

**Bachelorarbeit**

**Rahel Weber**

August 2025

VZ SP 21-1

# **Traumapädagogik in der Trauerbegleitung**

Wie Fachpersonen der stationären Kinder- und Jugendhilfe  
anhand traumapädagogischen Ansätzen junge Menschen  
im Trauerprozess um eine nahestehende Person  
unterstützen können

**Hochschule Luzern – Soziale Arbeit**

Eingereicht an Dr. Christina Meyer

**Bachelor-Arbeit**

Ausbildungsgang Sozialpädagogik  
Kurs VZ21-1

**Rahel Weber**

**Traumapädagogik in der Trauerbegleitung**

**Wie Fachpersonen der stationären Kinder- und Jugendhilfe anhand traumapädagogischen Ansätzen junge Menschen im Trauerprozess um eine nahestehende Person unterstützen können**

---

Diese Arbeit wurde am **11. August 2025** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

---

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

---

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repository veröffentlicht und sind frei zugänglich.

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



**Urheberrechtlicher Hinweis:**

**Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-  
Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.**

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

**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.

**Keine weiteren Einschränkungen** — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

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 Studiengangleitung Bachelor**

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 mehreren 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 und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand\_innen 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 Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2025

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

**ABSTRACT**

Die vorliegende Fachliteraturarbeit trägt den Titel «*Traumapädagogik in der Trauerbegleitung - Wie Fachpersonen der stationären Kinder- und Jugendhilfe anhand traumapädagogischen Ansätzen junge Menschen im Trauerprozess um eine nahestehende Person unterstützen können*». Die Arbeit befasst sich mit den beiden Themenschwerpunkten «Trauma» und «Trauer». Aus entwicklungstheoretischer Perspektive werden Traumafolgesymptome sowie Trauerreaktionen von minderjährigen Kindern betrachtet. Es wird beleuchtet, inwiefern sich traumatische Erfahrungen und Trauerbewältigung nach dem Verlust einer primären Bezugsperson gegenseitig beeinflussen. Die theoretischen Grundlagen der beiden Themenbereiche werden dazu differenziert betrachtet und Wechselwirkungen identifiziert.

Die Ergebnisse betonen die Notwendigkeit innerhalb der stationären Erziehungshilfe traumasensible Ansätze in der Trauerbegleitung anzuwenden. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen werden praxisrelevante Handlungsempfehlungen für Fachpersonen der Kinder- und Jugendhilfe formuliert. Dabei werden aktuelle Theorien der Trauerbewältigung mit dem traumapädagogischen Ansatz und seinen Grundhaltungen in Verbindung gesetzt. Es wird aufgezeigt, was für die Schaffung eines sicheren Ortes, in welchem Kinder Trauerarbeit leisten können, relevant ist und was es als Fachpersonen in der Trauerbegleitung zu beachten gilt.

**INHALTSVERZEICHNIS**

<b>Abstract .....</b>	<b>I</b>
<b>Inhaltsverzeichnis.....</b>	<b>II</b>
<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>IV</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>IV</b>
<b>Danksagung .....</b>	<b>V</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage und Eingrenzung.....	1
1.2 Motivation und Berufliche Relevanz.....	3
1.3 Fragestellungen.....	4
1.4 Aufbau der Bachelorarbeit.....	5
<b>2 Trauma.....</b>	<b>6</b>
2.1 Einführung Trauma .....	6
2.1.1 Begrifflichkeiten .....	6
2.1.2 Typisierungen .....	8
2.1.3 Prävalenzen .....	8
2.1.4 Gehirnfunktionen .....	9
2.1.5 Trauma im Kindesalter .....	10
2.2 Traumafolgen .....	11
2.2.1 Traumafolgesymptome .....	11
2.2.2 Traumafolgestörungen.....	14
<b>3 Trauer .....</b>	<b>17</b>
3.1 Trauerreaktionen .....	17
3.2 Kindliche Trauer nach Entwicklungsstufen .....	22
3.2.1 Säuglinge und Kleinkinder (0-2 Jahre).....	23
3.2.2 Junge Kinder (2-4 Jahre).....	23
3.2.3 Kindergarten- und Vorschulkinder (4-7 Jahre).....	24

3.2.4	Junge Schulkinder (7-12 Jahre) .....	25
3.2.5	Ältere Schulkinder / Pubertät (12-14 Jahre) .....	25
3.2.6	Jugendliche (14+ Jahre).....	26
3.3	Trauermodelle .....	26
3.3.1	Klassische Phasenmodelle.....	27
3.3.2	Traueraufgaben nach Worden .....	28
3.3.3	Duales Prozessmodell der Trauerbewältigung nach Stroebe & Schut .....	29
3.4	Einflussfaktoren auf den kindlichen Trauerprozess .....	31
<b>4</b>	<b>Zusammenhang von Trauer und Trauma: Überschneidungen und Abgrenzungen.....</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>Sozialpädagogische Trauerbegleitung im stationären Setting .....</b>	<b>35</b>
5.1	Stationäres Setting der Kinder- und Jugendhilfe .....	35
5.2	Traumapädagogik.....	37
5.2.1	Pädagogik des sicheren Ortes .....	37
5.2.2	Traumasensible Grundhaltungen.....	38
5.3	Sozialpädagogische Trauerbegleitung .....	39
5.3.1	Unterstützung von kindlicher Trauerarbeit .....	40
5.3.2	Anforderungen an Sozialpädagogische Fachpersonen .....	45
5.3.3	Grenzen sozialpädagogischer Trauerbegleitung.....	47
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerung .....</b>	<b>49</b>
6.1	Zusammenfassung wichtiger Erkenntnisse .....	49
6.2	Schlussfolgerung für die berufliche Praxis .....	50
6.3	Ausblick .....	51
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>52</b>

**ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS**

Abbildung 1: Duales Prozessmodell .....	30
Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung.....	16
Tabelle 2: Trauerreaktionen.....	18
Tabelle 3: Diagnostische Kriterien nach ICD-11 der anhaltenden Trauerstörung .....	20
Tabelle 4: Diagnostische Kriterien nach DSM-5-TR der anhaltenden Trauerstörung .....	21
Tabelle 5: Modellvergleich: Traueraufgaben und Duales Prozessmodell .....	30
Tabelle 6: Begriffsbestimmung Trauerarbeit / Trauerbegleitung.....	39

**ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

BAG-TP	Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 5. Auflage) Erscheinungsjahr: 2013
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, text revision (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 5. Auflage, Textrevision.) Erscheinungsjahr: 2022
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th edition (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Auflage)
ICD-11	International Classification of Diseases, 11th edition (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 11. Auflage)
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch

**DANKSAGUNG**

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, welche mich während des Schreibprozesses dieser Bachelorarbeit in irgendeiner Weise begleitet haben. Als erstes möchte ich mich bei der Begleit- und Beurteilungsperson Dr. Christina Meyer für die richtungsleitenden Anregungen und die motivierenden Zwischengespräche bedanken. Im Weiteren gilt es einen besonderen Dank an Miriam Christen Zarri zu richten, welche im Rahmen des Fachpoolgesprächs von ihrer Praxiserfahrung berichtete und so einen wertvollen Beitrag zu dieser Bachelorarbeit leistete. Für das Korrekturlesen an unterschiedlichen Stellen des Prozesses bedanke ich mich bei Samuel Lantsch, Isabelle Weber und Elodie Amrein. Ganz herzlich möchte ich mich zudem bei meiner Familie und meinen Freunden bedanken, die viel Verständnis für Stimmungshochs und -tiefs aufbrachten und einen Erinnerungswürdigen Sommer 2025 sicherstellten. Danke Euch allen.

## 1 EINLEITUNG

Dieses erste Kapitel führt in die Ausgangslage der vorliegenden Bachelorarbeit ein und nimmt eine Eingrenzung des Themas vor. Im Anschluss werden die Motivation der Autorin sowie die berufliche Relevanz des Themas erläutert. Darauf aufbauend werden die Fragestellungen vorgestellt. Zum Abschluss dieses Kapitels wird der Aufbau dieser Arbeit beschrieben.

### 1.1 AUSGANGSLAGE UND EINGRENZUNG

Der Tod einer nahestehenden Person gehört wahrscheinlich zu den einschneidendsten Erfahrungen im Leben eines Menschen. Jede Person wird früher oder später in seinem Leben mit dieser Herausforderung konfrontiert. Die Trauer, welche darauf folgt, kann mit einer Vielzahl von intensiven und nicht selten auch widersprüchlichen Gefühlen wie Schmerz, Weinen, Lachen, Verzweiflung, Freudlosigkeit, Ohnmacht, Neid, Wut, Scham, Panik, Angst, Sehnsucht oder Dankbarkeit ausgedrückt werden (Witt-Loers, 2014, S. 10). Trauern ist ein individueller Prozess, welcher Zeit und Raum benötigt und durch Faktoren wie der Relation zur verstorbenen Person, persönlicher Bindungserfahrungen, zusätzlichen Belastungen sowie der Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung beeinflusst wird (Witt-Loers, 2014, S. 12–13). Geiter (2014) weist darauf hin, dass Kinder und Jugendliche je nach Entwicklungsstand den Tod und die Trauer über die nahestehende Person sehr unterschiedlich erleben (S. 172). Haagen (2017) führt dies darauf zurück, dass Kinder erst ein Konzept des Todes und des Sterbens entwickeln müssen und deshalb anders vom Tod betroffen sind als Erwachsene (S. 42–43).

Aus psychologischer Sicht kann der Verlust einer nahestehenden Person durch Tod als Modell eines psychischen Traumas begriffen werden, da in der Trauer das Konzept einer guten, gerechten Welt erschüttert wird (Znoj, 2023, S. 55). Aus verschiedensten Trauermodellen geht zudem hervor, dass der Verlust einer nahestehenden Person eine grosse Anpassungsleistung durch den trauernden Menschen erfordert. Genauso erfordert die Verarbeitung eines Traumas psychische Anpassungsleistungen (Hantke & Görges, 2023, S. 99). In einer gesamtschweizerischen Studie berichteten 56 % der befragten Jugendlichen bis zur 9. Klasse, mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben. Am häufigsten wurde dabei das Ereignis «Hören über den gewaltsame Tod oder die Verletzung eines geliebten Menschen» genannt (Landolt et al., 2013, S. 211–212). Für junge Menschen, welche in der stationären Kinder- und Jugendhilfe untergebracht sind, ist die Wahrscheinlichkeit besonders hoch, mit Verlust sowie Trauma konfrontiert zu sein. Ein ausführlicher Modellversuch des Bundesamts für Justiz zeigt, dass insgesamt 80 % der stationär platzierten Jugendlichen bereits mindestens eines von fünfzehn aufgeführten traumatischen Ereignissen persönlich oder als Zuschauende erlebt haben (Schmid et al., 2013, S. 48–52). Dabei wurde mit 43 % am häufigsten der «Tod einer wichtigen Bezugsperson» angegeben (Schmid et al., 2013, S. 48).

In den jüngsten diagnostischen Entwicklungen zeigt sich die Verbindung von den Themen Trauer und Trauma ebenfalls. Im *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen* (DSM-5) wurde die **anhaltende komplexe Trauerstörung** (Persistent Complex Bereavement Disorder) als Forschungsdiagnose 2013 aufgeführt (American Psychiatric Association, 2013). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führte in der aktuellen Version der *Internationalen Klassifikation der Krankheiten* (ICD-11) die **anhaltende Trauerstörung** (Prolonged Grief Disorder) in der Folge explizit als Diagnose auf<sup>1</sup>. Dabei fällt die anhaltende Trauerstörungen unter die Rubrik der stressbezogenen Störungen (Disorders specifically associated with stress) und weist somit einen Bezug zu den Traumafolgestörungen auf (World Health Organisation, 2025). Der ICD-11 folgend, wurde in der überarbeiteten Version des DSM-5-TR von 2022 die anhaltende Trauerstörung als vollwertige Diagnose hinzugefügt (American Psychiatric Association, 2022).

Folglich lässt sich zusammenfassen, dass der Tod einer nahestehenden Person eine tiefgreifende emotionale Herausforderung darstellt, welche sich in unterschiedlichsten Gefühlen äussern kann. Dies besonders bei Kindern und Jugendlichen, welche im Rahmen ihrer Entwicklung gewisse Trauerkonzepte erst entwickeln müssen. Wie die Studie von Landolt et al. (2013) zeigt, hat eine Vielzahl von Kindern bereits traumatische Ereignisse erlebt. Im stationären Kontext ist die Wahrscheinlichkeit gemäss der Studie von Schmid et al. (2013) jedoch um einiges höher. Beide Studien konnten zudem aufzeigen, dass «der Tod einer nahestehenden Person» das häufigste traumatisch Ereignis darstellt. Unabhängig der Art des traumatischen Ereignisses, werden sie jedoch früher oder später (erneut) mit dem Tod einer nahestehenden Person konfrontiert werden.

### **Eingrenzung**

Trauer und Verlust werden in dieser Bachelorarbeit immer auf den Tod einer nahestehenden Person bezogen. Nicht in der Bachelorarbeit behandelt werden Trauer und Verlust um Gegenstände, Orte oder Tiere sowie die Trauer um eine beendete Beziehung oder einen verlorenen Arbeitsplatz. Als nahestehende Person werden Personen verstanden, zu denen eine enge emotionale Bindung besteht, unabhängig von Verwandtschaft oder rechtlichem Status. Der Fokus wird in dieser Bachelorarbeit auf den Kontext der stationären Kinder- und Jugendhilfe gelegt, auch bekannt als «Heimkontext» oder «stationäre Erziehungshilfe» (vgl. Kapitel 5.1). Angelehnt an die schweizerische Zivilrechtsordnung ist mit dem Begriff «Kind» die Altersspanne von Geburt bis zur Volljährigkeit gemeint. Im Verlaufe der Arbeit wird zwischen unterschiedlichen Entwicklungsstufen weiter differenziert.

---

<sup>1</sup> Die ICD-11 ist 2022 in englischer Sprache in Kraft getreten. Bis dato besteht keine offizielle deutsche Übersetzung der WHO. Das Bundeinstitut für Arzneimittel und Medizinalprodukte (BfArM) führt auf deren Webseite aber eine deutsche Entwurfsfassung auf, worauf in dieser Arbeit Bezug genommen wird (BfArM, o. J.).

Für diese Bachelorarbeit wurde die Form einer Fachliteraturarbeit gewählt, da zu den Themengebieten Trauma und Trauer bereits umfangreiche Literatur besteht. Bestehende Erkenntnisse der beiden Themengebieten werden innerhalb dieser Bachelorarbeit analysiert und zusammengeführt, um Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen für die sozialpädagogische Praxis zu formulieren. Die Inhalte dieser Bachelorarbeit sind durch die Autorin eigenständig unter Einbezug der jeweils angegebenen Literatur erarbeitet worden. Künstliche Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) wurde in der Themenfindungsphase als Gesprächspartnerin genutzt sowie gelegentlich im Schreibprozess für Anregungen bezüglich Strukturierungsoptionen befragt. In der Überarbeitungsphase wurde Künstliche Intelligenz in ausgewählten Passagen zur sprachlichen Überarbeitung oder Glättung benutzt, wobei Anpassungsvorschläge nicht direkt übernommen wurden.

## 1.2 MOTIVATION UND BERUFLICHE RELEVANZ

### **Motivation**

Die Autorin dieser Bachelorarbeit hat das Ausbildungspraktikum in einem traumapädagogisch ausgerichteten Kinder- und Jugendheim absolviert. In ihrer täglichen Arbeit mit den Kindern konnte sie praktische Erfahrungen mit der traumapädagogischen Arbeitsweise und Haltung sammeln. Besonders beschäftigt hat sie dabei die Begegnung mit einem Kind, welches unerwartet eine nahestehende Bezugsperson verloren hatte. Mit der vorliegenden Bachelorarbeit möchte die Autorin sowohl auf theoretischer Ebene im Bereich der Traumapädagogik ihre Erkenntnisse vertiefen als auch ihr Wissen im Bereich der Trauerbegleitung erweitern. Verbindungen und/oder Abgrenzungen zwischen den Themenbereichen Trauma und Trauer sollen besser verstanden werden, um in der Folge auch Handlungsempfehlungen für die sozialpädagogische Praxis abzuleiten.

### **Relevanz**

Wie sich weiter oben gezeigt hat, ist die Wahrscheinlichkeit besonders bei stationär untergebrachten Kindern hoch, mit Verlust sowie Trauma konfrontiert zu sein (Schmid et al., 2013, S. 48) Zudem sind Verlustereignisse in der Kindheit als besonderer Risikofaktor für eine gesunde psychische Entwicklung zu betrachten (Senf & Eggert, 2014, S. 18). Der Berufskodex von AvenirSocial formuliert den Auftrag der Sozialen Arbeit, Menschen zu begleiten und in ihrer Entwicklung zu fördern und zu stabilisieren (AvenirSocial, 2010, Ziff. 5.6). Daraus ergibt sich für Fachpersonen der stationären Kinder- und Jugendhilfe konkret der Auftrag, ein stabilisierendes Umfeld zu schaffen, in welchem die Kinder gezielt in ihrer bio-psycho-sozialen Entwicklung gefördert werden.

Traumafolgesymptome von Kindern können sich jedoch in herausfordernden Verhaltensweisen äußern, wodurch die Begleitung für pädagogische Fachkräfte hoch anspruchsvoll und überfordernd wird und sich Fachpersonen oft auch als unwirksam erleben (Wübker, 2020, S. 9). Eine Schweizer

Studie aus dem Jahr 2017 konnte jedoch aufzeigen, dass die Arbeit nach traumapädagogischen Konzepten in stationären Jugendinstitutionen positive Auswirkungen auf das Selbstwirksamkeits- und Kohärenzerleben der Fachpersonen hat (Schmid et al., 2017, S. 169). Ebenfalls wurden in Institutionen mit Implementierter Traumapädagogik eine Reduktion der körperlichen Grenzverletzungen gegenüber Fachpersonen verzeichnet und körperliche Stressreaktionen bei Fachpersonen sind gesunken, was wiederum auch das Burnout Risiko bei Fachkräften reduziert (Schmid et al., 2017, S. 118–122).

Daraus ergibt sich, dass eine Trauerbegleitung mittels einer traumasensiblen Pädagogik und Grundhaltung für die Begleitung von trauernden Kindern unabdingbar ist. Folglich sollen in dieser Bachelorarbeit Theorien der Trauerbewältigung mit Konzepten der Traumapädagogik in Verbindung gesetzt werden.

### 1.3 FRAGESTELLUNGEN

Die beiden Themenschwerpunkte Trauer und Trauma sind an sich vielschichtig und komplex, es zeigen sich jedoch auch erste Überschneidungspunkte. Ziel dieser Bachelorarbeit ist es daher, die beiden Themenbereiche differenziert zu betrachten und Wechselwirkungen aufzuzeigen. Darauf aufbauend sollen praxisrelevante Erkenntnisse herausgearbeitet werden, damit Fachpersonen im stationären Kontext trauernde junge Menschen traumasensibel begleiten können. Folgende Fragen sollen für die Erarbeitung der Fachliteraturarbeit leitend sein.

#### Übergeordnete Frage

Inwiefern lassen sich traumapädagogische Konzepte mit Theorien der Trauerbewältigung verbinden, um Kinder und Jugendliche mit traumatischen Erfahrungen gezielt im Trauerverarbeitungsprozess im Heimkontext zu unterstützen?

#### Theoriefragen

Wie wirkt sich Trauer auf junge Menschen aus, welche bereits traumatische Ereignisse erlebt haben?

Welche Ansätze der Traumapädagogik sind für die Trauerbegleitung von jungen Menschen anwendbar?

#### Praxisfragen

Was kann die Sozialpädagogik im Heimkontext zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Trauma-Erfahrungen im Trauerverarbeitungsprozess beitragen?

Was sind die Verbindungen und Anschlussfähigkeiten der Traumapädagogik zur sozialpädagogischen Trauerbegleitung im stationären Setting?

#### 1.4 AUFBAU DER BACHELORARBEIT

Diese Bachelorarbeit ist in sechs Kapitel gegliedert. Die Einleitung hat die Ausgangslage, persönliche Motivation sowie berufliche Relevanz beschrieben und die zu behandelnden Fragestellungen präsentiert. Das *zweite Kapitel* führt in das Themengebiet Trauma ein, wobei eine Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten, Prävalenzen und Funktionen des Gehirns vorgenommen wird. Darauf aufbauend werden Traumafolgesymptome bei Kindern sowie Einflussfaktoren auf Folgestörungen vorgestellt. Im *dritten Kapitel* wird das Thema Trauer behandelt, wobei Trauerreaktionen nach Entwicklungsstufen beschrieben und Trauerprozesse anhand verschiedener Trauermodelle vorgestellt werden. Das *vierte Kapitel* zeigt die Überschneidungspunkte sowie Abgrenzungen zwischen den beiden Themenbereichen auf. Im nachfolgenden *fünften Kapitel* wird das stationäre Setting genauer beschrieben und der traumapädagogische Ansatz vorgestellt. Darauffolgend werden traumasensible Handlungsempfehlungen für die sozialpädagogische Trauerbegleitung formuliert. Im Abschliessenden *sechsten Kapitel* werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst sowie Schlussfolgerungen für die berufliche Praxis gezogen.

## 2 TRAUMA

Das zweite Kapitel führt in das Thema Trauma ein und stellt zentrale Begrifflichkeiten und Typisierungen differenziert dar. Nachfolgend werden Studienergebnisse bezüglich der Häufigkeit von traumatischen Situationen präsentiert. Die Funktionsweise des Gehirns, während eines traumatischen Ereignisses wird im Weiteren beschrieben. Der Schwerpunkt liegt auf Traumata im Kindesalter, deren Reaktionsmuster und Auswirkungen beleuchtet werden. Zum Abschluss wird auf Einflussfaktoren und die Ausbildung von Traumafolgestörungen eingegangen.

