

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW

Hochschule für Soziale Arbeit HSA

Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit

Olten



## **Transgenerationale Traumata: Aus Wunden werden Narben**

### **Auswirkung von Recovery auf die Resilienz von Erwachsenen mit transgenerationalen Traumata**

Bachelor-Thesis vorgelegt von

Coco Badorff

20-483-541

Eingereicht bei

Prof. Dr. Eva Tov

Olten, im Januar 2024

## **Abstract**

Diese Bachelor-Thesis untersucht die Integration der Recovery- und Resilienz-Konzepte im Kontext transgenerationaler Traumata im Feld der Sozialen Arbeit. Ziel der Arbeit ist, die drei Themenbereiche miteinander zu verbinden sowie Chancen und Grenzen in der Anwendung des Recovery-Ansatzes bei Menschen mit transgenerationalen Traumata zu erörtern. Zunächst werden die drei Themengebiete einzeln dargelegt und schliesslich im Synthese-Kapitel miteinander verbunden. In den Schlussfolgerungen werden Grenzen und die vielfältigen Möglichkeiten des Recovery-Ansatzes in der Unterstützung der Resilienz von Menschen mit transgenerationalen Traumata erläutert und diskutiert. Die Arbeit endet mit einem Ausblick und weiterführenden Gedanken.

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Ausgangslage und Eingrenzung der Zielgruppe und des Themas	4
1.2	Zielsetzung und Fragestellung	5
1.3	Relevanz für die Soziale Arbeit	6
1.4	Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit	7
2	Transgenerationale Traumata	8
2.1	Definition	8
2.2	Entstehung und Folgen, Inhalte und Modelle	9
2.3	Haltung und Interventionen	17
3	Recovery	22
3.1	Definition und Entstehung	22
3.2	Die Elemente des Recovery-Konzepts	24
3.3	Phasen von Recovery	25
3.4	Recovery Knowledge Inventory	28
4	Resilienz	29
4.1	Definition	29
4.2	Schutz- und Risikofaktoren	30
4.3	Schlüssel zur Resilienz	33
4.4	Weitere resilienzfördernde Interventionen	36
5	Synthese	39
5.1	Zusammenführung der Recovery- und Resilienz-Konzepte	39

5.2	Zuschnitt auf Menschen mit transgenerationalen Traumata	41
5.3	Kritische Reflexion und offene Fragen	43
6	Schlussfolgerungen	46
6.1	Zusammenfassung und Diskussion der Erkenntnisse	46
6.2	Konsequenzen der bisherigen Thematik für Professionelle der Sozialen Arbeit	47
6.3	Beantwortung der Fragestellung	48
6.4	Ausblick	50
7	Quellenverzeichnis	51

## **Abbildungsverzeichnis**

Titelbild: Freepik. URL: [https://de.freepik.com/fotos-kostenlos/hingabe\\_5400749.htm#query=hands%20different%20generations&position=4&from\\_view=search&track=ais](https://de.freepik.com/fotos-kostenlos/hingabe_5400749.htm#query=hands%20different%20generations&position=4&from_view=search&track=ais) [zuletzt am 19.09.23]

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Inhalte transgenerationaler Übertragung (nach Kellermann 2001 in Glaesmer 2015: 19)

Tabelle 2: Recovery-Modell: Innere Faktoren (Ralph 1999 zit. in und übersetzt von Amering/Schmolke 2012: 276)

Tabelle 3: Recovery-Modell: Äussere Faktoren (Ralph 1999 zit. in und übersetzt von Amering/Schmolke 2012: 277)

# **1 Einleitung**

In diesem ersten Kapitel der vorliegenden Bachelor-Thesis wird in die Thematik der Arbeit eingeleitet. Ausgangslage und Definition der Zielgruppe und des Themas erfolgen im ersten Unterkapitel, worauf die Zielsetzung der Arbeit und die Fragestellung vorgestellt werden. Im dritten Unterkapitel wird die Relevanz des Themas für die Soziale Arbeit erläutert, woraufhin im letzten Unterkapitel der Einleitung das methodische Vorgehen sowie der Aufbau der Bachelor-Thesis erklärt werden.

## **1.1 Ausgangslage und Eingrenzung der Zielgruppe und des Themas**

Die Auseinandersetzung damit, dass Traumatisierungen an Nachfahr:innen «weitervererbt» werden können, gewann erst ungefähr zur Jahrtausendwende an Bedeutung (vgl. Glaesmer 2015: 16). Die Betrachtung transgenerationaler Traumaweitergabe erfolgte zwar bereits ab den 1960er Jahren durch die Reflexion des Zweiten Weltkriegs und dessen sozialen und politischen Folgen, wurde jedoch lange im wissenschaftlichen Diskurs vernachlässigt (vgl. Dunkel 2021: 216). Bei einer Anamneseerhebung wird ebenfalls oft nicht direkt daran gedacht, dass unerklärliche somatische oder psychische Beschwerden aufgrund von transgenerationaler Traumaübertragung entstehen können (vgl. Dunkel 2021: o.S.).

Obwohl transgenerationale Traumata ein gesellschaftliches Querschnittsthema sind, wird in dieser Thesis auf Erwachsene im stationären, lebensweltersetzenden Kontext fokussiert, welche transgenerationale Traumata (und weitere psychische Erkrankungen) aufweisen. Die vorliegende Bachelor-Thesis fokussiert sich auf Erwachsene mit Traumata, welche durch transgenerationale Übertragung entstanden sind. Ferner geht es darum, ob und inwiefern die Anwendung des Recovery-Ansatzes einen Einfluss auf deren Resilienz haben kann. Die Thesis befasst sich mit deutschsprachigen Erwachsenen, welche mit den transgenerationalen Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges konfrontiert sind. Hierfür werden die Theorien zu Recovery, Resilienz sowie transgenerationaler Traumaübertragung angewandt.

Während Resilienz-Konzepte in den letzten Jahren an Popularität gewannen (vgl. Stamm/Halberkann 2015: 65), steigt die Bedeutung von Recovery-Konzepten bereits seit den 1980er Jahren (vgl. Dümmler/Sennekamp 2015: 9-23). Obwohl alle drei Konzepte mittlerweile wissenschaftlich gut untersucht sind, fand eine Synthese dieser und ihrer Zusammenhänge auf wissenschaftlicher Ebene bisher nicht statt und es bedarf einer tiefgreifenden Auseinandersetzung und Verknüpfung dieser Konzepte.

Bei Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen, insbesondere mit Schizophrenien, konnten grosse Erfolge in der Genesung mithilfe des Recovery-Konzeptes erzielt werden (vgl. Amering/Schmolke 2006: 20) – generell hat der Recovery-Ansatz in psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Einrichtungen auf die Bewohnenden mit unterschiedlichen, schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen einen positiven Effekt (Dümmler/Sennekamp 2013: 35-39). Auch die Resilienz kann durch die Anwendung des Recovery-Ansatzes positiv beeinflusst werden (vgl. Kammer-Spohn 2013: 1451). Daher lässt sich im Sinne einer Hypothese behaupten, dass eine ähnliche Wirkung auf die Resilienz durch die Anwendung des Recovery-Konzeptes bei Menschen mit transgenerationalen Traumata zu antizipieren ist.

## **1.2 Zielsetzung und Fragestellung**

Zielsetzung der vorliegenden Bachelor-Thesis ist, das Phänomen transgenerationaler Traumata zu beleuchten und den Einfluss der Ansätze zu Recovery und Resilienz auf Menschen mit transgenerationalen Traumata in der Sozialen Arbeit zu untersuchen. Diese Arbeit verfolgt die Absicht, die genannten Konzepte miteinander zu verbinden und potenzielle Chancen, Herausforderungen und Hindernisse für die Soziale Arbeit zu identifizieren. Dies geschieht, indem eine ausführliche wissenschaftliche Analyse der Konzepte der transgenerationalen Traumata, von Recovery sowie zu Resilienz stattfindet. Ziel ist es zu prüfen, inwiefern die Anwendung des Recovery-Ansatzes die transgenerationale Traumaübertragung unterbrechen kann.

Daraus ergeben sich die folgende Hauptfragestellung und Unterfragestellungen:

*Worin liegen Grenzen und Möglichkeiten des Recovery-Ansatzes bei der Unterstützung der Resilienz von Menschen mit transgenerationalen Traumata?*

- Welche Gemeinsamkeiten haben die Resilienz- und Recovery-Konzepte?
- Inwiefern hat die Anwendung des Recovery-Konzepts das Potenzial, die transgenerationale Übertragung von Traumata auf zukünftige Generationen zu unterbrechen?
- Welche Herausforderungen und Barrieren können bei der Anwendung des Recovery-Ansatzes in der Sozialen Arbeit bei Menschen mit transgenerationalen Traumata auftreten und wie können sie bewältigt werden?

### **1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit**

In der Literatur wird das Thema Recovery bei Menschen mit transgenerationalen Traumata wenig diskutiert, obwohl mit dem Recovery-Ansatz bei Menschen mit anderen psychischen Beeinträchtigungen grosse Erfolge verzeichnet werden konnten (vgl. Amering/Schmolke 2006: 20f.).

Die Soziale Arbeit verpflichtet sich, all diejenigen Menschen zu unterstützen, die Hilfe bedürfen, soziale Probleme haben, sich in Notlagen befinden und deren Zugang zur Sozial- und Gesundheitsversorgung eingeschränkt ist (vgl. AvenirSocial 2010: 7f.). Menschen mit transgenerationalen Traumata gehören zu den Zielgruppen der Sozialen Arbeit, insofern ist diese verpflichtet, diesen Personen Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen. Wenn die Symptome transgenerationaler Traumata bestehen oder immer wieder auftreten, kann dadurch die Lebensqualität enorm beeinflusst werden (Somer et al. 2015: 27). Zusätzlich ist das in dieser Thesis diskutierte Setting ein lebensweltersetzender Rahmen, in welchem die Soziale Arbeit in alle Bereiche des Lebens involviert ist (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2017: 33).

Indem die Soziale Arbeit Menschen mit transgenerationalen Traumata hilft, Resilienz durch Recovery zu erlangen, kann sie auch zu langfristiger gesellschaftlicher Änderung beitragen, indem sie es schafft, die transgenerationale Übertragung von Traumata von Generation zu Generation zu unterbrechen. Durch die Verbindung zwischen Individuum und Gesellschaft erfüllt die Soziale Arbeit ihren Auftrag der Vermittlung zwischen Einzelperson und Gesellschaft (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2017: 34f.).

Es bestehen elaborierte Fachdiskurse zu transgenerationaler Traumaübertragung (vgl. Eckart 2019: 700-726; Drosihn/Jandl/Kowollnik 2010: 11-18) sowie zu Resilienz (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 14-18; Zander/Roemer 2016: 50-57) und zu

Recovery (vgl. Dümmler/Sennekamp 2013: 9), jedoch fand eine Verknüpfung der Konzepte noch nicht statt. Die vorliegende Bachelorarbeit füllt durch die Kombination der Themen transgenerationale Traumata, Recovery und Resilienz eine Lücke in der Sozialen Arbeit und trägt dazu bei, das Fachwissen der Sozialen Arbeit zu erweitern und zu vertiefen.

## **1.4 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit**

Die vorliegende Bachelor-Thesis ist als Literaturlarbeit konzipiert und erörtert die Frage, welche Hindernisse und Chancen die Anwendung des Recovery-Ansatzes bei der Unterstützung der Resilienz von Menschen mit transgenerationalen Traumata bietet. Das methodische Vorgehen beinhaltet die Auseinandersetzung mit verschiedenen Büchern und Zeitschriftenartikeln zu den Themen transgenerationale Traumata, Recovery und Resilienz.

Die Themen transgenerationale Traumata, Recovery und Resilienz werden im Hauptteil zunächst einzeln definiert und erläutert, woraufhin ein Synthese-Kapitel mit der Verknüpfung der Konzepte folgt. Dieses dient dazu, die Unterfragen zu beantworten. Anschließend folgen Schlussfolgerungen und die Diskussion der Ergebnisse. Zusätzlich erfolgt ein kurzer Exkurs, welche Konsequenzen die gewonnenen Erkenntnisse für die Professionellen der Sozialen Arbeit bedeuten. Zuletzt wird die Fragestellung beantwortet und es werden Herausforderungen und Zukunftsperspektiven diskutiert.

## 2 Transgenerationale Traumata

Das zweite Kapitel erörtert transgenerationale Traumata. Im Folgenden wird der Begriff definiert, im zweiten Unterkapitel wird dargelegt, wie transgenerationale Traumata übertragen werden und welche Folgen dies für die Menschen, die transgenerationale Traumata aufweisen, hat. Das dritte Unterkapitel befasst sich mit der Haltung, mit der Menschen mit transgenerationalen Traumata begegnet werden sollten und mit themenspezifischen Interventionen.

### 2.1 Definition

Das Wort «Trauma» stammt aus dem Griechischen und bedeutet «eine durch äußere Gewalteinwirkung hervorgerufene *körperliche Wunde*» (Neumann 2013 zit. in Drosihn/Jandl/Kowollik 2010: 12). Zusätzlich und in dieser Arbeit thematisiert, gibt es das psychische Trauma, welches als «Erfahrung von extremer Intensität» (Neumann 2013 zit. in Drosihn/Jandl/Kowollik 2010: 12) definiert werden kann. Transgenerationale Traumata hingegen setzen, wie der Name schon vermuten lässt, ein psychisches Trauma in einer früheren Generation voraus, das durch verschiedene Wirkungsweisen an Folgegenerationen übertragen werden kann (siehe auch Kapitel 2.2) (vgl. Dunkel 2021: o.S.).

Im Fachdiskurs zu transgenerationalen Traumata ist nicht einheitlich die Rede von *Traumaübertragung*. Es wird häufig auch von *Weitergabe* gesprochen, was jedoch eine einseitige Richtung impliziert. Dies wird der Komplexität transgenerationaler Traumata nicht gerecht. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff der *Traumaübertragung* verwendet. Neben dem Terminus *transgenerational* bestehen ebenfalls weitere synonym verwendete Bezeichnungen wie *multi-* oder *intergenerational*, im Englischen ist ebenfalls wiederholt die Rede von *secondary traumatization*, *parental transmission* oder *cross-generational*. Da *transgenerational* am verbreitetsten ist, sich die Begriffe und die dahinterstehenden Konzepte weitgehend überschneiden und teilweise identisch sind (vgl. Glaesmer 2015: 17), wird in dieser Arbeit einheitlich der Terminus *transgenerationale Traumaübertragung* verwendet.

Die häufigste psychische Folge eines Traumas ist die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die im ICD-11-Katalog unter 6B40 zu finden ist und deren Auslöser ein

oder mehrere Erlebnisse von extrem beängstigendem oder katastrophalem Charakter ist beziehungsweise sind (vgl. Dreßling/Foerster 2021: 47-49; ICD-11 o.S.). Für die Diagnose werden drei verschiedene Symptomkategorien beschrieben, aus denen je wenigstens ein Symptom existieren muss (vgl. Dreßling/Foerster 2021: 49). Die Kategorien werden von Dreßling und Foerster (2021: 49) wie folgt aus dem ICD-11-Katalog zusammengefasst:

1. Wiedererleben der traumatischen Ereignisse in Form von Flashbacks oder Alpträumen, die mit starken und überwältigenden Gefühlen (Horror, Angst) und starken physischen Empfindungen einhergehen, oder ein Erleben der gleichen intensiven Gefühle, die während des traumatischen Ereignisses empfunden wurden;
2. Vermeiden von Gedanken und Erinnerungen an das traumatische Ereignis oder Vermeiden von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das traumatische Ereignis erinnern;
3. anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten gegenwärtigen Bedrohung (z.B. Hypervigilanz, gesteigerte Schreckreaktionen).

Flashbacks können Symptom einer PTBS sein und beschreiben das unvermittelte Wiedererleben von traumatischen Elementen, beispielsweise von Bildern oder Geräuschen (vgl. Horn/Maercker 2019: 47). Weitere Symptome können Misstrauen, Hoffnungslosigkeit, Selbstdestruktion, Dissoziation, Somatisierung und viele weitere sein (vgl. Freyberger/Glaesmer/Stieglitz 2019: 192). Transgenerationale Traumata finden weder im ICD-10, noch im ICD-11 oder im DSM-5-Katalog Eingang, jedoch sind die bei PTBS erwartbaren Symptome oder ähnliche Symptomatiken auch bei Menschen mit transgenerationalen Traumata zu erwarten, wie beispielsweise geringeres Selbstvertrauen, gestörtes Sozialverhalten oder Identitätsstörungen (vgl. Dunkel 2021: o.S.).

