Das Zusammenspiel von Resilienzförderung und Traumapädagogik und deren Bedeutung für die Erwachsenenpsychiatrie

Bachelor-Thesis

Salomé Vanessa Thüring

Eingereicht bei Frau Lucy Bayer-Oglesby

Juni 2026

Hochschule für Soziale Arbeit FHNW
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Muttenz

Abstract

Psychisch erkrankte Erwachsene weisen häufig traumatische Vorgeschichten auf, die für die professionelle Praxis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie von zentraler Bedeutung sind. Die vorliegende Bachelorarbeit untersucht das Zusammenspiel von Traumapädagogik und Resilienzförderung und fragt, welche Chancen und Grenzen sich daraus für die Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen ergeben. Auf Basis einer theoretischen Literaturarbeit werden die Grundlagen beider Konzepte erarbeitet, miteinander verglichen und in Bezug zur Rolle der Sozialen Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie gesetzt. Die Synthese zeigt, dass Traumapädagogik und Resilienzförderung in zentralen Prinzipien übereinstimmen und sich gegenseitig erweitern. Traumapädagogisches Handeln wirkt in seiner Grundstruktur resilienzfördernd, weshalb eine Übertragung auf die Erwachsenenpsychiatrie prinzipiell möglich ist. Gleichzeitig verweist die Arbeit auf strukturelle Grenzen des Versorgungssystems sowie auf die sozialpolitische Verantwortung der Sozialen Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 4

1.1 Ausgangslage und Forschungslücke 4

1.2 Problemstellung und Forschungsfrage 5

1.3 Methodik 7

1.4 Aufbau der Arbeit 8

2. Psychische Krankheit und Trauma 10

2.1 Definition von Trauma 10

2.2 Entstehung von Trauma 10

2.3 Zusammenspiel von Traumata und psychischen Erkrankungen 12

2.4 Behandlung der PTBS und komorbider Störungen 15

3. Traumapädagogik – Grundlagen, Entwicklungen und Handlungsprinzipien 18

3.1 Entstehungsgeschichte und theoretische Fundamente der Traumapädagogik 18

3.2 Zentrale Prinzipien traumapädagogischen Handelns 20

3.3 Traumapädagogik als Haltung – pädagogisch vs. therapeutisch 22

3.4 Standards und Umsetzung der Traumapädagogik 23

4. Resilienz – theoretische Grundlagen und Bedeutung für die Soziale Arbeit 25

4.1 Begriffsdefinition und historische Entwicklung der Resilienzforschung 25

4.2 Risiko-, Schutzfaktoren und Resilienzmodelle 27

4.3 Resilienz und psychische Erkrankungen 31

4.4 Resilienzförderung als Aufgabe der Sozialen Arbeit 31

5. Soziale Arbeit in der Psychiatrie 34

5.1 Historische Entwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie 34

5.2 Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie 35

5.3 Anforderungen und Grenzen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie 37

5.4 Die traumasensible Haltung in der Sozialen Arbeit 40

6. Synthese 42

6.1 Zwischen Schutz und Stärkung: die Verbindung der beiden Kernkonzepte 42

6.2 Traumasensible Soziale Arbeit, Psychiatriegeschichte und Haltung *44*

6.3 Strukturelle Bedingungen und sozialpolitische Verantwortung *46*

7. Schlusskapitel **47**

7.1 Rekapitulation *47*

7.2 Beantwortung der Fragestellung *48*

7.3 Diskussion der Ergebnisse *50*

7.4 Schlussfolgerungen *53*

8. Literatur und Quellenverzeichnis **55**

8.1 Literatur *55*

8.2 Internetquellen *64*

9. Hilfsmittelverzeichnis **65**

1. Einleitung

Kapitel 1 dieser Bachelorarbeit führt in den Gegenstand der Arbeit ein und legt die wissenschaftliche Grundlage für die nachfolgenden Kapitel. Zunächst werden die Ausgangslage und die Forschungslücke dargelegt, aus denen sich die Relevanz der Thematik ergibt. Darauf aufbauend werden die Problemstellung sowie die Forschungsfrage und ihre Unterfragen formuliert. Anschliessend wird die methodische Vorgehensweise erläutert und der Aufbau der Arbeit beschrieben.

1.1 Ausgangslage und Forschungslücke

In den vergangenen Jahrzehnten ist in den Human- und Sozialwissenschaften ein deutlicher Perspektivenwechsel im Umgang mit psychischer Gesundheit zu erkennen. Während lange Zeit vor allem die Ursachen, Bedingungen und Risikofaktoren für psychische Störungen im Zentrum wissenschaftlicher Auseinandersetzungen standen, rückten zunehmend auch Schutzfaktoren, Ressourcen und Bewältigungsprozesse in den Fokus. Dieser Perspektivenwechsel wurde insbesondere durch die Resilienzforschung von Emmy Werner sowie das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky angestossen. Vor diesem Hintergrund gewann das Resilienzkonzept zunehmend an Bedeutung. Resilienz beschreibt die psychische Widerstandskraft eines Menschen und bezeichnet die Fähigkeit, mit belastenden Lebensumständen konstruktiv umgehen zu können. Die Soziale Arbeit gewinnt dabei in ihrer Rolle bei der Resilienzförderung immer mehr an Bedeutung (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 7-9). Insbesondere im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen wird Resilienz als zentrale Ressource im Umgang mit Symptomen, Krankheitsverläufen und psychosozialen Belastungen hervorgehoben (vgl. Kasper et al. 2008: 1-5).

Parallel dazu rückte auch die Auseinandersetzung mit Traumatisierung stärker in den Blick der Sozialen Arbeit. Professionelle der Sozialen Arbeit begegnen in ihrem Tätigkeitsbereich, historisch wie auch gegenwärtig, häufig Menschen, die unter den Folgen traumatisierender Erlebnisse leiden (vgl. Schulze et al. 2020: 1). Schulze, Loch und Gahleitner (2020: 1) betonen deshalb die Notwendigkeit einer traumasensiblen Sozialen Arbeit. Die Erfahrung eines traumatischen Ereignisses erweist sich als bedeutender Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen (vgl. Steil/Rosner 2009: 1). Kessler et al. (2010: 378) schätzen, dass fast 30 Prozent aller psychischen Erkrankungen auf Kindheitstraumata oder andere widrige Umstände in der Kindheit zurückzuführen sind. Frühe Traumatisierung kann dabei durch

Veränderungen im neurobiologischen System einen lebenslangen Einfluss auf die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen haben (vgl. Brückl/Binder 2017: 118).

Als Antwort auf diese Erkenntnisse entwickelte sich die Traumapädagogik, zunächst als Graswurzelbewegung engagierter Praktiker:innen in der stationären Jugendhilfe, die psychotraumatologische Erkenntnisse auf das pädagogische Setting übertrugen. Der Ansatz baut auf den Theorien der Psychotraumatologie auf und hat sich in den letzten Jahren zu einer eigenständigen Fachdisziplin entwickelt (vgl. Kühn 2017: 19-21). Gleichzeitig ist Resilienzförderung nicht nur in den frühen Lebensjahren relevant: Entwicklungen und Veränderungen von Resilienzprozessen sind in jedem Lebensabschnitt möglich (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2024: 20), was ihre Bedeutung auch für die Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen unterstreicht.

Trotz dieser parallelen Entwicklungen wurden die Schnittstellen zwischen Traumapädagogik und Resilienzförderung bislang theoretisch wenig systematisch beleuchtet. Eine vertiefte Auseinandersetzung ihres Zusammenspiels im Kontext der Sozialen Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen liegt in der wissenschaftlichen Literatur kaum vor. Zudem findet die Traumapädagogik überwiegend in der Kinder- und Jugendhilfe Anwendung; ihre theoretische Übertragung auf die Erwachsenenpsychiatrie aus resilienztheoretischer Perspektive ist ein Desiderat, dem diese Arbeit nachgeht.

1.2 Problemstellung und Forschungsfrage

Ausgehend von der beschriebenen Ausgangslage rückt das Zusammenspiel von Traumapädagogik und Resilienzförderung in den Fokus dieser Bachelorarbeit. Beide Konzepte verfolgen ressourcenorientierte Ansätze im Umgang mit belastenden Lebensbedingungen und psychischen Beeinträchtigungen und zielen auf die Stärkung individueller Bewältigungs- und Entwicklungsmöglichkeiten ab. In der wissenschaftlichen Literatur werden sie teilweise in Beziehung zueinander gesetzt, eine systematische und vertiefte Auseinandersetzung mit ihren Schnittstellen, Gemeinsamkeiten und Unterschieden wurde jedoch noch kaum vorgenommen. Insbesondere die theoretische Verknüpfung traumapädagogischer Prinzipien mit resilienztheoretischen Überlegungen im Kontext der Sozialen Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen wurde bislang wenig aufgearbeitet.

Für die Soziale Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie ist diese Lücke bedeutsam. Fachkräfte begegnen in ihrem Arbeitsalltag Menschen mit komplexen Traumabiografien und psychischen Erkrankungen, für die ein integrierter theoretischer Rahmen fehlt, der beide Konzepte verbindet und für die Praxis handlungsleitend macht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass psychiatrische Praxis historisch selbst eine Quelle von Traumatisierung war (vgl. Landschaftsverband Rheinland 2016: 78), was die Anforderung an eine traumasensible Haltung im psychiatrischen Kontext besonders dringlich macht. Denn wie Schulze und Kühn (2020: 173) betonen, müssen professionelle Kontexte kontinuierlich daraufhin überprüft werden, ob institutionelle Strukturen und Routinen bei Betroffenen Gefühle wecken können, die an die ursprünglichen traumatischen Umstände erinnern.

Ein kritischer Punkt bleibt dabei die Gefahr der Individualisierung gesellschaftlicher Risiken: Wenn Resilienz primär als Fähigkeit des Einzelnen definiert wird, droht die Verantwortung für die Bewältigung strukturell bedingter Belastungen einseitig auf das Individuum abgewälzt zu werden (vgl. Thun-Hohenstein et al. 2020: 17). Eine professionelle Soziale Arbeit muss deshalb nicht nur individuelle Ressourcen stärken, sondern auch sozialpolitisch Verantwortung übernehmen (vgl. Dulgeridis/Könen 2025: 12). Diese Spannung zwischen individueller Ressourcenförderung und struktureller Verantwortung bildet einen wichtigen Reflexionsrahmen für die vorliegende Arbeit.

Vor diesem Hintergrund verfolgt die vorliegende Arbeit das Ziel, die theoretischen Grundlagen der Traumapädagogik und der Resilienzförderung darzustellen, miteinander zu vergleichen und in Beziehung zu setzen. Ein besonderer Fokus liegt auf der Frage, inwieweit traumapädagogische Ansätze, die ursprünglich für die Kinder- und Jugendhilfe entwickelt wurden, auf die Erwachsenenpsychiatrie übertragen werden können. Der Begriff Erwachsenenpsychiatrie wird dabei in einem erweiterten Verständnis verwendet: Er bezieht sich nicht ausschliesslich auf stationäre oder ambulante psychiatrische Kliniken, sondern umfasst auch sozialpsychiatrische Settings wie ambulante Dienste, betreute Wohnformen, Tagesstrukturen sowie weitere Angebote der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Kontext.

Aus der Problemstellung ergibt sich folgende Fragestellung:
Wie spielen Traumapädagogik und Resilienzförderung zusammen und welche Chancen und Grenzen ergeben sich daraus für die Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen?

Zur Beantwortung dieser übergeordneten Fragestellungen werden folgende Unterfragen bearbeitet:

Wie entsteht Trauma und in welchem Zusammenhang steht Trauma zu psychischen Erkrankungen?

Welche theoretischen Grundlagen liegen der Traumapädagogik zugrunde?

Wie wird Resilienz in der wissenschaftlichen Literatur definiert und verstanden?

Welche Rolle hat die Soziale Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie?

Die Beantwortung dieser Fragen bildet eine Grundlage für eine theoretische Synthese, aus der Implikationen für eine traumapädagogisch informierte und resilienzfördernde Praxis in der Erwachsenenpsychiatrie abgeleitet werden.

1.3 Methodik

Die vorliegende Bachelorarbeit ist als Literaturarbeit konzipiert. Ziel dieser Arbeit ist es, bestehende wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Themen Traumapädagogik, Resilienzförderung und Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen systematisch zu analysieren, miteinander in Beziehung zu setzen und im Hinblick auf die formulierte Fragestellung zu reflektieren.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden relevante wissenschaftliche Publikationen aus den Bereichen Soziale Arbeit, Psychotraumatologie, Resilienzforschung und Sozialpsychiatrie herangezogen. Die Literaturrecherche erfolgt systematisch in Fachdatenbanken, der Bibliothek der Fachhochschule sowie über elektronische Fachportale. Die Auswahl der Literatur orientiert sich an ihrer wissenschaftlichen Qualität, Aktualität sowie ihrer thematischen Relevanz für die Bereiche Psychotraumatologie, Traumapädagogik, Resilienzforschung, Sozialpsychiatrie und Soziale Arbeit.

Die Auswertung der Literatur erfolgt entlang der thematischen Kapitelstruktur der Arbeit. Zentrale Begriffe, theoretische Annahmen und handlungsleitende Prinzipien der Traumapädagogik sowie der Resilienzförderung werden herausgearbeitet und vergleichend analysiert. In einem weiteren Schritt werden die gewonnenen Erkenntnisse synthetisiert, um Zusammenhänge, Schnittstellen sowie mögliche Spannungsfelder zwischen den beiden Konzepten sichtbar zu machen.

Die Wahl einer theoretischen Literaturarbeit erscheint angemessen, da es sich bei der vorliegenden Fragestellung primär um die Klärung, Systematisierung und Verbindung bestehender theoretischer Konzepte handelt. Durch die strukturierte Analyse und Verknüpfung der Fachliteratur soll das bislang wenig beleuchtete Zusammenspiel von Traumapädagogik und Resilienzförderung im Kontext der Sozialen Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen fundiert dargestellt und für die Praxis reflektiert werden.

1.4 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in sieben Kapitel. Nach der Einleitung folgt im zweiten Kapitel eine theoretische Auseinandersetzung mit Trauma und psychischen Erkrankungen. Dabei wird erläutert, wie Trauma entsteht, welche neurobiologischen Prozesse dabei eine Rolle spielen und wie traumatische Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen zusammenhängen. Abschliessend werden grundlegende Behandlungsansätze bei Traumafolgestörungen dargestellt.

Das dritte Kapitel widmet sich der Traumapädagogik. Es werden ihre Entstehungsgeschichte, ihre theoretischen Fundamente und zentralen Handlungsprinzipien beschrieben sowie die Traumapädagogik als professionelle Haltung von therapeutischen Ansätzen abgegrenzt.

Das vierte Kapitel behandelt die theoretischen Grundlagen der Resilienz. Neben Begriffsdefinition und historischer Entwicklung werden Schutz- und Risikofaktoren auf verschiedenen Ebenen vorgestellt sowie die Bedeutung von Resilienz im Kontext psychischer Erkrankungen und als Aufgabe der Sozialen Arbeit herausgearbeitet.

Das fünfte Kapitel beleuchtet die Soziale Arbeit in der Psychiatrie in ihrer historischen Entwicklung und heutigen Rolle. Zentrale Aufgaben, Anforderungen und Grenzen der professionellen Praxis werden dargestellt, und die Bedeutung einer traumasensiblen Haltung wird herausgearbeitet.

Im sechsten Kapitel werden die erarbeiteten theoretischen Erkenntnisse synthetisiert. Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Verbindungspotenziale zwischen Traumapädagogik und Resilienzförderung werden herausgearbeitet, das institutionelle Erbe der Psychiatrie als Traumatisierungsort kritisch reflektiert und die sozialpolitische Verantwortung der Sozialen Arbeit verortet.

Das siebte Kapitel schliesst die Arbeit ab. Es rekapituliert die zentralen Befunde, beantwortet die Forschungsfrage und ihre Unterfragen, diskutiert vertieft ausgewählte kritische Punkte und

zieht Schlussfolgerungen für die Praxis sowie einen Ausblick auf weiterführende Forschungsbedarfe.

2. Psychische Krankheit und Trauma

Das folgende Kapitel widmet sich dem Thema psychische Erkrankungen und Trauma. Um eine Grundlage zu schaffen, wird zunächst Trauma definiert und darauf aufbauend die Entstehung von Traumata betrachtet. Anschliessend wird der Zusammenhang zwischen Traumata und psychischen Erkrankungen geklärt. Abschliessend wird ein Blick auf die Behandlung von Traumata und psychischen Erkrankungen gelegt.

2.1 Definition von Trauma

Das Wort Trauma stammt aus dem Griechischen und heisst Verletzung oder Wunde. Im medizinischen Bereich ist Trauma eine Bezeichnung für eine Einwirkung auf den Körper, also eine körperliche Verwundung. Die Bezeichnung «Psychotrauma» präzisiert dabei Verletzungen, welche sich auf der psychischen Ebene abspielen, also eine psychische Verwundung. Im allgemeinen Sprachgebrauch hat sich der Begriff Trauma primär als Bezeichnung für eine psychische Verletzung etabliert (vgl. Hantke/Görges 2023: 43). In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Trauma ausschliesslich im Sinne einer psychischen Verwundung verwendet und entsprechend als Synonym für Psychotrauma gebraucht.