### 2.1 EINFÜHRUNG TRAUMA

Das Wort *Trauma* stammt aus dem Griechischen und bedeutet «Verletzung» oder «Wunde». In der Medizin bezeichnet ein Trauma eine «abrupte körperliche Verletzung» welche in der Traumatologie – der Unfallheilkunde – behandelt wird (Maercker, 2017, S. 11). Dem gegenüber steht die *Psychotraumatologie*, die sich mit seelischen Verletzungen befasst, welche aufgrund belastender Ereignisse entstehen können (Landolt, 2021, S. 17). In dieser Bachelorarbeit wird unter dem Begriff *Trauma* stets ein **psychologisches Trauma** verstanden, was nachfolgend genauer beschrieben wird.

#### 2.1.1 BEGRIFFLICHKEITEN

Die Fachliteratur bietet unterschiedliche Definitionen von psychologischen Traumata. Laut Landolt (2021) liegt dies daran, dass sich die Definitionen fortlaufend an neuere Forschungsbefunde anpassen (S. 19). Die klassifikationssystembasierten Definitionen liefern folgende Begriffsbestimmungen:

- Die 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) beschrieb ein Trauma noch als «belastendes Ereignis von aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmass, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde» (World Health Organisation, 2019).
- In der ICD-11 ist neu von einem «extrem bedrohlichen oder schrecklichen Ereignis» die Rede (World Health Organisation, 2025).
- In der 5. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5) werden traumatische Ereignisse als «eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt» definiert, wobei die Konfrontation direkt oder als beobachtende Person erlebt werden kann (Landolt, 2021, S. 20).

Landolt (2021) hält fest, dass die Definitionen der ICD-10/11 allgemeiner gehalten sind als jene des DSM-5 (S. 20). Den subjektiven Einschätzungen der betroffenen Personen wird im ICD-11 somit ein höheres Gewicht beigemessen (Landolt, 2021, S. 20).

Fischer und Riedesser (2009) beschreiben Trauma als ein «vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt» (S.84, zit. in Staub & Seidl, 2024, S. 3). Gebrande (2021) beschreibt, dass traumatische Situationen immer von intensiven Gefühlen wie (Todes-)Angst, Ohnmacht, Hilflosigkeit und Panik geprägt sind. Dies kann zu einer derartigen Überwältigung führen, dass unmittelbare psychische Veränderungen hervorgerufen werden, um überlebensfähig zu bleiben (S. 33–34). Es geht folglich um eine Überforderung mit einer sehr bedrohlichen Situation, wobei die Überforderung dazu führt, dass nicht auf die regulären Bewältigungsmöglichkeiten einer Person zurückgegriffen werden können.

Ruppert (2024) weist darauf hin, dass ein und dieselbe Situation von verschiedenen Menschen unterschiedlich erlebt werden kann: Was für die eine Person traumatisierend wirkt, kann von einer anderen Person lediglich als belastend empfunden werden (Ruppert, 2024, S. 66–68). Erst wenn über längere Zeit keine Möglichkeit besteht die traumatische Erfahrung, in der die körperliche Notfallreaktion ausgelöst wurde zu verarbeiten (vgl. Kapitel 2.1.4), wird von einem Trauma gesprochen (Hantke & Görges, 2023, S. 63). Dieser Verarbeitungsprozess kann Jahre bis Jahrzehnte andauern und ist abhängig davon, ob emotionale und physische Stabilität wiedererlangt werden kann (Ruppert, 2024, S. 79–80). Wiederkehrende Bilder, Erinnerungsfragmente sowie Alpträume können traumatisierte Menschen besonders in der ersten Zeit nach dem Ereignis stark belasten (Wübker, 2020, S. 24).

Zusammenfassend meint die *traumatische Situation* also ein potenziell lebensbedrohliches Ereignis, welches die Bewältigungsmöglichkeiten der Person überfordert und zu einer Trennung zwischen physischer und psychischer Wahrnehmung führt. Ein *Trauma* oder eine *Traumatisierung* liegt in der Folge erst vor, wenn über längere Zeit das Erlebte aufgrund mangelnder körperlicher und sozialen Voraussetzungen nicht verarbeitet und auch nicht als Teil des Selbst integriert werden kann (Hantke & Görges, 2023, S. 117).

Im Weiteren gilt es zwischen einem Trauma und einer *Traumafolgestörung* zu unterscheiden. Matten und Pausch (2024) machen deutlich, dass das Erleben eines Traumas nicht bedeutet, dass man zwangsläufig eine anhaltende psychische Störung daraus entwickelt (S. 105). Damit von einer Traumafolgestörungen gesprochen werden kann, müssen konkrete psychische Störungsbilder vorliegen. Hierzu wird ein konkretes Beispiel in Kapitel 2.2.2 ausgeführt.

### 2.1.2 TYPISIERUNGEN

Potenziell traumatisierende Ereignisse können sehr vielfältig sein. Sie reichen von körperlicher oder sexueller Gewalt, über Unfälle und lebensbedrohliche Krankheiten bis hin zu Naturkatastrophen (Landolt, 2021, S. 21). In der Psychotraumatologie werden traumatische Ereignisse meist anhand der Ursache und anhand der Häufigkeit kategorisiert. Es wird zwischen **menschenverursachten** (interpersonellen) Ereignissen wie Krieg, Vergewaltigung oder Entführung und **akzidentellen** Ereignissen wie einem Unfall oder einer Naturkatastrophe unterschieden. Der häufig verwendeten Einteilung Terr (1991) folgend, wird zudem zwischen Typ-I und Typ-II Traumata unterschieden (Landolt, 2021, S. 21): Als **Typ-I-Traumata** gelten einmalige, unerwartete, akute Ereignisse wie ein Verkehrsunfall, ein Überfall, eine Geiselnahme oder eine Vergewaltigung. Mit **Typ-II-Traumata** sind hingegen wiederholte, langanhaltende, teilweise vorhersehbare Ereignisse wie häusliche Gewalt, chronischer sexueller Missbrauch oder Krieg gemeint (Landolt, 2021, S. 21).

### 2.1.3 PRÄVALENZEN

Gemäss der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) erleben rund 70 % der Weltbevölkerung in ihrer Lebenszeit ein potenziell traumatisierendes Ereignis wie Krieg, Unfall, Naturkatastrophe oder sexuelle Gewalt (World Health Organisation, 2024). Zur epidemiologischen Lage von potenziell traumatischen Ereignissen spezifisch im Kindes- und Jugendalter wurden bisher jedoch nur wenige breit angelegte Studien durchgeführt.

Gunaratnam und Alisic (2017) haben Studienergebnisse zusammengetragen und kamen zum Schluss, dass rund die Hälfte der Jugendlichen bereits von mindestens einem potenziell traumatischen Ereignis berichtet hat (S. 30). Gemäss Schulte & Szota (2024) haben Kinder und Jugendliche im Vorschulalter ein besonders erhöhtes Risiko, um mit traumatischen Ereignissen konfrontiert zu werden (S. 29). Witt et al. (2017) legen dar, dass 31 % der Menschen aus Deutschland mindestens eine Form von Misshandlung und/oder Vernachlässigung im Kindesalter erfahren (S. 4). Alisic et al. (2014) zeigen im Weiteren auf, dass 16 % der Trauma-exponierten Minderjährigen eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Nach *interpersonellen* Traumatisierungen sind es gar 25 % die eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln (S. 338). Eine Studie aus Deutschland konnte bezüglich stationär platzierten Kindern nachweisen, dass 75 % zu Betroffenen einer interpersonellen Traumatisierung gehören (Fegert et al., 2013, S. 31). In drei unabhängigen Studien aus den USA, der Schweiz und den Niederlanden wurde der *plötzliche Tod einer geliebten Person*, als das am häufigste vorkommende Kriterium für ein potenziell traumatisches Ereignis bei Jugendlichen identifiziert (Gunaratnam & Alisic, 2017, S. 30).

## 2.1.4 GEHIRNFUNKTIONEN

Um die Funktionsweise des Gehirns während eines traumatischen Ereignisses zu erklären, hat sich in der Traumapädagogik das Modell des dreieinigen Gehirns etabliert (T. Lang, 2016, S. 397). Dabei wird zwischen dem Stammhirn (Reptilienhirn), dem limbischen System (Säugetierhirn) und dem Grosshirn unterschieden.

Das **Stammhirn** ist der älteste Gehirnteil der aus der Zeit der Reptilien entstammt, daher auch der Name Reptilienhirn. Es ist von Geburt an funktionsfähig und reguliert alle lebensnotwendigen Grundfunktionen wie Herzschlag, Atmung oder Verdauung. Es steuert die Körperempfindungen sowie Bewegung und ist zuständig für die Überlebensreaktionen wie Kampf, Flucht oder Erstarrung (T. Lang, 2016, S. 397).

Das **limbische System** ist seit der Entstehung von Säugetieren funktionsfähig und umgibt das Stammhirn ringartig (T. Lang, 2016, S. 397). Es ist für die Emotionswahrnehmung und -steuerung zuständig. Das limbische System wird weitgehend in den ersten sechs Lebensjahren ausgebildet (van der Kolk, 2015, S.74, zit. in T. Lang, 2016, S. 397). Das limbische System besteht unter anderem aus der Amygdala und dem Hippocampus. Die *Amygdala* bildet die Warnzentrale, sie verarbeitet externe Signale, nimmt eine emotionale Bewertung vor und leitet in Sekundenbruchteilen eine Reaktion ein (T. Lang, 2016, S. 397). Dabei kommen zwei Reaktionen zum Zug. Der schnelle Reaktionsweg führt via Thalamus ins Stammhirn, wo Körperfunktionen aktiviert werden. Der langsamere Reaktionsweg, führt über den Hippocampus ins Grosshirn. Der *Hippocampus* verarbeitet Informationen aus dem Körperinnern sowie aus der Umwelt und hilft dem Grosshirn eine Erinnerung an das Ereignis abzuspeichern (T. Lang, 2016, S. 397). Er ist etwa ab dem Alter von achtzehn Monaten aktiv. Der Hippocampus beinhaltet im Weiteren das Wissensgedächtnis welches Wissen speichern, abrufen und erweitern kann (T. Lang, 2016, S. 398).

Das **Grosshirn** ist mit den meisten Gehirnregionen verbunden und kann als Steuerungszentrale verstanden werden. Wichtige Bereiche des Grosshirns entwickeln sich ab dem zweiten Lebensjahr, darunter beispielsweise der Frontallappen welcher für die Sprach-, Denk- und Empathie-Fähigkeit zuständig ist (T. Lang, 2016, S. 397). Das Grosshirn ist im Weiteren zuständig für das Bewusstsein, Sinneswahrnehmungen und Bewegungsentscheidungen (Hantke & Görges, 2023, S. 41).

In einer traumatischen und lebensbedrohlichen Situation wird die Amygdala als Warnzentrale aktiviert und eine **Notfallreaktion** eingeleitet. Über den oben erwähnten schnellen Reaktionsweg kommt es zu einer starken Adrenalinausschüttung, Blutdruck und Herzfrequenz steigen an, der Atem wird schneller und flacher und die Muskelanspannungen nehmen zu (Kachler, 2021, S. 23). Der Körperorganismus wird darauf vorbereitet die Gefahr zu bekämpfen oder zu fliehen (Kachler, 2021, S. 23).

Sind diese **Kampf- oder Fluchtmechanismen** in der bedrohlichen Situation nicht möglich greift der Organismus auf die letztmögliche Überlebensreaktion zurück: Totstellen / Erstarren. Dabei wird der ganze Körper eingefroren, was auch als **Freezing** bezeichnet wird (Kachler, 2021, S. 23). Mit dem physischen Erstarren verfallen zudem gewisse psychische Funktionen in einen Schutzmodus. Der Körper produziert einerseits schmerzunterdrückende Stoffe, andererseits nimmt die psychische Wahrnehmungsfähigkeit ab, um nur wenige Reize des überwältigenden Erlebnisses aufzunehmen und verarbeiten zu müssen (Staub & Seidl, 2024, S. 4).

Je bedrohlicher ein Ereignis erscheint, umso stärker werden die Gehirnregionen des Stammhirns und limbischen Systems aktiviert, während der Zugriff auf das Grosshirn eingeschränkt wird (T. Lang, 2016, S. 400). Wird das Zusammenwirken von Gehirnteilen unterbrochen spricht man von Dissoziation: die bewusste Wahrnehmung wird vom Körperempfinden getrennt (T. Lang, 2016, S. 401). Durch die fehlende Wahrnehmung können auch keine Informationen oder Erinnerungen des traumatischen Ereignisses im Wissensgedächtnis des Hippocampus abgespeichert werden. Ruppert (2024) nennt diesen Vorgang Fragmentierung (S. 73–74). Die Fähigkeit Erinnerungen als Teil des Selbst zu erfahren, geht folglich in traumatischen Situationen verloren (Staub & Seidl, 2024, S. 4).

Die zuvor beschriebenen Vorgänge dienen als Schutzfunktion und sind als normale Reaktionen der Psyche auf unnormale, lebensbedrohende Zustände zu werten (Weiss, 2014, S.13, zit. in T. Lang, 2016, S. 401). Kampf-, Flucht- oder Erstarrungsmechanismen sind zudem als autonome und instinktive Reaktionen zu verstehen (T. Lang, 2016, S. 399).

### 2.1.5 TRAUMA IM KINDESALTER

Inwiefern ein belastendes Lebensereignis bewältigt werden kann, hängt nebst der Intensität oder Ausserordentlichkeit des Ereignisses auch von der Resilienz eines Kindes ab. Der Begriff Resilienz meint eine psychische Robustheit, beziehungsweise die Fähigkeit einer Person, seine emotionalen, sozialen, kognitiven und körperbezogenen Kompetenzen sowie persönlichen Ressourcen zu nutzen, um schwierige Lebensumstände zu bewältigen (Franz, 2025, S. 102). Damit Kinder Resilienz entwickeln können brauchen sie stabile emotionale Beziehungen zu Erwachsenen, denn diese Beziehung ermöglicht den Aufbau von Schutzfaktoren wie Selbstwirksamkeit, Selbststeuerung, Problemlösung und Stressbewältigung (Adler-Schäfer, 2017, S.19, zit. in. Franz, 2025, S. 102).

Wübker (2020) geht davon aus, dass kindliche Traumafolgesymptome primär von der persönlichen Entwicklung abhängig sind (S. 24). Die Wahrnehmungsfähigkeit, das Urteilsvermögen, motorische und sprachliche Fähigkeiten des Kindes, sowie die Abhängigkeit von der Bezugsperson zum Zeitpunkt des Ereignisses, beeinflussen inwiefern die traumatische Erfahrung verarbeitet werden kann (Wübker,

2020, S. 24). Vor allem jüngere Kinder haben noch nicht die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten, um ein traumatisches Ereignis interpretieren zu können, wodurch gemäss Wübker (2020) auch die Verarbeitungsmöglichkeiten limitiert sind (Wübker, 2020, S. 16). Auch Hantke & Görge (2023) sind der Meinung, dass das Alter, eine ausgeglichene Grundspannung, ein stabiles soziales Umfeld sowie eine stabile Lebenslage die Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen erleichtern (S. 65).

Da ein Kind aufgrund seiner Entwicklung noch über weitaus geringere Schutz- und Abwehrmechanismen verfügt als ein erwachsener Mensch, ist es besonders auf den Schutz der Bezugspersonen angewiesen. Bei Kindheitstraumatisierungen liegt demnach nicht nur ein Mangel vor, sich aus eigenen physischen und psychischen Kräften aus der Gefahrensituation begeben zu können, sondern das Kind erhält auch von einer anderen Person keinerlei Schutz und Ausgleich (Wübker, 2020, S. 16). Kindheitstraumata können bei unzureichender Verarbeitung zudem die Entwicklung beeinträchtigen sowohl auf neurologischer Ebene (Gehirn- und Nervensystem) als auch hinsichtlich der psychosozialen Entwicklung, etwa im Hinblick auf die Persönlichkeitsbildung oder die moralische Entwicklung von Kindern (Landolt et al., 2017, S. 4). Mehrere Befunde zeigen gemäss Landolt (2021) zudem klar, dass gerade jüngere Kinder welche Typ-II-Traumatisierungen in Form von interpersonaler und intrafamiliärer Gewalt ausgesetzt sind, schwerwiegend geschädigt werden können, was sich später in Form von komplexen Traumafolgestörungen zeigen kann (S. 101).

## 2.2 TRAUMAFOLGEN

Dieses Kapitel soll Fachpersonen dazu dienen, Verhaltensweisen als Traumafolge-Symptome zu erkennen und zu verstehen. Im ersten Teil werden Verhaltensweisen als Bewältigungsstrategien erklärt, während im zweiten Teil verschiedene Einflussfaktoren auf Traumafolgestörungen genauer beleuchtet werden.

### 2.2.1 TRAUMAFOLGESYMPOTOME

Traumafolge-Symptome können je nach Alter und Entwicklung sehr vielfältig sein. Nachfolgend werden typische Symptome nach Altersstufen aufgezählt bevor spezifischer auf die Erklärungsansätze der Symptome eingegangen wird.

Bei **Kleinkindern** bis zum Vorschulalter kommen vorwiegend Trennungsangst, Wutanfälle, Einnässen, Hyperaktivität und Schlafstörungen vor. Beobachtet werden kann der Verlust von bereits erworbenen Entwicklungsfähigkeiten, Schwierigkeiten in der Emotionsregulation sowie Gefühle der Hilflosigkeit. Die Bindung zu Bezugspersonen kann im Weiteren durch ein Gefühl der Unsicherheit beeinträchtigt werden (Jensen & Sachser, 2024, S. 4–5).

Bei **Kindern im Schulalter** äussern sich Traumafolgesymptome häufig als Hyperaktivität, Besorgtheit über die eigene Sicherheit und damit verbundene Ängstlichkeit sowie in sozialen Problemen (Jensen & Sachser, 2024, S. 4–5). Gegenüber den jüngeren Kindern haben sie mehr mit Schuld- und Schamgefühlen zu kämpfen und berichten häufiger über stressbedingte somatische Beschwerden (Bauch- oder Kopfschmerzen).

Im **Jugendalter** kommen viele neue Entwicklungsanforderungen auf die Kinder zu, wobei ein Trauma diese Aufgaben behindern kann. Selbstverletzungen, Selbstmordgedanken sowie Suchtmittelkonsum und rücksichtsloses Verhalten sind Symptome eines Traumas, welche vorwiegend im Jugendalter vorkommen (Jensen & Sachser, 2024, S. 4–5).

Hantke und Görges (2023) schlagen eine einleuchtende Differenzierung von Symptomen vor, welche zugleich Bezug auf Erklärungsansätze nimmt (S. 99–106). Ihnen nach können Symptome folgendes sein:

1. Teile der nicht verarbeiteten belastenden Situation
2. Ausdruck der Entwicklungsstufe zum Zeitpunkt der belastenden Situation
3. Ausdruck der Beziehungserfahrungen aus der belastenden Situation
4. Versuche der Gegenregulation
5. Versuche der Einordnung

Im Folgenden werden die einzelnen Punkte genauer ausgeführt.

### **1. Symptome als Teile der nicht verarbeiteten belastenden Situation**

Bei den nicht verarbeiteten Teilen der traumatisierenden Situation handelt es sich um Körper- und Wahrnehmungserinnerungen, welche in der Akutsituation nicht integriert werden konnten. Es wird zwischen **Körpererinnerungen** aus der Überspannung (Kampf und Flucht) und Unterspannung (Erstarrung) unterschieden. Bei den Symptomen der **Überspannung** sind solche gemeint welche mit Erregung oder Anspannung zu tun haben. Das autonome Nervensystem befindet sich aufgrund der erlebten Traumata in einem Zustand der dauerhaften Alarmbereitschaft, wodurch bei erneuten Belastungen früher auf das Notfallkonzept zurückgegriffen wird (Wübker, 2020, S. 26). Reizbarkeit und Aggressivität, Hypervigilanz (übermässige Wachsamkeit), Schreckhaftigkeit, körperliche Ver- und Anspannungen wie Schlafstörungen, Störungen des Verdauungstrakts, Kopfschmerzen, erhöhter Blutdruck oder Herzrhythmusstörungen sowie zwangshafte Gedanken und Handlungen können in der Folge auftreten (Hantke & Görges, 2023, S. 99–100). Symptome der **Unterspannung** hingegen können sich in sozialem Rückzug, Antriebslosigkeit, Ohnmachtsanfällen, niedrigem Blutdruck, plötzlichem Einschlafen sowie Lähmungserscheinungen und Bewegungsstörungen äussern (Hantke & Görges, 2023, S. 100).

Bei den **Wahrnehmungserinnerungen** handelt es sich um Sinneserinnerungen, welche aufgrund der bedrohenden Situation höchst intensiv wahrgenommen wurden. Bei erneutem Kontakt mit der expliziten Sinneserinnerung, beispielsweise einem Geruch, kann es zu **Flashbacks** kommen. Dabei wird der gesamte emotionalen Zustand der traumatischen Situation durch den Geruch getriggert und im jetzt wiedererlebt (Hantke & Görges, 2023, S. 101–102). Dieses Wiedererleben der traumatischen Situation stellt eine Verarbeitungsstrategie von Körper und Geist dar, damit Erinnerungsteile abschliessend und sinnergebend integriert werden können. Symptome von nicht integrierten Erinnerungsfetzen können sich in Form von Erinnerungsstörungen, Empfindungslosigkeit, Schmerzunempfindlichkeit und Konzentrationsstörungen äussern oder es besteht eine allgemeine Verzerrung der Wahrnehmung von Zeit und Raum (Hantke & Görges, 2023, S. 102).

Bei Kindern zeigt sich das Wiedererleben oftmals durch **ein reinszenieren des traumatischen Ereignisses**, wobei das ihnen Geschehene mit anderen Menschen erneut inszeniert wird. Wübker (2020) nennt als Beispiel, dass durch Provokation das Gegenüber zu aggressivem Verhalten herausgefordert wird (S. 25). Die Reinszenierung dient dazu, die vertraute Täter-Opfer-Konstellation wiederherzustellen und wird nicht selten Zwangshaft wiederaufgesucht. Diese Verhaltensweise wird als Phänomen der **Revictimisierung** benannt (Wübker, 2020, S. 26).