## **2.2 Entstehung und Folgen, Inhalte und Modelle**

Dieses Unterkapitel behandelt die Entstehung transgenerationaler Traumata, Modelle, welche transgenerationale Traumaübertragung zu erklären suchen, Inhalte transgenerationaler Traumatisierung und die Folgen für die Menschen, welche ein transgenerationales Trauma aufweisen.

### 2.2.1 Entstehung

Transgenerationale Traumata können entstehen, wenn in der vorangehenden Generation ein psychisches Trauma vorliegt, das durch verschiedene Mechanismen an die nachfolgende Generation übertragen wird. Hierfür kommt grundsätzlich jede traumatische Erfahrung infrage, jedoch sind kollektiv traumatische Ereignisse wie Kriege, Verfolgungen oder Völkermord besonders gut erforscht (vgl. Dunkel 2021: o.S.).

Viele verschiedene Studien haben bereits die Frage erörtert, welche psychopathologischen Folgen die Nachfahr:innen von Holocaust-Überlebenden haben, jedoch ist bis heute nicht abschliessend geklärt, ob und welche Prävalenzen und Auffälligkeiten nachweisbar sind. Zwar wurde wiederholt beschrieben, dass Nachfahr:innen von Holocaust-Überlebenden Auffälligkeiten zeigen, jedoch kommt Kellermann (vgl. Kellermann 2001 in Glaesmer 2015: 18) zum Ergebnis, dass die Nachkommen keine spezifischen psychischen Pathologien aufweisen. «Nichtsdestotrotz finden sich in klinischen Stichproben spezifische psychische Charakteristika, wie etwa eine Prädisposition für PTBS, Schwierigkeiten hinsichtlich Trennung-Individuation und ein widersprüchliches Zusammenspiel aus Resilienz und Vulnerabilität im Umgang mit Stress.» (Kellermann 2001 in Glaesmer 2015: 18).

Typische Inhalte transgenerationaler Traumaübertragung können unterteilt werden in die Bereiche Selbst, Kognition, Affektivität und interpersonelles Funktionieren, welche in der nachfolgenden Tabelle dargestellt werden.

Inhaltsbereich	Typische Befunde
Selbst	Beeinträchtigter Selbstwert mit persistierenden Identitätsproblemen Überidentifikation mit dem «Opferstatus» der Eltern Hohe Leistungsorientierung, um die Verluste der Eltern zu kompensieren Ersatz für verlorene Angehörige zu sein
Kognition	Katastrophisierende Erwartungen Beschäftigung und Sorgen um das Thema Tod Belastung durch holocaustassoziierte Reize

Affektivität	Vernichtungsängste und Albträume mit Verfolgung Missstimmungen im Zusammenhang mit Gefühlen von Verlust und Trauer Ungelöste Konflikte im Zusammenhang mit Ärger und Schuld
Interpersonelles Funktionieren	Übermäßige familiäre Bindung und Abhängigkeit oder übermäßige Unabhängigkeit und Schwierigkeiten enge Bindungen einzugehen bzw. mit interpersonellen Konflikten umzugehen

Tabelle 1: Inhalte transgenerationaler Übertragung (nach Kellermann 2001 in Glaesmer 2015: 19)

### 2.2.2 Theorien zur Übertragung transgenerationaler Traumata

Transgenerationale Traumaübertragung kann durch verschiedene Theorien erklärt werden. Diese können in psychodynamische Theorien, soziokulturelle Mechanismen, familiensystemische Mechanismen und biologische Erklärungsmodelle unterschieden werden (vgl. Glaesmer 2015: 19).

Die psychodynamischen Theorien gehen davon aus, dass unbewusst erlebte Gefühle an nachfolgende Generationen übertragen werden können, indem man sich unbewusst mit einem Attribut oder einer Eigenschaft der anderen Person identifiziert, man sich gänzlich oder teilweise der anderen Person anpasst und diese Anteile von ihr übernimmt (vgl. Glaesmer 2015: 20). Während des Abwehrmechanismus' einer projektiven Identifizierung werden ungewollte oder unangenehme Eigenschaften oder Vorstellungen der Eltern ausgelagert und auf die Nachfolgeneration übertragen (vgl. Glaesmer 2015: 20). Meist handelt es sich um nicht bewusst kommunizierbare Gefühle von traumatischen Ereignissen wie beispielsweise Furcht, Trauer oder Ärger (vgl. Dunkel 2021: o.S.) Diese Gefühle werden zum Beispiel durch Körperhaltung, Gestik und Mimik, Stimme oder Berührungen übertragen (vgl. Glaesmer 2015: 20). Das Kind übernimmt die Vorstellungen aus dem Selbstbild der Eltern, da es den Eltern entsprechen möchte und den Erwartungen der Eltern nachkommen möchte. Durch die projektive Identifizierung können die Eltern ihre negativen Affekte reduzieren (vgl. Glaesmer 2015: 20). Dies wird vor allem bei Familien mit NS-Täter:innen beobachtet. Durch Verlagerung eigener negativer Gefühle wie beispielsweise Schuld oder Versagen in das Kind, können die NS-Täter:innen ihrer Schuldeinsicht entgehen. Die Kinder empfinden die auf sie projizierten Gefühle als ihre eigene Schuld, was die Identitätsentwicklung beeinträchtigt (vgl. Glaesmer 2015: 21). Weil die Eltern in der Äusserung dieser Emotionen jedoch aufgrund des

erlittenen Traumas inkonsistent sind, kann beim Kind auch ein zwanghafter Drang zur Wiederholung provoziert werden, da es unbewusst versucht, die traumatischen elterlichen Erfahrungen in der Gegenwart zu wiederholen, um die Erlebnisse der Eltern besser verstehen zu können (vgl. Dunkel 2021: o.S.).

Die Nachkommen von Holocaustüberlebenden zeigen nicht nur Identifikation mit Attributen der Eltern, sondern ebenfalls mit deren Lebensgeschichte. Dadurch entstehen für die Nachfahr:innen zwei Realitäten, welche sie nicht trennscharf unterscheiden können, es findet eine Vermischung statt, Gegenwart und Vergangenheit können nicht mehr richtig unterschieden werden und für manche entsteht ein Gefühl, die Zeit bliebe stehen und dass sie kein Gefühl mehr für ihre eigene Lebensdauer haben. Ausserdem haben manche Nachkommen Holocaustassoziationen, die denen der Eltern stark ähneln (vgl. Glaesmer 2015: 20f.) Dadurch, dass die Nachfahr:innen häufig Namen verlorener Verwandter tragen, entsteht überdies eine Kompensationsfunktion für sie, durch die sie mit unbewussten Erwartungen konfrontiert werden. Zusätzlich erleben sie häufig ein Übermass an Liebe und Fürsorge, wodurch die elterlichen Bedürfnisse nach Nähe und Kontrolle gestillt werden, gleichzeitig werden jedoch auch Abhängigkeiten gefördert. Die Autonomiewünsche der Folgegeneration stehen aufgrund dessen im Gegensatz zum Wunsch der Eltern nach Nähe, was zu Schuldgefühlen führen kann, wenn sie die Eltern verlassen und dadurch alte Wunden aufreissen. Dies behindert eine gesunde Identitätsentwicklung und kann zu einer Rollenumkehr führen, dass die Kinder für ihre Eltern sorgen und sich derer fürsorgerischen Aufgaben annehmen (vgl. Glaesmer 2015: 21).

Soziokulturelle Modelle gehen davon aus, dass die transgenerationale Übertragung von Traumata «über soziale Normen und Überzeugungen, die von einer Generation auf die nächste weitergegeben werden» (Glaesmer 2015: 22) können. Um traumatische Ereignisse zu verarbeiten, wird ein öffentlicher Diskurs über kollektive Traumata benötigt, um das Leid der Betroffenen anzuerkennen, Verantwortung zu übernehmen und Fehler einzugestehen. Nach dem Zweiten Weltkrieg herrschten jedoch mit einer öffentlichen Verleugnung entstandener Traumata nicht die Voraussetzungen, um Traumata bewältigen zu können. Insbesondere in der DDR konnte aufgrund der politisch bedingten Repression nicht über Traumafolgen gesprochen werden, da dies die Gefahr barg, (erneut) politisch verfolgt zu werden. Erst nach der deutschen Wiedervereinigung 1989 konnten die Traumata im politisch-öffentlichen Diskurs aufgearbeitet werden und erst damit erfolgte eine öffentliche Anerkennung der Opfer (vgl. Glaesmer 2015: 22).

Familiensystemischen Mechanismen liegt die Annahme zugrunde, dass transgenerationale Traumaübertragung durch den Bindungs- und Kommunikationsstil der Eltern an ihre Nachkommen geschieht. Die verschiedenen Bindungsstile (sichere Bindung, unsichere-ambivalente Bindung, unsicher-vermeidende Bindung und desorganisierte Bindung) haben ein für sie typisches Fürsorge- und Erziehungsverhalten (vgl. Glaesmer 2015: 22f.). Der desorganisierte Bindungsstil ist typisch für Menschen, die schwere Traumata erlitten haben, weshalb dies häufig in Verbindung mit transgenerationaler Traumaübertragung gebracht wird. Die Traumata der Eltern drücken sich in dieser desorganisierten Beziehungs- und Bindungsgestaltung dahingehend aus, dass die Eltern sich ängstigend, ängstlich, widersprüchlich oder hilflos zeigen. Die traumatischen elterlichen Erfahrungen können so weit reichen, dass sie ihre intuitiven Kommunikationsfähigkeiten verlieren, ihr Kind anders wahrnehmen und weniger emotional verfügbar sind. Auf der Ebene der Kommunikation wird vermutet, dass unverarbeitete Traumata sich auch auf die Fähigkeit zu kommunizieren auswirken. Insbesondere während in Interviews über unverarbeitete Traumata gesprochen wurde, konnten Gedankenabbrüche, eine inkohärente Ausdrucksweise und Dissoziation beobachtet werden. Forschende nehmen an, dass sich durch derartiges elterliches Verhalten eine desorganisierte Bindung zum Kind entwickelt (vgl. Glaesmer 2015: 23).

Ein weiterer wichtiger Mechanismus innerhalb des familiensystemischen Modells ist die Stille. Indem Eltern ihren Kindern ihre traumatischen Erlebnisse verschweigen, kann ebenfalls ein Trauma übertragen werden. Das Kind nimmt zwar wahr, dass die Eltern ihm etwas vorenthalten, das bei ihnen Verletzung und/oder Verzweiflung auslöst, jedoch schweigt es, um die Eltern nicht zu verstimmen. Durch das Verschweigen der Eltern und das Schweigen des Kindes entsteht eine Art Mauer zwischen beiden Parteien, die das Kind daran hindert, seine Bedürfnisse mitzuteilen. Auf der anderen Seite kann auch offenes Thematisieren des traumatischen Erlebnisses seitens der Eltern ein Trauma beim Kind auslösen, etwa wenn sehr detailreich erzählt wird (vgl. Glaesmer 2015: 23f.). Es ist jedoch nicht möglich, einen direkten kausalen Zusammenhang zwischen frühkindlichem Bindungsstil und späterem Bindungsverhalten im Erwachsenenalter herzustellen, da auch spätere Bindungserfahrungen das Bindungsverhalten beeinflussen können (vgl. Glaesmer 2015: 24).

Nach biologischen Theorien können traumatische Erlebnisse epigenetisch weitergegeben werden und eine genetisch bedingte Vulnerabilität verursachen. Epigenetisch kann von einer fetalen Programmierung gesprochen werden, wenn Mütter, die während der

Schwangerschaft unter ausserordentlichem und traumatischen Stress standen, ihren hierdurch erhöhten Glukokortikoidspiegel an ihr Kind übertragen (vgl. Glaesmer 2015: 24f.). Dies ist nicht nur bei den Kindern nachweisbar, sondern sogar bei den Enkelkindern kann ein veränderter Cortisolspiegel (Cortisol ist ein Glukokortikoid) nachgewiesen werden (vgl. Dunkel 2021: o.S.). Ebenfalls konnte festgestellt werden, dass Kinder einen veränderte Glukokortikoidregulation aufweisen, wenn die Eltern kein adäquates Fürsorgeverhalten aufgrund traumatischer Erfahrung leisten konnten. Wenn Eltern eine PTBS haben, wurde berichtet, dass ihre Kinder häufiger Opfer von Vernachlässigung und emotionalen Missbrauchs sind, was zur Folge hat, dass diese selbst eine höhere Wahrscheinlichkeit zur PTBS und einen niedrigeren Cortisolspiegel aufweisen (vgl. Glaesmer 2015: 25). Eine Studie an Überlebenden des Holocausts und deren Nachkommen kam ebenfalls zu dem Schluss, dass Kinder ein erhöhtes PTBS-Risiko haben, wenn ihre Eltern eine PTBS haben (vgl. Glaesmer 2015: 25). Es ist anzumerken, dass Kinder von Holocaustüberlebenden wahrscheinlich eine höhere Vulnerabilität haben, um eine PTBS zu entwickeln (vgl. Glaesmer 2015: 26).

Ein weiterer biologischer Mechanismus zur transgenerationalen Traumaübertragung scheint das Fürsorgeverhalten der Mutter nach der Geburt zu sein. Das Fürsorgeverhalten der Mutter hat offenbar einen Einfluss auf die Stressantwort des Kindes, indem es die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse beeinflusst (vgl. Glaesmer 2015: 26).

### **2.2.3 Folgen**

Als substanzieller Einfluss auf die Kinder gilt der Faktor, dass die elterlichen Bezugspersonen häufig Mühe hatten, zwischen der traumatisierenden Vergangenheit und der Gegenwart zu unterscheiden. Freyberger (2015: 40) befragte im Rahmen einer Studie 2008 140 Kinder von NS-Verfolgten nach ihrer psychischen Befindlichkeit. 35 Prozent der Kinder gaben an, dass sie durch das Schicksal ihrer Eltern massgeblich in ihrer Entwicklung beeinflusst wurden und dadurch die Erlebnisse ihrer Eltern direkt oder indirekt bearbeitet haben. Jedoch wurde während der Studie festgestellt, dass mehr als die Hälfte aller befragten Kinder «bis zur Adoleszenz eine affektive oder Angstsymptomatik» (Freyberger 2015: 40) entwickelten, die auf die Vergangenheit der Eltern im Holocaust zurückgeführt werden konnten, was mit der Selbstwahrnehmung der Kinder nicht übereinstimmt.

Dies kann damit erklärt werden, dass die Kinder sich derart mit ihrer intrafamilialen Realität identifizieren und sie nur bedingt in der Lage sind, sie auf die Wirklichkeit ihrer Peers abzustimmen (vgl. Freyberger 2015: 40). Ferner ist in der Studie aufgefallen, dass viele Kinder (35 Prozent) frühe transgenerationale Traumaübertragung erfahren. Zusätzlich verliess knapp jedes fünfte Kind abrupt das Elternhaus, um die eigenen Autonomiebedürfnisse zu sichern. Weiter wurde festgestellt, dass ungefähr jedes vierte Kind anhaltende Störungen in der Selbstständigkeit hatte und jeweils 12.8 Prozent der Kinder temporäre Dissozialität und/oder im späteren Lebensverlauf eine PTBS entwickelten (vgl. Freyberger 2015: 40f.).

Ausserdem konnte festgestellt werden, dass ein beträchtlicher Teil von Menschen mit Traumata mindestens einmal im Leben delinquent wird. Der Prozentsatz liegt bei 13 Prozent und ist damit deutlich höher als in der übrigen Bevölkerung (vgl. Freyberger 2015: 41). Dies ist darauf zurückzuführen, dass durch das Begehen einer Straftat die traumatische Erfahrung in umgekehrter Rolle – also nun als Täter:in statt als Opfer – auf externalisierendem Wege verarbeitet werden kann (vgl. Freyberger 2015: 41).

Somer et al. (2015: 29f.) hingegen stellen sich die Frage, wie die Belastungen durch den Zweiten Weltkrieg bei der Nachkriegsgeneration tatsächlich aussehen. Für viele Nachfahr:innen von NS-Täter:innen sei es nicht mehr notwendig, sich mit den Kriegsverbrechen und denen der NS-Zeit auseinanderzusetzen, da die häufige Thematisierung ebendieser Verbrechen zu einer Übersättigung bei ihnen geführt habe. Jedoch haben Nachkommen häufig Schuld- oder Schamgefühle, verleugnen NS-Ideologien oder versuchen, diese aufrechtzuerhalten, möchten sich diese erklären oder rechtfertigen. Dies kann für die Betroffenen traumatisch sein. Trotzdem wurden grösstenteils keine Traumata transgenerational übertragen, jedoch sind sie speziell als Nachkommen von Täter:innen mit der Herausforderung konfrontiert, sich mit der Gewalt, nationalsozialistischen Erziehungsarten und den Taten ihrer Eltern auseinanderzusetzen (vgl. Somer et al. 2015: 29f.).

