Experten. In Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S. 7-29). Opladen: Leske + Budrich.
- Bowlby, John (2006). *Verlust. Trauer und Depression* (3. Aufl.) (Ernst Reinhardt, Übers.). München: Ernst Reinhardt Verlag (engl. *Attachment and Loss, Volume 3: Loss - Sadness and Depression*, The Tavistock Institute of Human Relations 1980).
- Bundesamt für Statistik (2014). *Todesursachenstatistik 2014*. Gefunden unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits.assetdetail.1023131.html>
- Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 (SR 235.1).
- Deutsches Institut für Psychotraumatologie (2015). *Symptome eines psychischen Traumas*. Gefunden unter <http://www.psychotraumatologie.de/selbsthilfe/symptome.html>
- Duden (2017a). *Das oder der Elter*. Gefunden unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Elter>
- Duden (2017b). *Das Trauma*. Gefunden unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Trauma>
- Eckardt, Jo-Jacqueline (2013). *Kinder und Trauma. Was Kinder brauchen, die einen Unfall, einen Todesfall, eine Katastrophe, Trennung, Missbrauch oder Mobbing erlebt haben* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Fleck-Bohaumilitzky, Christine & Fleck, Christian (2014). Wann hilft Begleitung in Trauersituationen - wann ist Therapie sinnvoll? Komplizierte Trauer? Was ist das? In Franziska Röseberg & Monika Müller (Hrsg.). *Handbuch Kindertrauer. Die Begleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 435-442). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Flick, Uwe (2012). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (5. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Franz, Margit (2012). *Tabuthema Trauerarbeit. Kinder begleiten bei Abschied, Verlust und Tod*. (6. überarb. Aufl.). München: Don Bosco Medien GmbH.
- Grossmann, Karin & Grossmann, Klaus E. (2015). *Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit* (4. überarb. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

- Häfeli, Christoph (2013). Kinderschutz und Erwachsenenschutz. In Peter Mösch Payot, Johannes Schleicher & Marianne Schwander (Hrsg.), *Recht für die Soziale Arbeit. Grundlagen und ausgewählte Aspekte* (3. Aufl.) (S. 274-322). Bern: Haupt.
- Heck, Christoph (2016). Überblick über die Akteure und deren Aufgaben. In Daniel Rosch, Christina Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute* (S. 89-97). Bern: Haupt.
- Howe, David (2015). *Bindung über die Lebensspanne. Grundlagen und Konzepte der Bindungstheorie* (Inge Welling, Übers.). Paderborn: Junfermann Verlag (engl. *Attachment accross the Lifecourse. A Brief Introduction*, Palgrave 2011).
- Huber, Christian, Kawohl, Wolfram & Kurt, Hans (2015). *Stigma - die zweite Krankheit*. Gefunden unter [http://www.upkbs.ch/zuweiser/anmeldeformulare-downloads/Documents/Takeda\\_Stigma\\_Brosch%C3%BCre\\_FINAL\\_D\\_kleiner.pdf](http://www.upkbs.ch/zuweiser/anmeldeformulare-downloads/Documents/Takeda_Stigma_Brosch%C3%BCre_FINAL_D_kleiner.pdf)
- Junker, Oliver (2008). *Und plötzlich ist alles anders. Trauernde Kinder verstehen und begleiten*. Aachen: Shaker Media.
- Kohler, Richard (2008). *Jean Piaget*. Bern: Haupt Verlag.
- König, Lilith (2012). Trauma und Bindungen. In Markus A. Landolt & Thomas Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (2. überarb. Aufl.) (S. 59-74). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz [KOKES]. (2015). *KOKES-Statistik 2015. Anzahl Kinder mit Schutzmassnahmen per 31.12.2015*. Gefunden unter [https://www.kokes.ch/application/files/9614/8534/6867/KOKES-Statistik\\_2015\\_Kinder\\_A3.pdf](https://www.kokes.ch/application/files/9614/8534/6867/KOKES-Statistik_2015_Kinder_A3.pdf)
- Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz [KOKES]. (2017). *Praxisanleitung Kinderschutzrecht (mit Mustern)*. Zürich/St. Gallen: Dike Verlag AG.
- Korittko, Alexander (2016). *Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Störungen systemisch behandeln*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.
- Krüger, Andreas (2012). *Erste Hilfe für traumatisierte Kinder* (3. Aufl.). Ostfildern: Patmos.
- Krüger, Andreas (2014). Kinder, Jugendliche und ihre Eltern nach seelischer Extremlastung. Erkennen, gemeinsam verstehen und beraten. In Marita Krist, Adelheid Wolcke, Christina Weisbrod & Kathrin Ellermann-Boffo (Hrsg.), *Herausforderung Trauma. Diagnosen, Interventionen und Kooperationen der Erziehungsberatung* (S. 40-56). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, Udo (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. überarb. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