## 2. Symptome als Ausdruck der Entwicklungsstufe zum Zeitpunkt der belastenden Situation

Hantke und Görges (2023) gehen davon aus, dass Symptome auch ein Abbild der Entwicklungsstufe zum Zeitpunkt der ersten Traumatisierung darstellen (S. 99). Ihnen nach legt die erste unverarbeitete Erfahrung das Reaktionsmuster fest, auf welches bei einer erneuten Traumatisierung zurückgegriffen wird. Verfügte das Kind bei der initialen Traumatisierung beispielsweise noch nicht über differenzierte visuelle Wahrnehmung, ist eine visuelle Erinnerung auch bei nachfolgenden Traumatisierungen unwahrscheinlich (Hantke & Görges, 2023, S. 102).

Wird die Ausbildung der Selbstregulation durch eine frühkindliche Traumatisierung gehemmt, können in der weiteren Entwicklung auch die Affekt- und Impulskontrolle beeinträchtigt sein (Wübker, 2020, S. 27). In der frühen Kindheit reagieren Kinder oftmals mit **Dissoziation**, da die Optionen Kampf und Flucht entwicklungstechnisch noch nicht zur Verfügung stehen. Später kommen mit der Ausbildung von Regulations- und Kognitionsfähigkeiten Reaktionen auf der körperlich-muskulären Ebene hinzu. Körperliche Verkrampfungen und Haltungsschäden, Koordinations- und Gleichgewichtsschwierigkeiten sowie unspezifische Schmerzreaktionen können Ausdruck davon sein (Hantke & Görges, 2023, S. 103). Entwicklungsverzögerungen oder **Rückfall in eine frühere Entwicklungsstufe** können sowohl nach einer Traumatisierung als auch als Reaktion auf einen späteren Trigger vorkommen (Hantke & Görges, 2023, S. 103).

### **3. Symptome als Ausdruck der Beziehungserfahrungen aus der belastenden Situation**

Verhaltensweisen, welche in der bedrohenden Situation hilfreich waren, können unter Stress reaktiviert werden. Beispielsweise wird ein Kind, welches von einer bedrohenden Situation flüchten konnte, in einer erneuten stressvollen Situation erneut die Flucht ergreifen, während jenes, welches physische Gewalt erfahren hat, vielleicht zuschlägt, sobald ihm jemand zu nahe kommt (Hantke & Görges, 2023, S. 104). Entscheidend ist, dass in der neuen Situation eine erlernte Grundspannung besteht wie in der ursprünglichen traumatischen Situation.

### **4. Symptome als Versuche der Gegenregulation**

Zu den Symptomen, welche als Versuche der Gegenregulation gelten, gehören Bewältigungsstrategien, die versuchen Retraumatisierungen zu vermeiden. Hierzu gehören die aktive Vermeidung von sozialen Kontakten oder bestimmten Themen, Suchtmittelkonsum, der zur Selbstmedikation dient und Zwangshandlungen. Letzteres kann sich beispielsweise in sozialem Engagement äussern, womit die Auseinandersetzung mit der eigenen Hilflosigkeit vermieden wird (Hantke & Görges, 2023, S. 105)

### **5. Symptome als Versuche der Einordnung**

Hantke und Görges (2023) beschreiben einen inneren Dialog, mit welchem Betroffene versuchen, ihrem Erleben Sinn zu geben. Selbst wenn diese Versuche der Einordnung häufig dysfunktional und von Selbstabwertung geprägt sind, dienen sie zur Verarbeitung der Traumatisierung (Hantke & Görges, 2023, S. 105–106).

## **2.2.2 TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN**

Für die Diagnostik benötigen Traumafolgestörungen zwingend einen klar definierten Auslöser, sprich ein vorangegangenes traumatisches Ereignis, welches bei den Betroffenen ein Trauma hinterliess und sich in der Folge zu einer Störung entwickelte (Landolt, 2021, S. 39). Verschiedene Faktoren können auf die Ausbildung einer Traumafolgestörung einen mehr oder weniger bedeutenden Einfluss haben. Es werden die Einflussfaktoren des Umfelds, des Traumas sowie des Individuums unterschieden.

### **Einflussfaktoren des Umfelds**

Die Zusammenfassung von Befunden von Landolt (2021) weist darauf hin, dass psychische Probleme der Eltern und ein **konflikthaftes Familienklima** das Risiko für die Ausbildung einer Traumafolgestörung bei Kindern erhöhen (S. 104–105). Auch ein **niedriger sozioökonomischer Status** kann das Risiko für eine Traumafolgestörung erhöhen, was auf weniger Bewältigungsressourcen und erschwert Zugangsmöglichkeiten zu Versorgungssystemen zurückgeführt wird (Landolt, 2021, S. 105).

### **Einflussfaktor Trauma**

Die Merkmale von Trauma sind die **Art, die Dauer sowie der objektive Schweregrad**. Besonders hoch ist das Risiko für die Ausbildung einer Traumafolgestörung bei Trauma die mit Lebensgefahr, extremem Kontrollverlust und Ohnmacht oder interpersoneller Gewalt in Zusammenhang stehen (Alisic et al., 2014, S. 338). Zudem führen Monotrauma typischerweise eher zu Symptomen, welche zu einer posttraumatischen Belastungsstörung passen, während mehrfache Traumatisierungen sich eher in komplexeren Traumafolgestörungen äussern (Landolt, 2021, S. 99). Vielerlei Studien haben mittlerweile belegt, dass der objektive Schweregrad eines traumatischen Ereignisses und die damit zusammenhängende «Chronizität» für die Entwicklung von Traumafolgestörungen richtungsweisend sind (Landolt, 2021, S. 99).

### **Individuelle Einflussfaktoren**

Auch individuellen Merkmale wie **Alter, Geschlecht oder prätraumatische psychische Auffälligkeiten** können die Entwicklung einer Traumafolgestörung beeinflussen. Landolt (2021) zeigt auf, dass es bezüglich des Alters widersprüchliche Befunde gibt. Während in der Literatur die einen dafür plädieren, dass Traumatisierungen im jungen Alter Entwicklungsprozesse schwerwiegend schädigen können, sind andere der Meinung, dass gerade die eingeschränkten kognitiven und sprachlichen Entwicklungen im jungen Alter ein Schutzfaktor für die Ausbildung von Traumafolgestörungen darstellen (Landolt, 2021, S. 101). Klare Befunde bestehen dafür, dass bei Säuglings- und Kleinkindern welche Typ-II-Traumatisierungen von interpersoneller und intrafamiliärer Gewalt erleben, die Wahrscheinlichkeit für die Ausbildung einer komplexen Traumafolgestörung im späteren Alter höher sind (Landolt, 2021, S. 101). In Bezug auf den Geschlechterunterschied zeigen Befunde, dass Mädchen und Frauen signifikant höhere Raten von posttraumatischen Belastungsstörungen aufweisen als Jungen und Männer (Alisic et al., 2014, S. 338). Zur Erklärung dieses Phänomens liegen keine klaren Befunde vor, es bestehen jedoch Hinweise zu internalisierenden (weiblich) und externalisierenden (männlich) Tendenzen der Geschlechter (Landolt, 2021, S. 102). Im Weiteren stellen frühere Traumatisierungen oder bereits bestehende psychische Auffälligkeiten einen erheblichen Risikofaktor für die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen dar (Landolt, 2021, S. 102–103).

Im ICD-11 werden als Traumafolgestörungen die *reaktive Bindungsstörung*, die *Beziehungsstörung mit Enthemmung*, die *anhaltende Trauerstörung* (vgl. Kapitel 3.1), die *Anpassungsstörung*, die *posttraumatische Belastungsstörung* sowie die *komplexe posttraumatische Belastungsstörung* aufgeführt (World Health Organisation, 2025).

Exemplarisch werden in Tabelle 1 die diagnostischen Kriterien für eine *posttraumatische Belastungsstörung* aufgeführt. Die Tabelle veranschaulicht das Zusammenspiel von Störungskriterien, die für eine Diagnosevergabe erforderlich sind. Es müssen sowohl Anzeichen des Wiedererlebens, beispielsweise in Form von Flashbacks, als auch Anzeichen von Vermeidung vorliegen. Zusätzlich muss die betroffene Person über eine erhöhte Hypervigilanz oder Schreckhaftigkeit verfügen, welche mindestens mehrere Wochen andauert und Funktionsbereiche des Lebens bedeutend einschränkt.

#### **Diagnostische Kriterien für die posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11 (6B40)**

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kann sich entwickeln, wenn man einem extrem bedrohlichen oder katastrophalen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen ausgesetzt war.

Sie ist durch alle der folgenden Punkte gekennzeichnet:

- 1) **Wiedererleben** des traumatischen Ereignisses oder der traumatischen Ereignisse in der Gegenwart in Form von lebhaften sich aufdrängenden Erinnerungen, Flashbacks oder Albträumen. Das Wiedererleben kann über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten erfolgen und wird typischerweise von starken oder überwältigenden Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet.
- 2) **Vermeidung** von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis bzw. die Ereignisse oder Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis bzw. die Ereignisse erinnern.
- 3) **anhaltende Wahrnehmung** einer erhöhten aktuellen Bedrohung, die sich z. B. durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche zeigt.

Die Symptome halten mindestens mehrere Wochen lang an und verursachen bedeutsame Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

*Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, o. J.)*

### 3 TRAUER

Dieses Kapitel geht zuerst auf Trauerreaktionen als Ausdrucks des Verlusterlebnisses ein, wobei zwischen normalen und anhaltenden Trauerreaktionen unterschieden wird. Im Anschluss werden kindliche Trauerreaktionen anhand verschiedener Entwicklungsstufen beschrieben und erklärt. Um die Prozesshaftigkeit der Trauerbewältigung zu veranschaulichen, werden im Kapitel 3.3 Trauermodelle vorgestellt. Welche Faktoren den kindlichen Trauerprozess beeinflussen, wird im Kapitel 3.4 behandelt.

Unter Trauer wird allgemein die normale und natürliche Reaktion auf eine Verlusterfahrung verstanden (Weiss, 2013, S. 36–37). Bender (2019) fügt an, dass der Begriff Trauer eine Reihe von komplexen seelischen Vorgängen beschreibt (S. 12). Aus der bestehenden Literatur geht hervor, dass namhafte und vielzitierte Autoren wie Sigmund Freud oder John Bowlby für die heutige Interpretation von Trauer richtungsweisend gewesen sind. Freud versteht unter Trauerarbeit die emotionale Auseinandersetzung mit dem Verlust sowie die Anpassung des emotionalen Systems an eine Welt ohne das geliebte Objekt (Znoj, 2023, S. 58). Sprich Trauer wird sogleich als Ausdruck des Verlusts als auch als Bewältigung des Verlusts gesehen (Znoj, 2023, S. 58). In Anlehnung an Znoj (2023), ist Trauer nebst einer **Reaktion** (Ausdruck des Verlusts) auch ein **Prozess** der Bewältigung des Verlusts (S. 58).

#### 3.1 TRAUERREAKTIONEN

Der Schweizer Psychologe Znoj (2023) beschreibt Weinen und Traurig-sein als die am häufigsten vorkommenden emotionalen Reaktionen auf einen Todesfall, wobei er jedoch betont, dass Angst, Ärger und Wut genauso zu «normalen» Trauerreaktionen gehören (S. 13). Nachfolgend wird eine Zusammenstellung von erwartbaren und möglichen Trauerreaktionen in Tabelle 2 dargestellt. Die Trauerreaktionen werden dabei nach emotionalen, kognitiven, sozialen sowie somatischen Aspekten differenziert.

Es gilt anzumerken, dass die Ausführungen primär auf die individuelle Ebene der Trauerreaktionen fokussieren. Die Autorin möchte darauf hinweisen, dass Trauerreaktionen auch stark von gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen abhängig sind. Je nach kulturellem oder religiösem Hintergrund haben Familien oder Gemeinschaften ganz andere Traditionen der Trauerverarbeitung, was sich in verschiedenen Ausdrucksweisen oder Ritualen widerspiegelt. Auf kulturelle und religiöse Unterschiede der Trauerverarbeitung einzugehen, würde den Rahmen dieser Bachelorarbeit jedoch überschreiten, weshalb im Weiteren nicht spezifischer darauf eingegangen wird.

Emotionale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angst</li> <li>- Unsicherheit, Überforderung, Fassungslosigkeit</li> <li>- Wut, Zorn, Neid, Aggression</li> <li>- Trauer, Kummer</li> <li>- Verzweiflung</li> <li>- Innere Leere, Taubheit</li> <li>- Kälte</li> <li>- Erleichterung</li> <li>- Einsamkeit, Sehnsucht</li> </ul>
Kognitive Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verleugnung, Nicht-Wahrhaben-Wollen</li> <li>- Schuldgefühle</li> <li>- (selbst- oder fremd-) Beschuldigung</li> <li>- Gedankenrasen, Grübeln</li> <li>- Konzentrations-, Gedächtnisstörung</li> <li>- Identitätsfragen oder -Verlust</li> </ul>
Soziale Ebene / Verhaltensebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnahmslosigkeit, Antriebslosigkeit, Interessenverlust</li> <li>- Reizbarkeit, emotionale Instabilität, Impulsivität</li> <li>- Betäubungsverhalten</li> <li>- Extensives Reizsuchen</li> <li>- Selbstverletzung</li> <li>- Soziale Isolation, Rückzug, Vermeidung</li> <li>- Nicht-alleine-sein-können</li> </ul>
Somatische Ebene / körperliche Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Essstörung</li> <li>- Schlafstörung</li> <li>- Schmerzen (v.a. Kopf, Brust und Bauch)</li> <li>- Motorische Unruhe, Verspannungen</li> <li>- Herz-Kreislauf-Störungen</li> <li>- Verdauungsstörungen</li> <li>- Energiemangel, Muskelschwächen</li> <li>- Reduzierte Immunabwehr</li> </ul>

Tabelle 2: Trauerreaktionen (eigene Darstellung angelehnt an Znoj, 2023, S. 46–47, erweitert durch Fleck-Bohaumilitzky & Fleck, 2014, S. 439.)

Wenn die aufgeführten Aspekte zu exzessiven und langanhaltenden Trauerreaktionen werden, welche die Person daran hindert, die Anpassung an eine neue Lebenssituation aus eigenem Antrieb zu schaffen, so spricht man von einer **komplizierten Trauer** (Znoj, 2023, S. 58). Eine Normierung von Trauer, sprich eine Unterscheidung zwischen normaler und komplizierter Trauer wurde insbesondere in den Bereichen Psychiatrie und Psychologie im 20. Jahrhundert zur Bedeutung (Krüger, 2022, S. 68). Seither wurden anhaltenden Trauerreaktionen vielfach als Anpassungsstörungen klassifiziert. Mit den neusten Auflagen des ICD-11 und DSM-5-TR bekam die komplizierte Trauerreaktion jedoch eine eigene pathologische Klassifizierung, namentlich die **anhaltende Trauerstörung** (vgl. Tabelle 3 und Tabelle 4). Die anhaltende Trauerstörung nach dem ICD-11 fällt dabei unter die Kategorie der mit Stress assoziierten Störungen, welche in einem direkten Zusammenhang mit einem belastenden oder traumatischen Ereignis stehen (World Health Organisation, 2025).

Traumatische Umstände begünstigen eine komplizierte Trauer, welche sich potenziell zu einer anhaltenden Trauerstörung entwickelt (Znoj, 2023, S. 59). Gemäss Wagner (2022) zeichnet sich ein pathologischer Verlauf von Trauer durch eine «nicht stetig abnehmende Trauersymptomatik im Verlaufe der Zeit» ab, was von Betroffenen dann auch als kompliziert und langanhaltend erlebt wird (S. 83). Auch die Qualität der Beziehung zur verstorbenen Person kann den Trauerprozess im Wesentlich beeinflussen und komplizierte Trauer begünstigen (Wagner, 2022, S. 88). Der Verlust kann bei den Hinterbliebenen beispielsweise zur Realisierung führen, dass ihnen der Wunsch nach einer vertrauensvollen engen Bindung von der nun verstorbenen Person nie erfüllt wurde. Wagner (2022) betont, dass dies vor allem bei erwachsenen Kindern, welche von ihren Eltern Ablehnung oder Vernachlässigung erfuhren, der Fall sein kann (S. 88).

Die Pathologisierung von Trauer ist in der Fachwelt jedoch nicht unumstritten (Krüger, 2022, S. 70). Einerseits geht es um Bedenken der zunehmenden Stigmatisierung von Trauernden. Andererseits ist Trauer sehr individuell. Eine Pathologisierung im Sinne von «wer die Phasen nicht durchläuft hat eine Trauerstörung» ist empirisch nicht belegbar (Krüger, 2022, S. 67–68; Znoj, 2023, S. 58). Auch Wagner (2022) zeigt auf, dass sich die anhaltende Trauerstörung auf Symptomebene qualitativ nicht von der normalen Trauer unterscheidet. Der einzige Unterschied liegt in der zeitlichen Dimension von mehr als sechs Monaten, was wiederum die Frage aufwirft, ob jeder längere Trauerprozess automatisch auch ein dysfunktionaler ist (Wagner, 2022, S. 84). Befürwortende der anhaltenden Trauerstörung betonen den Vorteil der frühzeitigen Identifizierung, da so zeitnah psychotherapeutische oder psychologische Hilfe in Anspruch genommen werden kann (Wagner, 2022, S. 85). Auch Znoj (2023) ist der Meinung, dass trotz der unklaren diagnostischen Situation, es unbestritten bleibt, dass Trauer pathologische Züge annehmen kann, welche in deren Bearbeitung eine psychologische Intervention und Begleitung erfordern (S. 59).

Aus dem Diskurs über die Pathologisierung von Trauer können zwei zentrale Aspekte für die sozialpädagogische Praxis abgeleitet werden. Erstens gilt es Diagnosen als Hilfsmittel anzusehen. Diagnosen ermöglichen einerseits den Zugang zu therapeutischer Hilfe und geben andererseits den Fachpersonen konkrete Anhaltspunkte um Interventionen entsprechend zu gestalten. Zweitens macht der Diskurs klar, dass pathologische Störungen eine Stigmatisierende Wirkung auf Kinder haben können. Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind gestützt auf den Berufskodex dazu verpflichtet Stigmatisierungen in der Gesellschaft aktiv entgegenzuwirken (AvenirSocial, 2010, Ziff 9.8). Es gilt folglich Diagnosen als fachliches Instrument zu verstehen, durch welche passende Unterstützungsangebote vermittelt werden können. Durch Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit besteht zudem die Möglichkeit sowohl bei Kindern als auch in deren Umfeld Verständnis für die besonderen Bedürfnisse zu schaffen.

In Tabelle 3 werden die diagnostischen Kriterien der anhaltenden Trauerstörung nach ICD-11 präsentiert, während Tabelle 4 die Kriterien nach DSM-5-TR aufführt. Vergleicht man die Kriterien der beiden Diagnosemanuals wird deutlich, dass sie im Kern die gleiche Aussage tätigen. Damit eine anhaltende Trauerstörung vorliegt muss eine nahestehende Person verstorben sein, deren Tod bei der hinterbliebenen Person eine Trauerreaktion auslöst, die durch Sehnsucht und anhaltende Beschäftigung mit dem Verstorbenen gekennzeichnet ist. Es müssen mehrere Symptome über einen aussergewöhnlich langen Zeitraum vorliegen und die Normwerte der Kultur und des persönlichen Kontextes übersteigen. Die Störung muss im Weiteren einen bedeutenden Einfluss auf wichtige Lebens- und Funktionsbereiche der hinterbliebenen Person haben.

#### **Diagnostische Kriterien für anhaltende Trauerstörung nach ICD-11 (6B42)**

Eine anhaltende Trauerstörung ist eine Störung, bei der nach dem Tod eines Partners, eines Elternteils, eines Kindes oder einer anderen **nahestehenden Person**, eine anhaltende und tiefgreifende Trauerreaktion auftritt, die durch **Sehnsucht** nach dem Verstorbenen oder **anhaltende Beschäftigung** mit dem Verstorbenen gekennzeichnet ist, begleitet von intensivem **emotionalem Schmerz** wie:

- Traurigkeit, Schuldgefühle, Wut, Verleugnung, Schuldzuweisung
- Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren
- das Gefühl, einen Teil von sich selbst verloren zu haben
- die Unfähigkeit, eine positive Stimmung zu erleben
- emotionale Gefühllosigkeit
- Schwierigkeiten, sich an sozialen oder anderen Aktivitäten zu beteiligen.

Die Trauerreaktion hat über einen **atypisch langen Zeitraum** nach dem Verlust angehalten (mindestens 6 Monate) und **übersteigt** eindeutig die erwarteten sozialen, kulturellen oder religiösen **Normen** für die Kultur und den Kontext der Person. Länger andauernde Trauerreaktionen, die im kulturellen und religiösen Kontext der Person innerhalb eines normativen Zeitraums der Trauer liegen, werden als normale Trauerreaktionen angesehen und nicht diagnostiziert.

Die Störung verursacht eine **bedeutsame Beeinträchtigung** in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen **wichtigen Funktionsbereichen**.