Die Mehrheit der Nachkriegsgeneration ist inzwischen pensioniert, was mit einer Lebensphase des Zurückblickens auf das eigene Leben und den Einfluss der Eltern einhergeht. Das Akzeptieren der Vergangenheit und der Gegenwart und die Herstellung eines Kohärenzgefühls gehören zu den Entwicklungsaufgaben des Alters. Häufig verspüren Nachkommen der Kriegsgeneration das Bedürfnis, die Dinge und Fragen aufzu-

arbeiten, die sie gequält haben und die unbeantwortet blieben. Das kann zu einer gefühlsmässigen Erschütterung und zu Angst führen. Diese Gefühle können für Betroffene eine traumatisierende Wirkung haben (vgl. Somer et al. 2015: 30).

Der Grossteil der Studien zum Thema transgenerationaler Traumaübertragung kommt zu dem Schluss, dass keine erhöhten Raten von psychischen Erkrankungen bei Nachfahr:innen von Überlebenden des Holocausts gemessen werden können. Jedoch ist es auf Basis der vorliegenden Ergebnisse aus Stichproben wahrscheinlich, dass bei Nachkommen Holocaustüberlebender eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Beeinträchtigungen vorliegt, wenn diese in Stress verursachende Situationen kommen (vgl. Glaesmer 2015: 26). Obwohl keine eindeutigen Ergebnisse zu den psychischen Erkrankungen der Nachfahr:innen vorhanden sind, ist jedoch evident, dass manche Prozesse und Haltungen transgenerational übertragen wurden. Beispielsweise handelt es sich dabei um Übertragung von Ängsten, die Aufgabe, verlorene Verwandte zu ersetzen sowie Vorwürfe wie Fürsorge-Freiheitskollision, Empathielosigkeit oder Fürsorglichkeit seitens der Kinder (vgl. Glaesmer 2015: 27f.). Kaminer-Zamberk (2020: 85) berichtet aus ihrer eigens gegründeten Selbsterfahrungsgruppe für Nachfahr:innen von Überlebenden, dass alle acht Teilnehmende von ähnlichen Problematiken berichteten. Alle Gruppenmitglieder verspürten ein Gefühl der Heimatlosigkeit und der Identitätskrise, da die Eltern rastlos waren und sich nirgends heimisch fühlten (vgl. Kaminer-Zamberk 2020: 85). Durch die Eltern, die so viele Verluste von Angehörigen in Konzentrationslagern und anderen Kriegskatastrophen erlitten, erschien jeder Abschied und jede Trennung schwierig und gefährlich. Dadurch fiel es den Teilnehmenden der Gruppe sehr schwer, sich abzulösen. Ebenso wurde davon berichtet, dass in den Familien Konflikte gemieden wurden, da die Eltern zu zerbrechlich wirkten, sodass sie bei den Kindern das Gefühl hervorriefen, beschützt und geschont werden zu müssen (vgl. Kaminer-Zamberk 2020: 85-87). Es wird anschaulich beschrieben, wie sowohl positive als auch negative Emotionen nicht geäußert werden dürfen. Denn was kann schon so schlimm sein, wie im Konzentrationslager gefoltert zu werden, dass man traurig sein dürfe (vgl. Kaminer-Zamberk 2020: 87f.)?

Eine der grössten Studien über transgenerationale Traumaweitergabe wurde von Böhm 2013 durchgeführt (vgl. Freyberger 2015: 42). Die Studie untersuchte, ob bei Partner:innen und Kindern von ehemals Inhaftierten in der DDR eine höhere psychische Belastung vorliegt und ob dies von einer primären oder sekundären Traumatisierung herleitbar ist. Die 190 Studienteilnehmenden (35 Partner:innen, 64 Kinder und 91 ehemals Inhaftierte) wiesen allesamt eine erhöhte Anzahl an Menschen mit PTBS auf, die beim Grossteil auf

die familiäre Situation mit einem inhaftierten Familienmitglied rückführbar war. Bei den früher inhaftierten Personen konnten die PTBS in Zusammenhang mit einer dysfunktionaleren Einschätzung familialer Verhältnisse gebracht werden (vgl. Freyberger 2015: 42).

Empirische Untersuchungen sind aufgrund verschiedener folgender Ursachen nur eingeschränkt repräsentativ. Zum einen sind die Teilnehmenden der Studie Menschen, die darüber sprechen möchten und können, was ihnen passiert ist und die Tendenz aufweisen, sich mit ihrer persönlichen Vergangenheit zu beschäftigen. Die Gruppe derjenigen Menschen, die nicht an derartigen Studien teilnehmen, ist quantitativ grösser und qualitativ handelt es sich bei ihr um Menschen, die ihre Vergangenheit akzeptiert haben, in ihr Leben integriert haben und sie als abgeschlossen betrachten oder es vermeiden, sich damit zu beschäftigen. Zum anderen können viele stark traumatisierte Menschen nicht an solchen Studien teilnehmen, da sie aufgrund psychischer und physischer Langzeitfolgen der Traumatisierung bereits verstorben sind (vgl. Freyberger 2015: 44f.). Dadurch, dass die Studien über transgenerationale Traumaübertragung vor allem an selektiven kleinen Stichproben durchgeführt wurden, ist unklar, ob die transgenerationalen Effekte zu stark oder zu schwach dargestellt werden. Daher sind abschliessende Schlussfolgerungen aus den Studien über transgenerationale Effekte nicht zulässig (vgl. Glaesmer 2015: 28f.). Zusätzlich stellt sich die Herausforderung, dass die Lebensverläufe der Stichprobe komplex und individuell sind und diese langfristigen Interaktionen nicht ausreichend in den Studien berücksichtigt werden können und diese auch nicht abdeckend untersucht sind. Daher sind kausale Zusammenhänge zwischen den psychischen Erkrankungen der Nachkommen und der Traumatisierung der Eltern nicht abschliessend messbar. Dennoch verweisen die vorhandenen empirischen Untersuchungen darauf, dass eine erhöhte Vulnerabilität psychischer Erkrankungen für Nachfahr:innen Holocaustüberlebender besteht (vgl. Glaesmer 2015: 28f.).

### **2.3 Haltung und Interventionen**

Dieses Unterkapitel befasst sich mit der notwendigen Haltung, um Menschen mit transgenerationalen Traumata zu begegnen, und mit typischen Interventionen. Hauptsächlich bezieht sich die Literatur dabei auf ein Therapiesetting, jedoch lassen sich viele Aspekte auf den stationären sozialpsychiatrischen Kontext übertragen. Es ist beispielsweise

möglich, während (Bezugspersonen-)Gesprächen die nachfolgenden Techniken einfließen zu lassen.

Allgemein ist es bei der Arbeit mit Menschen mit transgenerationalen Traumata vonnöten, in einem transgenerationalen Kontext zu denken. Die Traumata entstehen durch historische, politische und familiale Zusammenhänge, die miteinbezogen werden müssen (vgl. Dunkel 2021: o.S.). Ebenso müssen Fachpersonen und Therapeut:innen ihre eigene Biografie reflektieren, in den entsprechenden Kontext setzen und sich eigener transgenerationaler Übertragungen bewusst werden (vgl. Dunkel 2021: o.S.). Gahleitner und Hantke (2019: 773) betonen auch, dass Beziehungsangebote wichtig sind, die Transparenz sowie Vorhersehbarkeit und Vertrauen vermitteln, damit die Menschen mit transgenerationalen Traumata, die in ihren bisherigen Beziehungserfahrungen Unkontrollierbarkeit und Willkür erlebten, sich auf sie einlassen können. Hierfür benötigen Fachpersonen viel Fachwissen über Traumata (vgl. Gahleitner/Hantke 2019: 773). Tschamper (2004: 139) weist darauf hin, dass mit traumatisierten Adressat:innen erst an den traumatischen Erinnerungen gearbeitet werden soll, wenn eine stabile Arbeitsbeziehung aufgebaut ist und ausreichend Sicherheit und genug Stabilität der Adressat:innen vorhanden ist, sowohl emotional als auch in der aktuellen Lebenssituation. Es wird auch darauf hingewiesen, dass die Thematisierung transgenerationaler Traumaübertragung nicht zu früh während einer Therapie stattfinden darf – stattdessen muss aufgrund der Traumatisierung und dem damit häufig einhergehenden Gefühl des Misstrauens empathisch ein Zeitpunkt gesucht werden, an dem die Person bereit ist, über die Traumata zu sprechen. Bei vorschneller Thematisierung können die Fachpersonen als triggernd wahrgenommen werden, ungewollte Gefühle provozieren und dadurch als Verfolger:innen betrachtet werden (vgl. Dunkel 2021: o.S.).

Auch bei Menschen, bei denen zu Beginn nicht davon ausgegangen wird, dass sie transgenerationale Traumata haben, sollte die Möglichkeit des Bestehens dieser nicht ausgeschlossen werden, da die generelle Wahrscheinlichkeit, traumatische Erfahrungen aus Vorgenerationen zu haben, gross ist. (vgl. Dunkel 2021: o.S.). Ausserdem ist es wichtig, nicht verallgemeinernd von einer Erfahrung auf die Zugehörigkeit zu den Nachkommen einer Opfergruppe eine transgenerationale Traumaübertragung zu schlussfolgern. Nach dem humanistischen Weltbild dürfen keine individuellen Sachverhalte vereinfachend einem abstrakten Gruppenschicksal zugeordnet werden (vgl. Dunkel 2021: o.S.).

Ebenso verweist Dunkel (2021: o.S.) auf die Bedeutung der Anerkennung der Unrechtserfahrung und des Terrorregimes. Ferner hält er es für wichtig, das Trauma beim Namen zu nennen, was es den Adressat:innen ermöglicht, ihre Erfahrungen als traumatisch anzuerkennen und einzustufen. Gleichzeitig birgt dies jedoch auch die Gefahr, dass eine Pathologisierung aller Nachfolgenerationen erfolgt. Daher wird hier die Wesentlichkeit betont, die Folgen transgenerationaler Traumata als «normale Reaktion auf ein abnormales Ereignis» (Ottomeyer/Lackner 2009 zit. in Dunkel 2021: o.S.) zu bezeichnen. Psychoedukation ist ein weiterer wichtiger Teil in der Traumaaarbeit. Fachpersonen müssen in der Lage sein, Wissen altersgerecht vermitteln zu können (vgl. Gahleitner/Hantke 2019: 774).

Für die Erkennung transgenerationaler Traumata ist bedeutsam, dass die Lebensereignisse in der Biografie der Person keine (genügende) Begründung für ein Trauma darstellen. Es muss schliesslich der familiäre Kontext miteinbezogen und exploriert werden, ob dieser ursächlich für die Symptome des Traumas sein könnte (vgl. Dunkel 2021: o.S.).

Um in einer Anamnese mehrere Generationen und deren Einflüsse aufeinander sichtbar zu machen, können sogenannte Lebenslinien erstellt werden mit mehreren Generationen, die parallel dargestellt werden. Ähnlich kann auch ein Genosozioagramm erstellt werden. Dies ist ein ausführlicher Familienstammbaum, bei dem Gemeinsamkeiten und Traumata von Nachkommen beziehungsweise Vorfahr:innen mittels Pfeilen markiert werden, um unbewusste familiäre Repetitionen sichtbar zu machen (vgl. Dunkel 2021: o.S.).

In der Beziehungs- und Milieuarbeit gibt es ein psychosoziales Interventionsmodell für Menschen, die traumatische Ereignisse erlebt haben. Dieses Modell betont, dass die soziale Einbettung neben der Therapie essenziell ist und wird unterteilt in drei Phasen (vgl. Gahleitner et al. 2019: 759). Die erste Phase der *Stabilisierung* fokussiert auf das Erreichen innerer und äusserer Stabilität und Sicherheit sowie den Auf- und Ausbau von zwischenmenschlichen Beziehungen. In der zweiten Phase – *Auseinandersetzung mit dem Trauma* – wird sanft versucht, traumatische Erinnerungen zu erlauben, die Gefühle, welche mit dem Trauma und der Erinnerung daran verbunden sind, wahrzunehmen und zuzulassen und schliesslich in das Selbstkonzept zu integrieren. Die *Reintegration* beschreibt als dritte Phase die Steigerung der Kontrolle über die eigenen Emotionen und Erfahrungen und ermöglicht es, verstärkte soziale Integration zu erleben. Wenn die Person stabilisiert ist und das Trauma aufgearbeitet hat, kann sie sich neuorientieren, was

zu einem persönlichen Wachstum führen kann. Die Person hat neue Ressourcen entdeckt, vorhandene erweitert und kennt nun Methoden, aus denen sie in kommenden herausfordernden Situationen auswählen kann, was sie unterstützen kann (vgl. Gahleitner et al. 2019: 759-761).

Gahleitner und Hantke (2019: 774) beschreiben, welche Aspekte zur Stabilisierung und Ressourcenorientierung in der Traumarbeit relevant sind: Einerseits ist es wichtig, dass Fachperson und Adressat:in sich an den Fähigkeiten und Gegebenheiten orientieren, die sie vorfinden und die gelingen. Weiter werden neue Fähigkeiten und Ressourcen mobilisiert, damit die Person ihr Leben auch unter belastenden Umständen angenehm gestalten kann. Die Fachperson vermittelt Wissen über den Einbezug anderer Menschen, beispielsweise weitere Fachpersonen oder familiäre Ressourcen sowie Fachwissen über Traumadynamiken und Möglichkeiten, transgenerationale Traumaübertragung zu unterbrechen. Ferner können Fachperson und Adressat:in den Umgang mit Flashbacks, Triggern<sup>1</sup>, plötzlich auftretenden Erinnerungen und anderen Traumafolgesymptomen üben und die vorhandenen Ressourcen der Person erweitern sowie am Kontrollieren und einem positiven Selbstbild der Person arbeiten (vgl. Gahleitner/Hantke 2019: 774).

Um von erlebten Traumata nicht überwältigt zu werden, gibt es verschiedene Interventionen, die Tschamper (2004: 139f.) kurz skizziert und die auch hier angerissen werden sollen. Zu Beginn sollte ein:e traumatisierte:r Adressat:in lernen, die Erinnerungen an traumatische Erlebnisse auf Abstand halten zu können. Durch die Distanzierung zum Trauma wird erreicht, dass sich der energetische Zustand der Person nicht während der Traumarbeit verschlechtert. Eine Technik, um das Trauma aus Distanz zu betrachten, ist, sich die Erinnerung wie auf einer Leinwand projiziert vorzustellen. Diesen Traumafilm kann man ausstellen oder vorspulen. Eine typische Übung, um mit überwältigenden Gefühlen und Traumata umzugehen, ist die Imagination eines «Sicheren Ortes», der Schutz bietet und an dem man sich geborgen fühlt. Es kann sich wahlweise um einen imaginären oder einen realen Ort handeln, an dem die Person bereits war. Die Person

---

<sup>1</sup> Trigger sind Sinneseindrücke und Stimuli, die in Verbindung mit dem erlebten Trauma stehen. Wenn beispielsweise während der traumatischen Situation ein Licht flackerte, kann auch in völlig anderen Situationen ein flackerndes Licht eine unvermittelte Erinnerung an das Trauma auslösen (vgl. Kleim 2019: 160).

stellt sich vor, dass sie sich an diesem Ort befindet und versucht, alle Sinnesreize (insbesondere auditiv, visuell, olfaktorisch) dieses «Sicheren Ortes» wahrzunehmen. Bei Flashbacks eines Traumas gibt es die Intervention der «Brückenvorstellung». Die Person, die an Flashbacks leidet, soll im stabilen Zustand visualisieren, wie sie während eines Flashbacks den Weg zu ihrem «Sicheren Ort» bewältigt. Dies kann beispielsweise durch eine Vertrauensperson erfolgen, die sie aus dem Flashback wegführt, oder dass die Flashback erleidende Person auf dem Wasser davontreibt zu ihrem «Sicheren Ort» (vgl. Tschamper 2004: 139f.).

Um in die gegenwärtige Situation aus dem Flashback zurückzugelangen, gibt es die Interventionsarten Erdungssatz und Erdungshaltung. Ein Erdungssatz kann ein Satz(-fragment), eine Melodie, eine Affirmation oder ein Merkzettel sein, dass auch die aktuelle Situation überwunden werden kann. Die Erdungshaltung ist eine Körperhaltung, in der sich die Person stark und widerstandsfähig fühlt. Die Person kann diese Pose üben und schliesslich einnehmen, sobald eine Krise bevorsteht, um sich sicher zu fühlen (vgl. Tschamper 2004: 140).