- Landolt, Markus A. & Hensel, Thomas (2012). Grundlagen der Traumatherapie. In Markus A. Landolt & Thomas Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (2. Aufl.) (S. 16-33). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Landolt, Markus A., Schnyder, Ulrich, Maier, Thomas, Schönbucher, Verena & Mohler-Kuo, Meichun (2013, 26. April). «Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents: A National Survey in Switzerland». *Journal of Traumatic Stress*. Gefunden unter [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.21794/epdf?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.21794/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED)
- Langenmayr, Arnold (2013). *Einführung in die Trauerbegleitung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Liebenwein, Sylva (2008). *Erziehung und soziale Milieus: Elterliche Erziehungsstile in milieuspezifischen Differenzierung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Main, Mary (1997). Desorganisation im Bindungsverhalten. In Gottfried Spangler & Peter Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (2. überarb. Aufl.) (S. 120-139). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Meuser, Michael & Nagel, Ulrike (1991). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S. 71-94). Opladen: Leske + Budrich.
- Michel, Konrad (2012). *Suizid ist keine überlegte Handlung*. Gefunden unter <http://konradmichel.ch/Suizidalitaet.html>
- Müller, Heidi & Willmann, Hildegard (2016). *Trauer: Forschung und Praxis verbinden. Zusammenhänge verstehen und nutzen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Myschker, Norbert & Stein, Roland (2014). *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen - Ursachen - Hilfreiche Massnahmen* (7. überarb. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Nagy, Maria (1948). The child's theories concerning death: Kinder fragen nach dem Tod. In Margit Franz (Hrsg.), *Tabuthema Trauerarbeit. Kinder begleiten bei Abschied, Verlust und Tod* (6. überarb. Aufl.) (S. 79-82). München: Don Bosco Medien GmbH.
- Otzelberger, Manfred (2010). *Suizid* (5. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.
- Paetzold, Ulrich (2015). *Vergessene Kinder: Suizid eines Elternteils und die Folgen für die Nachfahren - eine Aufgabe für die schulische Sozialpädagogik*. Gefunden unter: [http://pedagogikaspoleczna.com/wp-content/content/abstrakt/PS%203%20\(2015\)%20185-200.pdf](http://pedagogikaspoleczna.com/wp-content/content/abstrakt/PS%203%20(2015)%20185-200.pdf)

- Paul, Chris (2014). Kinder und Jugendliche als Trauernde nach einem Suizid. Eine Möglichkeit menschlichen Handelns. In Franziska Röseberg & Monika Müller (Hrsg.), *Handbuch Kindertrauer. Die Begleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 190-195). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Pfadenhauer Michaela (2002). Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview - ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S. 113-130). Opladen: Leske + Budrich.
- Schwarz, Elisabeth (2003). *Die Entwicklung des kindlichen Sterblichkeitswissens*. Gefunden unter <http://www.rpi-loccum.de/material/ru-in-der-grundschule/schent>
- Rinder, Nicole & Rauch, Florian (2016). *Damit aus Trauma Trauer wird. Weiterleben nach dem Suizid eines nahestehenden Menschen*. München: Gütersloher Verlagshaus.
- Rosner, Rita & Steil, Regina (2013, 1. Januar). Jugendpsychiatrie Teil III: Traumafolgestörungen. Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *DPN - Der Neurologe & Psychiater*, 2013 (14/1), S. 2-9.
- Schenk, Marion (2014). *Suizid, Suizidalität und Trauer. Gewaltsamer Tod und Nachsterbewunsch in der Begleitung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Schneider, Wolfgang & Lindenberger, Ulman (2012). *Entwicklungspsychologie* (7. überarb. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210).
- Stangl, Werner (2017). *Kindheit*. Gefunden unter <http://lexikon.stangl.eu/11307/kindheit/>
- Stutz, Jonathan (2017). *Feeling bad*. Gefunden unter [https://stock.adobe.com/de/search?k=78448507&filters%5Bcontent\\_type%3Aphoto%5D=1&filters%5Bcontent\\_type%3Aillustration%5D=1&filters%5Bcontent\\_type%3Azip\\_vector%5D=1&filters%5Bcontent\\_type%3Avideo%5D=1&filters%5Bcontent\\_type%3Atemplate%5D=1&filters%5Bcontent\\_type%3A3d%5D=1&load\\_type=int\\_search](https://stock.adobe.com/de/search?k=78448507&filters%5Bcontent_type%3Aphoto%5D=1&filters%5Bcontent_type%3Aillustration%5D=1&filters%5Bcontent_type%3Azip_vector%5D=1&filters%5Bcontent_type%3Avideo%5D=1&filters%5Bcontent_type%3Atemplate%5D=1&filters%5Bcontent_type%3A3d%5D=1&load_type=int_search)
- Teismann, Tobias & Dormann, Wolfram (2015). *Suizidgefahr? Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Többen, Djura (2014). Trauer im Übergang zur seelischen Erkrankung. In Franziska Röseberg & Monika Müller (Hrsg.), *Handbuch Kindertrauer. Die Begleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 471-479). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Weiss, Sabine (2006). *Trauer um den verstorbenen Vater. Der Trauerprozess im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Wermke, Matthias, Kunkel-Razum, Kathrin & Scholze-Stubenrecht, Werner (Hrsg.) (2010). *Duden. Das Bedeutungswörterbuch* (4. überarb. Aufl.). Mannheim: Dudenverlag.