*Tabelle 3: Diagnostische Kriterien nach ICD-11 der anhaltenden Trauerstörung (eigene Darstellung, angelehnt an Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, o. J.)*

**Diagnostische Kriterien für anhaltende Trauerstörung nach DSM-5-TR**

- A) Der Tod einer **nahestehenden Person** liegt mindestens 12 Monate zurück (bei Kindern und Jugendlichen mindestens 6 Monate).
- B) Seit dem Tod hat eine Trauerreaktion stattgefunden, die durch eines oder beide der folgenden Merkmale in klinisch signifikantem Ausmass fast jeden Tag oder häufiger, mindestens im letzten Monat vorgekommen ist:
  1. Intensives Verlangen/**Sehnsucht** nach der verstorbenen Person
  2. **Beschäftigung** mit Gedanken oder Erinnerungen an die verstorbene Person (bei Kindern und Jugendlichen kann sich die Beschäftigung mit den Umständen des Todes konzentrieren)
- C) Als Folge des Todes sind seit dem Tod mindestens 3 der folgenden 8 **Symptome in klinisch signifikantem Ausmass** aufgetreten, dies fast jeden Tag oder häufiger während mindestens des letzten Monats:
  1. Identitätsstörung (z. B. das Gefühl, als sei ein Teil von einem selbst gestorben)
  2. Ausgeprägtes Gefühl des Unglaubens über den Tod
  3. Vermeidung von Erinnerungen an den Tod der Person (bei Kindern und Jugendlichen kann dies durch das Bestreben Erinnerungen zu vermeiden gekennzeichnet sein)
  4. Intensiver emotionaler Schmerz (z. B. Wut, Bitterkeit, Trauer) im Zusammenhang mit dem Tod
  5. Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung in das Leben nach dem Tod (z. B. Probleme, sich mit Freunden zu treffen, Interessen nachzugehen, die Zukunft zu planen)
  6. Emotionale Gefühlslosigkeit (d. h. Abwesenheit oder deutliche Verringerung der Intensität von Emotionen, Gefühl der Betäubung) als Folge des Todes
  7. Das Gefühl, dass das Leben aufgrund des Todes sinnlos ist
  8. Intensive Einsamkeit (d. h. das Gefühl, allein oder von anderen getrennt zu sein) als Folge des Todes
- D) Die Störung verursacht **klinisch signifikanten Stress** oder **Beeinträchtigungen** in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen **Funktionsbereichen**.
- E) Die Dauer und Schwere der Trauerreaktion **übersteigt** eindeutig die erwarteten sozialen, kulturellen oder religiösen **Normen** für die Kultur und den Kontext der Person.
- F) Die Symptome lassen sich nicht besser durch eine schwere depressive Störung, eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine andere psychische Störung erklären oder sind auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz (z. B. Medikamente, Alkohol) oder eines anderen medizinischen Zustands zurückzuführen.

Tabelle 4: Diagnostische Kriterien nach DSM-5-TR der anhaltenden Trauerstörung (American Psychiatric Association, 2022, übersetzt mit der kostenlosen Version von DeepL.com)

### 3.2 KINDLICHE TRAUER NACH ENTWICKLUNGSSTUFEN

Haagen (2017) weist darauf hin, dass jüngere Kinder noch nicht in der Lage sind schwere Gefühlszustände über längere Zeit zu ertragen (S. 42). Um sich von diesen Gefühlszuständen abzulenken, steuern Kinder oftmals ihre Aufmerksamkeit schnell auf etwas anderes oder wirken gar unbekümmert. So kommt es vor, dass Kinder in einem Moment verzweifelt weinend über den Verlust der nahestehenden Person trauern, während sie sich kurz danach in einem Spiel vertieft wiederfinden. Umgekehrt ist es möglich, dass es aus dem Nichts zu einem kompletten Gefühlsausbruch kommt. In der Literatur hat sich das Bild der **Trauerpützen** nach Ennulat etabliert (Ennulat, 2003, zit. in Haagen, 2017, S. 43). Wie bei Regenpützen springen Kinder demnach zwischen Trauerpützen und «normalem Boden» scheinbar willkürlich und impulsiv hin und her. Diese Sprunghaftigkeit oder Ambivalenz der Gefühle ist für Erwachsene oft schwer nachvollziehbar, dient Kindern jedoch zum Schutz vor den überwältigenden Gefühlen (Haagen, 2017, S. 43). Wirkt ein Kind erstarrt, teilnahmslos oder vordergründig angepasst, kann dies gemäss Haagen (2017) ein Hinweis darauf sein, dass es die Beziehung zur Erwachsenen Person nicht gefährden möchte (S. 43). Dies kann insbesondere dann vorkommen, wenn das Kind spürt, dass die Erwachsene Person mit ihrer eigenen Trauer überfordert ist (Franz, 2025, S. 90)

Das Aufbauen eines Todeskonzeptes ist im Allgemeinen ein Bestandteil der kindlichen Entwicklung. Es wird davon ausgegangen, dass sich in Bezug auf das **Todeskonzept vier Aspekte des Todesverständnisses** aufeinanderfolgend herausbilden (Plieth, 2001, zit. in Bobillier, 2022, S. 33):

1. Nonfunktionalität: Der Tod bedeutet völligen Stillstand der Körperfunktionen
2. Irreversibilität / Endgültigkeit: Der Tod ist nicht rückgängig zu machen
3. Universalität / Allgemeingültigkeit: Alle Lebewesen müssen einmal sterben
4. Kausalität: Die Ursachen des Todes sind biologisch

Gemäss Senf und Eggert (2014) gehen alle neueren Ansätze zur Entwicklung eines Todeskonzeptes auf die Werke von Jean Piaget (1983, 1997) zurück (S. 20). Bobillier (2022) hat die Altersstufen welche nachfolgend auch für diese Arbeit verwendet werden, an Piagets Stufenmodell angelehnt (S. 34–45). Hierzu gilt es anzumerken, dass der jeweilige kognitive und emotionale Entwicklungsstand eines Kindes für die Einordnung zu einer Stufe ausschlaggebend ist und Altersangaben einzig als ungefähre Richtwerte zu verstehen sind. Im Folgenden werden die möglichen Trauerreaktionen und Bedürfnisse in den jeweiligen Altersstufen beschrieben (angelehnt an Bobillier, 2022, S. 34–45).

### 3.2.1 SÄUGLINGE UND KLEINKINDER (0-2 JAHRE)

Säuglinge und Kleinkinder haben zwar noch kein kognitives Verständnis vom Tod, trotzdem wird davon ausgegangen, dass sie den Verlust einer Bezugsperson spüren und massiv unter der Trennung leiden. Geiter spricht in diesem Zusammenhang gar davon, dass für Säuglinge und Kleinkinder jede Trennung als «Sterben» erlebt wird (Geiter, 2014, S. 173). Als mögliche Reaktionen auf den Verlust der stabilen Bezugsperson werden Veränderungen im Ess- und Schlafverhalten, starkes Suchverhalten (ab 8 Monaten), Unruhe, Weinen, Schreien, verzweifelte Reaktionen, sowie Regression genannt (Bobillier, 2022, S. 35). Mit Regression ist das zurückfallen in frühere Entwicklungsstufen, welche bereits absolviert wurden, gemeint (z.B. das Kleinkind nässt wieder ein, obwohl es bereits trocken war).

Säuglinge und Kleinkinder benötigen bei Verlust viel körperliche und emotionale Nähe, damit Sicherheit und Vertrauen aufrechterhalten und erweitert werden kann. Gewohnte Tagesabläufe und Rituale sollen möglichst unverändert weitergeführt werden. Die Familientrauerbegleiterin Mechthild Schroeter-Rupieper empfiehlt ungeachtet davon, ob das Verständnis bereits entwickelt ist, mit den kleinsten Kindern bereits über fröhliche und traurige Dinge zu sprechen. Sie zieht dabei den Vergleich zu Farben, wobei Kleinkinder diese noch nicht unterscheiden können, Erwachsene oftmals trotzdem die Farben von Dingen benennen und Kinder so in eine Farbenwelt hineinwachsen (Schroeter-Rupieper, 2009, zit. in Bobillier, 2022, S. 35).

### 3.2.2 JUNGE KINDER (2-4 JAHRE)

Junge Kinder entwickeln meist ein erstes Todeskonzept in Form der Nonfunktionalität und lernen, dass etwas, was sich nicht mehr bewegt, tot ist (z.B. beim Spielen/ausprobieren mit Insekten). Ein Verständnis für Endgültigkeit ist jedoch noch nicht vorhanden, wodurch junge Kinder denken die gestorbene Bezugsperson könnte jederzeit wiederkommen. In dieser Phase beziehen Kinder ausserdem fast alles auf sich selbst (Egozentrismus), wodurch das Kind Schuldgefühle für den Tod hervorbringen kann (Bobillier, 2022, S. 35–36). Auch kann ein Kind schwerwiegende Schuldgefühle entwickeln, wenn es im Rahmen der normalen Entwicklung Todes- und Vernichtungswünsche gegenüber der nun verstorbenen Person hatte (Haagen, 2017, S. 42).

Die jungen Kinder befinden sich zudem in der Phase des magischen Denkens, wobei der Tod in Zusammenhang mit Gespenstern, Hexen oder anderen Fantasiewesen gebracht wird (Senf & Eggert, 2014, S. 21). Solche Vorstellungen helfen gemäss Senf und Eggert (2014) gegen die Angst vor existenzieller Bedrohung, welche durch den Verlust hervorgerufen wird (S. 21). Wenn Kinder jedoch glauben, sie können Tote wieder lebendig «zaubern», empfiehlt Bobillier (2022) in sachlicher Art und Weise wahrheitsgetreu aufzuzeigen, dass die tote Person gestorben ist und somit nicht wieder

kommen kann und wird (S. 36). In Bezug auf Schuldgefühle soll dem Kind verdeutlicht werden, dass niemand durch seine Gedanken andere Menschen töten kann und das Kind keine Schuld daran trägt, dass die Person nun tatsächlich gestorben ist (Bobillier, 2022, S. 36).

Als mögliche Trauerreaktionen bei jungen Kindern nennt Bobillier (2022) das vermehrte Klammern an eine Bezugsperson, das Entwickeln von Trennungsängsten, vorübergehende Regressionen (z.B. einnässen) und emotionale Ausbrüche welche Trotzanfällen ähneln (S. 36). Kinder brauchen in dieser Altersphase emotionale Nähe, Zuspruch, Geduld (v.a. bei Regression) sowie Kontinuität in Gewohnheiten und Ritualen. Generell bezieht sich die Vorstellung des Todes in dieser Altersphase stark auf die Erklärungen von Bezugspersonen (Senf & Eggert, 2014, S. 21). «Warum-Fragen» welche Kinder in dieser Altersphase besonders stark beschäftigen, sollen deshalb ehrlich, zeitnah und mit einfachen Formulierungen beantwortet werden. Damit soll auch verhindert werden, dass der Tod zum Tabuthema wird. Fragen zurückzugeben, um damit die eigene Reflexion der Kinder anzuregen, können ebenfalls nützliche Interventionen sein (Bobillier, 2022, S. 36).

### 3.2.3 KINDERGARTEN- UND VORSCHULKINDER (4-7 JAHRE)

In dieser Phase ist das intuitive Denken zentral, was dazu führt, dass Verstorbene zwar als Bewegungslos wahrgenommen werden, sich ein Kind jedoch trotzdem sorgen macht, die tote Person im Sarg könnte Hunger leiden (Senf & Eggert, 2014, S. 21–22). Wie in der vorherigen Altersstufe spielt auch im Vorschulalter das magische Denken eine wichtige Rolle. Zudem wird der Tod häufig mit Fehlverhalten in Verbindung gebracht, wodurch Kinder oftmals denken, wenn sie unartig sind, werden sie sterben. Im Verlauf des Vorschulalters bilden die meisten Kinder die Fähigkeit aus, den Tod als endgültig zu sehen (Senf & Eggert, 2014, S. 22).

Die Trauerreaktionen in diesem Alter äußern sich in ähnlicher Weise wie diejenigen der vorherigen Stufe. Kinder stellen viele Fragen über den aktuellen Aufenthaltsort der gestorbenen Person, wobei je nach Erziehung auch religiöse Fragen im Fokus stehen. Weinen ist oftmals keine Trauerreaktion, da das Verständnis für die Endgültigkeit des Todes noch nicht vollständig ausgebildet ist (Bobillier, 2022, S. 38). Die Vorstellung, dass die verstorbene Person zum Geburtstag wiederkommt, ist gleichsam durch das fehlende Endgültigkeitsverständnis sowie durch das magische Denken erklärbar.

Ebenso wie in der vorherigen Phase brauchen Kinder emotionale Nähe, Zuspruch und Geduld bei Regression. Kontinuität in Gewohnheiten und Ritualen sowie das Signalisieren von Gesprächsbereitschaft gibt Kindern Sicherheit und wirkt stabilisierend (Bobillier, 2022, S. 38). Ebenfalls zentral ist das Verständnis der Erwachsenen, dass Kinder zwischen sogenannten Trauerpfützen (vgl. Kapitel 3.2) im Rahmen der normalen und gesunden Selbstregulierung hin und her springen.

### 3.2.4 JUNGE SCHULKINDER (7-12 JAHRE)

In dieser Altersphase haben Kinder die Endgültigkeit des Todes realisiert und verstehen zunehmend, wie ein toter Körper aussieht (fahl) und sich anfühlt (kalt) (Senf & Eggert, 2014, S. 22). Für die einen Kinder kann dies sehr belastend und beängstigend sein, während andere Kinder sich übermäßig für Details eines toten Körpers interessieren. Das Verständnis dafür, dass körperliche Funktionen mit dem Tod aufhören, entwickeln Kinder in dieser Altersphase erst nach und nach (Bobillier, 2022, S. 39). Deshalb können Todesursachen, welche klar und sichtbar sind, wie Krankheit oder Unfälle, besser verstanden werden, während unsichtbare Ursachen wie ein Suizid in Folge einer Depression schwer nachvollziehbar sind. Kinder personifizieren den Tod zudem in dieser Altersphase oft und glauben, dass sie dem Tod durch vorbildliches Verhalten entkommen können (Bobillier, 2022, S. 39).

Als Bewältigungsstrategie, um dem Traurigen und Unausweichlichen des Todes auszuweichen, greifen viele Kinder zu Fantasien der Unsterblichkeit. Spirituelle oder religiöse Fragen und Bilder können ihnen dabei Hoffnung geben (Bobillier, 2022, S. 39). Die Trauerreaktionen von jungen Schulkindern beinhaltet detailreiche Fragen zum Todeshergang, Fragen rund um den Alltag ohne die gestorbene Person sowie allfällige Schuld- und Ansteckungsängste. Aufklärungen bezüglich verschiedenen Krankheitsarten und deren Ansteckbarkeit können bei Ansteckungsängsten Abhilfe verschaffen (Bobillier, 2022, S. 39).

### 3.2.5 ÄLTERE SCHULKINDER / PUBERTÄT (12-14 JAHRE)

In diesem Alter lernen Kinder die vier Aspekte des Todesverständnisses gemäss Bobillier (2022) abschliessend zu verstehen. Sie bilden ein abschliessendes Verständnis darüber, dass der Tod irreversibel ist, eine non-funktionalität des Körpers bewirkt, welche durch biologische Faktoren herbeigeführt wurde (Kausalität) und dass jeder Mensch, sich selbst eingeschlossen, irgendwann sterben wird (S. 42). Gegen Ende dieser Phase haben Kinder zudem ein gesteigertes Interesse an Details zum Todeshergang oder äusseren Erscheinungen der toten Person und sie fragen sich ob man den Tod hätte voraussehen oder vermeiden können (Bobillier, 2022, S. 42).

Als Trauerreaktion können alle in den vorherigen Stufen genannten Elemente vorkommen. Hier eine nicht abschliessende Auswahl (vgl. Bobillier, 2022, S. 42): emotionale Wutausbrüche, trauerfreie Reaktionen oder Vermeidungstendenzen; sozial auffälliges Verhalten oder sozialer Rückzug; Ängste, Schreckhaftigkeit, Zweifel, Schuldgefühle, Scham oder psychosomatische Beschwerden wie Appetitlosigkeit, Fressattacken, Schlafstörungen oder Kopfschmerzen. Auch Tendenzen zu Rollen- und Funktionsübernahme sind möglich. Bobillier (2022) betont dabei, dass vor allem in der akuten Zeit nach dem Todesfall alle Reaktionen als normal anzusehen sind und nicht übermäßig problematisiert

werden sollten (S. 42–43). Ein Augenmerk sollte jedoch zwingend auf den Verlauf der Trauerreaktionen und Tendenzen zu selbst- oder fremdgefährdenden Verhalten sowie Parentifizierung gelegt werden. Mit Parentifizierung ist die Umkehrung von Kinder- und Elternaufgaben gemeint, sprich ein Kind übernimmt Zuständigkeiten und Verantwortungen, welche nicht seinem Alter entsprechen (Ammann, o. J.). Dies kann sowohl die Übernahme der Erziehungsfunktion gegenüber weiteren Geschwistern darstellen als auch die Übernahme von nicht altersentsprechender Haushaltsverantwortung (Bobillier, 2022, S. 70).

### 3.2.6 JUGENDLICHE (14+ JAHRE)

Jugendliche in der Pubertät beschäftigen sich oft mit Sinnfragen und stellen die Überzeugungen ihrer Eltern, insbesondere religiöse, völlig in Frage (Senf & Eggert, 2014, S. 23). Auch fangen Jugendliche an die Konsequenzen eines Todes zu verstehen und machen sich beispielsweise sorgen über die finanzielle Lage, wenn eine versorgende Person stirbt (Senf & Eggert, 2014, S. 22). Intensive Träume, schrecklicher oder tröstlicher Art, können eine Reaktion auf den Verlust darstellen (Witt-Loers, 2014, S. 21). Weiter können Gefühle wie Aggression, Wut und Neid Ausdruck von unterdrückten Schuld- und Schamgefühlen sein (Witt-Loers, 2014, S. 26). Als eine weitere Bewältigungsstrategie kann «Coolness» dienen, um bei Gleichaltrigen nicht aufzufallen, die Kontrolle über die eigenen Emotionen zu behalten sowie innere Distanz zu den intensiven Gefühlen zu schaffen (Bobillier, 2022, S. 44). Schuldzuweisungen können eine Strategie darstellen, um das Unfassbare erträglicher und erklärbarer zu machen, während Essstörungen Ausdruck des Gefühls von Kontrolle als Antwort auf den Kontrollverlust (der Tod der nahestehenden Person) sein können. Auch selbst- und fremdverletzendes Verhalten kann in diesem Zusammenhang als ein Versuch der Kontrollübernahme gedeutet werden (Bobillier, 2022, S. 44). Verbogene Trauer, also jene welche gegen aussen nicht sichtbar ist, kann gemäss Witt-Loers (2014) Ausdruck davon sein, dass sie die Vulnerabilität ihres Umfeldes spüren und deshalb «funktionieren», um das Umfeld nicht zusätzlich zu belasten. Infolgedessen kann es vorkommen, dass Jugendliche auch erst Jahre später Trauerreaktionen zeigen, wobei der Zusammenhang zum erlebten Verlust für das Umfeld sowie der Jugendlichen Person selbst meist schwer erkennbar ist (Witt-Loers, 2014, S. 26).

## 3.3 TRAUERMODELLE

Wie die Kapitel 3.1 und 3.2 beschreiben, können Trauerreaktionen vor allem bei Kindern höchst unterschiedlich ausfallen. Es scheint weniger darum zu gehen, welche Reaktionen angemessen sind, als darum, die dahinterliegenden Erklärungen bezüglich einer Trauerreaktion zu erkennen und zu verstehen. Verschiedenste Trauermodelle versuchen Trauerverläufe zu beschreiben um so auch

Fachpersonen, insbesondere der Psychologie, gewissermassen ein Konzept zur Trauerbehandlung vorzulegen (Bobillier, 2022, S. 47). Nachfolgend werden im Kapitel 3.3.1 zuerst klassische Phasenmodelle vorgestellt, um darzustellen wie sich das Verständnis von Trauer im letzten Jahrhundert gewandelt hat. Darauffolgend wird auf zwei Modelle eingegangen, welche im aktuellen Diskurs weitverbreitet sind. Kapitel 3.3.2 beschreibt die Traueraufgaben nach Worden (2018) während das Duale Prozessmodell nach Stroebe und Schut (2010) in Kapitel 3.3.3 beleuchtet wird.

### 3.3.1 KLASSISCHE PHASENMODELLE

Historisch gesehen wurde die Verarbeitung von Trauer in älteren Modellen meist in Phasen behandelt. Richtungsweisend dafür war Sigmund Freuds Trauermode (1917), nach wessen klassischen Auffassung die Trauerarbeit aus drei aufeinanderfolgenden Phasen besteht (Znoj, 2023, S. 19):

1. dem Realisieren und Akzeptieren des Verlustes, sowie die Bewältigung der mit dem Verlust verbundenen Umstände
2. dem Trauern, indem die emotionale Bindung mit der gestorbenen Person aufgelöst wird
3. dem Wiederaufnehmen des emotionalen Lebens, indem neue, enge Beziehungen eingegangen werden

Ein weiteres richtungsweisendes Trauerphasenmodell war jenes von Elisabeth Kübler-Ross (1969). Sie leitete die aufeinanderfolgenden Trauerphasen aus ihrem Modell für die Phasen des Sterbens ab (Bobillier, 2022, S. 48):

1. Nicht-wahr-haben-Wollen und Isolierung
2. Wut
3. Verhandeln
4. Depression
5. Akzeptanz

Spätere Phasenmodelle wurden in Anlehnung an das Trauerphasenmodell von Kübler-Ross (1969) entwickelt (Bobillier, 2022, S. 48). Znoj (2023) betont, dass solchen Phasenmodellen trotz ihrer Beliebtheit jedoch die empirische Grundlage fehlen (S. 58). Auch Krüger (2022) weist auf die fehlende Empirie hin, welche für eine Phasenhaftigkeit von Trauerverläufen sprechen würde (S. 68). In moderneren Modellen wird deshalb nicht mehr von nacheinander folgenden Phasen ausgegangen, sondern Trauer wird als ein dynamischer Prozess verstanden (Bobillier, 2022, S. 48). Nachfolgend werden zwei Trauermodele ausgeführt, welche heute oft in der Trauerbegleitung angewendet werden.