Als weitere Intervention kann die «Tresor»-Übung aufgezählt werden. Erinnerungen an traumatische Situationen können in einen Tresor abgelegt werden und dort sicher eingeschlossen werden. Dadurch erscheinen sie nicht ungewollt im Alltag (vgl. Tschamper 2004: 140).

Falls bei Personen im Alltag eine spezifische Ressource sichtbar ist, kann diese ebenfalls in der Traumarbeit von Vorteil sein. Diese Ressource, beispielsweise eine leidenschaftliche Freizeitaktivität oder ein:e beste:r Freund:in, ist mit positiven Emotionen und Erinnerungen verknüpft und können als Anker verwendet werden, um bei akuten traumatischen Erinnerungen eine Handlungs- oder Denkalternative zu haben (vgl. Tschamper 2004: 140).

Falls alle oben genannten Interventionen und Übungen nicht die gewünschte Wirkung erzielen, kann es helfen, wenn sich die Person ein wenig bewegt (im Gegensatz zum starren Zustand). Auch kann die Person aufschreiben, welche Strategien sie bisher angewandt hat, um schwierige Situationen zu überstehen beziehungsweise zu überleben. Hier können manchmal unbewusste Ressourcen sichtbar gemacht und wertgeschätzt werden (vgl. Tschamper 2004: 140).

## **3 Recovery**

Das folgende Kapitel erläutert den Begriff «Recovery», welche Entstehung das Konzept hat und was es genau beinhaltet, welche Elemente zu Recovery beitragen und in welche Phasen Recovery unterteilt werden kann. Abschliessend wird im Unterkapitel 3.4 ein Messinstrument für Recovery in Institutionen vorgestellt.

### **3.1 Definition und Entstehung**

Recovery ist ein sehr individueller Prozess und für jede Person verschieden. Bei Recovery handelt es sich um einen ganzheitlichen, personenzentrierten Ansatz, der aus dem Bereich der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen kommt (vgl. Amering/Schmolke 2006: 20f.). Eine konkrete Übersetzung des englischen Begriffs «Recovery» konnte sich nicht durchsetzen, da im Deutschen die Übersetzungen Genesung, Gesundung oder Erholung weniger flüssend erscheinen und weniger an die Bedeutung von «Recovery» herankommen (vgl. Knuf 2004: o.S.). Unter Recovery werden verschiedene Ansätze zusammengefasst, deren Gemeinsamkeit ist, dass die Autonomie und Individualität der Person, welche eine psychische Erkrankung hat, im Vordergrund stehen (vgl. Winter/Radtke/Berger 2015: 40). Recovery beinhaltet somit eine personenzentrierte, lebensweltorientierte und nachhaltigkeitsorientierte Haltung (vgl. Winter/Radtke/Berger 2015: 44). Empowerment ist ebenfalls Teil von Recovery; die Selbstbestimmung hilft Adressat:innen, sich auf eine positive Art mit ihrer psychischen Beeinträchtigung auseinanderzusetzen (vgl. Knuf 2004: o.S.).

Obwohl Recovery das erste Mal vor knapp 100 Jahren im psychosozialen Kontext erwähnt wurde, gibt es keine eindeutige und operationalisierte Definition von Recovery (vgl. Winter/Radtke/Berger 2015: 40). Es wird unterschieden in klinische Recovery, welche sich auf die Genesung von psychischen Erkrankungen beziehungsweise die Inexistenz von Symptomen bezieht, und persönliche Recovery, was bedeutet, dass die Person trotz Symptome ihrer psychischen Erkrankung ein für sie bedeutsames und erfüllendes Leben führen kann. Ferner kann Recovery verstanden werden als «Wiederherstellung des Zustandes vor Eintritt eines bestimmten Krankheitsereignisses (im Sinne einer restitutio ad integrum)» (Winter/Radtke/Berger 2015: 40f.) oder auch als Genesung nach

Behandlungen, welche nicht gewünscht wurden (beispielsweise Zwangsbehandlung oder -medikation) (vgl. Winter/Radtke/Berger 2015: 40f.). Trotz der vielen verschiedenen, sich teils überlagernden Definitionen, soll an dieser Stelle beispielhaft die Definition von Simon Bradstreet (zit. in Dümmler/Sennekamp 2013: 23) erwähnt werden, da diese die Haltung, die Recovery beinhaltet, besonders gut umschreibt:

Recovery happens when people feel empowered, when they are encouraged to take back control of their life and take risks, when they enjoy supportive relationships with people who help them to find meaning and purpose in their lives, and when they are encouraged to participate in decision-making about their treatment and services. And above all, people need to believe that recovery is possible.

Wie bereits kurz angesprochen, erschien Recovery im psychosozialen Kontext das erste Mal in den 1930er Jahren. «Recovery, Inc.» war der Name eines sozialen Vereins, der psychotherapeutische Interventionen und Lehre für Hilfe zur Selbsthilfe bereitstellte und sich als Erweiterung zu professioneller psychiatrischer Therapie verstand (vgl. Winter/Radtke/Berger 2015: 41). Mit Beginn der Selbsthilfebewegung in den 1980er Jahren wurde die katamnestische Annahme, dass psychische Erkrankungen unheilbar seien, in Frage gestellt. Die Selbsthilfebewegung propagierte unter dem Begriff «Recovery», dass trotz psychischer Erkrankungen und deren Symptome ein selbstbestimmtes Leben möglich ist. Dadurch gewann Recovery an Ansehen, was wiederum zur Folge hatte, dass beginnend in den 1990er Jahren in psychiatrischen Hilfen nicht mehr nur Symptomreduktion im Fokus stand, sondern insbesondere die Lebenslage und das soziale Umfeld der Person. Es galt nun als Ziel, den Menschen mit psychischen Erkrankungen Gleichberechtigung, soziale Teilhabe und Selbstbestimmung zu ermöglichen. Bald darauf erfolgte der Paradigmenwechsel in einigen verschiedenen Ländern (beispielsweise Grossbritannien und Neuseeland), indem sich eine Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgungssysteme von stationärer zu ambulanter Behandlung durchsetzte (vgl. Winter/Radtke/Berger 2015: 41). Es folgte ebenfalls die wissenschaftliche Erkenntnis, dass psychische Beeinträchtigungen heilbar sein können (vgl. Knuf 2004: o.S.).

Auch ausserhalb klassischer psychiatrischer Hilfen hat Recovery Wurzeln. Das bisherige Verständnis chronischer Erkrankungen wurde in der Selbsthilfebewegung angezweifelt und neue Ziele aufgestellt wie beispielsweise verbesserte Lebensqualität und Aktivität abseits der Krankheit. Hoffnung, Eigenverantwortung und Entstigmatisierung wurden systematisch angestrebt. Nach dieser Auffassung des Recovery-Konzepts fungiert Recovery als Gegengewicht zu klassischen Therapieansätzen. Jedoch beinhaltet dies

die Gefahr, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ausschliesslich Beratung und Betreuung von Peers erhalten und ohne professionelle Unterstützung ihre Eigenverantwortung wahrzunehmen haben (vgl. Winter/Radtke/Berger 2015: 41f.). Daher sind Professionelle der Sozialen Arbeit nach wie vor essenziell in der Arbeit mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

### **3.2 Die Elemente des Recovery-Konzepts**

Simon Bradstreet (vgl. Amering/Schmolke 2012: 38f.) fasst folgende Elemente zusammen, die zu Recovery beitragen:

- Hoffnung: Hoffnung ist zentral im Recovery-Prozess. Ohne die Hoffnung, ein besseres Leben erreichen zu können, ist Recovery nicht möglich.
- Bedeutung und Sinn: Es ist wichtig, dem eigenen Leben einen Sinn geben zu können, Dies kann beispielsweise durch Spiritualität, Glaube oder soziale Beziehungen erreicht werden.
- Potenzial zur Veränderung: Es ist möglich, das eigene Krankheitsverständnis von einem pessimistischen in ein optimistisches Bild zu verändern. Beispielsweise können Symptome der psychischen Erkrankung als Entwicklungsmöglichkeit und Lernfeld positiv umgedeutet werden.
- Kontrolle: Das Empfinden, die Kontrolle über das eigene Leben zu haben, kann als Recovery angesehen werden.
- Aktive Teilnahme: Statt passiv die Hilfe von Fachpersonen anzunehmen, gilt es, Selbstverantwortung zu übernehmen, meist in Zusammenarbeit mit Familie und Freund:innen sowie Fachpersonen.
- Ganzheitlicher Ansatz und sozialer Einbezug: Recovery heisst, sämtliche Faktoren einzubeziehen, die für die Lebensqualität zentral sind, beispielsweise das Erleben guter Gesundheit und Zufriedenheit, wobei verschiedene soziale, individuelle und umweltliche Faktoren diese beeinflussen können.
- Soziales Umfeld und Gesellschaft: Stigmatisierung, Diskriminierung, Berufstätigkeit und Aus- und Weiterbildungsoptionen, Wohnsituation oder gesellschaftliche Exklusion können Recovery sowohl positiv als auch negativ stark beeinflussen.
- Optimistischer und realistischer Ansatz: Recovery ist ein dynamischer, meist nicht linearer Prozess aufgrund von Rückschritten oder Krankheitssymptomen.

Es ist wichtig, sich realistische Ziele zu setzen und mit zwischenzeitlicher Stagnation zu rechnen.

- Kreativer Umgang mit Risiken: Es wird gefordert, dass mit Gefahren kreativ umgegangen wird, statt therapeutisches Risikomanagement zu betreiben. Statt ausschliesslich Risiken zu minimieren, sollen alternative Ansätze und kreative Herangehensweisen im Umgang mit Problemen und Risiken genutzt werden.

Zusätzlich zu den von Simon Bradstreet genannten Elementen ist der Austausch zu Peers wesentlich im Recovery-Ansatz. Peers sind Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken oder ähnlichen Kontexten, die selbst eine psychische Erkrankung haben oder hatten und ihren eigenen Recovery-Weg gefunden haben, um damit umzugehen. Sie können ihre eigenen Erfahrungen mit Behandlungen, Symptomen und Diskriminierung teilen und dadurch inspirieren und anderen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen helfen, Wege zu finden, um mit der Erkrankung umzugehen (vgl. Kammer-Spohn 2013: 1451f.). Ein weiteres grundlegendes Element ist die Akzeptanz der psychischen Beeinträchtigung. Zu akzeptieren, dass man darauf keinen Einfluss mehr hat und sie so hinzunehmen, wie sie ist, kann sehr wertvoll sein (vgl. Amering/Schmolke 2012: 247).

Diese vielseitigen Komponenten, die zu Recovery beitragen, zeigen auf, dass ein ganzheitlicher und personenzentrierter Ansatz notwendig ist, um den komplexen Lebenslagen gerecht zu werden.

### **3.3 Phasen von Recovery**

Aufbauend auf dem vorigen Unterkapitel, in dem dargelegt wurde, welche Elemente zu Recovery beitragen, wird nun an dieser Stelle exemplarisch erörtert, wie der Verlauf von Recovery aussehen kann und welche Phasen typischerweise während des Prozesses durchlaufen werden.

1999 wurde durch Ruth Ralph und ihr Forschungsteam der Universität Maine ein Messinstrument zur Erfassung von Recovery zu entwickeln versucht (vgl. Amering/Schmolke 2012: 272). Grundlage hierfür ist das im Folgenden vorgestellte Recovery-Modell. Eine Erkenntnis aus der Untersuchung war die Feststellung, dass die Gesundung nicht linear erfolgt. Es kristallisierten sich die Phasen «Angst, Bewusstwerden, Erkenntnis, Aktionsplan, Entschlossenheit, dass es einem gutgeht [sic!] und Wohlbefinden/Recovery» heraus (Amering/Schmolke 2012: 273). Nicht jede Person durchlebt alle diese Phasen und

es ist nicht notwendig, eine Phase abzuschliessen, bevor in die nächste übergegangen wird. Auch müssen diese Phasen nicht der Reihe nach erlebt werden, was die Individualität von Recovery widerspiegelt (vgl. Amering/Schmolke 2012: 273f.). Recovery wird Ralphs Konzept zufolge von inneren und äusseren Faktoren beeinflusst. Innere Faktoren beschreiben dem Menschen inhärente Aspekte und werden in Tabelle 2 erläutert, die äusseren Faktoren hingegen beschreiben Einflüsse auf den Menschen, auf die er keinen Einfluss hat, wie beispielsweise zwischenmenschliche Beziehungen oder soziale Unterstützung und sind in Tabelle 3 dargestellt (vgl. Amering/Schmolke 2012: 274).

Tabelle 2: Recovery-Modell: Innere Faktoren (Ralph 1999 zit. in und übersetzt von Amering/Schmolke 2012: 276)

	Angst	Bewusstwerden	Erkenntnis	Aktionsplan	Entschlossenheit	Recovery/Wohlbefinden /Empowerment
<b>Verzweiflung</b>	Sorge, als psychisch krank etikettiert zu werden	Bewusstsein darüber, dass sich die Dinge ändern können	Verstehen, wie Veränderung möglich ist	Ich muss etwas tun, um etwas zu verbessern	Entschiedenenes Engagement, dass es mir besser geht; ich werde genesen	Ich kann ein Gefühl des Wohlbefindens haben; ich bin befähigt, mir selbst und anderen zu helfen
<b>Kognitiv</b>	Negative Gedanken	Wissen um die Verzweiflung und deren Ursachen	Erkennen, dass es etwas Besseres gibt	Suche danach, was etwas bewirkt / intellektuelles Erforschen	Erkenntnis, eigene Entscheidungen treffen zu können / Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung, Selbstwert	Positiver Selbstbezug, wirksamer Einsatz der intellektuellen Kraft
<b>Emotional</b>	Hoffnungslosigkeit	Bewusstwerden, dass Veränderung stattfinden kann	Positive Unterhaltung mit sich selbst: "Ich kann es", "Ich werde es versuchen."	Lernen, mit schwierigen Gefühlen umzugehen	Ich bin hoffnungsvoll, die Zukunft sieht positiv aus	Akzeptieren von emotionalen Höhen und Tiefen und sich nicht von ihnen behindern lassen
<b>Spirituell</b>	Sinnlosigkeit, Bedeutungslosigkeit	Realisieren, dass Schmerz des Stillstands größer ist als Schmerz der Veränderung	Suche nach Hilfe von einer "höheren Macht"	Spirituelle Befriedigung finden	Mein Leben hat einen Sinn und Wert	Mitgefühl für sich selbst und andere, Gefühl der Verbundenheit mit anderen
<b>Körperlich</b>	Schmerz, Dysfunktion	Bewusstwerden, dass Veränderung körperlichen und emotionalen Einsatz erfordert	Erkennen, dass man mit körperlicher Aktivität beginnen kann	Lerngrundlage für körperliche Schmerzen	Ich setze mich dafür ein, meinen Körper zu respektieren und auf ihn zu achten	Sich für das eigene körperliche Wohlbefinden einsetzen

Tabelle 3: Recovery-Modell: Äussere Faktoren (Ralph 1999 zit. in und übersetzt von Amering/Schmolke 2012: 277)

	Angst	Bewusstwerden	Erkenntnis	Aktionsplan	Entschlossenheit	Recovery/Wohlbefinden /Empowerment
<b>Aktivität</b>	Eingeschränkt, übermässig oder unterbrochen, Verlust von Kompetenz	Zuhören, beobachten und lernen	Sinnvolle Bewegung, experimentieren, kleine Schritte	Suche nach sinnvollen Aktivitäten, sozialen Aktionen etc.	Erhöhen der eigenen Kompetenz, Bewegung in Richtung Tätigkeit, positiver Verhaltensänderung	Bezahlte sinnvolle Tätigkeiten, ehrenamtliche Hobbys
<b>Selbstfürsorge</b>	Mangelnde körperliche, emotionale und spirituelle Selbstfürsorge	Bedürfnis nach Selbstfürsorge wird ausgedrückt, Unterstützung danach wird erfragt	Beginn, sich um sich selbst zu kümmern in einem oder zwei Bereichen	Möglichkeiten lernen, besser für sich selbst zu sorgen	Auf Ernährung sowie medizinische und psychische Grundheutsvorsorge achten	Einbettung im Alltag; sicherstellen, dass körperliche, emotionale und spirituelle Bedürfnisse abgedeckt sind
<b>Soziale Beziehungen</b>	Soziale Isolation, Entfremdung	Ermütigung von anderen annehmen	Soziale Interaktion mit anderen wollen	Suche nach bedeutungsvollen Begegnungen mit Menschen, die Verständnis haben	Bedeutungsvolle Kontakte aufbauen, mit Freunden, Familie Mitarbeitern [sic!]	Austausch mit anderen aufgrund eigener Entscheidung; sich für Dinge einsetzen, die einem wichtig sind
<b>Soziale Unterstützung</b>	Obdachlosigkeit, Armut, Entbehrung, Not	Lernen, dass es Wege aus der Obdachlosigkeit, Armut und Not gibt	Erkennen, wie mir soziale Unterstützung helfen kann	Um die Hilfe bitten, die ich möchte	Sichere Lebensverhältnisse - Wohnen und finanzielle Unterstützung	Stabilität im Bereich Wohnen und Finanzen. Fähigkeit, den Lebensstandard aufrechtzuerhalten

Neben den hier dargestellten Phasen des Recovery-Modells von Ruth Ralph gibt es weitere Modelle, die Recovery veranschaulichen sollen. Beispielsweise gibt es in England das Vier-Phasen-Modell nach amerikanischem Vorbild (vgl. Amering/Schmolke 2012: 366-368; Dümmler/Sennekamp 2013: 35f.), in welchem eine Person idealtypisch (auch hier wird betont, dass dies in der Realität weniger strukturiert verlaufen kann) eine erste Phase der Hilfsbedürftigkeit durchlebt, in welcher die Person ihre Bedürfnisse und Ziele nicht wahrnehmen kann. Diese Phase wird «dependent / unaware» genannt und Ziel in dieser Phase ist, der Person Informationen zu vermitteln, sie zu unterstützen und ihre Wahrnehmung zu fördern.