- Worden, J. William (2007). *Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch* (3. Aufl.) (Thomas M. Höpfner & Tonia Rihs, Übers.). Bern: Verlag Hans Huber (engl. *Grief Counselling and Grief Therapy*, Springer Publishing Company 1991).
- Wustmann, Corina (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 2005 (51/2), S. 192-206.



# ANHANG

## Interview Kodierung

Kategorie: Mögliche Folgen auf das hinterbliebene Kind bei Elternsuizid, sofern die Berufsbeistandschaft nicht adäquat handelt						
Nr.	Kode	Suizidforschung (KM)	Kinder- und Ju- gendpsychologie / Familiengericht (LS)	Berufsbeistand- schaft/ Sozialarbeit (JP)	Trauercoaching (DT)	Kinderpsychiatrie (SK)
7a	Suizidale Absichten	50-55, 551-556, 557-558				544-565,560-568
7b	Angst Nachahmung Suizid	198-201				
7c	Angst, selbst suizidal zu werden	229-234				
7d	Psychosomatische Kopfschmerzen	237-241				
7e	Schlecht in Schule	250-251			40-41	
7f	Konzentrationsschwierigkeiten	251-252				
7g	Sozialer Rückzug	252				
7h	Schlafstörungen	253-254			299-303	
7i	Ticks	254-258				
7j	Nicht verstehen können	293-296			119-120	
7k	Offene Fragen	299-300, 308				
7l	Schuldfrage	314-317, 337-340, 345-346	24-32, 37-38, 113-126, 127-132, 142-143, 180- 185, 211, 454-459		125, 129-133, 133-139	415-418
7m	Gefühl des alleine gelassen werdens	333-335	221-223		120-121	
7n	Trauma	335-336, 556-557	38-40, 82-84, 160	275-277	510	146-159
7o	Frage nach möglicher Verhin-	487-493	302-304			

	derung					
<b>7p</b>	Entwicklungsstörungen allgemein		89-92	393, 542-544, 561-563		
<b>7q</b>	Depressionen		93-95, 99	398-399	13-14, 370	13-14,
<b>7r</b>	Essstörungen		99			
<b>7s</b>	Angststörungen		99	549-561		
<b>7t</b>	Persönlichkeitsstörungen		100			345-346
<b>7u</b>	Blockade		301-302, 304-305			
<b>7v</b>	Externalisierende Störungen					11-13,
<b>7w</b>	Aggressives Verhalten					
<b>7x</b>	Erhöhte Wahrscheinlichkeit des auftreten einer Störung innerhalb von 4 Wochen nach dem Suizid					14-15, 210-212
<b>7y</b>	PTBS				325-330	159-161, 176-179, 190-192
<b>7z</b>	Resiliente Trauerreaktion/Resiliente Faktoren				387-402	179-190, 277-278, 294-297
<b>7aa</b>	Zappelig sein			108-113		
<b>7ab</b>	Unsicherheit			563-564		
<b>7ac</b>	Geringes Selbstbewusstsein			564-567		
<b>7ad</b>	Dauerstress				6-11	
<b>7ae</b>	Burnout				11, 12-13, 363-370	
<b>7af</b>	Geschwächtes Immunsystem				11-12	
<b>7ag</b>	Wut				41, 94, 118-119, 120-121, 124-125, 441-442	
<b>7ah</b>	Verlustängste				91-92	