### 3.3.2 TRAUERAUFGABEN NACH WORDEN

Der amerikanische Psychologe und Trauerforscher William Worden (2018) beschreibt vier Traueraufgaben. Hierbei betont er, dass die Traueraufgaben nicht in festgelegten Phasen nacheinander ablaufen. Vielmehr handelt es sich um einen Prozess, in welchem Trauernde mit verschiedenen Aufgaben konfrontiert werden (Worden, 2018, S. 40–41). Damit die Trauerverarbeitung gelingt ist es entscheidend, dass dieser Prozess überhaupt erst in Gang kommt (Haagen, 2017, S. 44).

Bei der *ersten Traueraufgabe* geht es darum **den Verlust als Realität zu akzeptieren**, sprich tief im Inneren zu begreifen, dass die verstorbene Person nie mehr wieder zurückkommen wird (Worden, 2018, S. 41). Worden (2018) betont, dass es dafür nicht nur eine kognitive, sondern auch eine emotionale Akzeptanz benötigt (S. 43). Besonders bei jüngeren Kindern, wo noch keine Trauererfahrung und kein Todeskonzept vorhanden ist, kann diese Aufgabe herausfordernd sein (Haagen, 2017, S. 44).

Die *zweite Traueraufgabe* besteht aus dem **Erfahren und Erleben des Schmerzes**, physischer Art sowie der emotionale und verhaltensbezogene Schmerz (Worden, 2018, S. 45). Der Trauerschmerz besteht dabei nicht nur aus Traurigkeit und Unzufriedenheit, sondern beinhaltet oftmals auch Angst, Schuldgefühle, Wut und Einsamkeit (Worden, 2018, S. 46). Menschen, welche die zweite Traueraufgabe zu vermeiden versuchen, zeigen gemäss Worden oftmals verleugnende Tendenzen und Erinnern sich beispielsweise ausschliesslich an schöne Momente, um unangenehme Gedanken an die verstorbene Person zu unterdrücken (Worden, 2018, S. 45–46). Haagen (2017) plädiert für einen geschützten, sicheren Rahmen, welchen es Kindern erlaubt, die vielfältigen und auch widersprüchlichen Gefühle zuzulassen. Gleichzeitig soll auch die Möglichkeit bestehen, positive Erlebnisse im hier und jetzt erleben zu können (Haagen, 2017, S. 44).

Als *dritte Traueraufgabe* wird die **Anpassung an eine Welt ohne die verstorbene Person** genannt. Worden (2018) sprich hierbei von drei Dimensionen der Anpassung: der äusseren, inneren sowie spirituellen Anpassung. Die *äussere Anpassung* besteht daraus, dass die Hinterbliebenen einen Umgang mit den entstehenden Veränderungen in Bezug auf Rollen und Aufgaben finden (Worden, 2018, S. 47). Als Beispiel nennt Haagen (2017), dass beim Wegfall der Mutter, welche zuvor in der Rolle der Gesprächspartnerin zur Verfügung stand, jemand anderes im Umfeld diese Rolle zumindest teilweise übernehmen soll. Die verlorene Bezugsperson wird niemals gänzlich ersetzbar sein, für Kinder ist es dennoch hilfreich, wenn jemand in ähnlicher Weise zur Verfügung steht (S. 44). Bei der *inneren Anpassung* geht es darum wie der Tod das Selbstwertgefühl, das Selbstverständnis und/oder das Gefühl der Selbstwirksamkeit beeinflusst (Worden, 2018, S. 48). Im Weiteren kann der Tod einer nahestehenden Person die grundlegenden Lebenswerte und Überzeugungen der Hinterbliebenen

Person komplett in Frage stellen und aufrütteln. Die *spirituelle Anpassung* meint der Umgang mit diesen aufrüttelnden Fragen (Worden, 2018, S. 49).

Die *vierten Traueraufgabe* beinhaltet **eine dauerhafte Verbindung zur verstorbenen Person zu finden, inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben** (Worden, 2018, S. 50). Gemäss Worden (2018) geht es darum «einen Weg zu finden, um sich an die verstorbene Person zu erinnern, während man den Rest seines Lebens in Angriff nimmt» (S. 51, eigene Übersetzung). Wichtige Erinnerungen mit der verstorbenen Person sollen integriert werden während gleichzeitig weitergelebt wird. Haagen (2017) betont, dass es sich dabei nicht um einen Widerspruch handelt, sondern beides nebeneinander Platz haben kann und soll. Kinder brauchen im Trauerprozess Vorbilder welche dieses Spannungsfeld aushalten und an denen sie sich orientieren können (S. 44–45).

### 3.3.3 DUALES PROZESSMODELL DER TRAUERBEWÄLTIGUNG NACH STROEBE & SCHUT

Im Gegensatz zu anderen Modellen beschreibt das duale Prozessmodell (DPM) der Trauerbewältigung nach Stroebe & Schut (1999, 2010) nicht primär die bei Trauer auftretenden Phänomene, sondern den Bewältigungsprozess von Trauernden (Bobillier, 2022, S. 49). Es wird davon ausgegangen, dass Trauernde mit zwei Arten von Stressoren konfrontiert werden: verlustorientierten sowie wiederherstellungsorientierten Stressoren. Abbildung 1 veranschaulicht das Prozessmodell.

Bei den **verlustorientierten Stressoren** geht es um Alltagserfahrungen, bei welchen sich die trauernde Person mit der Abwesenheit der verstorbenen Person auseinandersetzen muss (Stroebe & Schut, 2010, S. 277). Trauernde sehen sich mit aufdrängenden Gedanken konfrontiert, verleugnen oder vermeiden die Realitätsveränderung und suchen einen Weg wie sie mit der verstorbenen Person weiterhin in Verbindung bleiben können. Hingegen bei den **wiederherstellungsorientierten Stressoren** geht es um Faktoren der Alltagsneugestaltung. Die Trauernde Person passt sich an die Lebensänderungen an, unternimmt neue Dinge, lenkt sich von der Trauer ab, leugnet oder vermeidet die Trauer und bildet neue Rollen, Funktionen und Beziehungen (Stroebe & Schut, 2010, S. 277). Alle aufgezählten Stressoren werden durch die trauernde Person mithilfe verschiedener Strategien oder Bewältigungsmustern angegangen (Bobillier, 2022, S. 50). Eine anpassungsfähige Trauerbewältigung («gesundes trauern») besteht gemäss Stroebe & Schut (2010) darin, dass zwischen verlust- und wiederherstellungsorientierten Stressoren hin und her pendelt wird (S. 278). Es geht folglich also um ein Pendeln (Oszillieren) zwischen der Konfrontation mit dem Verlust und der Vermeidung des Verlusts wie in Abbildung 1 dargestellt ist. Bobillier (2022) beschreibt den Vorgang des Pendelns als einen komplexen dynamischen Regulationsprozess (S. 50). In einer weiteren Publikation lassen Stroebe et al. (2007) vermuten, dass eine pendelnde Trauerbewältigung sich positiv auf das Leiden auswirkt sowie körperliche und psychische Symptome reduziert (S. 1962).

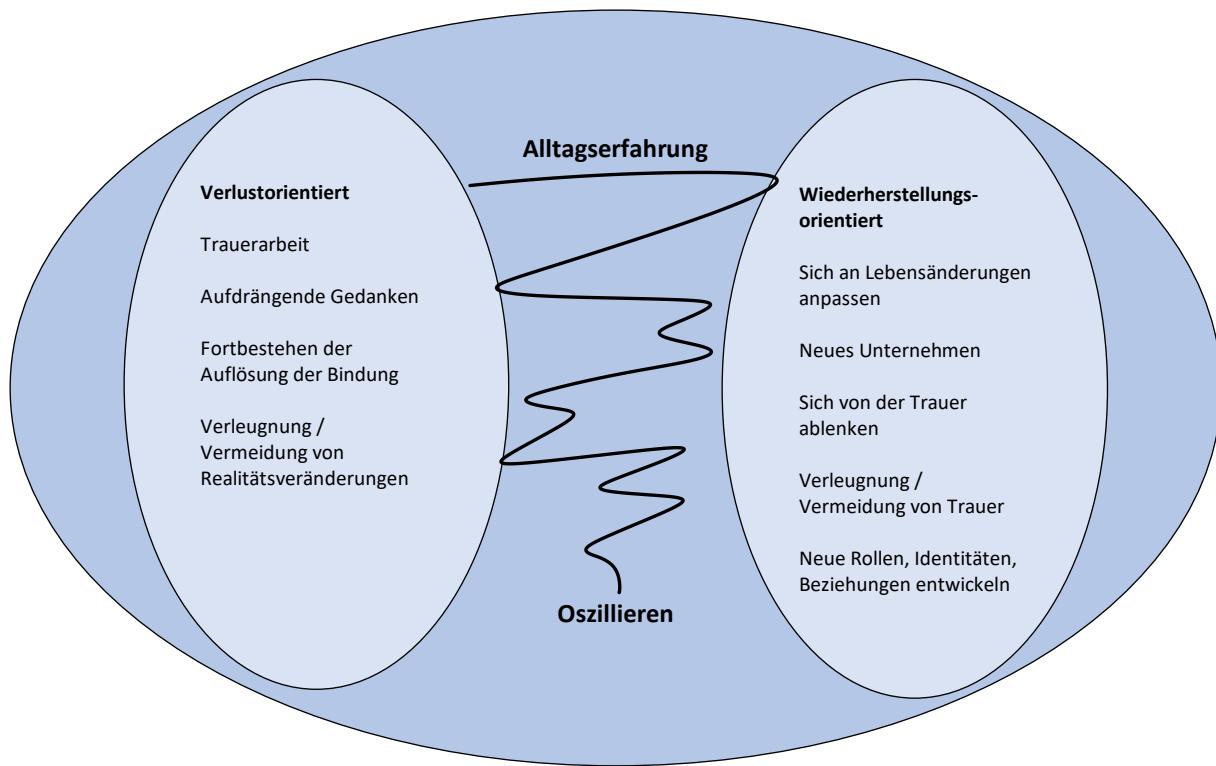


Abbildung 1: Duales Prozessmodell (eigene Darstellung auf Basis von Stroebe & Schut, 2010, S. 276, angelehnt an die Übersetzung von Bobillier, 2022, S. 49)

Stroebe und Schut (2010) haben ihr Modell mit den Traueraufgaben von Worden verglichen und durch die wiederherstellungsorientierten Stressoren ergänzt (S. 278). Folgende Tabelle zeigt einen Modellvergleich zwischen den Traueraufgaben (Worden, 2018) und dem Dualen Prozessmodell (Stroebe & Schut, 2010).

Modell der Traueraufgaben	Duales Prozessmodell
Die Realität des Verlusts akzeptieren	Die Realität des Verlusts erfahren <b>und die Realität einer veränderten Welt akzeptieren</b>
Den Trauerschmerz erfahren	Den Trauerschmerz erfahren <b>und sich Pausen vom Trauerschmerz erlauben</b>
Sich an die Welt anpassen, in der die verstorbene Person fehlt	Sich an die Welt anpassen, in der die verstorbene Person fehlt <b>und die veränderte (subjektive) Welt bewältigen</b>
Eine dauerhafte Verbindung zu der verstorbenen Person schaffen inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben	Eine dauerhafte Verbindung zu der verstorbenen Person schaffen inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben <b>und neue Rollen, Funktionen, Identitäten und Beziehungen entwickeln</b>

Tabelle 5: Modellvergleich: Traueraufgaben und Duales Prozessmodell (eigene Darstellung auf Basis von Stroebe & Schut, 2010, S. 278, angelehnt an die Übersetzung von Bobillier, 2022, S. 51)

Ein Vorteil des Dualen Prozessmodells (vgl. Tabelle 5) ist, dass es auch erschwerete oder **traumatische Trauerprozesse** erklären kann (Bobillier, 2022, S. 50). Die trauernde Person pendelt in solchen Fällen kaum noch, sondern sieht sich durch Stressoren der einen Seite besonders behaftet. Im Weiteren eignet sich das Duale Prozessmodell besonders um die Sprunghaftigkeit der kindlichen Trauer, das Pendeln zwischen Emotionen, zu beschreiben. Dadurch, dass diese Dynamik als gesund und entwicklungsfördernd gilt, kann das Modell auch eine entlastende und normalisierende Wirkung haben (Bobillier, 2022, S. 52). Die im Kapitel 3.2 beschriebene kindliche Sprunghaftigkeit ist folglich als gesunde Bewältigungsstrategie zu bewerten und sollten von Erwachsenen unterstützt werden.

Als Einschränkung des Dualen Prozess Modells nennt Bobillier (2022), dass es alters- und Entwicklungsspezifische Einflussfaktoren (wie in Kapitel 3.2 behandelt) ausser Acht lässt (S. 52). Im nachfolgenden Kapitel 3.4 werden nun weitere Einflussfaktoren auf den kindlichen Trauerprozess thematisiert.

### 3.4 EINFLUSSFAKTOREN AUF DEN KINDLICHEN TRAUERPROZESS

Inwiefern ein Kind schwerwiegende Situationen bewältigen kann, hängt von einer komplexen Wechselwirkung zwischen seinen persönlichen Stärken, seiner individuellen Vulnerabilität und den Beziehungen zum sozialen Umfeld ab (Stokes, 2014, S. 79). Wie in Kapitel 3.2 aufgezeigt werden konnte, ist der Entwicklungsstand von Kindern ausschlaggebend für das Verständnis von Tod, was wiederum die Verarbeitungsfähigkeit beeinflusst. Nebst dem Entwicklungsstand des Kindes, hängt der Trauerprozess auch von der familiären Situation und deren Krisenbewältigungsstrategien ab (Haagen, 2017, S. 43). Sind verlässliche Bezugspersonen vorhanden, welche Gefühle von Sicherheit und Vertrauen entstehen lassen, können reflexive Funktionen aufgebaut werden. Mit reflexiven Funktionen ist die Fähigkeit über Gefühle nachzudenken gemeint, wodurch in der Folge auch die Fähigkeit mit starken Gefühlen umzugehen ermöglicht wird. Wichtig hierbei ist es, dass die Bezugspersonen sich bereits mit den Themen Sterben und Tod auseinandergesetzt haben, um eigene unverarbeitete Erfahrungen nicht in die Beziehung mit dem trauernden Kind zu übertragen (Haagen, 2017, S. 43). Auch Znoj (2023) ist der Meinung, dass die *soziale Unterstützung* als **Schutzfaktoren** im Trauerprozess dient. Dabei wertet er die Unterstützung durch Angehörige, Freunde und weitere nahestehende Personen als wesentlich hilfreicher als jene durch Professionelle (S. 50). Auch *finanzielle Sicherheit* und ein höherer sozio-ökonomischer Status gelten als stabilisierende Faktoren im Trauerprozess (Fleck-Bohaumilitzky & Fleck, 2014, S. 441). Eine hohe Selbstwirksamkeit oder eine optimistische Lebenseinstellung gelten als *persönliche Ressourcen* (Znoj, 2023, S. 50). Auch *Spiritualität oder Religion* und die damit einhergehenden Werte und Überzeugungen dienen als Ressourcen im Trauerprozess da sie das subjektive Erleben von Selbstwirksamkeit ermöglichen und die Fähigkeit zur Selbstberuhigung fördern (Fleck-Bohaumilitzky & Fleck, 2014, S. 441).

Als Risikofaktoren für den Trauerprozess identifiziert Znoj (2023) folgende Punkte: 1. Art des Verlustes, 2. Traumatisierende Umstände, 3. Sekundäre Verluste (S. 50). Mit der Art des Verlustes ist die *Relation zur verstorbenen Person* gemeint. Je näher die trauernde Person dem verstorbenen Menschen stand, umso grösser wird auch die hinterlassene Lücke und somit die Trauer sein. Auch Todesfälle, die plötzlich oder unerwartet im Rahmen von *traumatisierenden Umständen* geschehen (oder Suizide) erfordern von den Hinterbliebenen eine besondere Anpassungsleistung. Kommen zum Todesfall noch *sekundäre Verluste* hinzu wie beispielsweise der Verlust der finanziellen Existenzsicherung, der Verlust der Wohnsituation (bei einer Katastrophe) oder der Verlust der sozialen Unterstützung (Pflegende Angehörige) ist der Trauerprozess gemäss Znoj (2023) ebenfalls besonders risikobehaftet (S. 50).

Fleck-Bohaumilitzky und Fleck (2014) nennen *besondere Umstände*, in welchen der Tod nicht sicher festgestellt werden kann und kein Abschied vom Leichnam möglich ist (z.B. als ertrunken vermutete Person), Todesfälle die mit Gewalt verbunden oder mit sozialen Tabus belegt sind (z.B. Suizid oder Suchtmittelerkrankung) als Risikofaktoren für den Trauerprozess (S. 439–440). Während wie oben aufgeführt die soziale Unterstützung eine Ressource im Trauerprozess darstellen kann, können *problematische Beziehungskonstellationen* wie ambivalente, symbiotische oder narzisstisch geprägte Beziehungen sowie besonders enge Beziehungen den Trauerprozess wesentlich verkomplizieren (Fleck-Bohaumilitzky & Fleck, 2014, S. 440). Auf Persönlichkeitsebene gelten die *Vermeidung* von starken Emotionen oder Gefühlsäusserungen, Hilflosigkeit sowie ein vermindertes Selbstbild oder Rollenkonzept als Risikofaktoren (Fleck-Bohaumilitzky & Fleck, 2014, S. 440).

## 4 ZUSAMMENHANG VON TRAUER UND TRAUMA: ÜBERSCHNEIDUNGEN UND ABGRENZUNGEN

Im vorliegenden vierten Kapitel werden zunächst die Zusammenhänge zwischen den Erkenntnissen zu Trauer (Kapitel 3) und Trauma (Kapitel 2) ausgeführt. Überschneidung sowie Abgrenzungen der beiden Themenbereiche werden hier identifiziert und dargestellt bevor sie durch einen weiteren Ansatzpunkt ergänzt werden.

Ein Todesfall einer nahestehenden Person sowie ein traumatisches Ereignis gelten beide als gravierende persönliche Einschnitte in einer Lebensbiografie, da sie unvorhergesehene Veränderungen und Kontrollverlust mit sich bringen. In beiden Fällen werden Grundlegende innere Konzepte einer guten und gerechten Welt erschüttert (Znoj, 2023, S. 55). Dies löst bei den Betroffenen oft intensive Gefühle aus, welche die bisher erlernten Bewältigungsstrategien überschreiten (vgl. Kapitel 2.2.1 und 3.1). Von den Betroffenen / Hinterbliebenen wird dann eine psychische Anpassung abverlangt, was neue Bewältigungsstrategien erfordert.

Sowohl bei Trauer- als auch bei Trauma-Situationen können auf der Verhaltensebene ähnliche Bewältigungsstrategien hervorgerufen werden: Vermeidung, Verdrängung, Impulsivität oder Reizsuche (vgl. Kapitel 2.2.1 und 3.2). Auf körperlicher Ebene können vergleichbare Symptome auftreten, wie Energiemangel, Schlaf-, Ess- oder Verdauungsstörungen. Auf kognitiver Ebene wird der Erinnerung eine besondere Bedeutung für die Verarbeitung zugeschrieben. Bei traumatischen Situationen konnte Kapitel 2.1.4 aufzeigen, dass in besonders bedrohlichen Situationen, die Fähigkeit zur Erinnerungsspeicherung verloren geht. Im Trauerverarbeitungsprozess ist das zurückgreifen auf Erinnerungen jedoch zentral und die Vermeidung von Erinnerungen stellt in Kombination mit weiteren Symptomen ein erheblicher Risikofaktor für die Entwicklung einer anhaltenden Trauerstörung dar (vgl. Kapitel 3.1).

Trotz dieser Überschneidungen bestehen bei den Themenbereichen Trauma und Trauer auch Abgrenzungen. Gemäss den Studienerkenntnissen aus Kapitel 2.1.3 wird zwar jeder plötzliche Todesfall einer nahestehenden Person als traumatisches Ereignis gewertet. Inwiefern dieser Todesfall jedoch zu einer Traumatisierung führt, hängt vom Verarbeitungsprozess ab. Dieser Prozess ist, wie im Kapitel 3.4 aufgezeigt werden konnte, individuell sehr verschieden und von diversen Einflussfaktoren wie dem Entwicklungsstand, den Todesumständen oder von Faktoren des Umfelds geprägt.

Ein bisher unerwähnter Begriff versucht bezüglich dem Einflussfaktor «Todesumstand» mehr Klarheit zu schaffen. Kachler (2021) benutzt den Begriff **Verlusttrauma**, um einen Verlust einer existenziell wichtigen nahestehenden Person zu beschreiben, deren Tod überwältigend und traumatisierend war (S. 12–13). Ein Verlusttrauma umfasst seiner Auffassung nach eine komplex miteinander

interagierende Trauer-, Trauma- und Beziehungsreaktion. Gekennzeichnet sind solche Verlusttrauma nach Kachler (2021) einerseits durch Kriterien traumatisierender Verluste und andererseits durch traumatisierende Kontexte des Verlusts (S. 14–21).

Zu den **Kriterien traumatisierender Verluste** gehören unter anderem (Kachler, 2021, S. 14–16):

- Existenzielle Bedeutung der verstorbenen Person für den hinterbliebenen Menschen
- Plötzlichkeit des Verlusts
- Zufälligkeit und Sinnlosigkeit des Verlustes
- Unzeitigkeit des Verlusts
- Gewaltförmigkeit des Verlustes
- Erlebte Todesnähe

Mit Unzeitigkeit ist der Todeszeitpunkt einer Person gemeint, welcher aufgrund der normalen Lebenserwartung ausserordentlich ist. Gewaltförmigkeit des Verlusts bezieht sich auf einen Todesfall, welcher durch Gewalt herbeigeführt wurde, wobei die Gewaltförmigkeit am Leichnam sichtbar bleibt und für die Hinterbliebenen deshalb traumatisierend wirkt (z.B. entstelltes Gesicht nach Unfall). Erlebte Todesnähe bezieht sich auf das Miterleben des Todesfalls bei gleichzeitiger Lebensgefährdung der Hinterbliebenen. Die aufgeführten Kriterien traumatisierender Verluste wirken kumulativ, sprich umso mehr zutreffen, desto wahrscheinlicher ist die Ausprägung einer Traumatisierung (Kachler, 2021, S. 17). **Traumatisierende Kontexte** verweist mitunter auf das Miterleben des Todes, erlebtes oder vermutetes Leiden beim Tod, das Auffinden des Leichnams, die Mitbeteiligung am Tod oder auf jegliche polizeiliche Informations- und Interventionsmassnahmen (Kachler, 2021, S. 18–20). Auch traumatisierende Kontexte wirken verstärkend auf die Ausbildung einer Traumatisierung (Kachler, 2021, S. 21).