In der zweiten Phase – «dependent / aware» – hat der Mensch Wissen über seine Erkrankung und kann professionelle Hilfe wahrnehmen und annehmen, hat jedoch kein Vertrauen in eigene Ressourcen. Häufig kommt auch ein geringes Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitsgefühl vor, ebenso wie soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung.

Schliesslich beginnt die Person, sich mit ihrer Biografie zu befassen und übernimmt Selbstverantwortung. Diese Phase nennt sich «independent / aware» und ist gekennzeichnet davon, dass das professionelle Hilfenetz an Relevanz verliert und die Person unabhängiger wird. Dies sollte auch von professioneller Seite aus gefördert werden.

Die vierte Phase «interdependent / aware» ist geprägt von einem Bewusstsein dafür, dass man Hilfe erhält, wenn man sie benötigt, jedoch selbstständig das eigene Leben steuern kann (vgl. Dümmler/Sennekamp 2013: 35f.).

Unter dem Wort «Recovery» werden im psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Bereich verschiedene, miteinander verwandte Konzepte subsummiert, die nicht einheitlich sind. Es ist jedoch allen gemein, dass die Vermittlung von Hoffnung und Selbstwirksamkeit eine wichtige Rolle spielen, Adressat:innen dazu ermutigt werden, aus ihrer Rolle als Patient:innen auszubrechen, Selbstverantwortung für ihr Leben zu übernehmen und egal ob mit oder ohne Medikation und Krankheitssymptomen das Beste aus ihrem Leben zu machen.

### 3.4 Recovery Knowledge Inventory

Zur Operationalisierung und Evaluierung von Recovery in unterschiedlichen Institutionen wurden verschiedene Messinstrumente entwickelt. Im Folgenden wird sich auf das Recovery Knowledge Inventory (RKI) von Bedregal, O'Connell und Davidson konzentriert, da es im Vergleich zu beispielsweise dem Recovery Self Assessment (RSA) von O'Connell und Mitarbeitenden (vgl. O'Connell et al. 2005 in Amering/Schmolke 2012: 351) sehr ausführlich die Eigenschaften, die für recovery-orientierte Versorgung bedeutsam sind, beschreibt (vgl. Bedregal/O'Connell/Davidson 2006 in Amering/Schmolke 2012: 355). Diese Eigenschaften und Faktoren können auch zur Evaluierung von Recovery bei Menschen mit transgenerationalen Traumata eingesetzt werden, weshalb sie an dieser Stelle kurz aufgezählt werden: «nutzergesteuert [sic!], individuell ausgerichtet, kulturell kompetent, Selbstbestimmung fördernd, stärkenbasiert, zur Entscheidungs- und Risikofreudigkeit ermutigend, krankheits- und symptombewältigend, die Erkrankung ins Selbstbild integrierend, die Mitwirkung bei sinnvollen Aktivitäten fördernd, Stigma überwindend, das Ich neu definierend, hoffnungsgebend, nichtlinear-prozesshaft» (Amering/Schmolke 2012: 355f.). Um diese Eigenschaften zu messen, wurden vier verschiedene Faktoren definiert, die mittels 36 verschiedener Items in Fragebögen befragt werden. Der erste Faktor umfasst die verschiedenen Rollen und Verantwortungen (durch Fachpersonen und Adressat:innen), deren Entscheidungen und Risiko. Im Faktor zwei sind Fragen enthalten über die Nichtlinearität des Prozesses und über den Umgang mit Krankheit und Symptomen. Der dritte Faktor befasst sich mit der Selbstdefinition und der Rolle von Peers, wohingegen der vierte Faktor auf die Erwartungen hinsichtlich Recovery fokussiert (vgl. Amering/Schmolke 2012: 356).

## 4 Resilienz

Dieses Kapitel beschreibt die Resilienz. Zuerst wird Resilienz ausführlich definiert, anschliessend folgen Schutz- und Risikofaktoren, die Resilienz beeinflussen und wechselseitig wirken. Im Anschluss werden die sieben Schlüssel zur Resilienz vorgestellt und darauf aufbauend resilienzfördernde Interventionen beschrieben.

### 4.1 Definition

Es gibt sehr enge Definitionen von Resilienz im psychologischen Sinne, beispielsweise dass von Resilienz ausschliesslich dann zu sprechen ist, wenn eine Krise oder Hochrisikosituation besser gemeistert wird, als zu erwarten war (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 17). Eine eher weite Definition versteht Resilienz als Fähigkeit, die aus verschiedenen Komponenten besteht, welche zu Resilienz beitragen, und helfen, den Alltag zu bewerkstelligen und Entwicklungsaufgaben zu meistern (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 17). Unter Resilienz wird in der vorliegenden Bachelor-Thesis «die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken» (Wustmann 2004 zit. in Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 16) verstanden. Sie beschreibt die Fähigkeit, persönliche Krisen zu überwinden und zu meistern, indem auf individuelle und soziale Ressourcen zurückgegriffen wird. Die Meisterung dieser Krisen wird positiv gedeutet und als Chance für persönliche Entwicklung gesehen, statt auf die Belastung, die Krisen typischerweise mit sich bringen, zu fokussieren (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 16f.).

Es gibt verschiedene Perspektiven auf den Begriff der Resilienz. Einerseits kann Resilienz gesehen werden als Widerstand gegenüber Belastungen, das heisst, dass eine Belastung keine Stressreaktion verursacht. Andererseits kann Resilienz als Regeneration verstanden werden – auf einen Stressor folgt eine kurzzeitige Stressreaktion, die jedoch schnell überwunden werden kann. Ferner gibt es die Perspektive, welche Resilienz als Rekonfiguration betrachtet. Dies meint die Fähigkeit, dass eine Person beispielsweise nach einem traumatischen Erlebnis ihr Verhalten sowie zwischenmenschliche Fähigkeiten anpassen und neugestalten kann. Zusätzlich ist die Perspektive der Nachhaltigkeit

von Bedeutung für die Resilienz: Menschen können trotz Krisen und schwieriger Lebensumstände an ihren Zielen und Lebenssinn festhalten (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 17).

Die folgenden Merkmale sind gemeinhin charakteristisch für das Verständnis von Resilienz (Wustmann 2004 zit. in Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 18):

1. Resilienz ist ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess  
Resilienz entwickelt sich aus einem Interaktionsprozess zwischen Individuum und Umwelt (...) und ist abhängig von den Erfahrungen und bewältigten Ereignissen.
2. Resilienz ist eine variable Größe  
Es handelt sich bei Resilienz nicht um eine stabile Einheit. Im Hinblick auf eine Resilienz über die Lebensspanne bedeutet dies, dass sich Resilienz im Laufe des Lebens eines Menschen verändert und Entwicklungen in jedem Lebensabschnitt möglich sind.
3. Resilienz ist situationsspezifisch und multidimensional  
Resilienz ist kein allgemeingültiges und universelles Phänomen, sondern zeigt sich eher «bereichsspezifisch» (...). D.h. die Fähigkeit, mit belasteten Lebenssituationen umzugehen, kann sich auch in verschiedenen Lebensbereichen unterscheiden.

Resilienz ist eine komplexe und dynamische Kompetenz, die Menschen befähigt und darin unterstützt, Krisen zu meistern und diese als persönliche Entwicklungsmöglichkeit wahrzunehmen.

## 4.2 Schutz- und Risikofaktoren

Seit ungefähr den 1950er Jahren wurde die Resilienz beforscht. Von Beginn an wurden Längsschnittstudien durchgeführt, um die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unter dem Aspekt der Resilienz zu untersuchen (vgl. Amering/Schmolke 2012: 58). Als pionierhaft gilt die Kauai-Studie von Emmy Werner und ihren Mitarbeitenden 1993. Sie untersuchten über vierzig Jahre lang 689 Kinder auf der Insel Kauai in Hawaii (vgl. Rolfe 2015: 29). Ungefähr ein Drittel der begleiteten Kinder zeigte trotz widriger Lebensumstände wie Armut, Vernachlässigung und Misshandlung keine Verhaltensauffälligkeiten während des Untersuchungszeitraums. Dieses Drittel konnte sich positiv an seine Umwelt anpassen (vgl. Amering/Schmolke 2012: 58f.). Werner und ihr Team entdeckten zusätzlich zu den aufgrund des vorherrschenden defizitären Blicks in der Psychologie bereits bekannten Risikofaktoren neue Schutzfaktoren (vgl. Zander/Roemer 2016: 50f.). Basierend darauf hat Wustmann in Kombination mit anderen Resilienzstudien Faktoren

zusammengestellt, welche die Resilienz positiv oder negativ beeinflussen (vgl. Zander/Roemer 2016: 52). Diese personalen (bestimmte Merkmale, über die eine Person verfügt), familiären und sozialen (begünstigende Komponenten im sozialen Umfeld, auf die zurückgegriffen werden kann) Schutzfaktoren, aber auch die Risikofaktoren werden im Folgenden erläutert (vgl. Zander/Roemer 2016: 51).

Die Risikofaktoren, welche den Resilienz-Prozess erschweren, werden in personale, familiäre und soziale Faktoren unterteilt. Zu den personalen Risiken zählt beispielsweise eine chronische Erkrankung. Tod eines Elternteils oder Scheidung, Vernachlässigung und Missbrauch sowie Armut gehören zu den familiären Risikofaktoren. Soziale Risiken hingegen können soziale Desintegration, Diskriminierung und Stigmatisierung oder Aufwachsen in einem sozial benachteiligten Quartier beinhalten (vgl. Zander/Roemer 2016: 52).

Zu den personalen Schutzfaktoren zählen unter anderem ein aufgeschlossener, positiver Charakter und gute körperliche Gesundheit, Flexibilität und die Fähigkeit, Probleme konstruktiv zu lösen (vgl. Zander/Roemer 2016: 53). Die personalen Schutzfaktoren werden meist auch Resilienzfaktoren genannt, da sie erheblichen Einfluss auf die Bewältigung von Krisen haben können. Es wird unterschieden in die folgenden Resilienzfaktoren, welche sich wechselseitig beeinflussen können (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 19-21):

- **Selbst- und Fremdwahrnehmung:** Die Selbstwahrnehmung beinhaltet die Kompetenz, eigene Gefühle, Gedanken und Handlungen umfassend und adäquat zu erkennen. Mit Fremdwahrnehmung wird die Fähigkeit benannt, die Gefühle und Handlungen anderer Personen richtig einzuschätzen und sich in deren Sichtweise hineinzuversetzen.
- **Selbstregulation:** Die Selbstregulation beschreibt die Fähigkeit, eigene Gedanken und Gefühle zu beeinflussen und zu kontrollieren, indem sie willentlich hervorgerufen, aufrechterhalten und wieder beendet werden. Zusätzlich umfasst sie das Wissen um Regulationsstrategien und alternative Handlungsoptionen.
- **Selbstwirksamkeit:** Selbstwirksamkeit wird definiert als der Glaube an die eigenen Fähigkeiten und die Auffassung, Ziele erreichen zu können, indem man Hürden meistert. Massgeblich sind eigene Erwartungen, ob Handlungen erfolgreich sein werden.

- Soziale Kompetenz: Gemeint ist das Vermögen, soziale Situationen einzuschätzen und angemessenes Verhalten und Empathie zu zeigen, Konflikte adäquat zu lösen und sich Unterstützung zu holen, wenn diese erforderlich ist.
- Aktive Bewältigungskompetenzen: Aktive Bewältigungskompetenzen beschreiben die Fähigkeit, schwierige oder stressige Situationen einschätzen und reflektieren zu können und diese Situationen mittels Bewältigungsstrategien meistern zu können. Wie bei der sozialen Kompetenz ist auch hier Bestandteil, sich Hilfe holen zu können, wenn sie benötigt wird.
- Problemlösen: Unter der Fähigkeit, Probleme zu lösen, wird verstanden, komplizierte Situationen zu verstehen und unter Beihilfe von Erfahrungswissen Handlungsoptionen zu entwerfen, um die Herausforderung zu bewältigen. Dies erfordert die gründliche Problemanalyse und ein systematisches Vorgehen bei den Lösungsstrategien (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 19-21).

Familiäre Schutzfaktoren beinhalten eine sichere Bindung zur primären Bezugsperson und ein liebevolles Familienumfeld, das bei Problemen unterstützt und Vorbilder bietet. Eine sichere Bindung hat einen grossen Beitrag bei der Entstehung von Resilienz. Soziale Schutzfaktoren beinhalten beispielsweise eine Beziehung zu einer Ersatz-Bezugsperson ausserhalb der Familie, Beziehungen zu Peers, das Erleben von Selbstwirksamkeit und gezielte Kompetenzförderung (vgl. Zander/Roemer 2016: 53).

Risiko- und Schutzfaktoren beeinflussen sich gegenseitig. Wie jedoch genau, ist nicht geklärt, jedoch gibt es Annahmen, wie die Schutzfaktoren wirken (vgl. Zander/Roemer 2016: 53). Zum einen gibt es das *Kompensationsmodell*, nach dessen Theorie bestehende Risikofaktoren in ihrer Wirkung durch Schutzfaktoren reduziert werden. Ein weiteres Modell ist das *Herausforderungsmodell*, nach dessen Logik die Resilienz gestärkt wird, indem Risiken überwunden werden. Ferner gibt es das *Schutzfaktorenmodell*, das besagt, dass zwischen Risiko- und Schutzfaktoren komplizierte Interaktionen stattfinden, die in der Resilienzforschung nicht zu identifizieren sind. Das *Kumulationsmodell* geht davon aus, dass sich die addierten Risiko- beziehungsweise Schutzfaktoren in ihrer Wirkung potenzieren (vgl. Zander/Roemer 2016: 53).

Trotz der Unklarheit, welche Wechselwirkungen zwischen Schutz- und Risikofaktoren bestehen, kommen Resilienzforscher:innen jedoch immer wieder zum Ergebnis, dass Schutzfaktoren insbesondere bei Menschen, die viele Risiken und Krisen gleichzeitig erleben, eine grosse Wirkung innehaben (vgl. Zander/Roemer 2016: 54). Weitere Erkenntnisse sind, dass die Wirkung von Risikofaktoren durch die Schutzfaktoren reduziert

werden kann, die Überwindung von Risiken die Resilienz begünstigen kann, dass sich unterstützende Umstände und Ressourcen bei psychischer Belastung und Risiken zu Schutzfaktoren entwickeln können und in der Bewältigung unterstützend wirken und dass eine sichere Bindung von grosser Signifikanz für die Entwicklung von Resilienz ist (vgl. Zander/Roemer 2016: 54).

### **4.3 Schlüssel zur Resilienz**

Basierend auf den Schutz- und Risikofaktoren, welche die Resilienz beeinflussen, werden im Folgenden die häufig genannten «Schlüssel zur Resilienz» erläutert, die dabei helfen können, Krisen zu überstehen. Die Schlüssel sind gleichrangig und nicht ganz scharf voneinander abzugrenzen (vgl. Heller 2015: 9). Heller (2013: 17-172) nennt zusätzlich Übungen zu den einzelnen Schlüsseln, die dazu beitragen sollen, sich die eigenen Fähigkeiten hinsichtlich der Schlüssel bewusst zu machen und zu erweitern. Diese werden hier ebenfalls als resilienzfördernde Übungen aufgeführt.