2.2 Entstehung von Trauma

Ein Trauma kann entstehen, wenn ein Mensch mit stressreichen äusseren Ereignissen konfrontiert wird (vgl. Huber 2003: 38f.). Dies können Ereignisse sein wie das Erleben oder Beobachten von Gewalt, Kindesvernachlässigung, Schicksalsschläge oder Gefühle von Ohnmacht, Scham oder Verzweiflung (vgl. Huber 2020: 54f.). Ein Trauma ist jedoch nicht einfach nur ein innerer Konflikt durch äussere Bedingungen. Ob ein Ereignis traumatisierend wirkt, wird massgeblich durch neurobiologische Prozesse bestimmt (vgl. Huber 2003: 38f.). Bei der Konfrontation mit einem extremen Stressor werden im Gehirn, insbesondere im Stammhirn, Überlebensreaktionen aktiviert. Diese äussern sich in Form der Kampf- oder Fluchtreaktion. Die Bezeichnung dieses Phänomens als *Fight or Flight* geht auf das Jahr 1914 zurück. Dies soll so viel heissen wie: Kämpfe gegen den Stressor an (fight) oder fliehe davor (flight). Je nach situativen Bedingungen kann eine dieser beiden Reaktionen verhindern, dass sich ein Trauma manifestiert und das Ereignis lediglich als stark belastend erlebt wird (vgl. ebd.: 41). Nach Hantke und Görges (2023) wendet der Körper die letztmögliche Überlebensstrategie an, wenn Kampf oder Flucht nicht möglich oder erfolgreich sind. Diese

Überlebensstrategie ist die Erstarrungsreaktion *Freeze*. Zu diesem Zeitpunkt befindet sich der Körper in einem Zustand der Überanspannung, da sich die aufgebaute Anspannung nicht durch Kampf oder Flucht entladen kann. Da die Mobilisierung von Energie für Fight or Flight nicht zum Ziel führt, schaltet der Körper in die Immobilisierung um. Die Spannung wird im Freeze-Zustand im Körper «eingefroren». Der Körper erstarrt und kommt in einen Lähmungszustand. Von innen betrachtet bedeutet dies für einen Menschen (je nach Alter), dass er das Geschehene teilweise noch bewusst wahrnehmen kann, jedoch kein willentlicher Zugriff auf seine Muskulatur mehr möglich ist. Das Geschehen wird wahrgenommen, jedoch als vom eigenen Körper abgetrennt erlebt. Dies kann auf den Betroffenen wohltuend und beängstigend zugleich wirken und als Schutz in der Notfallsituation dienen (vgl. Hantke/Görges 2023: 71-73).

Sieht man sich diese Fight-, Flight- und Freeze-Reaktion auf neurologischer Ebene an, ist das limbische System «entscheidend bei der Erstbewältigung und späteren Erinnerung extrem stressreicher Situationen» (Huber 2003: 44). Das limbische System bildet einen Teil des Grosshirns und ist die emotionale Steuerzentrale (vgl. Hantke/Görges 2023: 40). Im limbischen System gibt es zwei zentrale Bestandteile: die Amygdala und den Hippocampus. Ihre Funktionen sind verschieden, ergänzen sich jedoch. Sie sind wesentlich an der Verarbeitung und Weiterleitung emotional relevanter Reize beteiligt (vgl. ebd.: 44). Wird ein Reiz als stressreich identifiziert, löst die Amygdala im gesamten Organismus Alarm aus (vgl. LeDoux 1998, zit. nach Huber 2003: 44f.). In der Folge werden die Notfallmechanismen des Hirnstamms aktiviert. Dieser Prozess geht mit hormonellen Veränderungen einher, welche eine Umverteilung der Energie im Organismus bezwecken. Die Energie verteilt sich in den grossen Muskelgruppen (wie Armen und Beinen), den für Flucht und Kampf zuständigen Körperteilen. Gleichzeitig werden nicht unmittelbar überlebensrelevante Körperfunktionen reduziert. Auf diese Weise wird ein Maximum an Energieressourcen zur Sicherstellung des Überlebens bereitgestellt. In diesem Kampf- oder Fluchtmodus tritt das bewusste Denken in den Hintergrund und kann kaum regulierend eingreifen (vgl. Hantke/Görges 2023: 69f.). Während des «Amygdala-Alarms» kann auch plötzliche Ruhe und ein Entfremdungsgefühl eintreten, darin zeigt sich die Freeze-Reaktion. Erst wenn der Hippocampus wieder «anspringt», werden klares Denken und der Realitätsbezug wieder möglich. Der Hippocampus wird deshalb als «cool system» und die Amygdala als «hot system» bezeichnet (vgl. Huber 2020: 62-64).

Lange Zeit waren sich Fachleute sicher, dass Kinder weniger von traumatischen Lebenserfahrungen betroffen sind als erwachsene Menschen. Dies wird in der heutigen

Wissenschaft jedoch widerlegt. Denn ganz im Gegenteil zeigt sich, dass die Folgen einer traumatischen Erfahrung umso stärker sind, je jünger ein Mensch ist (vgl. Steil/Rosner 2009: V). Es macht einen wesentlichen Unterschied, in welchem Alter die Traumatisierung erlitten wurde (vgl. Gahleitner et al. 2020: 8). «Bei Kindern und Jugendlichen können traumatische Erfahrungen physische und psychische Verletzungen hervorrufen, die den Entwicklungs- und Sozialisationsprozess nachhaltig beeinträchtigen» (Krall 2007, zit. nach Stangl 2026). Nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses, ist das soziale Umfeld einer Person von grosser Wichtigkeit. Besonders Kinder und Jugendliche sind auf Unterstützung beim Einordnen der Erfahrung sowie der Emotionsregulation angewiesen. Durch ein fürsorgliches Umfeld können Kinder und Jugendliche trotz traumatischer Erfahrungen in ihren emotionalen, kognitiven und sozialen Fähigkeiten gedeihen (vgl. ebd.: 8).

2.3 Zusammenspiel von Traumata und psychischen Erkrankungen

Wagner (2021) beschreibt, dass Krankheit im allgemeinen Sprachgebrauch als etwas Körperliches verstanden wird. Körperliche Krankheiten sind zurückzuführen auf organische Funktionsstörungen und können durch verschiedene Verfahren nachgewiesen werden. Bei psychischer Krankheit hingegen, fehlen diagnostisch verwertbare strukturelle oder biochemisch nachweisbare Veränderungen im Organismus. Bloss für symptomatische psychische Störungen (Störungen, welche einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns zugrunde liegen), können durch bildgebende Verfahren wie CT oder MR oder durch Laborparameter diagnostiziert werden. Körperliche Untersuchungen dienen bei der Diagnose von psychischen Störungen vor allem dem Ausschluss von körperlichen Ursachen für die Symptome. Das wichtigste Instrument zur Diagnostizierung einer psychischen Erkrankung bleibt das Gespräch (vgl. Wagner 2021: 16-19).

Eine Traumatisierung stellt zunächst keine eigenständige Krankheit dar (vgl. Huber 2003: 111). Die Erfahrung eines traumatischen Ereignisses erweist sich jedoch als bedeutender Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen (vgl. Steil/Rosner 2009: 1). Kessler et al. (2010: 378) schätzen, dass fast 30 Prozent aller psychischen Erkrankungen auf ein Kindheitstrauma oder andere widrige Umstände in der Kindheit zurückzuführen sind. Frühe Traumatisierung kann einen lebenslangen Einfluss haben. Dies ist auf Veränderungen im neurobiologischen System zurückzuführen, die mit traumatischen Erfahrungen einhergehen. Diese Veränderungen im Gehirn erhöhen die Vulnerabilität für psychische Krankheiten (vgl. Brückl/Binder 2017:

118). Traumata können vom Gehirn nicht wie eine normale Erinnerung verarbeitet und in den autobiografischen Kontext integriert werden. Stattdessen wird die Informationsverarbeitung blockiert (vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2018: 44). Ursache dafür ist, die Über-Ausschüttung von Botenstoffen während der akuten Traumatisierung. Das Nervensystem wird mit Botenstoffen überflutet. Eine Hypothese ist, dass dies zu einer Fehlfunktion des Hippocampus-Systems führt und die traumatischen Reize nicht im expliziten Gedächtnis gespeichert werden, sondern als zusammenhanglose Sinneseindrücke fragmentieren und im Gehirn verankert werden. Das Erlebnis zerfällt in sensorische und emotionale Eindrücke wie Gerüche, Geräusche, körperliche Gefühle und visuelle Bilder (vgl. Bering/Thüm 2022: 129). Diese traumatischen Gedächtnisspuren können durch Reize bei den Betroffenen reaktiviert werden und Flashbacks verursachen (vgl. Kunzke/Güls 2003: 51). Flashbacks äussern sich als Intrusionen. Dies sind lebhafte Eindrücke des traumatischen Ereignisses und zeichnen sich ab als visuelle Bilder oder andere Sinneseindrücke. Für Betroffene ist es wie ein Wiedererleben der traumatischen Situation. Diese drängen sich unbeabsichtigt ins wache Bewusstsein oder auch in den Schlaf (vgl. Hecker/Maercker 2015: 549). Dieser Prozess bildet die Grundlage für die Entwicklung spezifischer Traumafolgestörungen (vgl. Kunzke/Güls 2003: 51).

Die Art und Schwere der Traumatisierung beeinflussen massgeblich die Entwicklung einer daraus resultierenden psychischen Störung (vgl. Yule 2001: 24). Maercker (2013) unterteilt Formen von Traumata schematisch. In vereinfachter Form wird zwischen zwei Arten unterschieden: *Typ-I-* und *Typ-II-Trauma* (vgl. Maercker 2013: 16f., 150).

Typ-I-Traumata zeichnen sich durch Einmaligkeit, Plötzlichkeit, Kurzfristigkeit und akute Lebensgefahr aus. Dies sind zum Beispiel schwere Verkehrsunfälle, sexuelle Übergriffe oder kurz andauernde Katastrophen wie ein Brand oder Wirbelsturm. Häufig resultieren diese Traumata in der klassischen Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (vgl. ebd.: 16f., 150).

Typ-II-Traumata sind gekennzeichnet durch eine Serie verschiedener traumatischer Einzelereignisse. Sie sind mehrfach und die Dauer ist langfristig. Die Vorhersehbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens ist gering. Dies sind beispielsweise lang andauernde Katastrophen wie ein Erdbeben oder eine Überschwemmung, sexueller Missbrauch vor allem in der Kindheit aber auch im Erwachsenenalter oder Kriegserlebnisse. Folge von Typ-II-Trauma ist häufig eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) (vgl. ebd.: 16f., 150).

Eine klassische Traumafolgestörung ist die *posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).* Sie tritt auf nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses. Gekennzeichnet wird die Störung durch drei Symptom-Gruppen: Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal (vgl. Hecker/Maercker 2015: 558). Vermeidung als Symptom der PTBS beschreibt den Versuch der Betroffenen, belastende Gedanken an das Trauma sowie erinnernde Situationen oder Orte aktiv zu vermeiden. Mit dem Vermeidungsverhalten geht häufig «Numbing» einher. Es beschreibt die Abflachung der Emotionen und der Fähigkeit zur Sensibilität. Hyperarousal beschreibt einen Zustand erhöhter körperlicher Erregung. Die Erregungsschwelle des Nervensystems ist gesenkt, was für Betroffene eine schnellere und intensivere Reaktion auf Belastungen bedeutet. Tagsüber sind Betroffene erhöht reizempfindlicher und in der Nacht stört die ständige Anspannung den Schlaf (vgl. ebd.: 549f.). Nach der Erfahrung eines traumatischen Erlebnisses kann in jedem Lebensalter eine PTBS auftreten. Üblicherweise zeigen sich die Symptome einer PTBS innerhalb der ersten Monate nach der Erfahrung des Traumas. Unmittelbar nach der Erfahrung des Traumas und in den Tagen danach herrscht grundsätzlich zunächst ein psychischer Schock- und Belastungszustand (vgl. ebd.: 550).

In neueren Klassifikationssystemen für Krankheiten wie dem ICD-11 wird die klassische PTBS mittlerweile durch eine weitere Diagnose erweitert. Man spricht nun ergänzend noch von der Diagnose einer *komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS)*. Sie umfasst neben den Kernsymptomen der PTBS zusätzlich Affektregulationsstörungen, negative Selbstwahrnehmung und Beziehungsstörungen (vgl. Bering/Thüm 2022: 13). Affektregulationsstörungen äussern sich in Problemen der Emotionsregulation. Emotionen werden verstärkt und Affekte/Gemütsbewegungen abgeflacht. Das negative Selbstkonzept wird gekennzeichnet durch Minderwertigkeitsgefühle sowie Schuld- und Schamgefühle. Die Beziehungsgestaltung ist häufig erschwert. Betroffene haben Schwierigkeiten, Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten (vgl. Hecker/Maercker 2015: 554).

Traumafolgen sind jedoch nicht nur PTBS und KPTBS. Mit einer PTBS einhergehend sind häufig noch Angststörungen und Depressionen (vgl. Liedl/Knaevelsrud 2011, zit. nach Knaevelsrud et al. 2012: 455). Zudem können Suizidalität, Suchterkrankungen und dissoziative Störungen komorbid auftreten (vgl. Flatten et al. 2011, zit. nach Nesterko/Glaesmer 2018: 5). Unter Dissoziation wird eine traumabezogene Abwehrreaktion verstanden. Wenn sich ein Organismus in einer bedrohlichen Situation befindet und die physiologische Aktivierung in eine

adäquate Reaktion nicht möglich ist, kann es zur Dissoziation kommen. Der Organismus trennt sich zeitweise vom Bewusstsein und das Zeit-, Raum- und Selbsterleben wird verändert. Es kann zum völligen «Ausklinken» aus der traumatischen Situation kommen (vgl. Bering/Thüm 2022: 68). Die Dissoziation kann sich auch als Folgestörung nach einem Trauma manifestieren (vgl. ebd.: 98f.).

2.4 Behandlung der PTBS und komorbider Störungen

Im Verlauf der letzten Jahrzehnte wurden erfolgreiche Methoden zur Therapie posttraumatischer Reaktionen sowie Traumafolgestörungen entwickelt. Die deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) bildet dabei eine Leitlinie für die Psychotherapie bei Traumafolgen (vgl. Hecker/Maercker 2015: 556).

Bei der PTBS gilt als Behandlung erster Wahl die traumafokussierte Psychotherapie (vgl. Schäfer et al. 2019: 6). Traumafokussierte Verfahren sind Therapieansätze, welche die Reduktion der PTBS-Symptomatik in den Mittelpunkt stellen (vgl. Hecker/Maercker 2015: 557). Darunter versteht man zum Beispiel die prolongierte Exposition (vgl. Foa et al. 2014: 13). Im Rahmen dieses Verfahrens wird das traumatische Erlebnis unter Einbeziehung der damit verbundenen emotionalen Reaktionen erneut durchlebt und verbalisiert. Die wiederholte imaginative Konfrontation mit dem Traumageschehen, zielt darauf ab, eine Habituation hervorzurufen: eine schrittweise Gewöhnung an die traumabezogenen Erinnerungen. Die Habituation hat eine Abschwächung der emotionalen und physiologischen Reaktionsintensität zur Folge. Ergänzend zur traumafokussierten Psychotherapie wirken Kognitive Therapieansätze (vgl. Hecker/Maercker 2015: 557). Diese kognitiven Therapien richten ihren Schwerpunkt auf die Bearbeitung dysfunktionaler Bewertungs- und Wahrnehmungsmuster, dieser Prozess wird als kognitive Umstrukturierung bezeichnet (vgl. Ehlers/Clark 2000: 335, 338, 342). Grundsätzlich sollen Medikamente nicht als routinemässige Erstbehandlung an Stelle der traumafokussierten Psychotherapie eingesetzt werden. Sie kommen erst dann infrage, wenn die psychologische Intervention allein nicht ausreichend wirksam ist, wenn die Person eine Psychotherapie ablehnt oder darauf keinen Zugang hat, oder wenn eine komorbide Erkrankung Medikation erfordert (vgl. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health 2013: 14).

Im deutschsprachigen Raum haben sich bei der Behandlung einer PTBS drei Therapiephasen etabliert. Die erste Phase ist die Herstellung von Sicherheit durch Stabilisierung und Affektregulation. In der zweiten Phase erfolgt die Traumaexposition, welche verschiedene Formen haben kann. Die letzte Phase ist die Integration der traumatischen Erfahrungen und Neuorientierung (vgl. Hecker/Maercker 2015: 556). Spezifisch bei der Behandlung der KPTBS wird der ersten Phase eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Es sollte eine ausreichende Phase der Stabilisierung stattfinden, bevor ein Verfahren wie die prolongierte Exposition durchgeführt wird (vgl. ebd.: 557).

Bei Personen mit PTBS treten Komorbiditäten häufig auf, weshalb die Frage der Behandlungsreihenfolge sorgfältig abgewogen werden muss. Ob komorbide Störungen vor, gleichzeitig mit oder nach der PTBS-Behandlung adressiert werden, ist durch die behandelnde Fachperson im Einzelfall zu entscheiden (vgl. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health 2013: 11-13). Bei einer komorbiden Depression wird in der Regel empfohlen, zunächst die PTBS zu behandeln, da sich die depressive Symptomatik häufig parallel verbessert. Besteht jedoch ein erhöhtes Suizidrisiko oder verhindert die Schwere der Depression eine therapeutische Beteiligung, ist die Depression vorrangig zu behandeln. Bei einer Substanzgebrauchsstörung hingegen wird eine parallele Behandlung beider Störungen empfohlen, da sie sich gegenseitig aufrechterhalten. Der traumafokussierte Anteil der Behandlung soll jedoch erst beginnen, wenn die betroffene Person in der Lage ist, Belastungen ohne Rückgriff auf Substanzen zu bewältigen (vgl. ebd.: 15).