<b>7ai</b>	Bindungsängste				92	
<b>7aj</b>	Clown spielen, obwohl es schlecht geht				92-93	
<b>7ak</b>	Panikattacken				94	
<b>7al</b>	Chronische Müdigkeit				94-95	
<b>7am</b>	Keine Grenzen setzen können				95	
<b>7an</b>	Mit Kritik nicht umgehen können				96-97	
<b>7ao</b>	Rebellion im Teeniealter, verspätete Trauerverarbeitung				149-156	
<b>7ap</b>	Problematik "wer bin ich?"				354-360	
<b>7aq</b>	Existenzangst				362-363	

Kategorie: Mögliche Handlungsempfehlungen für die Berufsbeistandschaft bei hinterbliebenen Kindern nach einem Eltersuizid						
Nr.	Kode	Suizidforschung (KM)	Kinder- und Jugendpsychologie / Familiengericht (LS)	Berufsbeistandschaft/ Sozialarbeit (JP)	Trauercoaching (DT)	Kinderpsychiatrie (SK)
<b>10a</b>	Klient ist sein eigener Experte	90-92, 100-119, 131-136, 465-469	294-295			
<b>10b</b>	Über Trauer sprechen	241-246	387-390		108-110, 156-161, 591-602	
<b>10c</b>	Setting	246-248, 353-355	489,			
<b>10d</b>	Gefühle der Kinder nicht ins Detail erfragen	248-249,	396-397, 560-561,	117-121, 233-236		
<b>10e</b>	Normalisieren	268-272, 597-599	53-56, 64-67, 175-176, 245, 293-294	202-208	432	204-209
<b>10f</b>	Nicht pathologisieren	272	176-177			

<b>10g</b>	Verständnis/Wissen Tod der Kinder erfragen	278-281, 283-287, 347-352, 355-356	32-37		520-523	
<b>10h</b>	Kindgerechte Sprachanwendung	287-288, 322-323, 356-358, 362-363, 368-369	152-153, 422-424 526-528	251, 253-256, 603-607	189-192, 196-197, 448-452	
<b>10i</b>	Schuldfrage besprechen	346-347	153-155, 160-169, 173-175, 305-308 487			
<b>10j</b>	Kind nicht zum reden/trauern zwingen	496-504	151-152, 243-244, 279-280, 498-510, 563-564		161-163, 200-207, 209-211	
<b>10k</b>	Bedürfnisse Kind abklären	504-505		26-30, 59-63, 81-82, 114-117, 132-142, 195, 379-381	114-117, 429-431	202-204, 318-321
<b>10l</b>	Beziehungsaufbau Kind	507-512	488-491,	71-72, 75-77, 190-194, 418-419	172-182, 194-196, 198-200, 207-209, 261-263, 263-267 272-282	322-334, 341-344, 357-364
<b>10m</b>	Beziehung zum System des Kindes	520-545		31, 37-42, 36-42, 374-379, 584-588	263, 422-423	
<b>10n</b>	Rollenklarheit	545-549	77-82, 143-145, 148-150, 170-172, 271-276 , 277-279, 460-465	24-26, 49-53, 58-59, 70-71, 130-132, 163-168, 181-186, 210-217, 293-294, 320-326, 399-404	503	365-372
<b>10o</b>	Primäre Bezugsperson Kind	599-610		309-310		
<b>10p</b>	Bezugspersonen im System mobilisieren		40-52, 68-74, 336-334	217-219	484-485	
<b>10q</b>	Psychoedukation		133-135, 136-137, 139-142, 146-148, 150-151, 155-160, 185-191, 233-243, 459, 466-468 472-480			391-399
<b>10r</b>	Empathisches Verstehen		201-203, 207-211	582-584	503-505	