#### **4.3.1 Akzeptanz**

Massgeblich bei dem Schlüssel zur Akzeptanz ist, die Vergangenheit so hinzunehmen, wie sie ist, und zu akzeptieren, dass sie nicht mehr veränderlich ist. Geschehenes kann nicht mehr geändert werden, jedoch ist es möglich, die Bewertung des Geschehenen zu verändern (vgl. Heller 2015: 7). Heller (2013: 40-43) beschreibt mit ihrer Übung zu Submodalitäten, wie die Akzeptanz gesteigert werden kann. Submodalitäten beschreiben die Art, auf die wir unsere Sinneseindrücke wahrnehmen. Beispielsweise können wir visuelle Submodalitäten unterscheiden in hell, dunkel, verschwommen, scharf, bunt etc. (vgl. Heller 2013: 40).

Die Übung zu Submodalitäten beinhaltet, dass man sich zuerst mit den Submodalitäten einer vergangenen, angenehmen Situation auseinandersetzt und versucht, die wahrgenommenen Gefühle aktiv zu verstärken oder abzuschwächen. Im nächsten Schritt wird sich eine unangenehme Situation vorgestellt, bei der durch Regulierung der empfundenen Emotionen geprüft werden kann, wie sich die Situation verändert (vgl. Heller 2013: 40-43).

### **4.3.2 Optimismus**

In herausfordernden Situationen ist es möglich, selbst zu entscheiden, ob man sich auf die negativen oder die positiven Aspekte konzentrieren möchte, also entweder eine optimistische oder pessimistische Herangehensweise wählt. Emotionen – positive und negative – haben einen grossen Einfluss auf die Stimmung und auf die Resilienz. Als Übungen bietet Heller an, die eigenen persönlichen und beruflichen Stärken ebenso wie Dinge, die einem Freude bereiten, aufzuschreiben. Bei einem Gefühl der Unsicherheit kann man sich auf die eigenen Stärken fokussieren und darauf, was man in der Vergangenheit mit den eigenen Ressourcen schon alles geschafft hat (vgl. Heller 2013: 60-62).

### **4.3.3 Selbstwirksamkeit**

Selbstwirksamkeit, wie in Kapitel 4.2 bereits erwähnt, bezieht sich auf das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen und den Glauben, Ziele erreichen zu können, auch wenn sie herausfordernd sein können (vgl. Heller 2015: 8). In stressigen Phasen tendiert der Mensch dazu, sich auch körperlich anzuspannen, deshalb schlägt Heller vor, sich mit den eigenen inneren Antreibern, durch die im Mensch Druck und Stress ausgelöst werden, auseinanderzusetzen (vgl. Heller 2013: 72-76). Diese inneren Antreiber stammen aus einem der verschiedenen Konzepte der Transaktionsanalyse (vgl. Hagehülsmann 2017: 149). Sie kennenzulernen und wahrzunehmen, ist der erste Schritt dafür, dass sie an Druck verlieren (vgl. Heller 2013: 72-76). Zusätzlich können Meditationen und Affirmationen helfen, die Selbstwirksamkeit zu steigern (vgl. Heller 2013: 78-81).

### **4.3.4 Selbstverantwortung**

Selbstverantwortung bedeutet, Verantwortung für das eigene Leben und eigene Entscheidungen zu übernehmen, statt Schuld an andere abzugeben (vgl. Heller 2015: 8). Heller (2013) schlägt eine Übung vor, um anderen Menschen verzeihen zu können, belastende Situationen loszulassen und daraus gestärkt und positiver herausgehen zu können. Sie schlägt vor, eine Begebenheit, welche man noch nicht abgeschlossen hat und

welche sich noch belastend anfühlt, an einem schönen Ort zu bearbeiten, indem man sich vorstellt, der Person, der man verzeihen möchte, gegenüberzustehen. Zunächst soll man alles benennen und sich für alles bedanken, was mit dieser Person positiv war. Als nächstes spricht man in der Imagination aus, woran man mit der Person keine schönen Erinnerungen hat und wie sich das Gegenüber verhalten hat. Dann formuliert man in einem Satz, was man der anderen Person verzeiht, und spricht diesen laut aus, während man noch immer der anderen Person in die Augen sieht. Nach der Verabschiedung und nach Ende der Imagination wird geraten, sich zu notieren, was man aus dieser Übung gelernt hat (vgl. Heller 2013: 108f.).

Als weitere Übung wird aufgeführt, sich Glaubenssätze bewusstzumachen, sie aufzuschreiben und zu reflektieren, was diese Glaubenssätze auslösen. Einschränkende Glaubenssätze können in dieser Übung bewusst zu positiveren Glaubenssätzen verändert werden. Die neuen Affirmationen sollen im Alltag so oft wie möglich wiederholt werden, damit sie sich manifestieren können (vgl. Heller 2013: 114f.)

#### **4.3.5 Netzwerkorientierung**

Ein soziales Umfeld kann in schwierigen als auch in guten Lebensphasen unterstützend wirken (Heller 2015: 8). Um sich der Grösse des eigenen Umfelds bewusst zu werden, kann man eine Netzwerkkarte zeichnen. In der Mitte des Blattes wird ein Kreis für die eigene Person gezeichnet, rundherum können (wenn gewünscht auch aufgeteilt in verschiedene Lebensbereiche wie Familie, Freund:innen, berufliche Beziehungen, professionelles Hilfenetz (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2017: 194)) Personen eingezeichnet werden – je nach deren Bedeutung variiert die Grösse des Kreises oder die Entfernung zur Mitte. Die Verbindungen der Kreise können zusätzlich bewertet werden mit Plus- oder Minus-Zeichen (vgl. Heller 2013: 132).

#### **4.3.6 Lösungsorientierung**

Lösungsorientierung basiert auf der Annahme, dass es für jedes Problem eine adäquate Lösung gibt, deren Lösungsweg und die dafür benötigten Ressourcen wir bereits in uns tragen, jedoch nicht unbedingt erkennen können (vgl. Widulle 2020: 125-131). Statt sich

auf Probleme zu fokussieren, geht es darum, Lösungen zu suchen (vgl. Heller 2013: 139f.). Typisch für Lösungsorientierung ist die Wunderfrage, die lautet: Wenn Sie morgen aufwachen, über Nacht ist ein Wunder geschehen und alles ist so, wie Sie es sich wünschen – wie würden Sie dies feststellen? Was hat sich verändert? Dadurch, dass man sich die Lösung vorstellt und einen Einblick erhält, wie es sich anfühlen kann, ein Problem überwunden zu haben, ist man motivierter, auf die Problemlösung hinzuwirken (vgl. Heller 2015: 8f.).

#### **4.3.7 Zukunftsorientierung**

Für die Zukunftsplanung und für ein Sinngefühl ist es von Bedeutung, dass man sich Ziele im Leben setzt (vgl. Heller 2015: 9). Im Sinne einer Lebensbilanz kann für jeden Lebensbereich eine Bilanz gezogen werden, wo man steht und wo man sich noch weiterentwickeln möchte. Diese Entwicklungsfelder können als Ziele ausgedrückt werden. Wichtig bei der Formulierung ist, die Ziele positiv, spezifisch, realistisch, messbar und zeitlich begrenzt zu beschreiben und auch konkrete Massnahmen bereits festzulegen (vgl. Heller 2013: 162-168).

### **4.4 Weitere resilienzfördernde Interventionen**

Ansätze für resilienzfördernde Interventionen sind unterteilbar in informationsbasierte Ansätze, die durch die Massenmedien die öffentliche Wahrnehmung von Resilienz fördern, strukturierte, universelle Programme zur Prävention für die Allgemeinheit und selektive, zielgruppenspezifische Angebote (vgl. Bengel/Lyssenko 2012: 93f.). Zusätzlich können die Interventionen ausdifferenziert werden in primäre und sekundäre Prävention sowie spezifische und unspezifische Interventionen. Primäre Prävention meint, dass bei den Teilnehmenden des Programms noch keine Belastungen vorliegen beziehungsweise diese verhindert werden sollen, während bei sekundärer Prävention Belastungen bereits vorliegen. Wenn bei einem Ansatz oder Programm zur Resilienzförderung gezielte Massnahmen durchgeführt werden, um gewisse Schutzfaktoren zu stärken, spricht man von spezifischen Massnahmen, während unspezifische Massnahmen zum Ziel haben, generell die Resilienz zu fördern (vgl. Bengel/Lyssenko 2012: 93f.). Ferner gibt es

sogenannte Mehrebenenprogramme, deren Ziel es ist, die Resilienz auf multiplen Ebenen durch verschiedene Interventionen und Programmkomponenten zu erhöhen (vgl. Bengel/Lyssenکو 2012: 94) In den folgenden Unterkapiteln werden die Ansatztypen kurz dargestellt oder beispielhaft einzelne Kampagnen und Programme der jeweiligen Ansätze vorgestellt.

#### **4.4.1 Informationsbasierte massenmediale Ansätze**

Wissensgestützte öffentlichkeitswirksame Ansätze verfolgen das Ziel, die Wahrnehmung der Öffentlichkeit zu Resilienz zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten. Bekannt als wissenschaftliche massenmediale Kampagne ist «The road to resilience» der American Psychological Association, deren Schlüsselaussage lautet, dass Resilienz erlernbar und individuell ist. Sie beinhaltete eine Fernsehdokumentation sowie die Erstellung einer entsprechenden Webseite und von Informationsbroschüren (vgl. Bengel/Lyssenکو 2012: 94).

#### **4.4.2 Universelle Massnahmen**

Nationale und internationale Programme haben eine Primärprävention für die breite Masse zum Ziel. Dies meist ungeachtet von spezifischen Risikofaktoren, jedoch werden bei einigen Massnahmen gezielt individuelle Schutzfaktoren angesprochen. Diese Programme erfolgen häufig bereits in der Grundschulzeit oder im Kindergarten, da diese dem generalistischen Aspekt der Massnahmen am meisten gerecht werden. Für Erwachsene gibt es keinen Ort, an dem universelle Interventionen in diesem Ausmass stattfinden können, dennoch gibt es von einzelnen Universitäten und öffentlichen Einrichtungen Kursangebote für Studierende beziehungsweise Mitarbeiter:innen (vgl. Bengel/Lyssenکو 2012: 94-96).

#### **4.4.3 Selektive Programme**

Die selektiven Interventionen beziehen sich auf spezifische Zielgruppen, die entweder eine Menge Risikofaktoren für die Entwicklung eines Traumas oder einer stressinduzierten Erkrankung haben (primärpräventive, selektive Programme) oder die bereits bestimmte körperliche oder psychische Erkrankungen haben (sekundärpräventive, selektive Programme). Die Grenze zwischen Resilienz- und anderen Präventionsprogrammen mit dem Ziel, die Resilienz zu fördern, ist nicht ganz trennscharf (vgl. Bengel/Lyssenکو 2012: 97).

Beispielhaft für ein primärpräventives, selektives Programm ist das von Arnetz und Kolleg:innen 2009 (vgl. Bengel/Lyssenکو 2012: 97) entwickelte «Trauma Resilience Training» zur Verarbeitung von potenziell traumatischen Ereignissen für Polizist:innen in Ausbildung, bei dem über zehn Wochen wöchentlich Entspannungstechniken und Copingstrategien gelehrt und geübt wurden (vgl. Bengel/Lyssenکو 2012: 97f.). Als Beispiel für sekundärpräventive selektive Interventionen dient die «Intervention for those recently informed of their seropositive status» (IRISS) entwickelt von Judith Moskowitz 2010 (vgl. Bengel/Lyssenکو 2012: 98). Das Programm hat zum Ziel, Menschen mit neu diagnostiziertem HI-Virus in fünf Sitzungen mit einer psychologischen Fachperson Strategien aufzuzeigen, um positive Emotionen bewusster wahrzunehmen. Diese Massnahme wurde direkt aus empirischen Erkenntnissen aus der Resilienzforschung abgeleitet (vgl. Bengel/Lyssenکو 2012: 98).

#### **4.4.4 Mehrebenenprogramme**

Mehrebenenprogramme setzen sich aus verschiedenen Komponenten zusammen und können dadurch besonders nachhaltig die Sozialisation von Kindern positiv beeinflussen (vgl. Bengel/Lyssenکو 2012: 98f.). Ein aktuelles Beispiel hierfür ist das Programm «papilio 3-6», ein Resilienzprogramm in verschiedenen Schulen, bei dem grosse Unterschiede in der Resilienz festgestellt wurden (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2021: 66-68). Bei Erwachsenen dürfte ebenfalls eine ähnliche Wirkung antizipiert werden, jedenfalls deutet die Auswertung eines mehrfach durchgeführten «Resilienzseminars» auf positive Effekte für die Teilnehmenden in ihrer Resilienz hin (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Morciszek 2021: 209-212).

## **5 Synthese**

Nach den letzten drei Theoriekapiteln zu den Themen transgenerationale Traumata, Recovery und Resilienz folgt an dieser Stelle das Synthesekapitel. Zunächst werden im ersten Unterkapitel die Recovery- und Resilienz-Konzepte zusammengeführt, woraufhin im Kapitel 5.2 der Zuschnitt auf Menschen mit transgenerationalen Traumata erfolgt. Das letzte Unterkapitel innerhalb der Synthese reflektiert die neuen Erkenntnisse und diskutiert offene Fragen.

### **5.1 Zusammenführung der Recovery- und Resilienz-Konzepte**

Es gibt einige ähnliche und sich überschneidende Elemente der beiden Konzepte, die hier dargelegt werden. Wie im Recovery-Kapitel (vgl. Kapitel 3.2 in dieser Arbeit) dargelegt, gibt es verschiedene Elemente, die zu Recovery beitragen. Diese sind weitgehend kongruent zu den Schlüsseln der Resilienz, die in Kapitel 4.3 vorgestellt wurden. Resilienz im Zusammenhang mit Recovery bezieht sich in erster Linie darauf, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen lernen können, ein für sie gutes Leben zu führen (vgl. Dümmler/Sennekamp 2013: 30).

Sowohl Recovery als auch Resilienz sind prozesshaft, es handelt sich bei ihnen nicht um einen stabilen Endzustand, sondern um einen andauernden Prozess (vgl. Dammann 2014: 1156). Massgeblich bei beiden Konzepten ist die Akzeptanz der Vergangenheit. Beide Konzepte konstatieren die Bedeutung des Vergangenen, das nicht mehr zu ändern ist (vgl. Amering/Schmolke 2012: 38, Heller 2015: 7). Ebenso liegt beiden Ansätzen eine optimistische, aber gleichzeitig auch realistische Haltung zugrunde. Sowohl in Bezug auf Recovery als auch in Bezug zur Resilienz schreiben die Autorinnen, dass es wichtig ist, sich realistische Ziele zu setzen, gleichzeitig den Optimismus zu bewahren und auch mit Rückschritten zu rechnen sowie diese positiv umzudeuten und sie als Lernfelder und Chancen wahrzunehmen (vgl. Amering/Schmolke 2012: 39; Heller 2015: 7; Heller 2013: 60-62). Zusätzlich zu eigens gesetzten Zielen kann es das Gefühl, dass das Leben einen Sinn hat, positiv beeinflussen, einen religiösen oder spirituellen Glauben zu haben, um sich an der Zukunft zu orientieren. Dies findet sich sowohl in den Elementen

des Recovery-Konzepts wie auch bei den Schlüsseln zur Resilienz (vgl. Amering/Schmolke 2012: 38; Heller 2015: 9). Ebenso betonen beide Konzepte die Bedeutung von Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und das Vermögen, die Verantwortung und Kontrolle für das eigene Leben und die dazugehörigen Entscheidungen zu übernehmen, führen zu Autonomie und Selbstverantwortung (vgl. Amering/Schmolke 2012: 38; Heller 2015: 8). Auch der Einbezug des sozialen Umfelds findet grosse Bedeutung in beiden Konzepten. So wird bei Recovery sowohl im Element der «Aktiven Teilnahme» als auch beim Punkt «Soziales Umfeld und Gesellschaft» auf die wichtige Rolle der Familie und des sozialen Umfelds verwiesen (vgl. Amering/Schmolke 2012: 38f.). Einerseits kann das soziale Umfeld eine positive Ressource darstellen, andererseits kann es auch schädigen im Falle von Diskriminierung oder Ausschluss. Auch Heller (2015: 8) betont bezogen auf die Resilienz, dass ein positives soziales Umfeld in allen Lebensphasen unterstützend wirken kann.

Lösungsorientierung findet sich zwar nur bei den Schlüsseln zur Resilienz (vgl. Heller 2013: 139f.), jedoch wird im Recovery-Konzept ein kreativer Umgang mit Problemen und Risiken gefordert, was in eine ähnliche Richtung geht. Zusätzlich wird im Recovery-Konzept die Akzeptanz des Unveränderbaren konstatiert, was ebenfalls eine lösungsorientierte Haltung impliziert, sowie betont, dass vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen unterstützt und ausgebaut werden sollen (vgl. Dümmler/Sennekamp 2013: 27-34).