Über die reine Symptomreduktion hinaus wird in der Forschung auch die Möglichkeit positiver Veränderungen nach traumatischen Erfahrungen thematisiert. Der Begriff des posttraumatischen Wachstums, geprägt von Tedeschi und Calhoun (2004), beschreibt eine positive psychologische Entwicklung, die aus der Auseinandersetzung mit herausfordernden Lebensumständen resultieren kann (vgl. Tedeschi/Calhoun 2004:1). Das Konzept des posttraumatischen Wachstums weist damit bereits theoretische Berührungspunkte zu resilienzorientierten Perspektiven auf, die in Kapitel 4 vertieft behandelt werden.

Kapitel 2 hat gezeigt, dass Trauma eine psychische Verwundung darstellt, die durch neurobiologische Prozesse entsteht und tiefgreifende Folgen für die psychische Gesundheit haben kann. Traumatische Erfahrungen stellen einen bedeutenden Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen wie PTBS, KPTBS oder dissoziativer Störungen dar,

wobei das Alter bei der Traumatisierung sowie die Art des Traumas den Schweregrad massgeblich beeinflussen. Damit ist die theoretische Grundlage gelegt, auf der nun ein pädagogischer Ansatz betrachtet werden kann, der explizit auf diesem Wissen aufbaut: die Traumapädagogik.

3. Traumapädagogik – Grundlagen, Entwicklungen und Handlungsprinzipien

Dieses Kapitel schliesst an die theoretischen Grundlagen von Trauma an. Es gibt einen systematischen Überblick über die Entstehung, theoretischen Fundamente und zentralen Ausrichtungen des traumapädagogischen Ansatzes. Zunächst werden die historischen Entwicklungen sowie die zugrunde liegenden theoretischen Bezüge der Traumapädagogik dargestellt, woraufhin die zentralen Prinzipien traumapädagogischen Handelns herausgearbeitet werden. Anschliessend wird Traumapädagogik als professionelle Haltung beschrieben und ihre Abgrenzung sowie Verbindung zu therapeutischen Ansätzen aufgezeigt. Abschliessend werden Standards, Umsetzung und Grenzen der Traumapädagogik erläutert.

3.1 Entstehungsgeschichte und theoretische Fundamente der Traumapädagogik

Die Traumapädagogik entwickelte sich in Deutschland Mitte bis Ende der 1990er Jahre. Der Prozess begann als «Graswurzelbewegung» durch engagierte Praktiker:innen in der stationären Jugendhilfe. Es wurden psychotraumatologische Erkenntnisse auf das pädagogische Setting übertragen, um ein spezifisch pädagogisches Unterstützungsangebot für Kinder und Jugendliche mit traumatischen Lebenserfahrungen zu entwickeln. Mit der Jahrtausendwende erlangten die Konzepte dann zunehmend Beachtung in der Fachöffentlichkeit. Es entwickelten sich Austauschgefässe, die fachliche Diskussionen ermöglichten und zur Herausbildung der Traumapädagogik als neuer Fachdisziplin beitrugen (vgl. Kühn 2017: 19-21).

Ausgangspunkt der Einbeziehung psychotraumatologischen Wissens in die Pädagogik waren Handlungsunsicherheiten von pädagogischen Fachkräften im Umgang mit Kindern und Jugendlichen (vgl. Kühn 2017: 21). Pädagogische Fachkräfte werden in ihrem Arbeitsalltag nicht nur im Umgang mit hoch belasteten Kindern und Jugendlichen herausgefordert (vgl. Kühn 2023: 29), sondern müssen sich auch mit den Auswirkungen transgenerationaler, familiärer Traumata und traumatischer Eltern-Kind-Beziehungen auseinandersetzen (vgl. Pleyer 2004: 142f.). Kühn (2023) beschreibt, dass diese zunehmenden Anforderungen in Kombination mit fehlendem Fachwissen bei pädagogischen Fachkräften zu Überforderungssituationen und Grenzüberschreitungen führen können. Diese als «schwierig» wahrgenommenen Kinder erleben nicht selten institutionelle Gewalt wie Demütigungen, Blossstellung und physische

Gewalt. Bei näherer Betrachtung zeigt sich dieses auffällige Verhalten häufig als Ausdruck von Trauma. Sie zeigen Symptome traumatischer Stressreaktionen, welchen die pädagogische Fachkompetenz häufig nicht gewachsen ist. Hier setzt die Traumapädagogik an. Durch eine traumapädagogische Betrachtungsweise soll ein neuer Blickwinkel auf diese «besonderen» Kinder ermöglicht werden. Diese jungen Menschen, deren Vertrauen in sich selbst und ihre Umwelt durch traumatische Erfahrungen zerstört wurde, sollen ihre soziale Teilhabe zurückerlangen. Wichtig anzufügen ist, dass die Traumapädagogik nicht als spezialisierte Nische innerhalb der Pädagogik zu verstehen ist, sondern vielmehr einen grundlegenden Perspektivwechsel im professionellen Handeln darstellt und allen Kindern und Jugendlichen zugutekommen soll. Sie bezieht lediglich aktiv die «unverstandenen» Kinder in die fachlichen Überlegungen mit ein (vgl. Kühn 2023: 29f.).

Theoretisch greift die Traumapädagogik auf mehrere Bezugskonzepte zurück, insbesondere auf die Psychotraumatologie, die Bindungs- und Netzwerktheorie (vgl. Gahleitner et al. 2021: 131) sowie auf psychotherapeutische und beratungswissenschaftliche Ansätze, vor allem die psychoanalytische Pädagogik (vgl. Weiss 2016, zit. nach Gahleitner et al. 2021: 131). Hinzu kommen humanistisches und millieutheoretisches Gedankengut, während die Traumapädagogik zugleich in den Traditionen der Pädagogik und der Sozialen Arbeit verankert bleibt (vgl. Gahleitner et al. 2021: 131).

Zentral ist dabei ein nicht pathologisierender Blick auf belastetes Verhalten (vgl. Kühn 2017: 24f.). Traumatisierung wird in diesem Sinne als Folge von Gewalt und Vernachlässigung angesehen und nicht als individuelles Problem/Versagen des Kindes oder Jugendlichen. Nicht das Kind wird als das «Problem» verstanden, sondern die Erfahrungen und Lebensumstände, die es geprägt haben. Die Perspektive verschiebt sich vom Kind als «gestört» hin zum Kontext der erlebten Traumatisierung und dem daraus resultierenden Verhalten. Das Kind trägt die Folgen der Traumatisierung in sich, es ist jedoch nicht die Ursache des Problems (vgl. Becker 2007, zit. nach Kühn 2017: 24).

In der Traumapädagogik wird fachliches Verstehen mit einer Haltung kombiniert, die Kinder und Jugendliche als Expert*innen ihrer Lebensgeschichte ernst nimmt (vgl. Fachverband Traumapädagogik 2017: 15). Die Kinder und Jugendlichen werden von Anfang an am Prozess des Verstehens beteiligt. Durch Förderung und Unterstützung der pädagogischen Fachkräfte, nehmen sie aktiv Einfluss auf den Prozess. Die Umsetzung der Partizipation misst sich an den

alters- und entwicklungsentsprechenden Möglichkeiten und Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen (vgl. Fachverband Traumapädagogik 2017: 21).

3.2 Zentrale Prinzipien traumapädagogischen Handelns

Die «Annahme des guten Grundes» bildet den Kern der traumapädagogischen Grundhaltung (vgl. Kühn 2006, zit. nach Fachverband Traumapädagogik 2017: 9). Jedes auffällige Verhalten hat eine Ursache und eine spezifische Funktion. Kinder, die traumatische oder belastende Erlebnisse gemacht haben, entwickeln Verhaltensmuster, um mit diesen Erfahrungen umgehen zu können. Die Verhaltensmuster dienen als adaptive Bewältigungsstrategien, um die erlebten Stressoren zu regulieren und psychisch zu überleben. Das unangepasste Verhalten ist demnach nicht als willentliche Provokation oder Manipulation zu verstehen, sondern als funktionale Anpassungsleistung an aussergewöhnliche Belastungssituationen. Es ist ein Ausdruck eines Hilfebedarfs. Aus dieser Perspektive stellen Verhaltensauffälligkeiten eine nonverbale Kommunikationsform dar, durch die Kinder auf unbefriedigte oder verletzte Grundbedürfnisse hinweisen. Sie liefern damit diagnostisch relevante Hinweise auf entwicklungsbedingte Defizite und zeigen auf, welche Ressourcen und Unterstützungsleistungen das Kind benötigt. Mit ihren Verhaltensauffälligkeiten erzählen Kinder etwas über sich und ihre Geschichte. Die Sichtweise des guten Grundes bildet den Weg zu einer wertschätzenden und ressourcenorientierten Haltung (vgl. Bartsch et al. 2019: o.S.). Demnach hat es einen guten Grund, wenn ein Mädchen auch nach unzähligen Trainings und Therapieversuchen nach wie vor einnässt oder ein Junge den Weg in die Schule immer wieder nicht schafft. Diese Verhaltensweisen sind Ausdruck von Not (vgl. Fachverband Traumapädagogik 2017: 7f.).

Ein weiteres Prinzip ist der «sichere Ort». Traumatisierte Kinder erleben ihre Umwelt häufig als bedrohlich und unsicher, da sie das Vertrauen in andere Menschen, in sich selbst und in die Welt als sicheren Ort verloren haben. Vor diesem Hintergrund stellt die Herstellung von Sicherheit eine zentrale traumapädagogische Intervention dar, die sowohl auf der Ebene der äusseren als auch der inneren Sicherheit ansetzt (vgl. Bartsch et al. 2019: o.S.). Ein sicherer Ort muss nicht zwingend ein physischer Raum sein, auch eine Person allein kann einen sicheren Ort bilden (vgl. Baierl 2014: 81). Äussere Sicherheit bezieht sich auf strukturelle und räumliche Rahmenbedingungen. Die Kinder sollen an einem Ort sein, der durch seine Gestaltung Sicherheit vermittelt und Gefahren ausschliesst. Klare Regeln und Strukturen sollen dem Kind Orientierung bieten. Innere Sicherheit wird bei einem Kind erreicht, wenn es sich bei Menschen

befindet, zu denen es eine gute Beziehung aufbauen kann und von denen es geschützt und behütet wird. (vgl. Bartsch et al. 2019: o.S.). Eine Bezugsperson bildet Sicherheit durch ein authentisches und sicheres Rollenverständnis. Sie nimmt eine haltgebende, präsente und klar positionierte Helferrolle ein, ohne in Rettungsimpulse oder Aktionismus zu verfallen (vgl. Baierl et al. 2017: 60). Der geschaffene Raum von Sicherheit soll einen Gegensatz zum traumatisierenden Umfeld des Kindes bilden. Die Entwicklungsförderung eines Kindes setzt eine sichere Basis voraus (vgl. Fachverband Traumapädagogik 2017: 16). Kinder können in diesem Rahmen ihre eigenen Stärken entdecken (vgl. Bartsch et al. 2019: o.S.).

Ein nächstes Prinzip ist die Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung (vgl. ebd.: o.S.). Traumapädagogisches Handeln soll Kinder und Jugendliche dabei unterstützen, wieder Handlungskompetenz im Umgang mit den eigenen Gefühlen und Bedürfnisse zu erlangen. Sie sollen befähigt werden ihre Gefühle zu kontrollieren und stabilisieren sowie sich als handlungsfähig zu erleben (vgl. Baierl 2014: 81). Dazu gehört auch die altersangemessene Vermittlung von Wissen über Trauma und Traumafolgen, um ein Bewusstsein über die eigene Gefühlswelt zu schaffen (vgl. Weiss 2013: 147f.).

Weitere wesentliche Aspekte einer traumapädagogischen Grundhaltung sind Wertschätzung, Partizipation und Transparenz. Das Kind wird unbedingt wertgeschätzt in seiner Art und Individualität. Junge Menschen sollen bei der Gestaltung ihrer Lebenssituation Partizipation ergreifen und Transparenz über pädagogische Massnahmen erhalten (vgl. Fachverband Traumapädagogik 2017: 9).

«Und weil Freude viel Belastung trägt, setzt Spass und Freude im pädagogischen Alltag ein Gegengewicht zu dem (Er-)Tragen und Aus-Halten von traumatischen Belastungen» (Fachverband Traumapädagogik 2017: 9). Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe, die aus traumatisierenden Lebensumfeldern stammen, haben häufig keine adäquaten Emotionsregulationsstrategien entwickeln können. Sie erleben sich destruktiven Gefühlen und Ohnmachtserfahrungen weitgehend ausgeliefert (vgl. Staub/Seidl 2024: 19). Deswegen sind Spass und Freude als Gegenstück bedeutend in der traumapädagogischen Arbeit (vgl. Fachverband Traumapädagogik 2017: 9).

In der Logik der Traumapädagogik verbinden sich die Prinzipien zu einer Grundhaltung, die traumapädagogisches Verstehen ermöglicht (vgl. Fachverband Traumapädagogik 2017: 9).

3.3 Traumapädagogik als Haltung – pädagogisch vs. therapeutisch

Traumapädagogik ist weniger als einzelne Methode, sondern vielmehr als professionelle Haltung zu verstehen. Die Haltung repräsentiert Annehmung, Respekt und Wertschätzung (vgl. Fachverband Traumapädagogik 2017: 4). Für Fachpersonen bedeutet dies eine hohe Bereitschaft zur Selbstreflexion. Traumapädagogisches Handeln verlangt die eigenen Belastungsgrenzen, Stärken und Schwächen zu reflektieren, Bindungserfahrungen und Konfliktfähigkeit einschätzen zu können und zu wissen, wodurch Stärkung und Schutz möglich sind (vgl. Baierl et al. 2017: 64).

Traumapädagogische Angebote sollen keineswegs therapeutische oder klinische Interventionen ersetzen, sondern lediglich ergänzend fungieren. Die Traumapädagogik ist als eigenständiger Ansatz traumazentrierter pädagogischer Hilfe zu betrachten (vgl. Kühn 2017: 19). Das Zusammenspiel von Traumapädagogik und Therapie lässt sich mit dem «Drei-Phasen-Modell» aufzeigen (vgl. Gahleitner et al. 2021: 133).

Die erste Phase im Prozess der traumapädagogischen Traumabearbeitung bildet die Stabilisierung und Ressourcenerschliessung. Grundlegend dafür ist die Herstellung von innerer und äusserer Sicherheit. Dazu gehört, mindestens eine bindungssensible professionelle Beziehung aufzubauen sowie soziale Ressourcen zu erschliessen (vgl. ebd.: 133f.).

In der zweiten Phase steht die Auseinandersetzung mit dem Trauma im Zentrum. In der Psychotherapie soll behutsam versucht werden, Zugang zu traumatischen Erinnerungen zu finden, ohne von den begleiteten Emotionen überwältigt zu werden. Die Integration dieser belastenden Anteile in das Selbstkonzept ermöglicht eine Rekonstruktion der mit dem Trauma im Zusammenhang stehenden Gefühle und Gedanken (vgl. ebd.: 135). Hierbei unterscheiden sich die beiden Fachdisziplinen: traumatherapeutische Interventionen decken traumatische Erfahrungen auf, während traumapädagogische Interventionen im Alltag eines Kindes als Unterstützung ansetzen (vgl. Weiss 2016: 169f.). Im pädagogischen Alltag können explorative Prozesse stattfinden, in welchen Kinder ihre abgespaltenen Selbstanteile entdecken können. Dies können Emotionen oder Fantasien sein. Ziel ist die Selbstfindung, indem Platz für Emotionen geschaffen wird (vgl. ebd.: 126f.).

Der dritte und letzte Schritt ist die Integration. Es geht dabei darum, auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse mehr Kontrolle und Verstehen über das eigene Handeln und die eigenen Gefühle zu erlangen (vgl. Gahleitner et al. 2021: 135). Nach einer ausreichenden Stabilisierung und/oder Bearbeitung des Traumas wird für die traumatisierten Menschen eine Neuorientierung möglich

für weitere therapeutische oder pädagogische Prozessschritte, welche posttraumatisches Wachstum fördern könnten (vgl. Tedeschi et al. 1998, zit. nach Gahleitner et al. 2021: 135).

Es wird somit deutlich, dass Traumapädagogik keine Traumatherapie ersetzt. Der entscheidende Unterschied liegt in der Zielsetzung: Pädagogik arbeitet alltagsorientierend und stabilisierend (vgl. Weiss 2016: 120-127), während Therapie die konfrontierende Bearbeitung traumatischer Erinnerung übernimmt (vgl. Gahleitner et al. 2021: 135). Damit diese Abgrenzung und Zusammenarbeit funktioniert, sind interdisziplinäre Netzwerke unabdingbar. Traumapädagogische Arbeit kann nur in professionellen Kooperationen gelingen (vgl. Fachverband Traumapädagogik e.V./Schweizer Fachverband Traumapädagogik 2025: 63).