<b>10s</b>	Frage nach Normalität nicht nach Tod		2880-283, 390-393, 394-396, 412-413			
<b>10t</b>	Zeit, um sich von Trauer zu erholen		308-309		423-424, 508-510	
<b>10u</b>	Erste Handlungsschritte nach Suizid		321-333	1-7, 42-47, 186-187	415-422, 468-476	36-38,
<b>10v</b>	Altersgerechte Antwort zum Suizid		523-526, 548-554		476-479, 517-520	419-422,616-620
<b>10w</b>	Dem Kind nicht das Gefühl vermitteln man verstehe es besser		529-532, 534-538, 554-555, 558-560, 561-563			
<b>10x</b>	Fragen die nicht gestellt werden sollten		556-557			
<b>10y</b>	Authentisch bleiben dem Kind gegenüber/ Keine Erfahrung mit Kindern offenlegen		588-604, 610-611	248-249, 251-253, 277-278	479-480	
<b>10z</b>	Als Erwachsene nicht zum Kind werden		605-610			
<b>10aa</b>	Stabilisieren durch enge Bekannte oder Bezugsperson					42-50, 67-68
<b>10ab</b>	Faktoren die Stabilisation von Bezugsperson verunmöglichen					280-283
<b>10ac</b>	Einschätzung des Beistands für die Betreuung des Kindes			237-242		50-66, 110-117, 199-201

<b>10ad</b>	Inhalt Stabilisation (Essen, Schlafen, Schule Platz zum sein)			34-36, 65, 195, 326-331	480-484	69-74, 193-198, 422-423,
<b>10ae</b>	Heim oder Pflegefamilie, wenn keine Bezugspersonen vorhanden			196-202, 219-230		122-133
<b>10af</b>	Herausforderung Beistand: Neugierde Drittpersonen - Auskunft			7-18, 54-56, 65-69, 312-320		
<b>10ag</b>	Übersicht über Suizid bzw. aktuelle Situation verschaffen			18-24, 57-58, 69-70, 596-600		
<b>10ah</b>	Bedürfnisse Familie abklären			63-65, 124-130	425-429	
<b>10ai</b>	Das Kind sehen, um Wohlergehen einzuschätzen/zu erfragen			72-75, 82-90, 188-190, 194-195, 232-233		
<b>10aj</b>	Beziehungsabbrüche vermeiden			367-374, 394-398, 420-427, 430-440, 545-546, 567-577		
<b>10ak</b>	Stigmatisierungen vermeiden			458-465	405-408	
<b>10al</b>	Interkulturelle Aufklärungsarbeit mit hinterbliebenen Eltern- teil			465-473		424-425
<b>10a m</b>	Kinder brauchen Zeit				188-189, 248, 250, 546-550, 559-563	
<b>10an</b>	Hilfsmittel (Toolbox, screening Instrumente), damit Kinder					316-318,

	reden können					
<b>10ao</b>	Frühere Beziehungserfahrungen von Kindern					334-341, 355-356
<b>10ap</b>	Altersgerechte Antworten auf psychische Erkrankungen					400-415, 627-631
<b>10aq</b>	Welches Verhalten seitens der SA führt zu Retraumatisierung?				565-584	568-571
<b>10ar</b>	Das Kind zur Therapie zwingen					572-580
<b>10as</b>	Belastungen/ Symptome nicht erkennen/ falsch deuten					581-601
<b>10at</b>	Einfach „da“ sein				424-425	
<b>10au</b>	Fehler in Beratungssituation mit Kindern				534-556	
<b>4b</b>	Bindungen, die nicht abbrechen		74-77, 85-89			
<b>Subkategorie: Therapie</b>						
<b>12a</b>	Frage nach therapeutischen Massnahmen	159-162			370-373	212-213, 220-221, 255-265, 287-289
<b>12b</b>	Einbezug Familiensystem	183-188, 584-593	469-470			
<b>12c</b>	Austausch unterstützen	196-197				
<b>12d</b>	Kein Therapiebedarf	202-204, 223-227, 234-237, 573-576	52-53, 56-64, 177-180, 264-265, 286-293			266-272, 279-280, 290-293
<b>12e</b>	Empfehlung für Therapie	204-208, 265-268, 640-644	248-251, 255-264, 265-270 471-472		41-42, 505	214, 216-219, 222-224