Im Gegensatz zu Recovery, das als ganzheitlicher Ansatz dargestellt wird und bei dem alle Faktoren zur Stärkung der Lebensqualität einbezogen werden sollen (vgl. Amering/Schmolke 2012: 39), ist Resilienz bereichsspezifisch zu verstehen, insofern dass sie sich in verschiedenen Lebensbereichen unterscheiden kann (vgl. Rönnauböse/Fröhlich-Gildhoff 2020: 18).

Folgende Schlüsselwörter, die von grosser Bedeutung in den Resilienz- und Recovery-Konzepten sind, kristallisieren sich aus der Zusammenführung beider Konzepte heraus: Akzeptanz der Vergangenheit, realistischer Optimismus, Sinnhaftigkeit, Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung sowie Miteinbezug des sozialen Umfelds.

## **5.2 Zuschnitt auf Menschen mit transgenerationalen Traumata**

Da es sich bei Recovery um einen ganzheitlichen, personenzentrierten, lebenswelt- und nachhaltigkeitsorientierten Ansatz handelt (vgl. Amering/Schmolke 2006: 20; Winter/Radtke/Berger 2015: 44), eignet er sich ausgezeichnet für die Arbeit mit Menschen mit transgenerationalen Traumata, deren Lebenslage umfasst, dass sie eine oder mehrere psychische Erkrankungen haben und stationär in einem lebensweltersetzenden Setting leben. Da Menschen mit transgenerationalen Traumata oft auch Folgeerkrankungen durch das Trauma haben (vgl. Glaesmer 2015: 18f.), ist ein umfassender und personenzentrierter Ansatz ideal, um das Recovery inhärente Ziel der Gleichberechtigung, sozialer Teilhabe und Selbstbestimmung zu erreichen (vgl. Winter/Radtke/Berger 2015: 41). Auch bei der Arbeit mit transgenerationalen Traumata wird die Individualität der Menschen angesprochen (vgl. Dunkel 2021: o.S.), was sich mit der Haltung des Recovery-Ansatzes deckt.

Psychoedukation ist ein wichtiger Teil während der Arbeit am transgenerationalen Trauma (vgl. Gahleitner/Hantke 2019: 774). Auch bei Recovery spielt das Wissen um die eigene Beeinträchtigung und Wege, mit ihr umzugehen, eine grosse Rolle, wodurch man dies in der Arbeit mit Menschen mit transgenerationalen Traumata gut miteinfließen lassen kann. Im Kapitel 2.3, in dem beispielhaft Interventionen im Bereich der Arbeit mit Menschen mit transgenerationalen Traumata aufgeführt werden, wird das psychosoziale Interventionsmodell für Menschen mit Traumata genannt. Alle drei Theoriebereiche zu transgenerationalen Traumata, Recovery und Resilienz orientieren sich an vorhandenen Ressourcen und Gegebenheiten. Ziel ist, aufbauend auf ihnen neue Fähigkeiten zu aktivieren (vgl. Gahleitner/Hantke 2019: 774; Dümmler/Sennekamp 2013: 34; Heller 2013: 139f.). Auch im psychosozialen Interventionsmodell wird – gleich wie in den Recovery- und Resilienz-Konzepten – betont, welchen grossen Einfluss ein stabiles, unterstützendes Umfeld auf Adressat:innen haben und was für eine wichtige Ressource Freund:innen und Familie darstellen können. Bereits in der ersten Phase des Modells (Stabilisierung) findet die Festigung und die Erweiterung des sozialen Umfelds statt (vgl. Gahleitner et al. 2019: 759f.).

Allen vorgestellten Interventionen für Menschen mit transgenerationalen Traumata im Kapitel 2.3 liegt die Haltung zugrunde, dass sie verändern können, welchen Einfluss die

Traumata auf sie haben. Sie sind darauf ausgerichtet, traumatische Erlebnisse zu verarbeiten und die Art des Einflusses der Traumata zu verändern. Dadurch erhalten die Menschen Hoffnung und Kontrolle über ihr Leben, gestalten und beeinflussen ihre Zukunft aktiv und begegnen Risiken auf eine kreative Art (beispielsweise sich von einem Flashback im Wasser wegtreiben lassen zum «Sicheren Ort»). Dies sind alles auch Bestandteile des Recovery-Ansatzes, um zu einem individuell bedeutsamen und erfüllenden Leben beizutragen (vgl. Amering/Schmolke 2012: 38f.).

Das Recovery Knowledge Inventory (RKI) und die Haltung, die bei Dunkel (2021: o.S.) beschrieben wird, um Menschen mit transgenerationalen Traumata zu begegnen, überschneiden sich abgesehen von wenigen Ausnahmen weitgehend. Beide betonen ein individualistisches Menschenbild, ebenso die Selbstbestimmung, Empowerment und Selbstwirksamkeit. Die Adressat:innen sollen aktiv Entscheidungen treffen, mitwirken bei sinnvollen Aktivitäten und beteiligt werden, um eine möglichst recovery-orientierte Haltung und grösstmöglichen Nutzen für Menschen mit transgenerationalen Traumata zu schaffen. Kulturelle Sensibilität und Kompetenz spielt auf jeden Fall seitens der Fachpersonen eine Rolle, um sich mittels kulturellem und historischem Wissen zu Kriegen, Genoziden und Verfolgungen besser in die Adressat:innen hineinversetzen zu können. Gahleitner und Hantke (2019: 774) beschreiben, dass in der Arbeit mit Menschen mit transgenerationalen Traumata eine Orientierung an den vorhandenen Fähigkeiten und Gegebenheiten notwendig ist, was sich mit dem stärkenbasierten Aspekt des RKI deckt. Zusätzlich bietet die Akzeptanz der Vergangenheit, die Somer und Mitarbeitende (2015: 30) als wichtig proklamieren, die Grundlage dafür, die Erkrankung in die eigene Identität zu integrieren und ein neues Ich zu definieren, das Strategien für den Umgang mit der Beeinträchtigung und ihren Symptomen kennt und anwenden kann. Die Beeinträchtigung ins Selbstkonzept einzufügen, bedeutet gleichzeitig auch, das Stigma und die Selbststigmatisierung einer psychischen Beeinträchtigung für sich abzulegen und die Krankheit als einen Teil des Selbst zu akzeptieren ebenso wie zu erkennen, dass es sich bei der Gesundung um einen nicht linearen Prozess handelt, zu dem sowohl Rückschritte als auch Fortschritte dazugehören.

Zwar wird bei der Haltung gegenüber Menschen mit transgenerationalen Traumata nicht explizit erwähnt, dass nutzer:innengesteuert gearbeitet werden soll, jedoch ist es auch bei ihnen sinnvoll, dass sie sich selbst für sie relevante Ziele setzen und diese verfolgen und von der Fachperson nach ihren Bedürfnissen unterstützt werden (vgl. Schult 2010: 48). Hoffnungsgebend zu arbeiten, wird zwar ebenfalls bei der Arbeit mit Menschen mit

transgenerationalen Traumata nicht beschrieben, jedoch ist in der Literatur immer wieder die Rede von einer Hoffnungslosigkeit bei Menschen mit Traumata (siehe z.B. Freyberger/Glaesmer/Stieglitz 2019: 192f.), weshalb es sicherlich nicht schadet, diesen Hoffnung zu vermitteln.

Ermutigung zu Entscheidungen und Risiken sind bedingt verknüpfbar mit der Arbeit mit Menschen mit transgenerationalen Traumata. Mut zu Entscheidungen lässt sich dem Aspekt der Selbstbestimmung zuordnen; Risiken in Kauf zu nehmen, scheint jedoch nicht der Haltung bei Menschen mit transgenerationalen Traumata zu entsprechen. Es wird eher geraten, stabilisierende Elemente zu schaffen, statt sich möglichen Gefahren auszusetzen (vgl. Gahleitner/Hantke 2019: 774).

Ob Recovery als Konzept geeignet ist für Menschen mit transgenerationalen Traumata hängt somit stark von der Institution und der Haltung der dortigen Mitarbeitenden ab, in der sie leben. Wenn eine Institution die obigen Eigenschaften und Haltungen vertritt, ist dies jedoch sicherlich förderlich im Umgang mit Menschen mit transgenerationalen Traumata. Durch die ihnen zugesprochene Selbstverantwortung können sie Schritt für Schritt aus der erlernten Hilflosigkeit herausgehen, die für stationäre Kontexte typisch ist (vgl. Dümmler/Sennekamp 2013: 73).

### **5.3 Kritische Reflexion und offene Fragen**

Der Recovery-Ansatz bietet einige Chancen, insbesondere auch in der Arbeit mit Menschen mit transgenerationalen Traumata. Zum einen wird im recovery-orientierten Arbeiten eine grosse Bedeutung der Beziehungsorientierung beigemessen (vgl. Dammann 2014: 1158). Gleichzeitig birgt der Recovery-Ansatz auch Risiken und lässt wichtige Fragen unbeantwortet. Zu Beginn fällt auf, dass Recovery ein diffuser Begriff mit verschiedenen Bedeutungen ist. Auch Recovery-Praktizierende sind nicht einer Meinung, was der Begriff genau beinhaltet (vgl. Dammann 2014: 1159). Auch die dahinterstehende hoffnungsvolle Haltung wird von Dammann (2014: 1159) kritisiert: «Wie soll etwa Hoffnung vermittelt werden, wenn Hoffnungslosigkeit selbst Teil einer chronischen psychischen Erkrankung ist»? Nicht nur dies scheint paradox, sondern auch die Anwendung von Recovery in Kontexten von Zwangsmassnahmen: Es ist schwierig bis unmöglich, im Zwangskontext Hoffnung oder Kontrolle über das eigene Leben als Recovery-Elemente glaubhaft zu vermitteln (vgl. Dammann 2014: 1159f.).

Es wird bei Recovery zwar der Einbezug des sozialen Umfelds betont, vernachlässigt wird jedoch, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen durch Diskriminierung, gleichzeitig jedoch auch krankheitsbedingt sozial isoliert sind. Die Literatur zum Recovery-Konzept setzt sich nicht damit auseinander, wie mit diesen Krankheitsfolgen umgegangen werden kann (vgl. Dammann 2014: 1161). Ausserdem erfordert der Recovery-Ansatz, wie oben erwähnt, eine nahe Arbeitsbeziehung zwischen Fachperson und Adressat:in. Die Beziehungsgestaltung erfordert ein hohes Mass an Reflexion über persönliche Grenzen sowie Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene. Bisher wurde jedoch nur ansatzweise erörtert, ob diese Beziehungsgestaltung ein Modell darstellt, in welchem Machtgefälle und Unterschiede zwischen beiden Parteien geleugnet werden (vgl. Dammann 2014: 1161). Zusätzlich hat der Recovery-Ansatz keinen Entwurf, wie einer Person begegnet werden kann, die einerseits einen Wandel anstrebt und andererseits die Veränderung fürchtet, da die Erkrankung auch Vorteile bieten kann. Beispielsweise können Leistungen des Sozialversicherungssystems verringert werden, wenn eine Person auf weniger Unterstützung angewiesen ist. Dies kann für die Person mit psychischer Beeinträchtigung bedrohlich wirken und einen Grund darstellen, sich nicht aus der Patient:innenrolle herausbewegen zu wollen (vgl. Dammann 2014: 1161). Wenig diskutiert ist zusätzlich der Umgang mit Peer-Mitgliedern im Team: Was passiert, wenn ein Peer-Mitglied beispielsweise in einer abstinenzorientierten Einrichtung für Menschen mit Suchterkrankungen ein erneutes Konsumverhalten hat? Hat dies andere Konsequenzen als für die übrigen Mitarbeitenden (vgl. Dammann 2014: 1161)?

Recovery lässt einige Fragen offen, was aber auch individuell je nach Einrichtung und Auftrag diskutiert werden kann. Dadurch wird Einrichtungen überlassen, wie sie mit der Auswahl an oben genannten Diskussionspunkten umgehen. Voraussetzung hierfür ist jedoch Zeit und Reflexion, um dies zu beleuchten, was in der Praxis nicht immer möglich ist.

Auch in Bezug auf Resilienz fällt auf, dass der Begriff diffus ist (vgl. Stamm/Halberkann 2015: 69). Stamm und Halberkann (2015: 72) schreiben zudem, dass Resilienz-Konzepte auf einem Theoriedefizit basieren, wodurch eine Vielzahl an Ansätzen unter dem gleichen Namen entstanden seien und sie an wissenschaftlicher Relevanz einbüßen (vgl. Stamm/Halberkann 2015: 72). Weiter wird kritisiert, dass Resilienz die gesellschaftliche Ebene ignoriert und ausschliesslich auf die individuelle Ebene fokussiert wird (vgl. Stamm/Halberkann 2015: 70f.). Wenn Resilienz proklamiert wird als etwas Attraktives,

das jeder Mensch erreichen kann, wird unterstellt, dass jede:r im Einzelnen dafür verantwortlich ist, dass sich Resilienz bei ihm:ihr einstellt, statt auf die gesellschaftliche Ebene und die strukturellen Ursachen sozialer Ungleichheit hinzuweisen (vgl. Meyen/Vogt 2018: X).

## **6 Schlussfolgerungen**

In diesem letzten Hauptkapitel der vorliegenden Bachelor-Thesis werden zunächst die Erkenntnisse zusammengefasst und diskutiert. Im zweiten Unterkapitel wird erörtert, welche Konsequenzen die bisherige Thematik für Fachpersonen der Sozialen Arbeit nach sich zieht. Die ursprüngliche Fragestellung wird im Unterkapitel 6.3 beantwortet und anschliessend werden im letzten Unterkapitel weiterführende Gedanken dargelegt.

### **6.1 Zusammenfassung und Diskussion der Erkenntnisse**

Die in dieser Arbeit dargestellten Recovery- und Resilienz-Konzepte weisen eine deutliche Ähnlichkeit auf, vor allem bezogen auf die Prozesshaftigkeit beider Ansätze und die Wichtigkeit der Akzeptanz der eigenen Vergangenheit. Beide Konzepte betonen Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung und heben die Einbeziehung des sozialen Umfelds und eine Sinnfindung für das eigene Leben hervor. Ein gemeinsames Element ist die Orientierung an Gegebenheiten und das Suchen von realistischen Lösungen. Die Konzepte unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ausrichtung. Während Resilienz bereichsspezifisch zu verstehen ist, ist Recovery ein ganzheitlicher Ansatz.

Die ganzheitliche, personenzentrierte Ausrichtung des Recovery-Konzepts ist ideal für die Arbeit mit Menschen mit transgenerationalen Traumata. Dadurch, dass es auf Psychoedukation, Individualität, Fokus auf vorhandene Ressourcen sowie die Stärkung und der Miteinbezug des sozialen Umfelds basiert, können die Zielsetzungen des Recovery-Konzepts erreicht werden. Ebenso stimmt das Recovery Knowledge Inventory weitgehend mit der bei Dunkel (2021) geschilderten Haltung überein in Bezug auf Selbstbestimmung, Empowerment sowie kultureller Sensibilität.

Obwohl das Recovery-Konzept vielfältige Chancen bietet, bleiben einige Fragen unbeantwortet. So ist der Begriff Recovery nicht präzise definiert und die Anwendung von Recovery in Zwangskontexten wird in der Literatur unzulänglich beleuchtet. Ebenso bleibt unbeantwortet, wie soziale Isolation infolge der Symptomaten psychischer Beeinträchtigungen gehandhabt werden soll. Weitere offene Fragen bestehen hinsichtlich

der asymmetrischen Beziehung zwischen Adressat:in und Fachperson und des daraus resultierenden Machtgefälles, den Herausforderungen bei Veränderungen und dem Vorgehen bei Peers im Team.

Auch in Bezug auf Resilienz lässt sich bemängeln, dass der Terminus nicht ausreichend definiert ist. Zusätzlich werden gesellschaftliche Strukturen vernachlässigt. Viele Resilienzprogramme beziehen sich in erster Linie auf die persönliche Ebene und thematisieren nicht die gesellschaftlichen Veränderungen, die benötigt würden, um eine stärkere Veränderung zu erzielen (vgl. Stamm/Halberkann 2015: 70f.).

Nach der Darlegung der drei theoretischen Kapitel und deren Synthese drängt sich die Frage auf, ob die beschriebenen Interventionen für Menschen mit transgenerationalen Traumata in den stationären Kontext passen. Es könnte zu einer Rollendiffusion kommen, wenn Fachkräfte der Sozialen Arbeit therapeutische Interventionen gemeinsam mit den Adressat:innen durchführen. Dennoch kann das Wissen über ebendiese Interventionen sowohl für Adressat:innen als auch für Fachpersonen hilfreich sein, einerseits für Adressat:innen als Psychoedukation und das Wissen darum, dass es Wege gibt, mit Flashbacks und anderen Traumasymptomen umzugehen, andererseits für Fachkräfte, um Adressat:innen mit an die passenden Anlaufstellen für Menschen mit Traumata zu verweisen, um diese Interventionen beispielsweise im therapeutischen Kontext durchzuführen.