Aus den Ausführungen zu Verlusttrauma nach Kachler (2021) wird klar, dass eine Häufung von traumatisierenden Kriterien sowie besondere Kontexte des Todesfalls das Risiko für die Ausbildung einer Traumatisierung wesentlich verstärken. Bei solchen traumatischen Verlusten tritt an die Stelle der normalen Trauerreaktion das Traumata, welches in der Folge den normalen Verlauf der Trauer behindert oder gar blockiert (Kachler, 2021, S. 75; Trickey, 2014, S. 448).

Da Kinder der stationären Kinder- und Jugendhilfe eine besonders vulnerable Gruppe für das Erleben von traumatischen Ereignissen darstellen und sich «der Tod einer nahestehenden Person» als das häufigste traumatische Ereignis der Kindheit zeigt (vgl. Kapitel 2.1.3), gilt es diesen Verlust mit besonderer Aufmerksamkeit und traumasensibel zu begleiten. Deshalb werden im nachfolgenden Kapitel Handlungsempfehlungen für die sozialpädagogische Trauerbegleitung im stationären Setting formuliert.

## 5 SOZIALPÄDAGOGISCHE TRAUERBEGLEITUNG IM STATIONÄREN SETTING

Dieses fünfte Kapitel beleuchtet die vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten von Kindern im Trauerprozess welche in einem stationären Setting untergebracht sind. Zuerst wird das Setting der stationären Kinder- und Jugendhilfe näher beleuchtet. Anschliessend wird auf das theoretische Rahmenkonzept der Traumapädagogik sowie deren Grundhaltungen eingegangen. Das Kapitel wird mit praktischen Handlungsempfehlungen zur sozialpädagogischen Begleitung von Kindern im Trauerprozess abgerundet.

### 5.1 STATIONÄRES SETTING DER KINDER- UND JUGENDHILFE

In diesem Kapitel wird auf die *stationäre Kinder- und Jugendhilfe* eingegangen, wofür als Synonym der Begriff der *stationären Erziehungshilfe*, oder jener des *Heimkontexts* verwendet wird. Darunter wird die Unterbringung von minderjährigen Kindern in institutionellen Angeboten ausserhalb der Herkunfts- / Kernfamilie verstanden (Eberitzsch, 2023, S. 38). Nebst stationären Angeboten gibt es in der Schweiz auch aufsuchende, ambulante oder teilstationäre Erziehungshilfen sowie Pflegefamilien. Jene Angebotssettings werden in diesem Teil nicht explizit behandelt, Ergebnisse sind jedoch sinngemäss anwendbar. Angebote der ausserfamiliären Unterbringung zielen im Allgemeinen auf Minderjährige ab, welche aufgrund von familiären Problematiken, gesundheitlichen oder schulischen Herausforderungen, sozial auffälligem oder straffälligem Verhalten vorübergehend oder dauerhaft nicht bei ihren Erziehungsberechtigten wohnen können (Eberitzsch, 2023, S. 38)

Es bestehen drei Zugangswege zu stationären Unterbringungen (Eberitzsch, 2023, S. 39):

1. **Zivilrechtliche Kindesschutzmassnahme** gemäss Art. 310 ZGB bei einer Gefährdung des Kindeswohls, wobei den Sorgeberechtigten das Aufenthaltsbestimmungsrecht durch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) entzogen wird.
2. **Jugendstrafrechtliche Schutzmassnahme** bei erheblich delinquenter Verhaltensweise, angeordnet durch die Jugendanwaltschaft (JUGA).
3. **Freiwillige Platzierung**, welche auf der Einvernehmlichkeit zwischen den Sorgeberechtigten, dem Sozialdienst, einer allfälligen Beistandschaft und/oder den Schulbehörden oder Jugendpsychiatrien beruht.

Für alle Möglichkeiten zur stationären Unterbringung ist das Kindeswohl grundlegend, also die körperliche, geistige und sittliche Entfaltung der Kinder für wessen Gewährleistung die Sorgeberechtigten zuständig sind (Rosch & Hauri, 2022, S. 467). Für die Anordnung einer zivilrechtlichen Kindesschutzmassnahme müssen *konkrete und erhebliche Gefährdungsgründe* des Kindeswohls vorliegen, wobei die Sorgeberechtigten nicht für die nötige Abhilfe sorgen wollen oder

können (Rosch & Hauri, 2022). Eine Kindeswohlgefährdung stellt nicht zwingend einen bereits eingetretenen Umstand dar, jedoch besteht unter Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren eine Wahrscheinlichkeit dazu (Rosch & Hauri, 2022, S. 467). Rosch und Hauri (2022) unterscheiden zwischen folgenden Formen der Kindeswohlgefährdung (Rosch & Hauri, 2022, S. 471–472):

- Von **Vernachlässigung** wird gesprochen, wenn die Mindestanforderungen an körperlicher, emotionaler, sozialer und materieller Versorgung des Kindes nicht gewährleistet sind.
- **Körperliche Misshandlungen** umfasst gewaltsame körperliche Verletzungen jeglicher Art wie Schläge mit Gegenständen, der Hand, Fusstritte, Verbrennungen oder Quetschungen von Körperteilen, welche einem Kind aktiv durch die Bezugsperson zugefügt werden.
- Zu **sexueller Gewalt** zählen alle sexuellen Handlungen, welche *vor* oder *an* einem Kind ausgeführt werden, wobei sich das Kind aufgrund seiner körperlichen, psychischen, kognitiven oder sprachlichen Unterlegenheit nicht wehren kann.
- Bei ausgeprägter, systematischer Ablehnung und Zurückweisung durch die Bezugsperson sowie bei Überbehütung oder symbiotischem an-sich-binden wird von **psychischer Misshandlung** gesprochen. Erhebliche Erwachsenenkonflikte welche unmittelbar um ein Kind herum stattfinden, das Miterleben von Partnerschaftsgewalt sowie Autonomiekonflikte stellen Unterkategorien der psychischen Misshandlung dar. Letzteres meint die Nichtbewältigung von Ablösekonflikten zwischen Jugendlichen und deren Eltern.

Statistisch gesehen besteht auf Bundesebene bisher aufgrund der föderalistischen Ausgestaltung keine einheitlichen und lückenlosen Erhebungen bezüglich der Anzahl an Kindern, welche in stationären Erziehungshilfen aufwachsen. Der Bund ist aktuell im Begriff die Einführung einer nationalen Statistik mit den Kantonen und interkantonalen Konferenzen zu prüfen (Bundesamt für Justiz, 2021, S. 8). Entsprechend fehlen auch statistische Angaben zu Merkmalen wie dem Alter, sodass hier leider keine altersentsprechenden Daten präsentiert werden können.

Die meisten stationären Kinder- und Jugendhilfen sind in Gruppen von acht Kindern organisiert (Wübker, 2020, S. 47). Mitarbeitende zeichnen sich häufig durch vielfältige Ausbildungshintergründe aus, wobei Betriebsbewilligungen oder Subventionsvereinbarungen der Kantone häufig einen Mindestprozentanteil an Fachpersonen vorgeben (Eberitzsch, 2023, S. 41). Diese umfassen Fachpersonen der Sozialen Arbeit, meist der Sozialpädagogik sowie Fachpersonen der Betreuung, der Psychologie, der Heilpädagogik oder der Agogik (Eberitzsch, 2023, S. 41). Die theoretischen Bezugspunkte und fachlichen Ausrichtungen verankern die Institutionen konzeptionell (Eberitzsch, 2023, S. 41). Einer diesen in der Praxis verwendeten theoretischen Ansätzen bildet die Traumapädagogik.

## 5.2 TRAUMAPÄDAGOGIK

Unter Traumapädagogik wird die konsequente Anwendung der Psychotraumatologie auf die sozialpädagogische Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit Vernachlässigungs-, Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen verstanden. Sie ist Bestandteil der Pädagogik sowie der Psychotraumatologie (Weiss, 2013, S. 32). Im Wesentlichen geht es darum, durch ein breitangelegtes Wissen um Traumafolgestörungen ein anderes Verständnis für Kinder und ihre pädagogischen Bedürfnisse zu schaffen (Schmid, 2013, S. 56). Speziell an traumapädagogischen Konzepten ist der Fokus auf Fachpersonen sowie deren Stärkung der Selbstwirksamkeit in pädagogischen Interaktionen. Angelehnt an die milieutherapeutischen Konzepte, geht es in der Traumapädagogik darum, Strukturen der Institutionen dahingehend anzupassen, dass die Kinder und Jugendlichen Sicherheit und Geborgenheit erfahren können (Schmid, 2013, S. 56). Man spricht dabei auch von der «Pädagogik des sicheren Ortes», welche als Handlungsleitendes Konzept der traumapädagogischen Praxis dient (Weiss, 2016, S. 23). Die Pädagogik des sicheren Ortes wird weiter unten genauer ausgeführt.

Die Traumapädagogik ist eine eher junge Fachdisziplin. Wegleitend für die Traumapädagogik waren sowohl die Reformpädagogik Pestalozzis und Montessoris, die Pädagogik der Befreiung Freires, die psychoanalytische Pädagogik Aichhorns als auch die Milieutherapie nach Bettelheim. Als Bezugswissenschaften dienen demnach die Erziehungswissenschaften, die Psychotraumatologie, die Psychoanalyse, die Bindungs- und Resilienzforschung als auch die Neurobiologie. Anfangs 2000er Jahren nahm das Interesse an der Traumapädagogik vor allem in Deutschland sprunghaft zu und in vielen Institutionen wurden Konzepte entwickelt und umgesetzt, häufig auch in Begleitung wissenschaftlicher Forschung (Weiss, 2013, S. 32–35). Die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik, kurz BAG TP, entwickelte in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie die bis heute wegleitenden traumapädagogischen Standards im gleichnamigen Positionspapier (BAG TP, 2011).

### 5.2.1 PÄDAGOGIK DES SICHEREN ORTES

Durch das Erleben einer traumatischen Situation wird die Wahrnehmung der Welt als ein sicherer und nährender Ort zerstört (Dabbert, 2017, S. 140). Egal ob die Situation tatsächlich unsicher war oder von der betroffenen Person als unsicher erlebt wurde, die dadurch erlernten defensiven und schutzsuchenden Verhaltens- und Bewegungsmuster traumatisierter Kinder behindern im Weiteren das Erleben einer sicheren Welt erheblich (Dabbert, 2017, S. 141).

In der traumapädagogischen Arbeit bedingt es folglich konstante Situationen zu schaffen in denen Kinder das Erleben eines *sicheren Ortes* ermöglicht wird. Der sichere Ort gilt es sowohl im inneren als

auch im äusseren zu schaffen (Dabbert, 2017, S. 141). Der *innere sichere Ort* meint ein Sicherheitsgefühl. Um dies wieder zu erlangen, benötigt es verlässliche, stabile, einschätzbare und bewältigbare *äussere Lebensraumbedingungen* durch welche die Umwelt subjektiv erneut als sicherer Ort erfahren werden kann (Kühn, 2023, S. 35). Zimmermann (2017) betont hierbei die Wichtigkeit von räumlicher Klarheit und das eine hohe Transparenz in allen Abläufen und Aufgaben wie Essenszeiten oder Nachtruhe besteht (S. 43). Der äussere sichere Ort wird erheblich durch die Mitarbeitenden als auch die institutionellen und strukturellen Gegebenheiten beeinflusst (Dabbert, 2017, S. 141). Durch das Schaffen eines sicheren Arbeitsortes und verlässlichen strukturellen Rahmenbedingungen werden Mitarbeitende gestärkt, den Kindern einen stabilen Schutzraum zu bieten (Wübker, 2020, S. 56). Dazu zählen beispielsweise ein wertschätzender Umgang in allen Organisationsebenen sowie eine Kommunikation, welche von Transparenz und Vertrauen geprägt ist (Tiefenthaler & Gahleitner, 2016, S. 178). Weiss (2013) betont, dass die Traumapädagogik nur als Bestandteil eines Netzwerkes von Fachpersonen verschiedener Hintergründe möglich wird und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe voraussetzt (S. 41). Ebenfalls zu einem sicheren Ort tragen die traumasensiblen Grundhaltungen bei, welche im nachfolgenden Kapitel ausgeführt werden.

### 5.2.2 TRAUMASENSIBLE GRUNDHALTUNGEN

Gemäss dem Positionspapier stellt die Grundhaltung, welche das Wissen um die Folgen von Traumatisierungen und biografischen Belastungen berücksichtigt, eine wesentliche Basis der Traumapädagogik dar (BAG TP, 2011, S. 4). Eine wertschätzende und verstehende Haltung der Fachpersonen gegenüber den von traumatischen Ereignissen betroffenen Kinder und Jugendlichen bildet dabei das Fundament der traumapädagogischen Arbeit (BAG TP, 2011, S. 4).

Bei der **Annahme des guten Grundes** werden Verhaltensweisen als Teil der notwendig gewordenen Überlebensstrategie verstanden. In Kontext der Lebensgeschichte und des traumatischen Erlebnisses bestehen für das Kind gute Gründe, für die von aussen als störend und schwierig wahrgenommenen Verhaltensweisen. Die Verhaltensweisen sind Ausdruck eines Regulierungsversuchs (T. Lang & Lang, 2013, S. 108–109).

Die **Wertschätzung** ist eine weitere wichtige traumapädagogische Grundhaltung, welche in einem humanistischen Menschenbild wurzelt. Die Überlebensstrategien von traumatisierten Kindern sind Ausdruck einer ausserordentlichen Fähigkeit mit einer bedrohenden Situation zurechtzukommen. Indem diese Überlebensstrategien wertgeschätzt werden, können Betroffene Selbstakzeptanz erfahren, was wiederum zum Aufbau des eigenen Selbstwerts und der Selbstwirksamkeit beiträgt (Weiss & Schirmer, 2013, S. 113–114).

Kinder welche Misshandlung, Vernachlässigung und/oder Missbrauch erlebt haben, mussten intensive Erfahrungen der Fremdbestimmung machen. Mit der Grundhaltung der **Partizipation** soll ihnen ermöglicht werden, Erfahrungen der Selbstbestimmung und Autonomie zu machen (Andreae de Hair & Bausum, 2013, S. 115–116).

Traumatische Ereignisse sind oftmals durch ihre Unberechenbarkeit und Plötzlichkeit gekennzeichnet. In der Grundhaltung der **Transparenz** liegt das Anliegen, die Erfahrungen von Unberechenbarkeit in Berechenbarkeit umzuwandeln. Ereignisse sollen fortan vorhersehbar sein, was wiederum Sicherheit schafft (Wahle & Lang, 2013, S. 118–120).

Traumatisierende Erfahrungen sind belastend und gekennzeichnet durch viele negative Emotionen. Für Kinder ist es daher notwendig, korrigierende positive Erfahrungen machen zu können und **Spass und Freude** zu erleben. Lachen fördert die Entspannung sowohl auf körperlicher als auch emotionaler Ebene, führt zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit und unterstützt die Entwicklung einer positiven Selbstwirksamkeit (B. Lang, 2013, S. 121–124).

### 5.3 SOZIALPÄDAGOGISCHE TRAUERBEGLEITUNG

Dieses Kapitel stellt Empfehlungen für die sozialpädagogische Trauerbegleitung in der stationären Kinder- und Jugendhilfe vor. Die ausgewählten Interventionen werden in zwei Teilen gegliedert. Im ersten Teil sollen Unterstützungsmöglichkeiten für die eigene Trauerarbeit der Kinder ausformuliert werden. Im zweiten Teil werden auf Ebene der Fachpersonen Anforderungen für die Trauerbegleitung beleuchtet. Die nachfolgende Tabelle 6 nimmt eine Bestimmung der Begrifflichkeiten Trauerarbeit und Trauerbegleitung vor.

Der Begriff **Trauerarbeit** meint dem Verständnis Sigmund Freuds folgend den psychischen Verarbeitungsprozess eines Verlustes sowie die Begleitung einer trauernden Person (Franz, 2025, S. 54). Trauerarbeit ist in diesem Verständnis nicht nur vom trauernden Menschen beziehungsweise Kind selbst zu leisten, sondern meint auch den Beitrag welche Erwachsene in der Begleitung von trauernden Kindern leisten.

Im nachfolgenden wird von *Trauerarbeit* gesprochen, wenn die Traueraufgabe (angelehnt an Worden oder das Duale Prozessmodell) durch das Kind selbst zu leisten ist. *Trauerbegleitung* hingegen meint die aktive Unterstützung durch die Fachpersonen bei der kindlichen Trauerarbeit. Auch unter das Verständnis der Trauerbegleitung fallen Kompetenzen welche Fachpersonen für die adäquate Begleitung von trauernden Kindern benötigen.

Tabelle 6: Begriffsbestimmung Trauerarbeit / Trauerbegleitung

Die ausgewählten Interventionen haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Ausführlichkeit. Vielmehr sind die vorgestellten Interventionen als Denkanstoss zu lesen, welche in der Begleitung individuell an die einzelnen Bedürfnisse angepasst werden sollen. Zudem gilt es transparenthalber zu erwähnen, dass sowohl die Autorin dieser Arbeit als auch die verarbeitete Literatur aus einem westlich-christlich geprägten Kulturkreis stammen.

### 5.3.1 UNTERSTÜTZUNG VON KINDLICHER TRAUERARBEIT

Die Trauerarbeit gehört zu den verlustorientierten Faktoren der Trauerbewältigung nach Stroebe und Schut (vgl. Kapitel 3.3.3). Im Folgenden werden deshalb zuerst ausgewählte **verlustorientierte Traueraufgaben** ausformuliert, bevor weiter unten auf wiederherstellungsorientierte Traueraufgaben eingegangen wird.

Wie im Kapitel 3.2 bereits erwähnt, können die Gefühle im Trauerprozess gerade bei Kindern sehr widersprüchlich sein. In einem Moment sind sie tieftraurig, da sie die verstorbene Person nicht anrufen können, im nächsten superfröhlich, da sie über einen Witz der Mitbewohnenden lachen müssen. Oder etwas erinnert sie an ein wunderschönes Erlebnis mit der verstorbenen Mutter, woraufhin unmittelbar die Realisation folgt, dass dieses nun nie mehr stattfinden kann. Diese Widersprüchlichkeit der Gefühle kann für Kinder sehr schwer auszuhalten sein (Witt-Loers, 2015, S. 47). Für Fachpersonen gilt es die **Gefühle der Kinder zuzulassen**; sie anzuerkennen, zu respektieren und auszuhalten. Insbesondere negative Gefühle wie Ärger, Wut, Angst und Eifersucht müssen auch zum Ausdruck kommen dürfen, ansonsten besteht die Gefahr, dass Kinder diese Gefühle zukünftig verdrängen (Franz, 2025, S. 105).

In Bezug auf krasse Verhaltensweisen bei Jugendlichen empfiehlt Bobillier (2022) ein nicht-wertendes Verständnis zu zeigen, wobei Selbst- und Fremdgefährdung sowie Respektlosigkeit die Grenzen darstellen (S. 45). Suizidale Äusserungen sowie andere selbstverletzende Tendenzen sollen zwangsläufig mit den Jugendlichen besprochen werden, wobei eine Reaktionskombination von Ruhe und Ernstnehmen als hilfreich empfunden wird (Bobillier, 2022, S. 45). Gegebenenfalls sollen auch therapeutische Fachpersonen miteinbezogen werden.

Damit beispielsweise Wut nicht in Selbst- oder Fremdverletzenden Verhaltensweisen ausgelebt wird, gilt es als Fachperson **sozial verträgliche Angebote** zu schaffen (Franz, 2025, S. 107). Die Autorin denkt hierbei beispielsweise an den Boxsack der im Keller hängt, das alte Gartenhaus, welches sowieso demoliert werden soll oder Kopien von Fotos, welche zerrissen werden können. Durch das proaktive Schaffen solcher Angebote kann dem Kind Halt und Sicherheit geboten werden. Sicherheit darüber, dass beispielsweise Erinnerungsfotos erhalten bleiben, auch wenn die Kopien davon in einem Anfall von Wut zerrissen werden.

Weinen ist zudem eine besonders wichtige Ausdrucksform der Trauer. Durch das **Zulassen von Tränen** können seelische Anspannungen abgebaut werden, was erleichternd und befreiend wirken kann (Franz, 2025, S. 108). Das herzzerissende Weinen eines Kindes kann bei Fachpersonen jedoch Gefühle von Mitleid oder gar Hilflosigkeit auslösen, wobei in der Folge oftmals nicht mehr mit professioneller Distanz einfühlsam auf die Bedürfnisse des Kindes eingegangen werden kann. Bei Überforderung und übermässiger Betroffenheit plädiert Franz (2025) für das rechtzeitige Beziehen fachlicher Unterstützung: sei dies durch Professionelle der Trauerbegleitung oder Psychotherapie als auch im Rahmen kollegialer Beratung oder Supervision (Franz, 2025, S. 109). Fachpersonen sollen, anstatt selbst mitzuleiden, Mitgefühl zum Ausdruck bringen können. In dem am Leid verständnisvoll Anteil genommen wird, kann ein Freiraum geschaffen werden, in welchem die Trauergefühle erlebt und verarbeitet werden können (Franz, 2025, S. 108–109). Das stationäre Setting kann hierbei vom Vorteil profitieren, dass die Fachpersonen nicht auch selbst vom Verlust betroffen sind.