<b>12f</b>	Gewicht aus dem Wort Therapie nehmen	657-663				
<b>12g</b>	Herausforderungen im Hinterbliebenen Familiensystem		449-453		360-361, 497-503	374-381
<b>12h</b>	Einbezug der Eltern in Therapiesitzung		481-486			382-390
<b>12i</b>	Maltherapie/Comics zeichnen		511-512			224-236
<b>12j</b>	Spieltherapie/ Szenokasten		513-518			344-346
<b>12k</b>	Care Team/ Notfallpsychologie			442-455	492-497	15-27, 28-30, 110,
<b>12l</b>	Erste Handlungen von Care Team					30-35,
<b>12m</b>	Bedürfnisabklärung durch Kinderpsychologe			455-458, 474-484		
<b>12n</b>	Beschrieb durch Care Team, wo sich die tote Person befindet					426-435, 462-469
<b>12o</b>	Konfrontation mit der Leiche/Als Therapieansatz					430-450, 453-458
<b>12p</b>	Verschiedene therapeutische Ansätze					621-627
<b>12q</b>	Personen weisen Symptome auf, wissen Ursache nicht				375-380	
<b>12r</b>	Atemtechniken				408-409	
<b>12s</b>	Individueller Therapieansatz				409-413	

Subkategorie: Trauerarbeit						
<b>13a</b>	Umgang Familie mit Trauer	169-172, 653-657	408-412			470-472
<b>13b</b>	Problem: Fehlende Sprache für Trauer bei Tod	173-181, 644-651	375-385, 393-394, 397	90-108, 113-114, 236-237	63-66, 80	
<b>13c</b>	Individueller Umgang mit Trauer	191-196, 204, 227-229, 651-653	192-194, 199-201, 203-207, 212-214, 227-233, 245-247, 276-277, 284-286, 386-387	302-307, 342-347, 360-361, 365-367, 643-650	1-6, 27-30, 61, 408	
<b>13d</b>	Verarbeitungsprozess erkennen	216-222, 371-380		296-301		309-315
<b>13e</b>	Grab/Bilder/Geburtstage feiern	273-276			460-468, 633-643	488-489, 492-496, 519-522
<b>13f</b>	Erinnerungen	276-277	373-375, 385-386, 398-408, 413-421	361-362	432-433, 602-603, 608-633	
<b>13g</b>	Neuer Partner	277-278				
<b>13h</b>	Ereignis einordnen können	311-314				
<b>13i</b>	Trauerarbeit als muss	629-633				
<b>13j</b>	Will das Kind sprechen?	637-638		249-251		
<b>13k</b>	Trauer ist nicht Depression oder Belastungsstörung		194-199, 251-253			284-286
<b>13l</b>	Beerdigung		344-350, 353, 356-366, 368-372	256-275	435-441, 442-448	
<b>13m</b>	Warum Trauerarbeit wichtig ist					143-146
<b>13n</b>	Trauer als etwas normales sehen					286-287
<b>13o</b>	Verabschiedung Kind - Eltern teil (Aufbahrung)			143-150		
<b>13p</b>	Kinder miteinbeziehen			247-248	425-460, 485-492	

<b>13q</b>	Selbstbestimmung Kind			278-288, 292-293		
<b>13r</b>	Trauermöglichkeit in der Schule			348-360		482-487, 499-506
<b>13s</b>	Kerze anzünden			362		
<b>13t</b>	Weinen können			362-364	50-52	
<b>13u</b>	Trauerphasen/wie lange?			364-365		475-479, 480-482, 513-517
<b>13v</b>	Trauer/Tod als gesellschaftliches Tabuthema			640-643, 650-653	22-25, 247-248	
<b>13w</b>	Unterdrückung/Überspielen der Emotionen				19-22, 47-49, 52-54, 146-149	
<b>13x</b>	Versteckte Trauerverarbeitung				30-33, 42-45 312-315, 331-338	
<b>13y</b>	Parentifizierung				33-40, 50, 133	
<b>13z</b>	Trauerverarbeitung mit Lego, Puppen, Malen				54-56	
<b>13aa</b>	Muster (neg. i. e. S.) um sich von Aussenwelt zu schützen/Überlebensstrategien				69-72, 90-91, 102-105, 350-353, 361-362	
<b>13ab</b>	Trauerarbeit/Trauerbewältigung wann angezeigt				100-102, 105-106, 164-170	522-527,
<b>13ac</b>	Eltern versuchen Kinder zu fest zu schützen				109-111	
<b>13ad</b>	Abschiedsbrief verwerten in der Trauerarbeit				121	
<b>13ae</b>	Anmeldung Trauercoaching				141-146, 163-164	
<b>13af</b>	Herausforderungen mit Eltern				182-188, 222-247, 248-250	