3.4 Standards und Umsetzung der Traumapädagogik

Traumapädagogik braucht mehr als eine gute Haltung, nämlich verbindliche Standards und institutionelle Rahmenbedingungen. Der Fachverband Traumapädagogik versteht traumapädagogische Konzepte deshalb als Orientierungs- und Qualitätssicherungsrahmen, der Haltungen, Förderansätze und Methoden systematisch bündelt (vgl. Herz 2005, zit. nach Staub/Seidl 2024: 11). Konkret bedeutet das für die Praxis zum einen Schutzkonzepte, die traumatisierte Kinder vor neuer Gewalt und Grenzverletzungen schützen, etwa durch klare Verfahren zur Sicherung des Kindeswohls und zur Gewaltpräventionen (vgl. Fachverband Traumapädagogik e.V./Schweizer Fachverband Traumapädagogik 2025: 56). Zudem brauchen die jungen Menschen Räume für Mitwirkung, Peerkontakte und gesellschaftliche Teilhabe (vgl. ebd.: 49). Auf personeller Ebene sieht der Standard beispielsweise Doppeldienste vor, damit Fachkräfte sich gegenseitig stützen können, sowie regelmässige traumasensible Supervision, Teamberatung und Fortbildungen (vgl. ebd.: 62). Ohne diese Rahmenbedingungen besteht die Gefahr, dass traumapädagogisches Handeln auf individuelles Bemühen einzelner Fachkräfte reduziert bleibt (vgl. Baierl et al. 2017: 59).

Im pädagogischen Alltag übersetzen sich Standards und Haltung in greifbare Methoden. Stabilisierung ist dabei der zentrale Ansatzpunkt, weil traumatisierte Menschen dauerhaft auf Gefahrenerkennung eingestellt sind (vgl. Baierl 2014: 86). Dazu gehören körperliche Stabilisierung, Entspannungstechniken und Übungen zur bewussten Aufmerksamkeitslenkung, die helfen, ein mittleres Erregungsniveau zu halten (vgl. Huber 2006, zit. nach Baierl 2014: 98f.). Ein wichtiges Werkzeug ist das Stressbarometer, mit dem Kinder und Jugendliche lernen,

ihr aktuelles Stresslevel wahrzunehmen und zu benennen. Zusammen mit einer Triggerlandkarte, auf der individuelle Auslöser und mögliche Gegenstrategien verzeichnet werden, können die jungen Menschen schrittweise lernen, belastende Situationen früher zu erkennen und angemessen zu steuern (vgl. Weiss 2013: 152f.). Auch körperliche Ausdrucksmöglichkeiten durch körperlich expressive Übungen sowie das gezielte Anbieten von Ruhe- und Entspannungsräumen gehören dazu (vgl. Lang 2013: 319-321).

Kapitel 3 hat die Traumapädagogik als eigenständige Fachdisziplin vorgestellt, die aus der Praxis der stationären Kinder- und Jugendhilfe entstanden ist und psychotraumatologisches Wissen in pädagogisches Handeln überträgt. Ihre zentralen Prinzipien – darunter die Annahme des guten Grundes, die Schaffung sicherer Orte sowie die Förderung von Selbstwirksamkeit und Partizipation – bilden eine ressourcenorientierte Grundhaltung, die therapeutische Interventionen nicht ersetzt, sondern ergänzt. Diese ressourcenorientierte Perspektive führt unmittelbar zum zweiten Kernkonzept der Arbeit, der Resilienz.

4. Resilienz – theoretische Grundlagen und Bedeutung für die Soziale Arbeit

Kapitel 4 befasst sich mit den theoretischen Grundlagen des Resilienzkonzepts sowie dessen Relevanz für die Soziale Arbeit. Im Folgenden werden zunächst zentrale Aspekte des Resilienzbegriffs sowie die Entwicklung der Resilienzforschung dargestellt. Darauf aufbauend werden Risiko- und Schutzfaktoren sowie Resilienzmodelle betrachtet. Anschliessend wird der Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischen Erkrankungen thematisiert und abschliessend wird die Bedeutung von Resilienz im Kontext der Sozialen Arbeit eingeordnet.

4.1 Begriffsdefinition und historische Entwicklung der Resilienzforschung

Der Begriff Resilienz hat seinen Ursprung im Lateinischen und leitet sich vom Verb «resilire» ab, was «zurückspringen» bedeutet. Er drückt in diesem Sinne Eigenschaften wie Spannkraft, Widerstandsfähigkeit und Elastizität aus. Der Begriff findet in verschiedenen Kontexten Gebrauch und wird immer ähnlich verstanden. Er beschreibt einen Prozess, welcher das funktionelle Gleichgewicht nach Belastung wiederherstellt. Darüber hinaus kann Resilienz auch als Transformationsprozess in einen neuen stabilen und funktionellen Zustand verstanden werden (vgl. Masten 2016: 26). In Bezug auf das menschliche Wesen beschreibt Resilienz die psychische Widerstandskraft (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 7). Nach Wustmann (2020, zit. nach Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2024: 19) geht es dabei um die Fähigkeit, biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken standzuhalten. Krisen im Lebenszyklus können dabei durch persönliche und soziale Ressourcen bewältigt werden, wodurch eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit möglich wird (vgl. Welter-Enderlin/Hildenbrand 2008: 13).

Richtet man den Blick auf die historische Entwicklung der Resilienzforschung, liegen die Anfänge in den 1970er Jahren. Die Resilienzforschung entwickelte sich aus der Entwicklungspsychopathologie, die sich zu dieser Zeit vor allem mit Risikoeinflüssen auf die Entwicklung von Kindern beschäftigte. Dabei richtete sich die Aufmerksamkeit der Forschenden zunehmend auf jene Kinder, die trotz schwierigster Lebensbedingungen eine positive Entwicklung zeigten (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 14). Durch die resilienztheoretische Perspektive wurde ein neuer Blickwinkel gewonnen. Dieser ermöglichte

es, Gesundheit in einem umfassenderen Sinn zu verstehen. In diesem Zusammenhang definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Damit ergaben sich neue Impulse für die Präventivforschung: nicht mehr ausschliesslich Verhaltensweisen oder Lebensbedingungen, die Menschen krank machen, sondern ebenso Bedingungen, die zur Förderung seelischer und körperlicher Gesundheit beitragen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 7-9). Der Perspektiven- beziehungsweise Paradigmenwechsel, also die Verlagerung des Blicks von der Pathologie hin zur Resilienz, wurde durch die Studien des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky beeinflusst. Er prägte das Konzept der Salutogenese. Wie auch das Resilienzkonzept legt die Salutogenese den Schwerpunkt auf die Ressourcen und Schutzfaktoren (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 14). Damit verschiebt sich der Fokus von der Erklärung von Krankheitsursachen hin zur Untersuchung von Bedingungen, die zur Erhaltung von Gesundheit beitragen (vgl. Leipold 2015: 30).

Die systematische Resilienzforschung entwickelte sich anschliessend Ende der 1970er Jahre insbesondere in Grossbritannien und Nordamerika (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 14). Wustmann (2020, zit. nach Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2024: 13) beschreibt, dass der Fokus fortan verstärkt auf den Schutzfaktoren und Ressourcen von Individuen lag, mit paralleler Berücksichtigung von Risikofaktoren.

Nach Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2024: 13) ist die Resilienzforschung in vier thematische Schwerpunkte zu unterteilen. Diese überlappen sich zeitlich und dauern weiterhin an. Der erste Schwerpunkt, welcher zeitlich zu Beginn der Resilienzforschung einzuordnen ist, befasst sich mit den empirischen Grundlagen. Diese beinhalten die Identifizierung von Schutzfaktoren und Kernkonzepten und der Definition von Resilienz. Daraus entwickelte sich der zweite Forschungsstrang. Dieser analysiert Wirkmechanismen und Prozesse, welche mit Resilienz zusammenhängen und versucht die Vielschichtigkeit des Konstrukts zu verdeutlichen. Den dritten Forschungsbereich bilden Präventionsmassnahmen und deren Wirksamkeit, zur Förderung von Resilienz. Im Mittelpunkt der vierten Forschungsphase steht die Entwicklung vielschichtiger Modelle zur Erforschung der Einflussfaktoren von Resilienz. Psychosoziale und neurobiologische Aspekte sowie das Zusammenspiel zwischen genetischen Faktoren und Umwelteinflüssen, spielen dabei eine zentrale Rolle. Diese multiperspektivische Sichtweise erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Forschungsbereiche (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2024: 13).

Eine zentrale Bedeutung für die Resilienzforschung hatte die «Kauai-Studie» von Emmy Werner, die als Pionierstudie gilt (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 16). Die Studie von Werner (2000, zit. nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 16) untersuchte im Rahmen der Kauai-Längsschnittstudie über mehr als 40 Jahre die Entwicklung von 698 Kindern des Geburtsjahrgangs 1955 auf der hawaiianischen Insel Kauai. Etwa ein Drittel der Kinder wuchs unter erhöhten Risikobedingungen wie Armut, psychische Erkrankungen der Eltern oder familiären Konflikten auf. Trotz dieser Belastungen entwickelten sich wiederum etwa ein Drittel dieser Risikogruppe positiv und zeigte keine auffälligen Verhaltensprobleme (vgl. Werner 2000, zit. nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 16). Sie entwickelten sich zu kompetenten, fürsorglichen und selbstbewussten Erwachsenen, absolvierten erfolgreich die Schule und fanden Teilhabe im privaten und gesellschaftlichen Leben (vgl. Welter-Enderlin/Hildenbrand 2008: 30f.) Diese somit resilienten Individuen wiesen, im Vergleich zu anderen Personen aus gleichen schwierigen Lebensbedingungen, im Erwachsenenalter eine geringere Sterblichkeit, weniger chronische Gesundheitsprobleme sowie niedrigere Scheidungsraten auf (vgl. Wustmann 2016, zit. nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 16).

Die Ergebnisse der Kauai-Studie verdeutlichen, dass sich Menschen trotz belastender Lebensbedingungen positiv entwickeln können. Das nächste Kapitel widmet sich den Faktoren und Prozessen, die zu dieser resilienten Entwicklung beitragen.

4.2 Risiko-, Schutzfaktoren und Resilienzmodelle

«Die Wurzeln für die Fähigkeit zur Resilienz werden schon in frühen Lebensjahren gelegt (…)» (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 7). Aus der Entwicklungspsychologie geht hervor, dass die ersten Lebensjahre für die Entwicklung eines Menschen von zentraler Bedeutung sind. Dabei kommen der Lebenssituation, den Lernmöglichkeiten sowie Beziehungserfahrungen eine hohe Bedeutung bei der Persönlichkeitsentwicklung und der Ausprägung kognitiver, sozialer und emotionaler Kompetenzen zu. Neben den Faktoren, die zu einer resilienten Entwicklung beitragen, liegt im Resilienzkonzept auch ein Fokus auf der Bewältigung von Risiken. Schutz- und Risikofaktoren kommen dabei gleichermassen eine Bedeutung zu, denn letztlich wirken beide Aspekte auf die Entwicklung von Kindern ein (vgl. ebd.: 20).

Resilienz wird nicht als statische Persönlichkeitseigenschaft verstanden, sondern als prozesshaftes Zusammenspiel individueller, sozialer und struktureller Schutzfaktoren. Der stabilste Faktor für eine resiliente Entwicklung sind sichere Bindungen (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2024: 20–24). Liebevolle Bindungen sind der Schlüssel zu psychischer Stärke (vgl. Berndt 2015: 67). Die Resilienzforschung beschreibt, dass Resilienz schlussendlich immer von Beziehungen abhängt. Besondere Bedeutung kommt sogenannten kompensatorischen Beziehungen zu. Dabei handelt es sich um Personen aus dem erweiterten Familien- oder Freundeskreis sowie Fachkräfte, welche eine fürsorgende Rolle übernehmen. Entscheidend ist, wie diese Beziehung gestaltet ist, damit sie sich positiv auf ein Individuum auswirkt. Diese Beziehungen sind gekennzeichnet durch Vertrauen, Unterstützung, Wertschätzung, konstante Verfügbarkeit und Vermittlung von Sicherheit (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2024: 21).

Wustmann (2016, zit. nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 29-31) unterteilt die schützenden Faktoren, für die Entwicklung eines Kindes, in soziale und personale Ressourcen. Beispiele für soziale Ressourcen sind stabile Bindungspersonen, ein wertschätzendes Klima in der Familie oder Bildungsinstitution, positive Peerkontakte, ein hoher sozioökonomischer Status der Familie, eine harmonische Paarbeziehung der Eltern, ein fürsorgliches soziales Umfeld und gute Arbeitschancen. Diese Faktoren sind nicht einzeln zu verstehen, sondern wirken im Zusammenspiel mit weiteren individuellen und sozialen Bedingungen. Die personalen Ressourcen unterteilen sich in kindbezogene Faktoren und Resilienzfaktoren. Kindbezogene Faktoren sind Ressourcen wie eine positive Temperamenteigenschaft, intellektuelle Fähigkeiten und das erstgeborene Kind oder weiblich zu sein (vgl. Wustmann 2016, zit. nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 29-31). Die Resilienzfaktoren lassen sich nach Rönnau-Böse (2013, zit. nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 42f.) in sechs zentrale Bereiche unterteilen: Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, Soziale Kompetenz, Problemlösefähigkeit und aktive Bewältigungskompetenzen. Diese Kompetenzen sind aus resilienztheoretischer Sicht zentral, bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, aktuellen Anforderungen und Krisen (vgl. Rönnau-Böse 2013, zit. nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 42f.).

Unter dem Begriff Risikofaktoren werden krankheitsbegünstigende und risikoerhöhende Faktoren für die Entwicklung eines Individuums zusammengefasst. Diese Faktoren können Störungen begünstigen und erhöhen deren Auftretenswahrscheinlichkeit. Sie liegen entweder

im sozialen Umfeld eines Kindes oder in der Person des Kindes selbst (vgl. Bengel et al. 2009: 19-22). Wustmann (2016, zit. nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 2f.) unterscheidet zwischen primären und sekundären Vulnerabilitätsfaktoren und Risikofaktoren/Stressoren. Primäre Vulnerabilitätsfaktoren umfassen biologische und individuelle Voraussetzungen, die ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsprobleme darstellen. Dazu zählen prä-, peri- und postnatale Belastungen (beispielsweise Frühgeburt oder Geburtskomplikationen), neuropsychologische Auffälligkeiten, genetische Faktoren, chronische Erkrankungen, schwierige Temperamentsmerkmale sowie eingeschränkte kognitive und wahrnehmungsbezogene Fähigkeiten. Sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren beziehen sich vor allem auf psychosoziale Faktoren, insbesondere unsichere Bindungsmuster und eine geringe Fähigkeit zur Selbstregulation. Risikofaktoren/Stressoren liegen im sozialen und familiären Umfeld. Dazu gehören ein niedriger sozioökonomischer Status, belastende Wohnverhältnisse, familiäre Konflikte, Trennung der Eltern, psychische Erkrankungen der Eltern, Abwesenheit eines Elternteils, Erziehungsdefizite der Eltern und Mobbing oder Ablehnung von Peers (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 22f.).

Die Frage, wie Resilienz gefördert/erlangt werden kann, wird in der Literatur von Engelmann (2014: 12) bearbeitet. Das Modell beruht auf den unterschiedlichsten Ergebnissen der Resilienzforschung und beschreibt sieben Wege zur Resilienz. Durch diese sieben Wege kann man zu einem starken Selbst gelangen. Sie weisen in die Richtung einer positiven Lebenseinstellung und bezwecken somit mehr Resilienz. Durch eine positive Lebenseinstellung werden die eigenen Begebenheiten angenommen und die Höhen und Tiefen des Lebens anerkannt (vgl. ebd.: 14).
Der erste Weg zur Erlangung von Resilienz ist die Selbstwahrnehmung. Sie bildet die Grundlage für Resilienz, da sie es ermöglicht, innere Unstimmigkeiten überhaupt festzustellen. Die Selbstwahrnehmung bildet daher den ersten Schritt und ermöglicht gezieltes Handeln, um das eigene Wohlbefinden wieder zu verbessern (vgl. ebd.: 17). Der zweite Pfad bildet die Lebensfreude. Sie ist ein zentraler Schutzfaktor und verhilft in jedem Fall zu innerer Stabilität. Lebensfreude ist deshalb so wichtig, da sie in trüben Zeiten, durch Erinnerung an schöne Momente, einen Grund bildet, aufzustehen und weiterzumachen. Die positiven Emotionen durch Lebensfreude setzen eine Aufwärtsspirale in Gang (vgl. ebd.: 43). Der dritte Zugang bildet die Selbstwirksamkeit. Dabei geht es nicht zentral darum, ob wir die erforderlichen Fähigkeiten für unsere Ziele haben, sondern um das alleinige Gefühl etwas schaffen zu können. Es geht darum, Einfluss auf das zu nehmen, auf das man Einfluss hat und den Glauben daran,

wirksam werden zu können. Diese innere Haltung ist ein wichtiger Schritt in Richtung innere Stärke und Resilienz (vgl. ebd.: 68). Die Selbstbestimmung stellt den vierten Pfad zur Resilienz dar. Sie fördert die Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln und bringt Menschen in die aktive Gestalterrolle ihres Lebens. Es entsteht ein handlungsfähiges Selbst und man kommt von dem Gedanken weg, «Opfer der Umstände» zu sein, und wird zum/zur Gestalter:in des eigenen Lebens (vgl. ebd.: 91f.). Optimismus ist der fünfte Weg, an Resilienz zu gewinnen. Dies ist grundlegend, da eine optimistische Haltung der Ausdruck von Resilienz ist. Wer einen positiven Ausgang für wahrscheinlicher als einen negativen hält, wird unbewusst oder bewusst alles dafür tun, diesen positiven Ausgang herbeizuführen. Wissenschaftlich erwiesen, wirkt sich Optimismus positiv auf die Gesundheit aus. Optimismus ermöglicht es, nach Niederlagen wieder aufzustehen (vgl. ebd.: 115). Der sechste Zugang ist Coping und bedeutet so viel wie zurechtkommen und bewältigen. Sie ist die Summe aller Stressbewältigungsstrategien, die einem Menschen zur Verfügung stehen. Coping ist unerlässlich, um auf stressige Reaktionen angemessen reagieren zu können und nicht daran zusammenzubrechen (vgl. ebd.: 138). Der letzte Weg zu mehr Resilienz ist Empathie. Empathie im Zusammenhang mit Resilienz betont die Wichtigkeit von Zugehörigkeit und einem guten Miteinander. Empathisch auf Mitmenschen wirken kann nur, wer über seine eigenen Gefühle Bescheid weiss. Empathie ermöglicht, auf Mitmenschen eingehen zu können und hilfreich zu sein – und so auch für sich selbst (vgl. ebd.: 163).