Im Weiteren gilt es die **Sprunghaftigkeit** der kindlichen Gefühle als normale Trauerreaktion anzunehmen, selbst dann, wenn es für Fachpersonen oder Mitbewohnende im ersten Moment irritierend erscheint. Auch soll dem Kind Verständnis gegenüber trauerfreien Zeiten entgegengebracht werden (Bobillier, 2022, S. 78). Es empfiehlt sich im Sinne der Psychoedukation den Trauernden sowie dem Umfeld zu erklären, dass unterschiedliche Gefühle zur Trauer gehören und jeder Mensch diese Gefühle unterschiedlich intensiv erleben kann (Witt-Loers, 2015, S. 52). Hier kann auch das Duale Prozessmodell (altersentsprechend erklärt) oder das Bild der Trauerpfützen zur Erklärungshilfe beigezogen werden.

Allgemein sind **einfühlende Gespräche** mit trauernden Kindern enorm wichtig. Das Kind soll die Möglichkeit haben Fragen zu platzieren und wo möglich sachliche Antworten darauf zu erhalten. Durch Rückfragen der Erwachsenen kann das eigene Denken bei Kindern angestossen werden und sie bekommen Raum, um die eigenen Fantasien zu teilen (Franz, 2025, S. 110–111). Witt-Loers (2015) verweist darauf, dass indem Fragen nicht gleich beantwortet werden, der Raum für die individuelle Sinngebung und persönliches Deuten geschaffen wird (S. 51). Die Trauerbegleiterin Miriam Christen Zarri erzählt, dass Kinder häufig ihre eigenen, teils sehr klaren und aussagestarken Ideen haben, sofern ihnen die Möglichkeit zum Erzählen gegeben wird (Persönliche Mitteilung, 2025, 5. Juni). Hierbei gilt es oftmals auch nur Stille auszuhalten (M. Christen Zarri, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Juni).

In der Trauerbegleitung von Jugendlichen ist das **Signalisieren von Gesprächsbereitschaft** wichtig, auch dann, wenn diese nicht zwingend angenommen wird und Jugendliche eher den Austausch mit Gleichaltrigen suchen (Bobillier, 2022, S. 45). Witt-Loers (2014) führt aus, dass Jugendliche oft Gefühle der Ambivalenz gegenüber ihrer Peergroup verspüren. Einerseits sehnen sie sich nach Verständnis für ihre Lebenssituation, nach Halt und Austausch. Andererseits möchten sie auf keinen Fall auffallen und

mit ihrer ausserordentlichen Thematik im Mittelpunkt stehen (Witt-Loers, 2014, S. 32). Es kann auch vorkommen, dass sich trauernde Jugendliche nicht mehr mit ihrem Freundeskreis identifizieren können, da deren Sorgen durch den erlebten Todesfall nun völlig belanglos wirken (Witt-Loers, 2014, S. 33). Fachpersonen sollten einen wertfreien Rahmen schaffen, der offene Gespräche ermöglicht.

Die **spirituelle und religiöse Ebene** kommt bei kindlichen Fragen um die Themen Tod und Sterben unweigerlich auf. Wie die Kapitel 3.2.3 bis 3.2.6. aufzeigen konnten, kann ein spiritueller oder religiöser Zugang für trauernde Kinder eine Stütze sein, woraus sie Hoffnung oder Klarheit, beispielsweise zum Aufenthaltsort der verstorbenen Person, erhalten können. M. Christen Zarri ist aufgrund ihrer Praxiserfahrung der Meinung, dass religiöse Praktiken und Bilder im Trauerprozess helfen können, solange sie unterstützend gelebt werden (Persönliche Mitteilung, 2025, 5. Juni). Damit meint sie, dass ein Interesse und Kenntnisse für die Religion bestehen müssen, damit deren Praktiken im Trauerfall nicht übergriffig werden. Die Antworten, welche Fachpersonen auf die kindlichen Fragen geben können, sind stark durch deren eigene Einstellung und spirituelle oder religiöse Überzeugung geprägt. Wird als Fachperson transparent damit umgegangen, können Kinder erfahren, dass es nicht die eine richtige oder falsche Antwort, sondern vielerlei Ansichten dazu gibt (Franz, 2025, S. 113). Bobillier (2022) formuliert es wie folgt: anstatt: «Dein Papa ist im Himmel», besser: «Ich stelle mir vor, dein Papa ist im Himmel» (S. 80).

Ein weiterer wesentlicher Teil der Trauerarbeit stellt der eigentliche **Verabschiedungsprozess** dar. Damit ist zum einen der Abschied des Leichnams als auch die Trauerfeier und/oder die Beerdigung gemeint. Für Kinder kann es gemäss Franz (2025) beruhigend sein, die nahestehende Person ein letztes Mal friedlich im Sarg zu sehen. Auf sinnlicher Ebene kann das spüren des kalten, leblosen Körpers dazu beitragen, dass die Realität des Todes selbst wahrgenommen wird, wodurch der Tod für das Kind auch begreifbarer wird (Franz, 2025, S. 138). Wenn die verstorbene Person jedoch aufgrund eines Unfalls sichtbar entstellt oder kaum wiederzuerkennen ist, kann dies beim Kind Überforderung und Angst auslösen (Franz, 2025, S. 139). In solchen Fällen empfiehlt es sich Kinder durch andere Möglichkeiten in den Verabschiedungsprozess einzubeziehen. Hier eine nicht abschliessende Auflistung solcher Optionen (angelehnt an Franz, 2025, S. 139):

- Todesanzeige mitgestalten
- Sarg / Urne bemalen
- Kleidung für die verstorbene Person aussuchen
- Zeichnung oder persönlicher Gegenstand mit in den Sarg geben
- Etwas für die Trauerfeier vorbereiten / dazu beitragen
- Grabpflanzung aussuchen / Blumenschmuck herstellen

In der Trauerbegleitung von Kindern in der Pubertät ist es gemäss Bobillier (2022) besonders zentral, dass sie Gemeinschaft, in sowie ausserhalb von Trauergemeinschaften erleben können (S. 43). Die Entscheidung inwiefern das Kind oder der/die Jugendliche in solche Möglichkeiten des Verabschiedungsprozesses miteinbezogen wird liegt am Ende des Tages nicht bei den Fachpersonen der stationären Kinder- und Jugendhilfe, sondern im nahestehenden / familiären Umfeld. Die Elternarbeit hat in der traumapädagogischen Arbeitsweise einen hohen Stellenwert und Eltern werden grundsätzlich soweit als möglich in die Arbeit mit dem Kind miteinbezogen (Andreae de Hair, 2013, S. 220). Wird davon ausgegangen, dass bereits vor dem Todesfall eine **partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der Herkunftsfamilie** bestand, kann auch in dieser Krisensituation auf dem bestehenden Vertrauen aufgebaut werden (Franz, 2025, S. 129). Fachpersonen können den Hinterbliebenen mit fachkompetenter Beratung strukturierend zur Seite stehen, wobei das Wohl des Kindes im Zentrum stehen sollte (Franz, 2025, S. 129). Erlauben es die institutionellen Rahmenbedingungen ist es angezeigt, dass zusätzliche personelle Ressourcen für diese Ausserordentliche Situation generiert werden.

Bobillier (2022) vertritt die Meinung, dass Kinder bei einem Trauerfall auf keinen Fall «geschützt» werden sollten, sondern die Möglichkeit zur Erfahrung erhalten müssen, indem sie in alle Geschehnisse miteinbezogen werden (S. 60). Dabei können auf Handlungsebene insbesondere **sinnliche Erfahrungen oder Symbole und Bilder** zum Begreifen der Realität beitragen (Bobillier, 2022, S. 60–61). Ein gut bekanntes Symbolbild in der Trauerbegleitung ist jenes der Raupe, die zum Schmetterling wird. Der Sterbeprozess kann mit der Umwandlung von Raupe zur Puppe erklärt werden, das Lebendige wird zu einem leblosen Körper. Die Zustandsänderung von Puppe zu Schmetterling symbolisiert anschliessend die Trennung oder Loslösung von Körper und Seele (Bobillier, 2022, S. 154). Solche Symbolbilder eröffnen im Weiteren auch die Möglichkeit für anschliessende gestalterische und kreative Zugänge. Kreatives Tun wirkt besonders auch im Trauerprozess unterstützend sowie bestätigend und fördert das Stabilhalten der emotionalen Beziehung mit der verstorbenen Person (Witt-Loers, 2015, S. 59).

Eine häufige Frage von hinterbliebenen Erwachsenen ist, ob das Kind an der Beerdigung und/oder der Trauerfeier teilnehmen sollte. Es wird die Meinung vertreten, dass Kinder ein Recht an Teilnahme haben, da dies den Verarbeitungsprozess wesentlich unterstützen kann (Bobillier, 2022, S. 86; Franz, 2025, S. 139–142). Bobillier (2022) empfiehlt, dass dem Kind während der ganzen Feier eine **Schutzschildperson** zur Verfügung steht (S. 86). Diese Person qualifiziert sich dadurch, dass sie nicht selbst vom Verlust betroffen ist und deshalb von eigener Trauer befreit ganz nach den Bedürfnissen des Kindes dessen Begleitung leisten kann. Beispielsweise kann die Schutzschildperson das Kind während der Trauerfeier hinausbegleiten, wenn es ihm zu viel wird. Zudem kann sie das Kind vor gut

gemeinten, jedoch für das Kind überfordernden Ratschlägen von Hinterbliebenen abschirmen (Bobillier, 2022, S. 86). Fachpersonen der stationären Kinder- und Jugendhilfe sind durch ihre Rolle und professionelle Nähe zum Kind prädestiniert für diese Aufgabe. Sofern es die organisatorischen Rahmenbedingungen der Institution erlauben, empfiehlt es sich, dass das Kind die Schutzhilfperson für die Trauerfeier und/oder Beerdigung selbst aussuchen kann. Damit wird zugleich einen Beitrag an die Partizipation geleistet und die Autonomie des Kindes wird gefördert.

Die 2. Traueraufgabe nach Worden (vgl. Kapitel 3.3.2) beinhaltet den Schmerz zu erfahren und sich sowohl mit positiven als auch negativen Erinnerungen an die verstorbene Person zu befassen. Über die verstorbene Person zu sprechen, besonders auch über negative Erlebnisse mit ihr, kann den Schmerz lindern sowie entlastend wirken (Witt-Loers, 2015, S. 55). Um eine dauerhafte Verbindung zur verstorbenen Person zu schaffen (vgl. 4. Traueraufgabe nach Worden) kann Kindern ein **Erinnerungsgegenstand** dienen (Bobillier, 2022, S. 86). Erb- und Erinnerungsstücke spenden Trost und symbolisieren die Beziehung, welche zur verstorbenen Person bestanden hat (Franz, 2025, S. 143–144). Das Basteln einer Erinnerungsschatz- oder Wut-Kiste bildet eine weitere Möglichkeit, um Emotionen in Form von Zeichnungen oder Bastelprojekten sowie Gedanken in Form von Briefen an einem sicheren Ort zu deponieren (Bobillier, 2022, S. 151).

Das Schaffen eines **imaginativen sicheren Ortes** für die verstorbene Person stellt eine weitere Möglichkeit der Erinnerungssicherung dar (Bobillier, 2022, S. 144). Dieser sichere Ort kann einerseits symbolisch darstellen, wo sich die verstorbene Person nun aufhält und so Orientierung und Klarheit schaffen sowie stabilisierend wirken. Bobillier (2022) empfiehlt das Kind zur Imagination eines solchen sicheren Ortes anzuleiten: «Wie sieht dieser Ort aus? Was gibt es an diesem Ort? Was riecht oder hört man dort?» (Bobillier, 2022, S. 144). Andererseits kann auch ein effektiver **Trauerort** einen sicheren Ort darstellen, wo das hinterbliebene Kind innerlich mit der verstorbenen Person in Verbindung treten und der Trauer freien Lauf lassen kann. In vielen Kulturen stellt die Grab- oder Gedenkstätte ein Trauerort dar. Da für Kinder der stationären Kinder- und Jugendhilfe dieser normalerweise schwer erreichbar ist (örtliche Distanz, fehlende Mobilität) empfiehlt es sich einen separaten Trauerort einzurichten. Die individuellen Bedürfnisse des Kindes nach Örtlichkeit, Zugänglichkeit und Privatsphäre sollen dabei Handlungsleitend sein.

Wie das Duale Prozessmodell aufgezeigt hat, bedarf es bei der Trauerbewältigung auch **wiederherstellungsorientierten Traueraufgaben**, worunter das *Anpassen an die veränderten Lebensbedingungen und sich von der Trauer ablenken* gehören. M. Christen Zarri spricht in diesem Zusammenhang gerne von Trauerumwandlung statt Trauerbewältigung: «Es geht darum, dass die Trauer einem im Alltagsgeschehen nicht weiter einschränkt, sondern in etwas neues umgewandelt werden kann. Trauer braucht einen neuen Ort, einen anderen Raum, es geht darum sie zwischendurch

bewusst wegzulegen» (M. Christen Zarri, Persönliche Mitteilung, 2025, 5. Juni). Im Weiteren werden einige Optionen dazu vorgestellt.

Bei den verlustorientierten Traueraufgaben wurden die Erinnerungsmöglichkeiten und der Trauerort ausgeführt. Beides sind Möglichkeiten wie Kinder ihre Trauer an einem bestimmten Ort festmachen können, um so im Alltag nicht ständig davon eingeschränkt zu sein. Es geht darum der verstorbenen Personen einen neuen Platz zuzuweisen (Bobillier, 2022, S. 68). Hierbei ist es auch empfehlenswert das Kind zu ermutigen ein eigenes **Trauerritual** zu entwickeln. M. Christen Zarri betont die Wichtigkeit von Ritualen da sie «eine klare Absicht haben, mit Anfang, Höhepunkt und Ende und dadurch eine sehr starke Ressource darstellen» (Persönliche Mitteilung, 2025, 5. Juni).

Alltagsbezogen ändert sich für das stationär platzierte Kind nicht viel. Gewohnte Tagesabläufe wie Mahlzeiten, Freizeitprogramm oder Bettrituale sowie schulische und ausserschulische Tätigkeiten bleiben bestehen. Solche **verlässlichen Alltagsstrukturen** dienen als **Krisenhelfer**, denn da können Kinder Kontinuität, Normalität, Halt sowie Spass und Freude erleben (Franz, 2025, S. 104). Alltagsstrukturen und Freizeitaktivitäten sollten deshalb soweit wie möglich beibehalten werden (Franz, 2025, S. 104).

Wie die Praxiserfahrung zeigt, verbringen Kinder der stationären Kinder- und Jugendhilfe in vielen Fällen Wochenenden und Ferien in der Herkunftsfamilie / bei der nahestehenden Bezugsperson. Mit dem Todesfall einer solchen Person verändert sich diese Besuchsmöglichkeit oder deren Ausgestaltung zwangsläufig. In welchem Ausmass ist äusserst Einzelfallabhängig, wodurch hier keine generelle Aussage getätigt werden kann. Sicher ist, dass das Kind mit dieser veränderten Situation einen Umgang finden muss. Das soziale Umfeld kann hierbei als Ressource genutzt werden.

### 5.3.2 ANFORDERUNGEN AN SOZIALPÄDAGOGISCHE FACHPERSONEN

Einer der wohl bedeutendsten Punkte für die Trauerbegleitung liegt in der **persönlichen Erfahrung der Fachperson**. Wie im vorherigen Kapitel beschrieben wurde, ist es notwendig, dass Kinder ihre verschiedenen und teils auch widersprüchlichen Gefühle im Trauerprozess ausleben dürfen. Damit Fachpersonen in der Begleitung dieser Gefühle jedoch stabil und haltgebend fungieren können, ist es unerlässlich, dass sie ihre eigenen Erfahrungen mit Sterben, Tod und Trauer reflektiert haben und sich persönlichen Grenzen bewusst sind (Franz, 2025, S. 10). Nur so kann garantiert werden, dass unverarbeitete und unreflektierte Teile der Fachperson nicht an die Kinder weitergegeben werden (Franz, 2025, S. 11). Franz (2025) empfiehlt Fachpersonen deshalb, sich in der **Selbstreflexion** mit dem Thema zu beschäftigen, sowie sich im Team über persönliche Erfahrungen auszutauschen (S. 12–13). Der Fokus soll dabei auf der eignen Kindheit liegen, um sich der Lebenswelt der Kinder anzunähern.

Folgende Fragen sollen Impulse für die Selbstreflexion oder den **Teamaustausch** geben (angelehnt an Franz, 2025, S. 13):

- Wie wurde in meinem Umfeld über den Tod gesprochen? Wer konnte meine Fragen damals beantworten?
- Welche Bedeutung hatte die verstorbene Person für mich? Welche Gefühle löste der Todesfall bei mir aus?
- Wie gingen Erwachsene mit meinen Gefühlen um? Wer war ein gutes Vorbild für mich und warum? Was würde ich mir Rückblickend von Erwachsenen wünschen?
- Was hat mir im Trauerprozess geholfen / mich gestärkt? Wie gelang / gelingt mir ein Pendeln zwischen trauerorientierten und wiederherstellungsorientierten Stressoren (vgl. Duales Prozessmodell, Kapitel 3.3.3)? Was war dabei herausfordernd?

Es versteht sich von selbst, dass sich Fachpersonen bereits vor einem eintretenden Trauerfall mit den obigen Fragen beschäftigen müssen, um für die Akutsituation vorbereitet zu sein. In diesem Sinne empfiehlt Franz (2025) einen **Notfallplan** zu erarbeiten welcher Sofortmassnahmen bei einem Todes- oder Trauerfall beinhaltet (S. 24–25). Mit Blick auf den sicheren (Arbeits-)Ort für Fachpersonen empfiehlt die Autorin dieser Arbeit, je nach Grösse der Institution auf Team- oder Leitungsebene, ein Todes- oder Trauernotfallplan zu erarbeiten. Im Anschluss empfiehlt es sich diesen auch konzeptuell zu verankern. Im Akutfall sollen sich Fachpersonen zudem überlegen inwiefern im Arbeitsteam ausreichend Kompetenzen und Ressourcen zur Verfügung stehen oder ob allenfalls der Einbezug von weiteren Professionellen wie Fachpersonen der Trauerbegleitung, Seelsorge oder Psychotherapie im Einzelfall angezeigt ist.

Es hilft dem Kind die eigenen Emotionen einzuordnen, wenn die Fachpersonen ihre **Emotionen authentisch darlegen** (Franz, 2025, S. 101). Das, was Fachpersonen in der Interaktion mit dem Kind erleben und denken soll sich auch verbal sowie non-verbal in der Kommunikation ausdrücken. Als Beispiel nennt Franz (2025), dass Fachpersonen bei Betroffenheit über die Trauer des Kindes ihre eigenen Emotionen nicht zu verbergen versuchen, sondern diese verbal zum Ausdruck bringen (S. 101). Wichtig dazu ist erst einmal, dass Fachpersonen **die eigenen Gefühle** bezüglich der Trauer des Kindes **reflektieren**. Folgende Fragen dienen als Denkanstoss zur Reflexion der eigenen Gefühle (angelehnt an Franz, 2025, S. 103):

- Wie geht es mir mit der Situation des trauernden Kindes?
- Welche Gefühle und Impulse lösen die Verhaltensweisen des Kindes in mir aus?
- Gibt es Verhaltensweisen, die mich irritieren, stören oder die ich als unangemessen empfinde?
- Wie möchte ich reagieren?
- Inwiefern hat sich die Beziehung zwischen mir und dem Kind verändert?

- Inwiefern gelingt es mir auf die Trauersituation des Kindes einzugehen? Was brauche ich damit dies gelingt?
- Inwiefern gelingt es mir das soziale Umfeld des Kindes in die Trauerbegleitung miteinzubeziehen? Was brauch ich damit dies gelingt?
- Woran erkenne ich, wenn ich mit der Situation überfordert bin? Wen oder was brauche ich zur Unterstützung?

Bezüglich der Kommunikation in der Trauerbegleitung empfiehlt es sich einen **transparenten und ressourcenorientierten Ansatz** zu wählen. Wie in den Kapiteln 3.2.2 bis 3.2.6 aufgezeigt werden konnte, ist die wahrheitsgetreue Kommunikation äusserst wichtig. Kinder können in der Regel besser mit Wahrheiten umgehen als mit Ungewissheiten oder Lügen und sie erhalten so emotionalen Halt (Franz, 2025, S. 134). Kinder im Vorschulalter, welche noch kein Verständnis für die Endgültigkeit des Todes haben, können durch kindgerechte aber klare Aussagen den Tod als solchen realisieren lernen. Durch die sachliche und ehrliche Information wird wenig Raum für Spekulation oder Fantasien gelassen (Franz, 2025, S. 134). Für Kinder im Schulalter ist die transparente Aufklärung über Todesursachen und Todeshergang für die Vermeidung von personifizierenden Denkmustern zentral (vgl. Kapitel 3.2.4). Im Jugendalter wiederum kann durch ehrliche Kommunikation Verlässlichkeit und Stabilität signalisiert werden (vgl. 3.2.6). Durch Authentizität, Miteinbezug und Ehrlichkeit kann zudem auch Ängsten oder Schuldgefühlen vorgebeugt und entgegengewirkt werden (Bobillier, 2022, S. 88–89).

Eine ressourcenorientierte Arbeitsweise ist im Übrigen gemäss M. Christen Zarri eine grosse Unterstützung in jeder Trauerbegleitung (Persönliche Mitteilung, 2025, 5. Juni). Dadurch, dass Kinder ihre Ressourcen im Trauerprozess nutzen, wird sowohl ihr Selbstbewusstsein als auch ihr subjektives Erleben von Selbstwirksamkeit gestärkt (Fleck-Bohaumilitzky & Fleck, 2014, S. 441; Witt-Loers, 2015, S. 59). Auch Kapitel 3.4 zeigte auf, dass Ressourcen schützende Faktoren im Trauerprozess darstellen.