	in der Trauerarbeit					
<b>13ag</b>	Einbezug Eltern in Trauerarbeit				251-255	
<b>13ah</b>	Inhalt Trauerworkshop				257-261, 267-272 291-292	
<b>13ai</b>	Märchen in Trauerarbeit				282	
<b>13aj</b>	Coachingformen (WingWave, EDMR...)				282-291, 292-299, 303-308, 315-323, 505-508	
<b>13ak</b>	Erfolgschancen Trauerarbeit				338-342	
<b>13al</b>	Pathologisierte Trauer					479-480
<b>13am</b>	zukunftsgerichtete Abschiedsrituale					490-492,506-513, 518-519
<b>13an</b>	Interkulturelle Trauerverarbeitung					496-499, 636-637
<b>13ao</b>	Symptome von nicht bewältigter Trauer					528-534
<b>13ap</b>	Diverse Störungen/Depression/Drogenmissbrauch					534-540
<b>13aq</b>	Trauer holt einem Jahre später ein				380-385	
<b>13ar</b>	Rituale				434-435, 603-608	
<b>13as</b>	Sobald wie möglich mit Trauerarbeit beginnen				510-515	
Subkategorie: Hindernde Faktoren für Handlungsempfehlungen bei hinterbliebenen Kindern						
<b>18a</b>	Elterliche Sorge				381-391	

<b>18b</b>	Erziehungsfähigkeit des hinterbliebenen Elternteils			404-409		
<b>18c</b>	Kindeswohl höher als Gesetze gewichten			409-418, 607-611		
<b>18d</b>	Elterliche Sorge vs. Auftrag Kinderpsychologie			484-486		
<b>18e</b>	Kostenproblematik Trauerarbeit			653-663		

Kategorie: Theorien/Empirie/Erklärungsansätze/Literaturangaben

<b>Nr.</b>	<b>Kode</b>	<b>Suizidforschung (KM)</b>	<b>Kinder- und Jugendpsychologie / Familiengericht (LS)</b>	<b>Berufsbeistand- schaft/ Sozialarbeit (JP)</b>	<b>Trauercoaching (DT)</b>	<b>Kinderpsychiatrie (SK)</b>
<b>16a</b>	Bindungstheorie	578-584		155-163		304-306
<b>16b</b>	Resilienztheorie		95-99, 100-10			308
<b>16c</b>	Entwicklungstheorie (Piaget)		102-113, 214-221, 224-227, 253-255, 312-320, 350-353, 353-356, 367			74-77, 84-85, 88-92
<b>16d</b>	Entwicklung Todeskonzept					86-88, 93-101, 107-108
<b>16e</b>	Wie entsteht ein Trauma					236-239, 243-251, 451-453, 601-603
<b>16f</b>	Traumakonfrontation					251-254, 458-461
<b>16g</b>	Studie mit Kindersoldaten im Kongo					272-277
<b>16h</b>	Umgang von Traumata von Familien ohne Risikofaktoren					302-304
<b>16i</b>	Entwicklungstheorie (Erik H.			307-309		

	Erikson)					
<b>16j</b>	Ab wann Kinder eine Sprache für Trauer haben				58-60, 62-63	
<b>16k</b>	Trauerverarbeitung bei grösseren vs. kleinen Kindern				66-69	
<b>16l</b>	Peergroups				74-77	
<b>16m</b>	Traumapädagogische Konzepte nicht nur Verhaltensänderung erzwingen					603-606
<b>16n</b>	Unterschied Kinder/Erwachsene mit Trauer				346-350	
<b>14a</b>	Suizidkonzept	297-299, 317-322, 360-362, 505-507				
<b>14b</b>	Suizid: Hirnunfall	328-330				
<b>14c</b>	Suizid: Affekthandlung	330-333				
<b>14d</b>	Suizid: Gestörte Hirnfunktion	358-360				
<b>14e</b>	Suizid: Hirnforschung	363-368				
<b>17a</b>	Literaturangaben	702-713		648-651		1-3, 102-107, 109, 215, 645
<b>2a</b>	Suizidstudie mit Erwachsenen	1-3, 25-29, 70-78				
<b>2b</b>	Fragestellung der Studie	5-8				
<b>2c</b>	Ergebnis Studie (Engramm-Spuren)	10-20				
<b>2d</b>	Nicht viele Forschungen vorhanden	20-21, 55-60				
<b>2e</b>	Teilnehmende zwei Gruppen	3-5				