Neben diesen Grundsätzen gibt es noch weitere zentrale Grundprinzipien im Rahmen der Resilienzförderung. Dies ist zum einen die *Ressourcenorientierung*. Das Ansetzen an den Stärken und die Aktivierung von Ressourcen werden als wesentlicher Ausgangspunkt in der Resilienzförderung benannt. Es werden dabei gezielte Instrumente hinzugezogen, mit welchen Ressourcen sichtbar gemacht werden können (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2024: 188f.). Zum anderen wird das *Verstehen des Eigensinns individueller Überlebensstrategien* als wesentliche Leitlinie verstanden. Dies bedeutet, eine Person und ihr Verhalten in ihrem eigenen Kontext zu verstehen (vgl. Ungar 2011: 136). «So sollten Verhaltensschwierigkeiten auch als Bewältigungsformen schwieriger Kontextbedingungen verstanden werden und es geht dann darum, diesen Eigensinn der Lebensbewegung eines Kindes/Jugendlichen in dem gegebenen Kontext zu verstehen» (Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2024: 189). Aus dieser Leitlinie geht eine weitere hervor, und zwar *Unterschiede als Stärken* nutzbar zu machen. Unterschiede können sowohl Herausforderungen als auch Potenziale darstellen. Bei dieser Leitlinie geht es

darum, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen Unterschiede als Stärken wirksam werden können (vgl. Gharabaghi 2013: 142).

4.3 Resilienz und psychische Erkrankungen

In Abschnitt 2.3 wurde der Zusammenhang zwischen Traumata und psychischen Erkrankungen erläutert. Dieser Abschnitt nimmt den Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Resilienz in den Blick.

Im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten, beschreibt Resilienz die Fähigkeit, die psychische Gesundheit während oder nach stressvollen Lebensumständen aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen (vgl. Helmreich/Lieb 2015: 58). Dabei ist Resilienz sowohl im klinischen als auch im präventiven Kontext von zentraler Bedeutung. Insbesondere in Kombination mit Selbstwirksamkeit fungiert sie als eine Art psychologischer Schutzschirm gegenüber Belastungen (vgl. Dulgeridis/Könen 2025: 7). Gleichzeitig ist hervorzuheben, dass eine hohe Resilienz keineswegs mit Unverwundbarkeit gleichzusetzen ist. Der Unterschied liegt darin, wie Betroffene mit ihrer Erkrankung umgehen (vgl. Kasper et al. 2008: 4). In diesem Sinne stellt eine hohe Resilienz eine bedeutende Ressource im Umgang mit psychischen Erkrankungen dar (vgl. ebd.: 3). So können resiliente Prozesse den Umgang mit Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie oder posttraumatische Belastungsstörung positiv beeinflussen (vgl. ebd.: 3; Helmreich/Lieb 2015: 58). Resilienzfaktoren reduzieren die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer psychischen Störung, indem der Anpassungsprozess an einen Stressor begünstigt wird (vgl. Helmreich/Lieb 2015: 58). Darüber hinaus zeigt sich insbesondere im therapeutischen Setting, dass Resilienz eine Ressource für den Therapieerfolg darstellt. Dennoch ist zu betonen, dass selbst eine stark ausgeprägte Resilienz das Auftreten einer psychischen Erkrankung nicht vollständig verhindern kann. Vielmehr entfaltet Resilienz ihre Wirkung im Kontext psychischer Erkrankungen im Bereich der Sekundärprävention, also im Umgang mit einer bereits bestehenden Erkrankung (vgl. Kasper et al. 2008: 5).

4.4 Resilienzförderung als Aufgabe der Sozialen Arbeit

Da die Wurzeln für die Fähigkeit zur Resilienz in den frühen Lebensjahren liegen, hat die Resilienzförderung in verschiedenen Disziplinen eine wichtige Bedeutung. Der Sozialen Arbeit beziehungsweise Sozialpädagogik kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Sie gewann in ihrer Rolle bei der Resilienzförderung und Prävention an Bedeutung (vgl. Fröhlich-

Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 7). Resilienzförderung ist jedoch nicht nur in den frühen Lebensjahren relevant. Wird Resilienz über die Lebensspanne betrachtet, zeigt sich, dass sie wandel- und veränderbar ist. Entwicklungen und Veränderungen von Resilienzprozessen sind in jedem Lebensabschnitt möglich. (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2024: 20). Es wird von Kontinuität ausgegangen. Darunter versteht man, dass Erfahrungen mit Bewältigungsprozessen in früheren Entwicklungsphasen massgeblich beeinflussen, wie Individuen in späteren Lebensabschnitten mit Herausforderungen umgehen. Damit gehen Auswirkungen auf die Entwicklung der Resilienz einher. Resilienz trägt somit eine Relevanz in allen Lebensphasen (vgl. ebd.: 40).

Die praktische Umsetzung von Resilienzförderung basiert auf einem stärkenorientierten Ansatz, der weg von der Defizitorientierung führt (vgl. Ehlers/Giertz 2022: 117). Sie findet in verschiedenen Kontexten Anwendung. In Kindertageseinrichtungen nutzen pädagogische Fachkräfte alltagsintegrierte Ansätze zur Resilienzförderung und gestalten eine resilienzförderliche Umgebung. Dabei werden auch die Familien der Kinder miteinbezogen. Beziehungs- und Interaktionsgestaltungen haben dabei eine wesentliche Bedeutung (vgl. Cichecki/Rönnau-Böse 2025: 2). In der Arbeit mit Jugendlichen ist eine lebensweltorientierte Sichtweise entscheidend (vgl. Gharabaghi 2013: 23). Die Professionellen orientieren sich an der Lebenswelt der Jugendlichen. Wichtig dabei ist, sich nicht nur auf die Veränderung der Umwelt zu konzentrieren, sondern auch die Perspektive des:der Jugendlichen zu berücksichtigen. Durch Verständnis für die individuelle Lebenswelt und den Sinn hinter bestimmten Verhaltensweisen können der Selbstwert sowie eine positive Identität des:der Jugendlichen gefördert werden (vgl. Gharabaghi 2013: 26). Zudem ist Resilienzförderung im Arbeitskontext relevant. Es wird Wert gelegt auf resilienzorientierte Arbeitsbedingungen. Arbeitsmodelle mit Strukturen zur Förderung psychischer Widerstandskraft können sich positiv auf Erwachsene und die Entwicklung von stressbedingten Krankheiten auswirken. Bereits im Erwachsenenbildungsbereich sollen Programme zur Selbstregulation und Selbstwirksamkeit Anwendung finden (vgl. Dulgeridis/Könen 2025: 13f.).

Ein kritischer Punkt bei der Resilienzförderung ist die Gefahr der Individualisierung von gesellschaftlichen Risiken. Wenn Resilienz primär als Fähigkeit des Einzelnen definiert wird, droht die Gefahr, dass die Verantwortung für die Bewältigung belastender Lebensumstände (wie Armut oder soziale Ungerechtigkeit) einseitig auf das Individuum abgewälzt wird. Dieser Ansatz blendet strukturelle Ursachen für Vulnerabilität aus (vgl. Thun-Hohenstein et al. 2020:

17). Eine professionelle Soziale Arbeit muss daher eine systemische Perspektive einnehmen. Dies bedeutet, dass nicht nur die Widerstandskraft des Individuums gestärkt wird, sondern auch aktiv der Veränderung dysfunktionaler Umweltbedingungen entgegengewirkt werden muss. Hinter der Resilienzförderung steht somit auch noch eine sozialpolitische Verantwortung. Individuen sollen nicht bloss Strategien entwickeln müssen, um sich an defizitäre Strukturen anzupassen; vielmehr sollen Strukturen nachhaltig weiterentwickelt werden (vgl. Dulgeridis/Könen 2025: 12).

Kapitel 4 hat gezeigt, dass Resilienz kein stabiles Persönlichkeitsmerkmal ist, sondern ein dynamischer Prozess, der durch individuelle, soziale und strukturelle Schutzfaktoren geformt wird und in allen Lebensphasen förderbar bleibt. Dabei trägt die Soziale Arbeit eine besondere Verantwortung: Sie muss nicht nur individuelle Widerstandskraft stärken, sondern auch strukturelle Bedingungen kritisch reflektieren und aktiv mitgestalten. Mit diesem Verständnis von Resilienzförderung als professioneller Aufgabe richtet sich der Blick nun auf das konkrete Handlungsfeld, in dem diese Arbeit verortet ist: die Soziale Arbeit in der Psychiatrie.

5. Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Kapitel 5 widmet sich der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Zuerst wird ein Blick auf die historische Entwicklung der klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie gelegt und anschliessend wird ihre Rolle im psychiatrischen Kontext geklärt. Darauffolgend werden die Anforderungen und Grenzen beleuchtet und abschliessend wird die traumasensible Haltung in der Sozialen Arbeit beschrieben.

5.1 Historische Entwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

In der Schweiz war die Lage vor der sozialpsychiatrischen Reform stark von Anstaltslogik und Ausgrenzung geprägt. Seit etwa der Mitte des 19. Jahrhunderts breiteten sich psychiatrische Kliniken aus, viele Betroffene wurden interniert und der Aufenthalt war häufig kein kurzer Behandlungsabschnitt, sondern dauerhafte oder sogar lebenslange Verwahrung. Die Institutionen wurden von vielen als Verlust von Selbstbestimmung, Sinn und sozialem Leben erlebt, teils fast wie ein Gefängnis (vgl. Romy 2019: o.S.). Dazu kamen eugenische und ausgrenzende Praktiken, darunter Zwangssterilisationen und ein Denken, das bestimmte Gruppen weniger wert oder behandlungsbedürftig im Sinne sozialer Kontrolle verstand (vgl. Stephens 2020: o.S.). Historisch war psychiatrische Praxis somit selbst eine Quelle von Traumatisierung. Die Zustände in Psychiatrien waren für die Patient:innen teilweise menschenunwürdig (vgl. Landschaftsverband Rheinland 2016: 78). Die damaligen Zustände waren teilweise von Entwürdigung, Ausgrenzung und Verwahrung geprägt, die zeitgenössisch therapeutisch begründet wurden (vgl. Fischer 2001: 18).

Die historische Entwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie ist eng mit dem wachsenden Bewusstsein für die soziale Dimension psychischer Erkrankungen verbunden. In der psychiatrischen Diskussion rückten zunächst nicht mehr nur organische Ursachen und intrapsychische Prozesse von psychischer Krankheit in den Vordergrund, sondern auch die Beziehung zwischen psychisch erkrankten Menschen und ihrer sozialen Umwelt (vgl. Deutscher Bundestag 1975: 65). Dieser Perspektivenwechsel zeigte sich in einer Psychiatriereform, die einen biopsychosozialen Blickwinkel für psychische Krankheit, Reintegrationskonzepte für erkrankte Menschen und komplementäre Strukturen forderte. Diese Psychiatriereform mündete in die Sozialpsychiatrie. Ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstanden immer mehr komplementäre psychiatrisch-psychosoziale Dienste, vertreten durch

die Disziplinen der Sozialen Arbeit (vgl. Steiner 2012: 10). Diese sozialpsychiatrische Perspektive zeigte sich in Unterstützungsformen wie
betreutem Wohnen, Kontakt- und Beratungsstellen oder Inklusionsfirmen (vgl. Walther 2023: 35). Dieser Umschwung der Sozialpsychiatrie gewann fachlich und institutionell an Bedeutung, da er die Psychiatrie aus ihrer institutionellen Erstarrung löste und nachhaltige Veränderungsimpulse auslöste. Die Versorgung aus der Logik der Anstalt wurde gelöst, gemeindenahe Hilfen und veränderte Haltungen gegenüber den Betroffenen festigten sich (vgl. Landschaftsverband Rheinland 2016: 17f.).

Im deutschsprachigen Raum hat sich die Klinische Sozialarbeit seit den 1990er-Jahren als Fachsozialarbeit etabliert (vgl. Mühlum/Gahleitner 2008, zit. nach Pauls/Mühlum 2024: 20). Diese Fachdisziplin zielt auf die Förderung, Verbesserung und den Erhalt von Gesundheit und damit auf die soziopsychische Funktionsfähigkeit von Einzelnen, aber auch von Familien und Gruppen ab (vgl. Pauls/Mühlum 2024: 20).

5.2 Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Ein zentrales sozialpsychiatrisches Ziel ist die gesellschaftliche Teilhabe psychisch erkrankter Menschen. Die Profession der Sozialen Arbeit nimmt in der Psychiatrie die soziale Dimension von psychischen Erkrankungen systematisch in den Blick. Sie unterstützt psychisch erkrankte Menschen und ihre Bezugspersonen bei sozialen Problemlagen, die die Erkrankung mitverursacht haben oder ihre Folgen sind (vgl. Walther 2023: 35). Die Beschäftigung mit den psychosozialen Belangen psychischer Krankheit soll sich positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken, die Last der Symptome verringern und das soziale, psychische und körperliche Wohlbefinden im Alltag verbessern. Fachkräfte der Sozialen Arbeit wirken im psychiatrischen Arbeitsfeld unterstützend bei der Stabilisierung der Lebensführung (vgl. ebd.: 28).

Das allgemeine sozialpsychiatrische Ziel ist die Integration der psychisch kranken Menschen in die Gesellschaft. Bei der Behandlung einer psychischen Krankheit geht es aus sozialpsychiatrischer Sicht somit immer auch um die soziale Umwelt. Integration und Lebensführung sind zentrale Bestandteile der sozialpsychiatrischen Hilfeleistung. Um die Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen, orientiert sich die klinische Soziale Arbeit an der Lebenswelt der psychisch kranken Menschen. Dies bedeutet, das individuelle Lebensführungssystem des erkrankten Menschen so zu beeinflussen, dass ein befriedigenderes

Leben in angemessenen sozialen Beziehungen möglich wird. Es wird ein langfristiges Re-Arrangement der Integrationsbedingungen angestrebt und die Veränderung der damit einhergehenden psycho-sozialen Problemdynamik (vgl. Cloos/Züchner 2002, zit. nach Sommerfeld et al. 2016: 173f.). Zunächst bedeutet dies die Begleitung und Beratung bei Bewältigungsaufgaben in der Lebenswelt sowie die Unterstützung dabei, die Therapie in die Lebenswelt zu integrieren (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 192). Dabei geht es darum, die Lebenssituation ausserhalb der Klinik so zu stabilisieren, sodass die Behandlung nicht im stationären Setting stehen bleibt, sondern in der Lebenswelt Anschluss und Fortsetzung findet (vgl. ebd.: 174). Der komplementäre Teil zu dieser psychosozialen Beratung/Begleitung ist die soziale Netzwerkarbeit zur Erschliessung von sozialen Ressourcen (vgl. ebd.: 227). Konzeptionell besteht dabei eine zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit darin, in der Lebenswelt der Betroffenen Erfahrungsräume zu schaffen, in denen neu erlernte Muster und Bewältigungsstrategien entstehen, erprobt und gefestigt werden können. Dies geschieht einerseits durch die Schaffung sozialer Strukturen, etwa in Form von begleiteten Wohngruppen, Selbsthilfegruppen oder milieutherapeutischen Angeboten. Andererseits durch gezielte Interventionen in bestehende soziale Systeme wie Familie, Partnerschaft oder Arbeit. Letztere können sowohl eine belastende als auch eine stark schützende Wirkung auf die psychische Gesundheit haben, weshalb ihre Einbindung in den Unterstützungsprozess ein wesentlicher Bestandteil sozialer Arbeit in der Psychiatrie ist (vgl. ebd.: 187).