### 5.3.3 GRENZEN SOZIALPÄDAGOGISCHER TRAUERBEGLEITUNG

Die Ausführungen zu Verlusttrauma in Kapitel 4 weisen darauf hin, dass Traumareaktionen die Trauerprozesse behindern oder blockieren können. Aus der Diskussion zu Trauerreaktionen wurde jedoch klar, dass unverarbeitete Trauer zu komplizierter Trauer werden kann, was das Risiko für eine anhaltenden Trauerstörung erhöht. Kinder benötigen demnach bei Verlusttrauma zunächst eine Stabilisierung und Bearbeitung in Bezug auf das Trauma, bevor im Anschluss eine Auseinandersetzung mit der Trauer möglich wird. Wie Kapitel 2.1.4 aufzeigen konnte, geht auf neurobiologischer Ebene die Fähigkeit zur Erinnerungsspeicherung in besonders bedrohlichen Situationen verloren. Daraus ergibt sich, dass den Kindern nur lückenhafte Bilder zur eigenen Trauma-Verarbeitung zur Verfügung stehen.

In der Traumapädagogik liegt der Fokus darauf, selbstexplorative Prozesse zu ermöglichen wodurch Kinder und Jugendliche ihre Handlungskompetenzen, Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit aufbauen können (Gahleitner & Weiss, 2016, S. 408). Fachpersonen haben den Fokus folglich auf der Alltagsgestaltung und der Schaffung eines sicheren Ortes, welcher die Selbstheilung von Kindern ermöglichen soll (Gahleitner & Weiss, 2016, S. 408). Für die effektive Konfrontation mit den lückenhaften traumatischen Erinnerungen benötigen Kinder ein Gegenüber welches die damit einhergehenden, oftmals überwältigenden Gefühle aufzufangen weiss. Dafür sind Fachpersonen der Sozial- und Traumapädagogik nicht qualifiziert, sondern es benötigt Fachpersonen der Psychotherapie oder Traumatherapie. In diesen Fachbereichen gibt es mittlerweile zahlreiche Ansätze wie eine Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen gelingt ohne komplett von den begleitenden Gefühlen überwältigt zu werden (Gahleitner & Weiss, 2016, S. 409). Eine Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist demnach für eine ganzheitliche und nachhaltige Trauma- sowie Trauerverarbeitung gerade bei Verlusttraumata unabdingbar.

## 6 SCHLUSSFOLGERUNG

In diesem sechsten Kapitel sollen die wichtigsten Erkenntnisse dieser Bachelorarbeit zusammengefasst werden. Die wesentlichen Schlussfolgerungen für die berufliche Praxis, werden im zweiten Teil dieses Kapitels aufgegriffen. Abschliessend soll ein kurzer Ausblick auf drei Bereiche hinweisen, die für zukünftige Literatur- oder Forschungsarbeiten interessant sein könnten.

### 6.1 ZUSAMMENFASSUNG WICHTIGER ERKENNTNISSE

Die vorliegende Bachelorarbeit hat sich den Überschneidungspunkten von Trauma- und Trauer-Erfahrungen gewidmet. Durch eine vertiefte Auseinandersetzung mit den beiden Themenbereichen wurde die zentrale Fragestellung untersucht, *inwiefern sich traumatische Ereignisse auf den Trauerprozess von jungen Menschen auswirken*. Diesbezüglich zeigt diese Arbeit auf, dass jede Trauerverarbeitung durch diverse miteinander interagierende Einflussfaktoren geprägt ist. Die Entwicklungsstufe hat einen bedeutenden Einfluss auf das Todesverständnis und die damit einhergehenden Trauerreaktionen und Bedürfnisse eines Kindes. Es wird festgestellt, dass im kindlichen Trauerprozess sprunghafte und ambivalente Gefühle als normale Bewältigungsstrategien zu werten sind. Als Schutzfaktoren im Trauerprozess hat diese Arbeit das Vorhandensein von verlässlichen Bezugspersonen und persönlichen Ressourcen identifiziert, während besondere Todesumstände oder problematische Beziehungskonstellationen als relevante Risikofaktoren im Trauerprozess wirken. Die Ausführungen zum Begriff *Verlusttrauma* in Kapitel 4 zeigen, welche Kriterien und Kontexte des Verlusts eine traumatisierende Verlusterfahrung begünstigen. Es hat sich herausgestellt, dass bei solchen traumatischen Verlusten die Traumareaktion überlagert und in der Folge eine normale Trauerreaktion behindert oder gänzlich blockiert (Kachler, 2021, S. 75). Die Auswirkungen, die ein solches Ereignis auf die Wahrnehmungs- und spätere Erinnerungsfähigkeit hat, wurden mithilfe der Ausführung zu den neurobiologischen Vorgängen im Kapitel 2.1.4 erklärt. Im dualen Prozessmodell der Trauerbewältigung nach Stroebe und Schut (2010) wird ein solcher traumatischer Trauerprozess als mangelndes Pendeln zwischen den verlust- und wiederherstellungsorientierten Stressoren verstanden.

Diese Arbeit weist zudem darauf hin, dass stationär platzierte Kinder grundsätzlich eine besonders vulnerable Gruppe für traumatische Ereignisse und insbesondere langanhaltende interpersonale Traumatisierungen darstellen. Diese bereits bestehende Vulnerabilität hat auch Auswirkungen auf die Verarbeitungsfähigkeit eines zusätzlich eintretenden Verlusterlebnisses. Folglich zeigt diese Arbeit auf, dass traumatische Erfahrungen auf die Trauerverarbeitung von jungen Menschen Einfluss hat und deshalb eine traumasensible Arbeitsweise in der Trauerbegleitung der stationären Kinder- und Jugendhilfe unabdingbar ist.

Im Kapitel 5 dieser Bachelorarbeit wurde auf diesen Erkenntnissen aufbauend der Frage nachgegangen, *wie Fachpersonen der stationären Erziehungshilfe Kinder und Jugendliche mit Trauma-Erfahrungen im Trauerverarbeitungsprozess unterstützen können*. Dazu wurden ausgewählte Ansätze und Grundhaltungen der Traumapädagogik vorgestellt. Es konnte aufgezeigt werden, dass verlässliche und transparente Rahmenbedingungen sowie stabile und einschätzbare Fachpersonen zur Schaffung eines sogenannt «sicheren Ortes» beitragen können. Indem Kinder in ihrer eigenen Trauerarbeit wertschätzend begleitet werden und partizipativ in den Verabschiedungsprozess miteinbezogen werden, kann der Verlust als solcher begriffen und der Trauerschmerz erfahren werden. Auf der anderen Seite können unveränderte verlässliche Alltagsstrukturen und Trauerrituale dazu beitragen, dass die Trauer umgewandelt wird und so der Alltag ohne Einschränkung weitergelebt werden kann. Letztlich zeigt diese Arbeit die Notwendigkeit zur Selbstreflektion bei Fachpersonen der stationären Kinder- und Jugendhilfe auf. Nur wenn persönliche Erfahrungen mit den Themen Sterben, Tod und Trauer verarbeitet wurden, kann eine haltgebende Trauerbegleitung geleistet werden. Fachpersonen sind aufgefordert, eigene Emotionen authentisch zum Ausdruck zu bringen und ihre Ressourcen sowie Grenzen offenzulegen. Kapitel 5.3.3 hat diesbezüglich die Abgrenzung zum therapeutischen Berufsfeld verdeutlicht und die Relevanz der Interdisziplinären Zusammenarbeit hervorgehoben.

## 6.2 SCHLUSSFOLGERUNG FÜR DIE BERUFLICHE PRAXIS

Der Grundstein für den Umgang mit Trauer wird in der Kindheit gelegt. Die Erfahrungen mit den Themen Sterben und Tod welche im Kinder- und Jugendalter gemacht werden, prägen den späteren Umgang mit dieser Thematik (Franz, 2025, S. 10). Es ist folglich von zentraler Bedeutung, dass Fachpersonen der stationären Kinder- und Jugendhilfe für diese Thematik vorbereitet sind, um im Akutfall adäquat reagieren zu können. In dieser Hinsicht gilt es den in Kapitel 5.3.2 formulierten Anforderungen an Fachpersonen besondere Beachtung zu schenken. Fachpersonen sollten sich mit ihren eigenen Erfahrungen und Einstellungen zu Sterben, Tod und Trauer auseinandersetzen. Zudem ist der Erwerb von Fachwissen zu verschiedenen Trauerreaktionen essenziell, wozu diese Bachelorarbeit einen Beitrag leistet. Die Ausführungen zur neuartigen Diagnose der anhaltenden Trauerstörung in Kapitel 3.1 tragen etwa zur fachlichen Einordnung von normalen und komplizierten Trauerverläufen bei.

Schlussendlich zeigt diese Arbeit erneut, dass es kein «one size fits all» Handlungskonzept für die Trauerbegleitung in stationären Erziehungshilfen geben kann. Obschon in Kapitel 5.3.2 für ein Trauer- oder Todesfallkonzept plädiert wurde – um ein sicheren Arbeitsort für Fachpersonen zu schaffen – bedingt es in der individuellen Begleitung des Kindes auf die spezifischen Bedürfnisse einzugehen. Auffällige Verhaltensweisen oder besonders emotionale Reaktionen und Schwankungen gilt es erstmal als normale und gesunde Trauerreaktionen und Bewältigungsstrategien anzuerkennen. Entscheidend

ist, dass Fachpersonen die dahinterliegenden Bedürfnisse des Kindes erkennen und diese gemeinsam – bestenfalls unter Einbezug des Umfelds – angehen.

### 6.3 AUSBLICK

Im Interventionsteil dieser Arbeit konnte nur wenig Fachliteratur bezüglich einer sozialpädagogischen Trauerbegleitung gefunden werden. Die Autorin hat folglich Literatur aus Bezugsdisziplinen wie der allgemeinen Pädagogik oder der Psychotherapie verwendet. Für zukünftige Forschungsarbeiten würde die Autorin daher eine Untersuchung empfehlen, inwiefern stationäre Erziehungshilfen über Todesfall- und Trauerkonzepte verfügen und was deren konkreten Inhalte sind. Damit könnten bestehende Handlungskonzepte auf deren Herangehensweise verglichen und praxisnah durch theoretische Erkenntnisse erweitert werden.

Ein weiterer Aspekt, der in der vorliegenden Bachelorarbeit nicht vertieft wurde, jedoch an mehreren Stellen als Ressource im Trauerverarbeitungsprozess genannt ist, stellt der Einbezug der Religion dar. Gerne wäre auf Unterschiede im Umgang mit den Themen Sterben und Tod in verschiedenen Religionen eingegangen worden, dies hätte den Rahmen dieser Arbeit jedoch überschritten. Eine vertiefte Auseinandersetzung damit, erachtet die Autorin für Fachpersonen der Sozialpädagogik als nützlich. Es stellt sich jedoch die Frage, wie Fachpersonen der Sozialpädagogik sich dieses Wissen aneignen können. Allenfalls könnte eine zukünftige Literaturarbeit dazu einen Beitrag leisten.

Ebenfalls wurden in dieser Arbeit die aktuellen fachlichen Entwicklungen zur neuartigen Diagnose «anhaltende Trauerstörung» aus klinisch-psychologischer und psychiatrischer Perspektive diskutiert. Inwiefern sich diese Diagnose in den kommenden Jahren in der Praxis durchsetzt und welche Folgen dies für die Soziale Arbeit hat, gilt es zu verfolgen.

## 7 LITERATURVERZEICHNIS

Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014).

Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition). American Psychiatric Association.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Ammann, K. (o. J.). *Parentifizierung: Wenn Kinder in die Elternrolle gedrängt werden*. Familienleben. Abgerufen 14. Juli 2025, von <https://www.familienleben.ch/kind/erziehung/parentifizierung-wenn-kinder-in-die-elternrolle-gedraengt-werden-8908>

Andreae de Hair, I. (2013). Die Arbeit mit dem Familiensystem im Rahmen der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß, & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 218–240). Beltz.

Andreae de Hair, I., & Bausum, J. (2013). Partizipation als Grundhaltung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß, & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 115–118). Beltz.

AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen [Broschüre]*. AvenirSocial.

BAG TP. (2011). *Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik.* [https://fachverband-traumapaedagogik.org/wp-content/uploads/2024/09/FVTP\\_Standards.pdf](https://fachverband-traumapaedagogik.org/wp-content/uploads/2024/09/FVTP_Standards.pdf)

Bender, J. (2019). *Praxisbuch Trauerbegleitung: Trauerprozesse verstehen, begleiten, verwandeln.* Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59100-0>

Bobillier, F. (2022). *Trauernde Kinder und Jugendliche psychologisch begleiten: Ein Handbuch für die Praxis* (1. Auflage). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86174-000>

Bundesamt für Justiz. (2021). *Empfehlung des Ausschusses der Vereinten Nationen über die Rechte der Kinder zur Schaffung einer nationalen Statistik über ausserfamiliär untergebrachte Kinder: Situationsanalyse [Bericht EJPD].*

<https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/70361.pdf>

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (o. J.). *ICD-11 in Deutsch—Entwurfsfassung.* Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Abgerufen 24. Juli 2025, von [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html)

Dabbert, L. (2017). Methodenbereiche und Haltungen in traumapädagogischen Handlungsfeldern. In D. Zimmermann, H. Rosenbrock, & L. Dabbert (Hrsg.), *Praxis Traumapädagogik: Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern* (1. Auflage, S. 136–152). Beltz Juventa.

Eberitzsch, S. (2023). Stationäre Erziehungshilfen in der Schweiz. Eine Einführung in Strukturen, Konzepte, Forschung sowie rechtliche Rahmungen von Partizipation. In S. Eberitzsch, J. Rohrbach, & S. Keller (Hrsg.), *Partizipation in stationären Erziehungshilfen: Perspektiven, Bedarfe und Konzepte in der Schweiz* (S. 37–48). Beltz Juventa.

Fegert, J. M., Ziegenhain, U., & Goldbeck, L. (Hrsg.). (2013). *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland: Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (2. Auflage). Beltz.

Fleck-Bohaumilitzky, C., & Fleck, C. (2014). Wann hilft Begleitung in Trauersituationen. - Wann ist Therapie sinnvoll?: Komplizierte Trauer? Was ist das? In F. Röseberg & M. Müller (Hrsg.), *Handbuch Kindertrauer: Die Begleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 435–442). Vandenhoeck & Ruprecht.

Franz, M. (2025). *Tabuthema Trauerarbeit: Kinder begleiten bei Abschied, Verlust und Tod* (3. Auflage). Don Bosco Medien GmbH.

Gahleitner, S. B., & Weiss, W. (2016). Arbeitsfelder zur Unterstützung bei traumatischen Belastungen. In W. Weiss, T. Kessler, & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 406–412). Beltz.

Gebrände, J. (2021). *Soziale Arbeit nach traumatischen Erfahrungen: Grundkenntnisse für den Umgang mit traumatisierten Menschen*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783748905035>

Geiter, H. (2014). *Tränen sind wie kostbare Perlen: Kinder begegnen dem Sterben. Ein Buch für alle, die Kinder in ihrer Trauer verstehen und begleiten wollen* (1. Auflage). der hospiz verlag.

Gunaratnam, S., & Alisic, E. (2017). Epidemiology of Trauma and Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents. In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Hrsg.), *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents* (S. 29–47). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_2)

Haagen, M. (2017). *Mit dem Tod leben: Kinder achtsam in ihrer Trauer begleiten. Ein Ratgeber für verwitwete Eltern* (1. Auflage). W. Kohlhammer GmbH.

Hantke, L., & Görges, H.-J. (2023). *Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Junfermann Verlag.

Jensen, T. K., & Sachser, C. (2024). Diagnostic Spectrum of Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents. In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Hrsg.), *Evidence-Based Treatments for Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents* (S. 3–31). Springer Nature Switzerland. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-77215-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-031-77215-3_1)

Kachler, R. (2021). *Traumatische Verluste: Hypnosystemische Beratung und Therapie von traumatisierten Trauernden. Ein Leitfaden für die Praxis* (1. Auflage). Carl Auer Verlag.

Krüger, T. (2022). *Trauer in der Sozialen Arbeit: Bedeutung von Verlust und Trost* (1. Auflage). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-040805-0>

Kühn, M. (2023). „Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“: Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In L. U. Besser, W. Weiß, M. Kühn, & J. Bausum (Hrsg.), *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (4. Auflage, S. 26–38). Juventa Verlag.

Landolt, M. A. (2021). *Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen* (3., überarbeitete Auflage). Hogrefe.

Landolt, M. A., Cloitre, M., & Schnyder, U. (Hrsg.). (2017). *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0>

Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schoenbucher, V., & Mohler-Kuo, M. (2013). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents: A National Survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 209–216. <https://doi.org/10.1002/jts.21794>

Lang, B. (2013). Freude und Spass als Grundhaltung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreeae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß, & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 121–124). Beltz.

Lang, T. (2016). Trauma und Körper. In W. Weiss, T. Kessler, & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 394–405). Beltz.

Lang, T., & Lang, B. (2013). Die Annahme des guten Grundes als Grundhaltung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreea de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß, & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 107–112). Beltz.

Maercker, A. (2017). *Trauma und Traumafolgestörungen* (1. Auflage). C.H. Beck.

Matten, S. J., & Pausch, M. J. (2024). *Depression, Trauma und Ängste: In Management und Öffentlichkeit*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-43966-8>

Rosch, D., & Hauri, A. (2022). Kinderschutz. In D. Rosch, C. Fountoulakis, & C. Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute* (3. Auflage, S. 457–516). Haupt.

Ruppert, F. (2024). *Trauma, Bindung und Familienstellen: Seelische Verletzungen verstehen und heilen* (9. Auflage). Klett-Cotta.

Schmid, M. (2013). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreea de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss, & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 56–82). Beltz Juventa.

Schmid, M., Erb, J., Fischer, S., Kind, N., & Fegert, J. M. (2017). *Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs: Implementierung, Evaluation und Verfestigung von traumapädagogischen Konzepten in sozialpädagogischen Institutionen des stationären Massnahmenvollzuges [Bericht]* (Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz, S. 249). Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik Basel.

<https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/sicherheit/smv/modellversuche/evaluationsberichte.html>

html

Schmid, M., Kölch, M., Fegert, J. M., & Schmeck, K. (2013). *Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs: Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ.) [Bericht]* (Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz, S. 190). Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik Basel.

<https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/sicherheit/smv/modellversuche/evaluationsberichte.html>

html

Schulte, K., & Szota, K. (2024). *Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung von Folgen interpersoneller Gewalt und Vernachlässigung* (1. Auflage). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-041469-3>

Senf, B., & Eggert, L. (2014). Entwicklungspsychologische Aspekte in der Arbeit mit trauernden Kindern und Jugendlichen. In F. Röseberg & M. Müller (Hrsg.), *Handbuch Kindertrauer: Die Begleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 17–24). Vandenhoeck & Ruprecht.

Staub, T., & Seidl, S. (2024). *Traumapädagogik: Grundlagen und Praxiswissen (Kindheits-) Trauma und traumapädagogische Standards*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-68724-6>

Stokes, J. (2014). Resilienz und trauernde Kinder: Wie wir Kinder dabei unterstützen, nach dem Tod eines Elternteils eine resiliente Grundhaltung zu entwickeln (B. Jaspers, Übers.). In F. Röseberg & M. Müller (Hrsg.), *Handbuch Kindertrauer: Die Begleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 79–96). Vandenhoeck & Ruprecht.

Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 61(4), 273–289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960–1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)

Tiefenthaler, S., & Gahleitner, S. B. (2016). Traumapädagogik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In W. Weiss, T. Kessler, & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 176–183). Beltz.

Trickey, D. (2014). Zu viel Angst, um traurig zu sein—Traumatische Trauer bei Kindern (K. Hassall, Übers.). In F. Röseberg & M. Müller (Hrsg.), *Handbuch Kindertrauer: Die Begleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 443–460). Vandenhoeck & Ruprecht.

Wagner, B. (2022). Anhaltende Trauerstörung—Diagnose und Behandlung. In J. Müller, M. Ruf-Leuschner, B. Grimmer, C. Knaevelsrud, & G. Dammann (Hrsg.), *Traumafolgen: Forschung und therapeutische Praxis* (1. Auflage, S. 82–95). W. Kohlhammer GmbH.

Wahle, T., & Lang, T. (2013). Transparenz als Grundhaltung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreeae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß, & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 118–121). Beltz.

Weiss, W. (2013). Traumapädagogik—Geschichte, Entstehung und Bezüge. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreeae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß, & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 32–44). Beltz.

Weiss, W. (2016). Traumapädagogik: Entstehung, Inspirationen, Konzepte. In W. Weiss, T. Kessler, & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 20–32). Beltz.

Weiss, W., & Schirmer, C. (2013). Wertschätzung als Grundhaltung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreeae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß, & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische*

*Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 112–115). Beltz.

Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: Prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0185-0>

Witt-Loers, S. (2014). *Trauernde Jugendliche in der Familie* (1. Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht.

Witt-Loers, S. (2015). *Trauernde Jugendliche in der Schule* (2., durchgesehene Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht.

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th edition). Springer Publishing Company.

World Health Organisation. (2019). *10th Revision of International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. World Health Organisation.  
<https://icd.who.int/browse10/2019/en>

World Health Organisation. (2024, Mai 27). *Post-traumatic stress disorder*. World Health Organisation.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>

World Health Organisation. (2025, Januar). *ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision*. World Health Organisation. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>

Wübker, E. J. (2020). *Die Relevanz der Traumapädagogik für die stationäre Erziehungshilfe* (1. Auflage). Beltz Juventa.

Zimmermann, D. (2017). Können wir uns aushalten? Beziehungstraumatisierungen und der Sichere Ort im pädagogischen Setting. In D. Zimmermann, L. Dabbert, & H. Rosenbrock (Hrsg.), *Praxis Traumapädagogik: Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern* (1. Auflage, S. 35–46). Beltz Juventa.

Znoj, H. (2023). *Trauer und Trauerbewältigung: Psychologische Konzepte im Wandel* (2., aktualisierte Auflage). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-038371-5>