## **6.2 Konsequenzen der bisherigen Thematik für Professionelle der Sozialen Arbeit**

Dieses Unterkapitel versucht, die folgende Unterfrage zu beantworten, die in der Einleitung gestellt wurde: Welche Herausforderungen und Barrieren können bei der Anwendung des Recovery-Ansatzes in der Sozialen Arbeit bei Menschen mit transgenerationalen Traumata auftreten und wie können sie bewältigt werden?

Die Integration von Recovery in institutionelle Strukturen ist die erste Herausforderung. Hierfür wird die Vermittlung von Fachwissen benötigt, was ausreichend Ressourcen voraussetzt. Neben Fachwissen ist es ebenfalls unabdinglich, im Team eine gemeinsame Haltung zu erarbeiten, wie Adressat:innen begegnet wird. In der Praxis sind meist nicht

ausreichend personelle und zeitliche Ressourcen vorhanden, um sich das notwendige Fachwissen und eine übereinstimmende Haltung anzueignen, was eine weitere Hürde zur Umsetzung des individualisierten Konzeptes darstellt. Ebenso stellen Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigungen und den dazugehörigen komplexen Lebenslagen Fachkräfte der Sozialen Arbeit vor Herausforderungen. Dies kann jedoch durch den ganzheitlichen Recovery-Ansatz, selbstbestimmten Einbezug der Adressat:innen und regelmäßige interdisziplinäre Zusammenarbeit professionell gelöst werden. Auch Knuf (2004: o.S.) betont, dass Fachpersonen mehr Wissen über Gesundheitsprozesse benötigen und zudem anerkennen müssen, dass Hoffnung auf die Zukunft und Motivation eine grosse Rolle für Adressat:innen spielen.

Es ergeben sich, wie an dieser Stelle aufgezeigt, neue Herausforderungen für die Soziale Arbeit, die bearbeitet werden müssen, um Menschen mit transgenerationalen Traumata besser zu unterstützen und zu versorgen und die Übertragung von Traumata zu verringern. Es ist an der Sozialen Arbeit, neue Handlungsansätze und Interventionen zu erproben, um die Übertragung der Traumata auf Nachkommen zu durchbrechen und diejenigen, die ein Trauma erlitten haben, bestmöglich zu betreuen.

## **6.3 Beantwortung der Fragestellung**

Im Folgenden wird die in der Einleitung aufgestellte Frage auf der Grundlage der in dieser Arbeit dargelegten Theorien erörtert. Die Fragestellung lautet «Worin liegen Grenzen und Möglichkeiten des Recovery-Ansatzes bei der Unterstützung der Resilienz von Menschen mit transgenerationalen Traumata?»

### **6.3.1 Grenzen des Recovery-Ansatzes**

Das Recovery-Konzept ist zwar ein ganzheitlicher und ressourcenorientierter Ansatz, adressiert jedoch keine strukturellen Probleme wie soziale Ungerechtigkeit, Armut und Diskriminierung aller Art. Das Bestehenbleiben dieser Diskriminierungsformen kann die Resilienz beeinträchtigen. Es werden hierfür breite gesellschaftliche Massnahmen benötigt, um mit den strukturellen Ungleichheiten umzugehen.

Ein weiterer Knackpunkt ist die Implementierung des Recovery-Konzepts in Organisationen, die noch immer traditionelle Ansätze im Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen pflegen. Hier kann Recovery auf Widerstand stossen. Insbesondere bei Modellen und Konzepten, die auf Pathologie statt Gesundheit und gesunde Anteile von Menschen fokussieren, kann Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Adressat:innen als unkonventionell angesehen werden.

Wie bereits angesprochen, stellen Zwangskontexte das Recovery-Konzept auf die Probe. Beispielsweise in geschlossenen psychiatrischen Abteilungen als Teil stationärer sozialpsychiatrischer Kontexte wird es schwierig, Hoffnung zu vermitteln oder die Selbstbestimmung zu fördern (vgl. Kapitel 5.3).

### **6.3.2 Möglichkeiten des Recovery-Ansatzes**

Innerhalb der oben gesetzten Grenzen bietet Recovery grosses Potential für die Praxis der Sozialen Arbeit. So wird die Stärkung der Selbstbestimmung betont, was die Resilienz-Entwicklung fördern kann, indem Adressat:innen eigene Entscheidungen über ihre Gesundung treffen können und ihre Vorstellung ihrer Lebensgestaltung aktiv einbringen können und sollen. Die Partizipation an den eigenen Genesungsprozessen kann die Resilienz stärken. Als ganzheitlicher Ansatz berücksichtigt Recovery die individuellen psychischen und physischen Gesundheitsvoraussetzungen sowie soziale und kulturelle Aspekte. Durch den Fokus auf individuelle Stärken können sowohl die Resilienz als auch die Selbstwirksamkeit als Fähigkeit, mit Herausforderungen und Problemen umzugehen, angestossen und ausgebaut werden. Wie bereits an anderer Stelle betont, legt der Recovery-Ansatz Wert auf den sozialen Beziehungsauf- und -ausbau. Durch ein unterstützendes und stabiles soziales Umfeld kann ebenfalls die Resilienz positiv beeinflusst werden. Durch den Aspekt der Hoffnung, der ein wichtiger Teil von Recovery ist, können Adressat:innen eine positive und zukunftsgerichtete Perspektive einnehmen, was ihre Resilienz-Entwicklung fördern kann.

Recovery hat demnach zahlreiche Möglichkeiten und Chancen in der Arbeit mit Menschen mit transgenerationalen Traumata. Als ganzheitlicher Ansatz kann Recovery individuell auf die Adressat:innen und ihre Herausforderungen im Alltag zugeschnitten werden und ihnen zur Selbstbestimmung, zu Resilienz und einem für sie guten Leben verhelfen, egal ob mit oder ohne Krankheitssymptome und ob mit oder ohne Medikamente.

## 6.4 Ausblick

Die vorliegende Bachelor-Thesis kann als Grundlage einer empirischen Forschung dienen. Es gibt noch wenig Empirie zu Recovery (vgl. Dammann 2014: 1157) und über die Verknüpfung der Themenbereiche Recovery, Resilienz und transgenerationale Traumata ebenso. Zu Recovery gibt es hauptsächlich qualitative Studien – quantitative Forschungsergebnisse über die Evidenz der Wirksamkeit liegen nicht vor. Auch in der Resilienz-Forschung gibt es noch Potential zum Ausbau des Fachwissens. Es ist bekannt, dass Risiko- und Schutzfaktoren sich wechselseitig beeinflussen, jedoch ist es noch unklar, wie genau diese Wechselwirkung aussieht (vgl. Zander/Roemer 2016: 53).

Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit, sich fortlaufend weiterzuentwickeln und neue Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Interventionen in das Handeln zu integrieren, um den Bedürfnissen der Adressat:innen gerecht zu werden und ideale Unterstützung sicherzustellen.

In dieser Arbeit wurde beschrieben, dass die Resilienz- und Recovery-Konzepte auf die individuelle Ebene fokussieren und die gesellschaftlichen Diskriminierungen und soziale Ungleichheit ausser Acht lassen. Es ist ebenfalls Aufgabe der Sozialen Arbeit, sich politisch zu engagieren, um Chancengleichheit zu schaffen, Diskriminierung aller Art zu reduzieren und soziale Gerechtigkeit zu schaffen (vgl. AvenirSocial 2010: 8-10). Hier hat die Soziale Arbeit noch einigen Handlungsspielraum.

## 7 Quellenverzeichnis

- Amering, Michaela/Schmolke, Margit (2006). Hoffnung – Macht – Sinn. Recovery-Konzepte in der Psychiatrie. In: *Managed Care*. o.Jg. (1). S. 20-22.
- Amering, Michaela/Schmolke, Margit (2012). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. 5. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz - Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: o.V.
- Bengel, Jürgen/Lyssenko, Lisa (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Band 43. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Dammann, Gerhard (2014). Chancen und Probleme des Recovery-Ansatzes aus psychiatrischer Sicht. In: *Der Nervenarzt*. 85. Jg. (9). S. 1156-1165.
- Dreßling, Harald/Foerster, Klaus (2021). Traumafolgestörungen in ICD-10, ICD-11 und DSM-5. Diagnosekriterien und ihre Bedeutung für die gutachtliche Praxis. In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*. 15. Jg. S. 47-53.
- Drosihn, Yvonne/Jandl, Ingeborg/Kowollik, Eva (2010). Trauma – Generationen – Erzählen: Eine Einführung. In: Yvonne/Jandl, Ingeborg/Kowollik, Eva (Hg.). *Trauma – Generationen – Erzählen. Transgenerationale Narrative in der Gegenwartsliteratur zum ost-, ostmittel- und südosteuropäischen Raum*. Berlin: Frank & Timme. S. 11-24.
- Dümmler, Wiltrud/Sennekamp, Winfried (2013). *Recovery im psychiatrischen Wohnheim. Chancen und Grenzen des Konzepts bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung*. Freiburg: Centaurus Verlag & Media KG.
- Dunkel, Florian (2021). Zur transgenerationalen Traumatisierung. Ätiologie und Ansätze für die Therapie. In: *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*. 20. Jg. (1). S. 215-227.

- Eckart, Wolfgang (2019). Traumatische Erfahrungen in der deutschen Kriegs- und Nachkriegsgesellschaft, 1914-1960: Weltkriegsromane, Kriegsgefangene, Zivilopfer, Holocaust-Überlebende. In: Seidler, Günther/Freyberger, Harald/Glaesmer, Heide/Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch der Psychotraumatologie. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett. S. 700-726.
- Freyberger, Harald (2015). Transgenerationale Traumaweitergabe unter spezieller Berücksichtigung von Nationalsozialismus und SED-Diktatur. In: Drescher, Anne/Rüchel, Uta/Schöne, Jens (Hg.). Bis ins vierte Glied. Transgenerationale Traumaweitergabe. Die Landesbeauftragte für Mecklenburg-Vorpommern für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR: Schwerin. S. 36-49.
- Freyberger, Harald/Glaesmer, Heide/Stieglitz, Rolf-Dieter (2019). Die Posttraumatische Belastungsstörung und die Anpassungsstörungen in der ICD-10, im DSM-IV und DSM-V. In: Seidler, Günther/Freyberger, Harald/Glaesmer, Heide/Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch der Psychotraumatologie. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett. S. 187-197.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Morciszek, Max (2021). Resilienz und Resilienzförderung im frühen und mittleren Erwachsenenalter. In: Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (Hg.). Menschen stärken. Resilienzförderung in verschiedenen Lebensbereichen. Berlin: Springer. S. 201-214.
- Gahleitner, Silke Brigitta/Hantke, Lydia (2019). Psychosoziale Traumaarbeit. In: Seidler, Günther/Freyberger, Harald/Glaesmer, Heide/Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch der Psychotraumatologie. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett. S. 768-778.
- Gahleitner, Silke Brigitta/Kühn, Martin/Purtscher-Penz, Katharina/Rothdeutsch-Granzer, Christina/Wahle, Thomas/Weiss, Wilma (2019): Beziehungs- und Milieuarbeit in Traumapädagogik, Traumaberatung und Traumatherapie. In: Seidler, Günther/Freyberger, Harald/Glaesmer, Heide/Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch der Psychotraumatologie. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett. S. 755-767.
- Glaesmer, Heide (2015). Transgenerationale Übertragung traumatischer Erfahrungen. Wissensstand und theoretischer Rahmen und deren Bedeutung für die Erforschung transgenerationaler Folgen politischer Inhaftierung und Verfolgung. In: Drescher,

- Anne/Rüchel, Uta/Schöne, Jens (Hg.). Bis ins vierte Glied. Transgenerationale Traumaweitergabe. Die Landesbeauftragte für Mecklenburg-Vorpommern für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR: Schwerin. S. 15-35.
- Hagehülsmann, Heinrich (2017). Transaktionsanalyse: Vielfalt in Theorie und Praxis. In: Szczyrba, Birgit/van Treeck, Timo/Wildt, Beatrix/Wildt, Johannes (Hg.). Coaching (in) Diversity an Hochschulen. Hintergründe – Ziele – Anlässe – Verfahren. Berlin: Springer. S. 137-158.
- Heller, Jutta (2013). Resilienz. 7 Schlüssel für mehr innere Stärke. Gräfe und Unzer Verlag: München.
- Heller, Jutta (2015). Die sieben Schlüssel der Resilienz. In: Die Säule. 26. Jg. (1). S. 6-9.
- Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2017). Kooperative Prozessgestaltung. Ein methoden-integratives Lehrbuch. 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Horn, Andrea/Maercker, Andreas (2019). Psychologische Theorien zum Verständnis der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Seidler, Günther/Freyberger, Harald/Glaesmer, Heide/Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch der Psychotraumatologie. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett. S. 45-58.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (2023). URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808> [Zugriffsdatum: 16.10.23].
- Kaminer-Zamberk, Elli (2020). In: Rauwald, Marianne. Vererbte Wunden. Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen. 2. Auflage. Weinheim: Beltz. S. 79-89.
- Kammer-Spohn, Michael (2013). Recovery – ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie. In: Schweizerische Ärztezeitung. 94. Jg. (38). S. 1450-1452.
- Kleim, Birgit (2019). Posttraumatische Belastungsstörung und Verhaltenstherapie. In: Seidler, Günther/Freyberger, Harald/Glaesmer, Heide/Gahleitner, Silke Brigitta (Hg.). Handbuch der Psychotraumatologie. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett. S. 158-167.

- Knuf, Andreas (2004). Vom demoralisierten Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. In: Soziale Psychiatrie. o.Jg. (1). S. 38-41.
- Meyen, Michael/Vogt, Markus (2018). Vorwort. Reflexive Resilienz: Der Beitrag des Bayerischen Forschungsverbundes ForChange zum Resilienzdiskurs. In: Karidi, Maria/Schneider, Martin/Gutwald, Rebecca (Hg.). Resilienz. Interdisziplinäre Perspektiven zu Wandel und Transformation. Berlin: Springer. S. IX-XIII.
- Rolfe, Mirjam (2015). Positive Psychologie und organisationale Resilienz. Stürmische Zeiten besser meistern. Berlin: Springer.
- Rönnau-Böse, Maike/Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2020). Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rönnau-Böse, Maike/Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2021). Resilienzförderung im Vorschulalter. In: Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (Hg.). Menschen stärken. Resilienzförderung in verschiedenen Lebensbereichen. Berlin: Springer. S. 61-84.
- Schult, Maike (2010). Nichts wird mehr, wie es war: Das Konstrukt *Traumheilung* aus transgenerationaler Perspektive. In: Drosihn, Yvonne/Jandl, Ingeborg/Kowollik, Eva (Hg.). Trauma – Generationen – Erzählen. Transgenerationale Narrative in der Gegenwartsliteratur zum ost-, ostmittel- und südosteuropäischen Raum. Berlin: Frank & Timme. S. 37-50.
- Somer, Eli/Gahleitner, Silke Brigitta/Wachsmuth, Iris/Krebs, Luise/Kindler, Marie-Luise (2015). Transgenerationale Weitergabe von Trauma an die Generationen nach dem Holocaust und dem Nationalsozialismus. In: Gahleitner, Silke Brigitta/Frank, Christina/Leitner, Anton (Hg.). Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Dresden: Beltz Juventa. S. 20-37.
- Stamm, Margrit/Halberkann, Isabelle (2015). Resilienz – Kritik eines populären Konzepts. In: Andresen, Sabine/Koch, Claus/König, Julia (Hg.). Vulnerable Kinder. Kinder, Kindheiten und Kindheitsforschung. Berlin: Springer. S. 61-76.
- Tschamper Egli, Jeanne (2004). Trauma – Entstehung – Folgen – Interventionstechniken. In: Zeitschrift für Transaktionsanalyse. 21. Jg. (2). S. 126-143.

Widulle, Wolfgang (2020). Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Winter, Klaas/Radtke, Martina/Berger, Mathias (2015). Die unterschiedlichen und sich wandelnden Recovery-Konzepte. In: InFo Neurologie. 17. Jg. (6). S. 40-46.

Zander, Margherita/Roemer, Martin (2016). Resilienz im Kontext von Sozialer Arbeit: Das Geheimnis der menschlichen Seele lüften? In: Wink, Rüdiger (Hg.). Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung. Berlin: Springer. S. 47-72.