Die Nachsorge ist ein zentraler Bestandteil der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, weil sie die Unterstützung nicht an der Entlassung aus der Klinik enden lässt, sondern bis in die Lebenswelt der Betroffenen wirkt. Sie orientiert sich an der Erkenntnis, dass psychiatrische Verläufe in die soziale Lebenswelt eingebettet sind und Recovery ein langwieriger Prozess ist. Entsprechend verfolgt Nachsorgebegleitung drei Ziele: die Kontinuität der Unterstützung bis in den Alltag der Betroffenen sicherzustellen, sie beim Übergang aus dem psychiatrischen Schutzraum in die Lebenswelt zu begleiten und langfristig den Recoveryprozess zu fördern. Je nach Schweregrad kann die Nachsorge punktuell oder intensiv ausgestaltet werden. Da auf eine Entlassung regelmässig eine Phase kritischer Fluktuation (Destabilisierung/Umbruch) folgt, gilt den ersten drei bis sechs Monaten nach der Entlassung besondere Aufmerksamkeit. (vgl. ebd.: 350f.).

Besonders wichtig ist die Funktion der Sozialen Arbeit als verbindendes Element im psychiatrischen Hilfesystem. Sozialarbeiter:innen sind Teil multiprofessioneller Teams und übernehmen dabei eine koordinierende Schlüsselrolle. Sie analysieren den individuellen

Hilfebedarf, entwickeln gemeinsam mit Patient:innen, Angehörigen, gesetzlichen Betreuern und weiteren Fachstellen einen zielgerichteten Hilfeplan und sichern so die Kontinuität der Unterstützung. Dazu gehören Sozialberatung während des Klinikaufenthalts sowie Unterstützungen über den stationären Aufenthalt hinaus, etwa die Vermittlungen in passende Einrichtungen oder ambulante Angebote. Diese Schnittstellenfunktion macht Soziale Arbeit in der Psychiatrie zu einer unverzichtbaren Profession, die nicht nur begleitet, sondern aktiv vernetzt und gestaltet (vgl. DVSG 2011: 3). Gerade weil Klient:innen häufig mit mehreren Fachpersonen und Institutionen gleichzeitig im Kontakt sind, wird es zur Aufgabe der Sozialen Arbeit, den Hilfeprozess verlässlich zu begleiten (vgl. Walther 2023: 38).

Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie ist somit doppelt bestimmt: Einerseits ist sie eine praktische Unterstützungsprofession, die im Alltag entlastet, koordiniert und vermittelt. Andererseits ist sie eine fachliche eigenständige Instanz, die die soziale Realität psychischer Erkrankung sichtbar macht und dafür sorgt, dass psychiatrische Behandlungen nicht auf Symptombehandlung verkürzt bleibt, sondern die Lebenslage der Betroffenen miteinbezieht (vgl. ebd.: 35; vgl. DVSG 2011: 3).

5.3 Anforderungen und Grenzen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Zu den zentralen Anforderungen der psychiatrischen Sozialen Arbeit gehört eine breite Palette an fachlichem Wissen. Grundlagen sind Theorien, Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Kontext. Hinzu kommen Wissensbestände der medizinischen Psychiatrie, insbesondere der Diagnostik, der Krankheitslehre und der Psychopharmakabehandlung. Diese medizinischen Anteile sollen kritisch reflektiert und in der interdisziplinären Zusammenarbeit nutzbar gemacht werden. Darüber hinaus ist ein fundierter Überblick über Aufbau, Funktionsweisen und Finanzierungsbedingungen der aktuellen Versorgungsstruktur der Sozialpsychiatrie erforderlich, um deren Möglichkeiten und Begrenzungen sehen zu können. Ebenso gehören die Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen und das Verständnis der daraus resultierenden besonderen Herausforderungen dazu. Neben diesen strukturellen und rechtlichen Aspekten erfordert das Arbeitsfeld eine ausgeprägte Fähigkeit zur ethischen und moralischen Reflexion. Schliesslich setzt professionelles Handeln in der Psychiatrie voraus, sich der eigenen professionsspezifischen Kompetenzen bewusst zu sein und diese in der interdisziplinären Zusammenarbeit klar benennen und vertreten zu können (vgl. Walther 2023: 14f.).

Eine wichtige Methode in der psychiatrischen Sozialen Arbeit ist das «Case Management». Diese Methodik gilt als geeigneter Zugang, um die Prozesshaftigkeit und psychosoziale Komplexität klinischer Arbeit zu strukturieren. Es bietet einen Rahmen, in dem unterschiedliche Methoden, Massnahmen und Interventionen systematisch miteinander verknüpft und für die konkrete Fallarbeit nutzbar gemacht werden können. Dabei wird Case Management nicht in seiner klassischen, verbreiteten Form verstanden, sondern im Sinne eines sogenannten sozialtherapeutischen Case Managements weiterentwickelt. Es baut auf den Grundprinzipien des klassischen Ansatzes auf, wird jedoch entlang der zentralen Interventionsdimensionen klinischer Sozialer Arbeit modifiziert. Ziel ist es, multiprofessionelle Interventionsoptionen in einen kohärenten, professionellen Prozessbogen zu überführen und so die komplexe Aufgabenstellung der Behandlung der sozialen Dimension psychischer Erkrankungen praktisch bewältigbar zu machen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 217f.).

Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie müssen über vertiefte Gesprächsführungs- und Beratungskompetenzen verfügen, vorausgesetzt, sie nehmen ihre Verantwortung für die soziale Dimension ihrer Arbeit wahr und gehen über sozialadministrative Aufgaben hinaus. Diese Kompetenzen umfassen sowohl kommunikative Fähigkeiten als auch deutendes Verstehen und beratende Rekonstruktion und müssen aufgrund ihres Anspruchsniveaus systematisch erlernt werden (vgl. Dewe 2002, zit. nach Sommerfeld et al. 2016: 338).

Wie bereits mehrfach aufgegriffen, ist die Fähigkeit zur multiprofessionellen Zusammenarbeit im sozialpsychiatrischen Kontext zentral. Es geht darum, Hilfen über verschiedene Akteur:innen hinweg zu koordinieren. Zum multiprofessionellen Behandlungsteam gehören medizinische Fachpersonen, Mitarbeiter:innen des Sozialdienstes, Beistände und jegliche komplementäre Dienste/Einrichtungen im Sozialsystem. Der:die Patient:in steht im Mittelpunkt dieser Kooperation. Angehörige und Bezugspersonen werden in den Prozess miteinbezogen (vgl. DVSG 2011: 3).

Die Grenzen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie ergeben sich vor allem aus dem strukturell begrenzten Unterstützungsangebot des Staates und aus dem Spannungsfeld des doppelten Mandats. Letzteres beschreibt den doppelten Auftrag der Sozialen Arbeit: zum einen die Hilfeleistung für Klient:innen und zum anderen die kontrollierende Funktion im Auftrag des Staates. Hilfsangebote unterliegen staatlichen und rechtlichen Vorgaben sowie Prüf- und

Kontrollverfahren. Klient:innen sind gesetzlich zur Mitwirkung verpflichtet und müssen entsprechende Auflagen akzeptieren, um Unterstützungsleistungen zu erhalten. So kann etwa die Teilnahme an beruflicher Qualifizierung Voraussetzung für den weiteren Bezug von Sozialleistungen sein, oder ein Platz im Betreuten Wohnen ist an die Einhaltung bestimmter Regeln geknüpft. Mitunter erhalten Klient:innen Unterstützung in einer Form, die ihren individuellen Wünschen nicht entspricht. Diese strukturellen Rahmenbedingungen begrenzen den Handlungsspielraum der Fachpersonen wie auch der Betroffenen erheblich (vgl. Walther 2023: 19).

Zudem kommt das Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle. Fachpersonen unterliegen dem doppelten Mandat: Sie sind gleichzeitig dem Wohl der Klient:innen und gesellschaftlichen sowie rechtlichen Vorgaben verpflichtet. Eine Tabuisierung von Macht- und Kontrollbefugnissen birgt die Gefahr, dass Kontrolle zwar ausgeübt wird, dies aber nicht offen benannt wird, sondern hinter gut gemeinten Absichten verborgen bleibt. In ausgeprägten Fällen kann gegen den ausdrücklichen Willen der Betroffenen mit Zwangsmassnahmen eingegriffen werden. Dieser Widerspruch kann nicht aufgelöst werden, sondern muss von Fachpersonen bewusst und transparent getragen werden (vgl. ebd.: 19).

Eine weitere Grenze der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie liegt in der strukturellen Komplexität der Hilfesysteme selbst. Trotz zunehmender Bemühungen, systembedingte Hürden abzubauen und spezifische Angebote für Menschen mit mehrfachen Erkrankungen zu entwickeln, bleiben die Versorgungsstrukturen in ihren Grundlogiken, Finanzierungsmodellen und Schnittstellen schwer durchschaubar, insbesondere für Klient:innen, die sich ohnehin in belasteten Lebenssituationen befinden. Diese Undurchsichtigkeit erschwert den Zugang zu notwendigen Hilfen und kann dazu führen, dass Betroffene das System nicht oder nur unzureichend nutzen können. Fachpersonen der Sozialen Arbeit übernehmen in diesem Kontext eine wegweisende Funktion: Sie ermitteln den individuellen Hilfebedarf, planen Massnahmen und koordinieren diese netzwerkorientiert und sektorenübergreifend. Die Komplexität des Systems wird damit zwar teilweise abgefedert, bleibt aber als strukturelle Grenze bestehen. (vgl. Wessel 2010, zit. nach Deloie/Deimel 2023: 51).

5.4 Die traumasensible Haltung in der Sozialen Arbeit

Der folgende Abschnitt soll nicht implizieren, dass alle Menschen, welche klinische Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen, traumatisiert sind. Da ein erheblicher Anteil psychisch erkrankter Menschen traumatische Erfahrungen gemacht hat, wird eine traumasensible Haltung in der Sozialen Arbeit als zentral erachtet. Diese Haltung wird nun genauer definiert.

Eine traumasensible Haltung beginnt mit der Anerkennung und Entprivatisierung des individuellen Leids. Das individuelle Leid wird aus der Privatsphäre herausgeholt und als gesellschaftlich relevantes Thema anerkannt (vgl. Heckl 2003, zit. nach Schulze/Kühn 2020: 171). Im Zentrum steht die Wiederherstellung des zerstörten Dialogs zwischen Individuum und Umwelt. Dabei ist eine spezifische Methodik zweitrangig, wichtiger ist die Persönlichkeit der professionellen Fachkraft (vgl. Schulze/Kühn 2020: 171). Der Aufbau einer sicheren Beziehung, in der die Würde der Betroffenen gewahrt bleibt, bildet das zentrale Element traumasensibler Arbeit (vgl. Reddmann 2011, zit. nach Schulze/Kühn 2020: 171). Eine solche Beziehung schafft einen stabilen sozialen Rahmen (vgl. Unfried/Dreiner 2011, zit. nach Schulze/Kühn 2020: 171). Diese ermöglicht traumabelasteten Menschen eine schrittweise Rückkehr zu sozialer und gesellschaftlicher Teilhabe, sofern neben dem Aushalten traumabezogener Reaktionen eine funktionale Orientierung im Alltag entstehen kann (vgl. Schulze/Kühn 2020: 171).

Traumatisierungen erschüttern das Vertrauen in die eigene Person sowie in die Welt und Mitmenschen (vgl. ebd.: 168). Die WHO (2001) versteht psychische Gesundheit als Verschränkung biologischer, psychischer und sozialer Prozesse. Professionelle und institutionell gerahmte Interaktionen können dazu beitragen, dieses gebrochene Vertrauen wiederherzustellen und eine sicherere, entwicklungs- sowie stabilisierungsfördernde Lebenswelt zu gestalten. Vor diesem Hintergrund ist ein lebensweltorientiertes Konzept für die Organisationsgestaltung in der traumaorientierten Arbeit unerlässlich (vgl. WHO 2001, zit. nach Schulze/Kühn 2020: 168).
Institutionen sind soziale Räume, die auf Interaktion und intersubjektivem Austausch beruhen und damit unweigerlich von Einfluss- und Machtasymmetrien geprägt sind. Im Kontext traumasensibler Sozialer Arbeit ist dies besonders bedeutsam, da Traumatisierung eng mit Erfahrungen von Ohnmacht, Entrechtung, Erniedrigung und dem Verlust von Selbstbestimmung verbunden ist. Professionelle Kontexte müssen daher kontinuierlich

daraufhin überprüft werden, ob routinehafte Abläufe, institutionelle Bedingungen, vertraute Sprachmuster oder kollektive Erwartungen bei den Adressierten Gefühle wecken können, die an die ursprüngliche traumatische Situation erinnern. Traumasensible Soziale Arbeit bedeutet daher auch, institutionelle Strukturen fortlaufend zu prüfen und Räume zu schaffen, in denen Verletzungen nicht wiederholt, sondern bearbeitet und sozial anerkannt werden können (vgl. Schulze/Kühn 2020: 173). Um Retraumatisierung oder die Fortsetzung der Traumatisierung durch sozialweltliche Erfahrungen zu vermeiden, ist ein behutsames, von Respekt und Achtung getragenes sowie dialogorientiertes Vorgehen in der Interaktion mit den Adressierten unerlässlich (vgl. Keilson 1979, zit. nach Schulze/Kühn 2020: 173).
Die Arbeit mit traumatisierten Menschen stellt besondere Anforderungen an professionelle Fachkräfte und muss im Kontext sekundärer Traumatisierung als reale Eigengefährdung verstanden werden (vgl. Lemke 2006, zit. nach Schulze/Kühn 2020: 172). In sozialen Arbeitsfeldern findet diese Erkenntnis bislang zu wenig Resonanz und sollte daher fest in grundständigen Ausbildungen sowie berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildungen verankert werden (vgl. Schmid 2009: 8; Schulze/Kühn 2020: 172). Mitarbeitende, insbesondere in Betreuungsangeboten, sind häufig mit Hilflosigkeitserfahrungen, Überforderung und Grenzverletzungsphänomenen konfrontiert, was entsprechende Schutz- und Unterstützungsmassnahmen notwendig macht (vgl. Wiesinger et al. 2009, zit. nach Schulze/Kühn 2020: 172). Traumasensibilität ist damit ein hierarchieübergreifendes Thema, dem Leitungskräfte mit einer besonderen Versorgungsverantwortung zum Schutz ihrer Fachkräfte begegnen müssen (vgl. Schulze/Kühn 2020: 172).

Damit zeigt sich, dass eine traumasensible Haltung in der Sozialen Arbeit nicht nur eine individuelle professionelle Kompetenz darstellt, sondern auch institutionelle und strukturelle Voraussetzungen benötigt. Diese Perspektive bildet eine wichtige Grundlage für die folgende Synthese, in der Traumapädagogik, Resilienzförderung und Soziale Arbeit in der Psychiatrie zusammengeführt werden.

6. Synthese

Die vorangegangenen Kapitel haben vier thematische Felder erschlossen: die neurobiologischen und klinischen Grundlagen von Trauma und psychischer Erkrankung, die Entstehung und Prinzipien der Traumapädagogik, die theoretischen Fundamente der Resilienzforschung sowie die Rolle der Sozialen Arbeit im psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Kontext. Im Folgenden werden diese Felder zusammengeführt. Ziel ist nicht die Wiederholung des Erarbeiteten, sondern die Gewinnung neuer Erkenntnisse durch Verknüpfung: Was entsteht, wenn Traumapädagogik und Resilienzförderung gemeinsam gedacht werden? Was folgt daraus für eine traumasensible Soziale Arbeit, die das institutionelle Erbe der Psychiatrie kennt und kritisch reflektiert? Und unter welchen strukturellen Bedingungen kann eine solche Praxis überhaupt gelingen?

6.1 Zwischen Schutz und Stärkung: die Verbindung der beiden Kernkonzepte

Traumapädagogik und Resilienzförderung wurden in dieser Arbeit zunächst als zwei eigenständige Konzepte dargestellt, die unterschiedlichen Disziplinen entstammen und unterschiedliche Ausgangsfragen stellen. Die Traumapädagogik fragt: Wie kann ein pädagogisches Setting so gestaltet werden, dass es traumatisierten Menschen Sicherheit bietet und ihre Entwicklung unterstützt? Die Resilienzforschung fragt: Welche Faktoren schützen Menschen trotz widriger Lebensbedingungen vor psychischen Beeinträchtigungen, und wie lassen sich diese Faktoren fördern? Beide Fragen kreisen um dasselbe Grundanliegen, nähern sich ihm aber von verschiedenen Seiten. Die Traumapädagogik setzt bei der Verletzungserfahrung an und fragt, wie Heilung und Sicherheit möglich werden. Die Resilienzforschung beginnt bei der Stärke und fragt, wie diese erhalten und gefördert werden kann.

Trotz dieser gemeinsamen Grundausrichtung unterscheiden sich die beiden Konzepte in ihrer Entstehungslogik, ihrem Fokus und ihrer zeitlichen Perspektive erheblich. Die Traumapädagogik ist reaktiv ausgerichtet: Sie setzt bei einer bereits eingetretenen Verletzung an und fragt, wie ein Umfeld geschaffen werden kann, das Heilung und Stabilisierung ermöglicht. Ihr Blick ist insofern vergangenheitsbezogen, als sie zu verstehen versucht, was eine Person erlebt hat, um ihr Verhalten im Hier und Jetzt einzuordnen. Die Resilienzforschung

ist stärker präventiv und zukunftsorientiert: Sie fragt, welche Bedingungen Menschen befähigen, künftige Belastungen zu bewältigen, und richtet ihren Blick auf das, was eine Person trägt und aufbauen kann. Hinzu kommt ein unterschiedliches Verhältnis zur Strukturfrage: Die Traumapädagogik benennt den Kontext der Traumatisierung explizit als Problem und nicht die Person. Die Resilienzforschung hingegen hat, wie in Kapitel 4 kritisch vermerkt, eine Tendenz, Schutzfaktoren primär auf der individuellen Ebene zu verorten und damit strukturell bedingte Vulnerabilität zu unterschätzen.