	Suizid/Nicht-Suizid (4-5)					
<b>2f</b>	Lernergebnis anhand Fallbeispielen	480-487, 493-494				
<b>2g</b>	Direkt betroffenen von einem Suizid	3- 11				
<b>2h</b>	USA Unterdrückung Emotionen				14-17	

Kategorie: Nicht relevante Themen für diese Bachelorarbeit						
Subkategorie: Psychische Krankheiten/Belastungen der suizidverübenden Person						
Nr.	Kode	Suizidforschung (KM)	Kinder- und Jugendpsychologie / Familiengericht (LS)	Berufsbeistandschaft/ Sozialarbeit (JP)	Trauercoaching (DT)	Kinderpsychiatrie (SK)
<b>6a</b>	Depressionen	46-47, 469-474, 576-578	126-127, 138, 532-534,		126-128	
<b>6b</b>	Krisen	47-49				
<b>6c</b>	Scheidung Eltern in Kindheit	122-126				
<b>6d</b>	Postnatale Depression	288-293				
<b>6e</b>	Erziehungsfähigkeit ggf. eingeschränkt	407-422				
<b>6f</b>	Identitätsverlust als Mutter	447-452				
<b>6g</b>	Persönlichkeitsstörungen		135			
<b>6h</b>	Borderline		137-139			
<b>6i</b>	Physische Einschränkung			150-155		
<b>6j</b>	Elemente, die nicht mit suizidalem Verhalten verbunden	21-25				

	werden (Bücher, Zeitungsartikel)					
<b>6k</b>	Unterschied Männer/Frauen	44-46				
<b>6l</b>	Vorgeschichte	563-573, 594-598				
<b>11a</b>	Auslöser im Moment des Suizids: Beziehungsprobleme	121-122, 474-480				
<b>11b</b>	Auslöser im Moment des Suizids: Verzweiflung	140-141				
Subkategorie: Empfehlungen für Studium (nicht relevant, weil niemand an der HSLU SA war)						
<b>15a</b>	Beziehungsaufbau Kinder	512-520				
<b>15b</b>	Beratungssituation mit Kindern lernen		574-581	613-630	525-532	611-615
<b>15c</b>	Umgang mit Hinterbliebenen nach Suizid			632-639		
Subkategorie: Suiziddrohung						
<b>8a</b>	Frage nach Suizidandrohung Absicht/Druckmittel	63-67				
<b>8b</b>	Suizid als Druckmittel gibt es	69-70, 129-132, 452-457				
<b>8c</b>	Suizidgedanken äussern	141-142				
<b>8d</b>	Vermehrte Suizidandrohung selten	143-145				
<b>8e</b>	Von der Androhung zum eigentlichen Suizid	145-155				
<b>4a</b>	Suizidandrohungen der Mutter einer Patientin	31-44, 136-140			128-129	



Subkategorie: Differenzierter Sprachgebrauch						
<b>9a</b>	Suiziddrohung nicht verwenden	68-69				
<b>9b</b>	Verbot der Worte Appellativer Suizidversuch	85-88, 460-465				
<b>9c</b>	Unterschied reason und cause	92-99				
<b>9d</b>	Suizidandrohung gegenüber Behörden	437-441				
<b>9e</b>	Primäre und sekundäre Bezugspersonen	610-625		579-581		
Subkategorie: Keine Verwertung der Daten						
<b>1a</b>	Nicht relevante Zwischenbemerkungen	9-10, 30-31, 88-90, 120, 126-128, 155, 163-168, 188-191, 208-216, 261-265, 308-311, 323-328, 336-337, 340-345, 381-407, 422-437, 441-447, 494, 558-563, 638-640, 663-700	1-24, 295-300, 309-312, 425-448, 465-466 491-494, 518-522, 538-548, 564-573, 581-588	1, 31-34, 121-124, 168-179, 242-247, 288-292, 331-340, 427-430, 522-540, 546-549, 588-594, 600-603	78-80, 308-312, 402-404, 550-559, 645-647, 651-652	27, 35-36, 39-42, 78-84, 134-143, 222, 239-243, 298-302, 306-308, 346-355, 399-400, 557-560, 607-611, 631-635, 645-648