Ein weiteres Spannungsfeld liegt in der Frage, wie beide Konzepte mit Verhalten umgehen, das als problematisch oder schwierig gilt. Die Traumapädagogik hat mit dem Prinzip der Annahme des guten Grundes eine explizite Antwort formuliert: Verhalten ist Ausdruck von Not und Überlebensstrategie, nicht Provokation oder Versagen. Die Resilienzforschung teilt diese ressourcenorientierte Grundhaltung, formuliert sie jedoch weniger als pädagogisches Handlungsprinzip, sondern als theoretisches Konzept. Daraus ergibt sich eine praktische Spannung: Die Traumapädagogik tendiert dazu, das Verhalten im Licht vergangener Erfahrungen zu verstehen und daraus pädagogische Konsequenzen abzuleiten. Die Resilienzförderung tendiert dazu, gegenwärtige Kompetenzen und Ressourcen in den Vordergrund zu stellen. Beide Tendenzen sind für sich genommen begrenzt: Eine ausschliessliche Fokussierung auf Traumamuster birgt die Gefahr, Entwicklungsmöglichkeiten zu unterschätzen. Eine ausschliessliche Ressourcenorientierung birgt hingegen die Gefahr, Belastungen zu bagatellisieren.

Genau aus diesem Spannungsfeld entsteht der eigentliche Erkenntnisgewinn, wenn beide Konzepte zusammengedacht werden. Sie korrigieren gegenseitig ihre blinden Flecken. Die resilienztheoretische Perspektive erweitert die Traumapädagogik um den Blick auf Stärken und Schutzfaktoren, die auch unabhängig von Traumatisierung bedeutsam sind, und öffnet damit den Horizont von einer rein reaktiven zu einer auch präventiven Orientierung. Die traumapädagogische Perspektive erdet die Resilienzforschung, indem sie den Kontext der Verletzung nicht vergisst und auf die Gefahr der Individualisierung gesellschaftlicher Risiken hinweist. Zusammengedacht entsteht ein Handlungsrahmen, der weder einseitig auf Pathologie noch auf Ressourcen fokussiert: Er versteht Traumafolgen als neurobiologisch verankerte und kontextbedingte Reaktionen, stärkt individuelle und soziale Ressourcen als aktiven Förderauftrag und denkt strukturelle Bedingungen kritisch mit. Die Übertragungsfrage auf den

Kontext der Erwachsenenpsychiatrie, die dabei entsteht, wird in der Diskussion in Kapitel 7 vertieft aufgegriffen.

Der zentrale gemeinsame Bezugspunkt beider Konzepte liegt dabei in der Überzeugung, dass Beziehung wirkt. Die Resilienzforschung zeigt, dass der stabilste Schutzfaktor nicht eine Persönlichkeitseigenschaft ist, sondern die Erfahrung einer verlässlichen, wertschätzenden Bindung. Die Traumapädagogik beschreibt, dass der sichere Ort nicht zwingend ein physischer Raum ist, sondern durch eine Person verkörpert werden kann, die konstant, authentisch und klar positioniert ist. Beide Aussagen treffen sich in der Erkenntnis, dass professionelle Beziehungen in helfenden Kontexten keine blosse Methode sind, die man an- und abstellen kann, sondern das eigentliche Medium, durch das Unterstützung wirksam wird. Für die Soziale Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie bedeutet dies, dass die Qualität der Beziehungsgestaltung nicht als weiche, kaum messbare Dimension behandelt werden darf, sondern als fachlicher Kernbestand professionellen Handelns anerkannt werden muss.

6.2 Traumasensible Soziale Arbeit, Psychiatriegeschichte und Haltung

Eine traumasensible Haltung in der Sozialen Arbeit wird in der Fachliteratur häufig als Frage des individuellen professionellen Stils beschrieben: als Fähigkeit, achtsam zu kommunizieren, Machtasymmetrien wahrzunehmen und retraumatisierende Interaktionen zu vermeiden. Diese Beschreibung ist nicht falsch, aber sie greift zu kurz. Eine wirklich tragfähige traumasensible Haltung kann nicht allein aus einer persönlichen Entscheidung zur Achtsamkeit entstehen. Sie erfordert ein kritisches Bewusstsein darüber, in welchem historischen und institutionellen Kontext psychiatrische und sozialpsychiatrische Arbeit stattfindet. Dieses Bewusstsein ist kein historisches Zusatzwissen, sondern eine fachliche Grundvoraussetzung.

Wie Kapitel 5 dargelegt hat, war die Psychiatrie über Jahrzehnte selbst eine Quelle von Traumatisierung. Zwangsunterbringungen, Entrechtung, eugenische Praktiken und menschenunwürdige Lebensbedingungen in Anstalten prägten das Bild der Psychiatrie bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts. Betroffene erlebten den Verlust von Selbstbestimmung, sozialer Einbindung und Würde als institutionell verfügtes Schicksal. Diese Geschichte ist keine abgeschlossene Vergangenheit. Sie lebt fort in den biografischen Erfahrungen älterer Menschen, die das Psychiatriesystem in seinen früheren Ausprägungen erlebt haben, in transgenerationalen Erzählungen, die das Bild von Psychiatrie als bedrohlichem

Ort weitertragen, und in den strukturellen Sedimenten institutioneller Logiken, die auch nach der Sozialpsychiatriereform nicht vollständig überwunden wurden. Hinzu kommt, dass psychiatrische Zwangsmassnahmen auch heute noch angewendet werden und für Betroffene tiefgreifende Erfahrungen von Kontrollverlust und Ohnmacht bedeuten können.

Für die traumasensible Soziale Arbeit folgt daraus eine kritische Konsequenz: Wer Menschen mit Traumafolgen in einem psychiatrischen oder sozialpsychiatrischen Setting begleitet, arbeitet in einem Raum, der historisch mit Traumatisierung verknüpft ist. Routineabläufe, die aus professioneller Perspektive selbstverständlich erscheinen, wie das Aufnahmeprotokoll, die Dokumentationspflicht, die Weitergabe von Informationen im Team oder die Einschränkung von Entscheidungsfreiheit aus therapeutischen Gründen, können bei Klient:innen Gefühle reaktivieren, die an frühere Erfahrungen von Kontrolle, Ausgeliefertsein und Ohnmacht erinnern. Retraumatisierung entsteht nicht nur durch dramatische Einzelereignisse, sondern oft durch scheinbar kleine, alltägliche Interaktionen, die unbewusst an das ursprüngliche Trauma erinnern.

Eine traumasensible Haltung, die diesen Zusammenhang versteht, geht deshalb über individuelle Kommunikationssorgfalt hinaus. Sie erfordert eine institutionelle Selbstbefragung: Welche Strukturen und Routinen tragen in unserer Einrichtung das Potenzial zur Retraumatisierung? Wo werden Klient:innen zu Objekten von Entscheidungen, anstatt als Subjekte einbezogen zu werden? Welche Machtasymmetrien sind so selbstverständlich geworden, dass sie nicht mehr wahrgenommen werden? Diese Fragen lassen sich nicht abschliessend beantworten, sondern müssen als fortlaufende reflexive Praxis verankert sein. Hier zeigt sich, weshalb Selbstreflexion in der Traumapädagogik so explizit als professionelle Kernanforderung formuliert wird: nicht als Einladung zur Selbstbeschäftigung, sondern als fachliche Notwendigkeit, die aus der strukturellen Verstrickung von Hilfe und Macht im psychiatrischen Kontext direkt folgt.

Diese Reflexionsanforderung trifft nicht nur einzelne Fachkräfte, sondern auch Teams und Leitungsebenen. Traumasensible Organisationsentwicklung bedeutet, dass institutionelle Strukturen daraufhin überprüft werden, ob sie Sicherheit ermöglichen oder untergraben. Dies schliesst die Frage nach Personalfluktuation und Beziehungskontinuität ebenso ein wie die Gestaltung von Aufnahme- und Entlassungsprozessen, die Qualität von Informationsweitergabe und die Beteiligung von Klient:innen an ihren Hilfeplänen. Das

historische Bewusstsein über die Psychiatrie als Traumatisierungsort ist damit kein Aufruf zur Lähmung durch Schuld, sondern ein Impuls zur professionellen Wachsamkeit: Wer weiss, wozu Institutionen fähig waren, ist besser gerüstet, die subtileren Formen institutioneller Gewalt der Gegenwart zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken.

6.3 Strukturelle Bedingungen und sozialpolitische Verantwortung

Traumasensible und resilienzfördernde Praxis setzt Bedingungen voraus, die das sozialpsychiatrische Versorgungssystem nicht immer bereitstellt. Beziehungskontinuität, ausreichend Zeit für psychosoziale Begleitung, stabile Personalstrukturen und ein institutionelles Klima, das Reflexion und Selbstfürsorge ermöglicht, stehen unter dem Druck eines Systems, das primär auf Effizienz und Symptombehandlung ausgerichtet ist. Hier entsteht ein struktureller Widerspruch, den die Soziale Arbeit nicht durch professionelle Haltung allein auflösen kann. Sie muss diesen Widerspruch fachlich und sozialpolitisch benennen.

Die Resilienzforschung hat darauf hingewiesen, dass die Individualisierung gesellschaftlicher Risiken ein blinder Fleck ressourcenorientierter Ansätze sein kann. Wenn Resilienz primär als Fähigkeit des Einzelnen gilt, die durch Intervention gestärkt werden soll, gerät aus dem Blick, dass Vulnerabilität strukturelle Ursachen hat. Armut, soziale Isolation, mangelnde Teilhabe und diskriminierende Lebensbedingungen erhöhen das Risiko für Traumatisierung und psychische Erkrankung in einem Ausmass, das individuelle Stärkungsarbeit nicht kompensieren kann. Eine Soziale Arbeit, die diese Zusammenhänge kennt, darf ihre Aufgabe nicht auf das Einzelsetting beschränken.

Die doppelte Verantwortung der Sozialen Arbeit zeigt sich deshalb auf zwei Ebenen gleichzeitig. Auf der Mikroebene geht es darum, im vorhandenen Rahmen so traumasensibel und resilienzfördernd wie möglich zu handeln und bestehende Spielräume auszuschöpfen. Auf der Meso- und Makroebene geht es darum, als Profession sichtbar zu machen, wo strukturelle Bedingungen systematisch gegen die Wirksamkeit der eigenen Arbeit wirken, und an der Gestaltung von Versorgungsstrukturen aktiv mitzuwirken. Diese politische Dimension ist kein Randthema, sondern gehört zum Selbstverständnis einer Profession, die das Mandat hat, sowohl dem Wohl der Einzelnen als auch gesellschaftlicher Gerechtigkeit verpflichtet zu sein.

7. Schlusskapitel

Kapitel 6 hat die theoretischen Erkenntnisse aus den Kapiteln 2 bis 5 zusammengeführt und synthetisiert. Das siebte Kapitel schliesst die Arbeit ab. Es rekapituliert die zentralen Befunde jedes Kapitels, beantwortet die Forschungsfrage und ihre Unterfragen, diskutiert ausgewählte kritische Punkte vertieft und zieht Schlussfolgerungen für die Praxis und zukünftige Forschung.

7.1 Rekapitulation

Kapitel 2 hat gezeigt, dass Trauma eine psychische Verwundung darstellt, die durch neurobiologische Prozesse entsteht und tiefgreifende Folgen für die psychische Gesundheit haben kann. Traumatische Erfahrungen erhöhen die Vulnerabilität für psychische Störungen wie PTBS, KPTBS und dissoziative Störungen erheblich, wobei das Alter bei der Traumatisierung sowie die Art und Dauer des Traumas den Schweregrad der Folgen massgeblich beeinflussen. Die therapeutische Behandlung folgt einem dreiphasigen Modell aus Stabilisierung, Traumaexposition und Integration, wobei insbesondere frühe und wiederholte Traumatisierungen mit schweren Folgen verbunden sind.

Kapitel 3 hat die Traumapädagogik als eigenständige Fachdisziplin vorgestellt, die aus der stationären Kinder- und Jugendhilfe heraus entstanden ist und psychotraumatologisches Wissen in pädagogisches Handeln überträgt. Ihre zentralen Prinzipien umfassen die Annahme des guten Grundes, die Schaffung sicherer Orte, die Förderung von Selbstwirksamkeit sowie Partizipation und Transparenz. Traumapädagogik wird dabei als professionelle Haltung verstanden, die therapeutische Interventionen nicht ersetzt, sondern ergänzt, und die verbindliche institutionelle Standards sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit voraussetzt.

Kapitel 4 hat Resilienz als dynamischen, durch individuelle, soziale und strukturelle Schutzfaktoren geformten Prozess beschrieben, der in allen Lebensphasen förderbar bleibt. Aufbauend auf den Erkenntnissen der Resilienzforschung von Emmy Werner wurden Schutz- und Risikofaktoren auf verschiedenen Ebenen erarbeitet sowie zentrale Resilienzfaktoren wie Selbstwirksamkeit, Selbststeuerung und soziale Kompetenz identifiziert. Die Resilienzförderung als Aufgabe der Sozialen Arbeit wurde dabei kritisch verortet: Sie muss nicht nur individuelle Widerstandskraft stärken, sondern strukturelle Ursachen von Vulnerabilität mitdenken und sozialpolitisch adressieren.

Kapitel 5 hat die Soziale Arbeit in der Psychiatrie in ihrer historischen Entwicklung und ihrer heutigen Rolle beleuchtet. Ausgehend von einer Psychiatriegeschichte, die selbst traumatisierende Strukturen hervorbrachte, wurde die Sozialpsychiatriereform als Wendepunkt beschrieben, durch den gemeindenahe, lebensweltorientierte Unterstützungsformen entstanden sind. Die Soziale Arbeit übernimmt im psychiatrischen Kontext eine koordinierende Schnittstellenfunktion im multiprofessionellen Team und trägt eine besondere Verantwortung für die soziale Dimension psychischer Erkrankungen. Abschliessend wurde die traumasensible Haltung als professionelle Grundanforderung beschrieben, die Selbstreflexion, institutionelle Wachheit und den Schutz vor sekundärer Traumatisierung einschliesst.

7.2 Beantwortung der Fragestellung

Die vorliegende Arbeit hat vier Unterfragen bearbeitet, deren Beantwortung die Grundlage für die Hauptfragestellung bildet.

Die erste Unterfrage: Wie entsteht Trauma und in welchem Zusammenhang steht Trauma zu psychischen Erkrankungen? Trauma entsteht, wenn ein Mensch mit einem Ereignis konfrontiert wird, das die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigt und neurobiologische Überlebensreaktionen auslöst, die sich nicht durch Kampf oder Flucht entladen können. Die daraus resultierende Erstarrungsreaktion hinterlässt Spuren im limbischen System, die eine normale Gedächtnisintegration verhindern und das Nervensystem dauerhaft in Alarmbereitschaft halten. Traumatische Erfahrungen stellen einen bedeutenden Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen dar, wobei insbesondere frühe und wiederholt erlebte Traumatisierungen die Vulnerabilität für schwere und komplexe Störungsbilder erhöhen. Traumatisierung ist damit zwar keine eigenständige Krankheit, aber ein zentrales ätiologisches Element in der Entstehung psychischer Erkrankungen.

Die zweite Unterfrage: Welche theoretischen Grundlagen liegen der Traumapädagogik zugrunde? Die Traumapädagogik gründet auf der Psychotraumatologie, der Bindungstheorie, der psychoanalytischen Pädagogik sowie humanistischen und milieutheoretischen Ansätzen. Sie versteht auffälliges Verhalten als funktionale Anpassungsleistung an Traumatisierung und nicht als individuelles Versagen. Ihr zentrales Anliegen ist die Schaffung eines sicheren pädagogischen Rahmens, in dem traumatisierte Menschen Selbstwirksamkeit, Partizipation und Vertrauen neu erfahren können. Dabei positioniert sich die Traumapädagogik ausdrücklich als

stabilisierender und alltagsorientierender Ansatz, der die konfrontierende Bearbeitung traumatischer Erinnerungen der Therapie überlässt und in einem Drei-Phasen-Modell mit ihr zusammenarbeitet.

Die dritte Unterfrage: Wie wird Resilienz in der wissenschaftlichen Literatur definiert und verstanden? Resilienz wird in der Forschung nicht als stabiles Persönlichkeitsmerkmal, sondern als dynamischer Prozess verstanden, der durch das Zusammenspiel individueller, sozialer und struktureller Schutzfaktoren entsteht und in allen Lebensphasen beeinflussbar bleibt. Stabile Bindungen bilden den wirksamsten Schutzfaktor, ergänzt durch personale Ressourcen wie Selbstwirksamkeit, Selbststeuerung und Problemlösefähigkeit. Die Resilienzforschung hat sich von einer primär kindheitsbezogenen Fragestellung zu einer lebenspannenbezogenen Perspektive weiterentwickelt, die auch im Erwachsenenalter und im Kontext psychischer Erkrankungen relevant ist.

Die vierte Unterfrage: Welche Rolle hat die Soziale Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie? Die Soziale Arbeit nimmt im psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Feld eine eigenständige Rolle ein, die über sozialadministrative Aufgaben hinausgeht. Sie erschliesst die soziale Dimension psychischer Erkrankungen, begleitet Klient:innen in ihrer Lebenswelt, koordiniert multiprofessionelle Hilfeprozesse und übernimmt eine Anwaltsfunktion für strukturell benachteiligte Menschen. Ihre Grundlage ist eine traumasensible Haltung, die Machtasymmetrien erkennt, institutionelle Risiken der Retraumatisierung minimiert und gleichzeitig die eigene Gefährdung durch sekundäre Traumatisierung ernst nimmt.

Aus diesen vier Antworten ergibt sich die Beantwortung der Hauptfragestellung: Wie spielen Traumapädagogik und Resilienzförderung zusammen und welche Chancen und Grenzen ergeben sich daraus für die Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen?

Traumapädagogik und Resilienzförderung spielen zusammen, indem sie zwei komplementäre Zugänge zu demselben Grundanliegen darstellen: Menschen zu begleiten, die durch belastende Lebenserfahrungen in ihrer psychischen Gesundheit und sozialen Teilhabe beeinträchtigt sind. Die Traumapädagogik setzt bei der Erfahrung von Verletzung und Traumatisierung an und fragt, wie Sicherheit und Heilung möglich werden; die Resilienzforschung beginnt bei der Stärke und fragt, wie diese erhalten und gefördert werden kann. Zusammengedacht entsteht ein

Rahmen, der weder auf Pathologie noch auf Ressourcen einseitig fokussiert, sondern Traumafolgen versteht, Schutzfaktoren stärkt und strukturelle Bedingungen kritisch mitbedenkt. Der zentrale Verbindungspunkt beider Konzepte liegt in der Überzeugung, dass professionelle Beziehungen wirken, dass Sicherheit eine Grundbedingung jeder Entwicklung ist und dass das Verhalten von Menschen in belasteten Lebenslagen als kontextgebundene, sinnhafte Reaktion verstanden werden muss. Die Analyse dieser Arbeit legt nahe, dass Traumapädagogik als praktische Ausgestaltung resilienzfördernder Prinzipien verstanden werden kann, während Resilienzförderung den theoretischen Bezugsrahmen liefert, innerhalb dessen traumapädagogische Interventionen ihre langfristige Wirkung entfalten.

Für die Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen ergeben sich daraus konkrete Chancen: ein integrierter Handlungsrahmen, der Fachkräften eine Sprache und eine Haltung jenseits der Symptombehandlung gibt; eine de-pathologisierende Perspektive, die Klient:innen als Subjekte mit Entwicklungspotenzial begreift; und eine professionelle Positionierung, die sowohl auf der Ebene der individuellen Beziehungsgestaltung als auch auf der Ebene institutioneller und gesellschaftlicher Strukturen wirksam wird. Die Grenzen liegen in der noch ausstehenden systematischen Übertragung traumapädagogischer Konzepte auf die Erwachsenenpsychiatrie, in den strukturellen Widersprüchen eines Versorgungssystems, das die notwendigen Bedingungen für eine solche Praxis nicht immer bereitstellt, sowie in der Gefahr, gesellschaftliche Risiken durch einen zu stark individuell ausgerichteten Resilienzfokus zu individualisieren.

7.3 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Arbeit laden zu einer kritischen Auseinandersetzung mit fünf Themen ein, die über die reine Zusammenführung der Konzepte hinausgehen.

Ein erster zentraler Diskussionspunkt betrifft die Übertragbarkeit traumapädagogischer Prinzipien auf die Erwachsenenpsychiatrie. Die Traumapädagogik entstand in der stationären Kinder- und Jugendhilfe und ist in ihrer Methodensprache, ihren Instrumenten und ihrer Grundlogik auf die Begleitung junger Menschen ausgerichtet. Konzepte wie das Stressbarometer oder die Triggerlandkarte sind grundsätzlich übertragbar, setzen jedoch eine erhebliche konzeptuelle Anpassung voraus. Erwachsene Klient:innen in der Psychiatrie bringen komplexere Traumabiografien mit, haben häufig multiple Behandlungserfahrungen

durchlaufen, tragen eigene Familienverantwortung und stehen in anderen sozialen Rollenerwartungen als Kinder und Jugendliche. Eine unreflektierte Übertragung traumapädagogischer Konzepte birgt die Gefahr, die Eigenverantwortung und Handlungskompetenz Erwachsener zu unterschätzen und damit ungewollt paternalistische Strukturen zu reproduzieren. Die wissenschaftliche Diskussion über eine eigenständige Traumapädagogik für Erwachsene steht noch am Anfang. Es fehlt an systematischen Konzepten, die die Grundprinzipien der Traumapädagogik konsequent für erwachsene Klientel weiterentwickeln und empirisch erproben. Diese Lücke ist kein Argument gegen die Übertragung, aber ein Argument dafür, sie mit konzeptueller Sorgfalt und kritischer Reflexion zu vollziehen.

Ein zweiter Diskussionspunkt gilt den strukturellen Grenzen des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems. Traumasensible und resilienzfördernde Praxis setzt Beziehungskontinuität, ausreichend Zeit und stabile institutionelle Rahmenbedingungen voraus. Kurzstationäre Aufenthalte, hohe Personalfluktuation und ein Versorgungssystem, das primär auf Diagnostik, medikamentöse Behandlung und Symptomreduktion ausgerichtet ist, stehen diesen Anforderungen strukturell entgegen. Es wäre unrealistisch und letztlich unfair gegenüber Fachkräften, traumasensible und resilienzfördernde Praxis als primär individuelle Haltungsleistung zu rahmen, wenn die institutionellen Bedingungen diese Leistung systematisch erschweren. Die Diskussion über traumasensible Versorgung muss deshalb auch als Diskussion über Ressourcenverteilung, Finanzierungslogiken und sozialpolitische Prioritäten geführt werden. Soziale Arbeit, die sich als Anwältin ihrer Klient:innen versteht, kann nicht schweigen, wenn das System, in dem sie arbeitet, jene Bedingungen verhindert, die für wirksame Unterstützung notwendig wären.

Ein dritter Diskussionspunkt betrifft die Frage, was es bedeutet, die Prinzipien der Traumapädagogik aus einer resilienztheoretischen Perspektive zu reflektieren. Ein direkter Vergleich der zentralen Prinzipien beider Konzepte macht die Verschränkung deutlich: Selbstwirksamkeit ist in beiden Konzepten ein Kernprinzip. Die traumapädagogische Annahme des guten Grundes entspricht dem resilienztheoretischen Verständnis von Verhaltensschwierigkeiten als Bewältigungsformen schwieriger Kontextbedingungen. Die Schaffung eines sicheren Ortes deckt sich mit dem, was die Resilienzforschung als entscheidenden Wirkfaktor kompensatorischer Beziehungen beschreibt. Und die gemeinsame Ressourcenorientierung beider Konzepte zeigt, dass traumapädagogisches Handeln in seiner

Grundstruktur resilienzfördernd wirkt, auch wenn es diesen Begriff nicht explizit verwendet. Daraus ergibt sich die zentrale theoretische Erkenntnis dieser Arbeit: Da Resilienzförderung in allen Lebensphasen möglich ist, sind traumapädagogische Prinzipien prinzipiell auf die Arbeit mit Erwachsenen übertragbar. Die Frage ist damit nicht ob, sondern wie eine solche Übertragung mit konzeptueller Sorgfalt vollzogen werden kann. Diese wechselseitige Reflexion bewahrt beide Konzepte vor ihrer je eigenen Verkürzung und verweist auf ein theoretisches Desiderat: Eine kohärente Verbindung beider Ansätze für die Erwachsenenpsychiatrie existiert in der Fachliteratur bislang nicht systematisch und wäre ein lohnender Gegenstand zukünftiger wissenschaftlicher Arbeit.

Ein vierter Diskussionspunkt betrifft die Grenzen der gewählten Methode. Die vorliegende Arbeit ist als theoretische Literaturarbeit konzipiert und stützt sich ausschliesslich auf die Analyse und Verknüpfung bestehender wissenschaftlicher Publikationen. Dieser Zugang ist für die Fragestellung angemessen, da es primär um die Klärung und Verbindung theoretischer Konzepte geht. Er hat jedoch inhärente Grenzen: Die entwickelten Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen sind theoretisch begründet, aber empirisch nicht geprüft. Es bleibt offen, ob und wie die erarbeiteten Prinzipien in der konkreten Praxis der Erwachsenenpsychiatrie tatsächlich umsetzbar sind, welche Wirkungen sie entfalten und welche unvorhergesehenen Schwierigkeiten ihre Anwendung mit sich bringt. Praxisforschung, die diese theoretischen Überlegungen empirisch aufgreift und in konkreten Settings erprobt, wäre ein notwendiger nächster Schritt, um die hier entwickelten Einsichten zu fundieren und weiterzuentwickeln.

Ein fünfter und abschliessender Diskussionspunkt betrifft das posttraumatische Wachstum als konzeptuellen Zielhorizont beider Ansätze. Der Begriff wurde von Tedeschi und Calhoun (2004) geprägt und beschreibt eine positive psychologische Veränderung, die nicht trotz, sondern durch die Auseinandersetzung mit einer tiefgreifenden Erschütterung entstehen kann. Posttraumatisches Wachstum ist dabei nicht mit Resilienz gleichzusetzen: Während Resilienz die erfolgreiche Anpassung an Belastungen beschreibt, bezeichnet posttraumatisches Wachstum eine Entwicklung, die über die reine Bewältigung hinausgeht. In diesem Sinne zeigt das posttraumatische Wachstum die tiefste Verbindung zwischen Traumapädagogik und Resilienzförderung auf: Beide Konzepte zusammen beschreiben nicht nur, wie Menschen mit Trauma umgehen und stabilisiert werden können, sondern auch, unter welchen Bedingungen aus Trauma Entwicklung entstehen kann. Der Verlauf lautet nicht bloss «auf Trauma folgt

Bewältigung», sondern: Trauma, das durch traumapädagogische Begleitung sicher gehalten und durch resilienzfördernde Beziehungen gestützt wird, kann zu echtem Wachstum führen. Posttraumatisches Wachstum ist damit der Zielhorizont, auf den beide Konzepte gemeinsam hinweisen, auch wenn sie ihn nicht explizit so benennen. Gleichzeitig ist dieser Horizont kritisch einzubetten. Posttraumatisches Wachstum ist kein automatischer Prozess und darf nicht als Erwartung an Betroffene formuliert werden. Es entsteht nicht auf Befehl und nicht unter allen Bedingungen. Es setzt voraus, dass ausreichend Sicherheit, Zeit, Beziehungsqualität und institutionelle Rahmenbedingungen vorhanden sind, also genau jene Bedingungen, die, wie in dieser Arbeit mehrfach aufgezeigt, strukturell oft nicht gewährleistet sind. Wachstum kann ein Ergebnis sein, es darf aber kein Ziel werden, das Druck auf traumatisierte Menschen ausübt. In diesem Sinne verweist das posttraumatische Wachstum nicht nur auf einen konzeptuellen Zielhorizont, sondern auch auf eine Haltungsfrage: Professionelle Soziale Arbeit begleitet Menschen auf einem Weg, dessen Richtung und Tempo die Betroffenen selbst bestimmen.

7.4 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass Traumapädagogik und Resilienzförderung, zusammengedacht, einen tragfähigen theoretischen Rahmen für die Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen bilden. Dieser Rahmen stellt kein fertiges Handlungskonzept dar, aber ein begründetes Orientierungssystem, das Fachkräften hilft, ihre Arbeit jenseits von Symptomlogik und Defizitorientierung zu verankern. Aus den erarbeiteten Erkenntnissen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ableiten.

Für die professionelle Praxis der Sozialen Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie bedeutet dies erstens, dass traumasensible Haltung als fachlicher Standard und nicht als persönliche Zusatzleistung verstanden werden muss. Sie ist keine Frage des guten Willens Einzelner, sondern eine professionelle Anforderung, die in Ausbildung, Supervision und institutionellen Strukturen verankert sein muss. Zweitens muss die Beziehungsgestaltung als Kernkompetenz der Sozialen Arbeit anerkannt werden, weil sie das eigentliche Medium ist, durch das Sicherheitserfahrungen und Selbstwirksamkeit möglich werden. Drittens braucht eine konsequent ressourcenorientierte Praxis institutionelle Rahmenbedingungen, die Kontinuität, Zeit und reflexive Räume für Fachkräfte bereitstellen.

Für die Weiterentwicklung der Fachdisziplin ergibt sich aus dieser Arbeit ein deutlicher Forschungsbedarf. Eine systematische Konzeptentwicklung, die traumapädagogische Prinzipien für die Erwachsenenpsychiatrie adaptiert und empirisch erprobt, fehlt bislang. Ebenso fehlen Evaluationsstudien, die die Wirksamkeit traumasensibler und resilienzfördernder Interventionen im sozialpsychiatrischen Kontext prüfen. Qualitative Forschung, die die Perspektiven von Klient:innen mit Traumafolgen auf die erlebte Unterstützungsqualität in psychiatrischen Einrichtungen erhebt, wäre ein besonders wichtiger Beitrag, da diese Perspektive in der bestehenden Literatur stark unterrepräsentiert ist.

Schliesslich verweist diese Arbeit auf eine sozialpolitische Aufgabe, die über die Fachgrenzen der Sozialen Arbeit hinausweist. Eine Gesellschaft, die das Entstehen von Trauma durch strukturelle Ungleichheit, Ausgrenzung und fehlende soziale Sicherheit mitproduziert, kann die Folgen nicht allein den helfenden Professionen überlassen. Traumasensible und resilienzfördernde Praxis ist ein wichtiger Beitrag, aber kein Ersatz für sozialpolitische Massnahmen, die darauf abzielen, die Bedingungen zu verändern, unter denen Traumatisierung entsteht. In diesem Sinne ist die Verbindung von Traumapädagogik und Resilienzförderung nicht nur ein fachliches Konzept für die Soziale Arbeit, sondern auch ein gesellschaftlicher Auftrag, der Fragen von Teilhabe, Gerechtigkeit und sozialer Verantwortung berührt.

8. Literatur und Quellenverzeichnis

8.1 Literatur

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Guidelines Summary. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. URL: https://aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/212972/Australian-guidelines-treatment-acute-stress-posttraumatic-disorder-summary.pdf [Zugriff: 4. Juni 2026].

Baierl, M. (2014). Dir werde ich helfen: Konkrete Techniken und Methoden der Traumapädagogik. In: Baierl, M./ Frey, K. (Hg.). Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Vandenhoeck & Ruprecht. S. 80-107. URL: https://www.pedocs.de/frontdoor.php?source_opus=11082 [Zugriff: 12.06.2026]

Baierl, M./ Götz-Kühne, C./ Hensel, T./ Lang, B./ Strauss, J. (2017). Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In: Gahleitner, S.B./ Hensel, T./ Baierl, M./ Kühn, M./ Schmid, M. (Hg.). Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Vandenhoeck & Ruprecht. S. 59-71. https://doi.org/10.13109/9783666402401.59

Bartsch, A./ Platte, H./ Schneider, F. (2019). TIK-Kompakt. Traumapädagogik in der frühen Kindheit. 3. Einführung in die Traumapädagogik. Wendepunkt e.V. URL: https://www.wendepunkt-ev.de/wp-content/uploads/2020/12/3.-Einfu%CC%88hrung-in-die-Traumapa%CC%88dagogik.pdf [Zugriff: 12.06.2026]

Bengel, J./ Meinders-Lücking, F./ Rottmann, N. (2009). Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. URL: https://nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/Schutzfaktoren_bei_Kindern_und_Jugendlichen_2009-1.pdf [Zugriff: 05.06.2026]

Bering, R./ Thüm, S. (2022). Kompendium Traumafolgen. Verlauf, Behandlung und Rehabilitation der komplexen PTBS. Klett-Cotta. URL: https://content-

select.com/de/portal/media/view/62b1d46e-3290-4a1e-8dfe-41a68677ec64?forceauth=1 [Zugriff: 20.02.2026]

Berndt, C. (2015). Resilienz. Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft. 4. Aufl. dtv.

Brückl, T.M./ Binder, E.B. (2017). Folgen früher Traumatisierung aus neurobiologischer Sicht. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie. 11. Jg. S. 118–132. https://doi.org/10.1007/s11757-017-0412-9

Cichecki, J./ Rönnau-Böse, M. (2025). Resilienzförderung in Kitas: Grundlagen und Ansätze für Kinder von drei bis sechs Jahren. In: Dreyer, R. (Hg.). Kita-Fachtexte. 1. S. 1-24. https://doi.org/10.58123/aliceopen-665

Deloie, D./ Deimel, D. (2023). Lernfall Alkoholabhängigkeit. In: Bischkopf, J./ Deimel, D./ Walther, C./ Zimmermann, R.-B. (Hg.). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Psychiatrie Verlag. S. 41-58. https://doi.org/10.36198/9783838558479

Deutscher Bundestag (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200. Deutscher Bundestag. URL: https://dserver.bundestag.de/btd/07/042/0704200.pdf [Zugriff: 12.05.2026]

Dulgeridis, M./ Könen, B. (2025). Selbstwirksamkeit und Resilienz als Schutzfaktoren: Präventive Perspektiven auf mentale Gesundheit im Erwachsenenalter. In: IU Discussion Papers – Human Resources. 5. Jg. (4). S. 3-19. https://doi.org/10.56250/4059

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (2011). Fachkonzeption Soziale Arbeit in der Psychiatrie. DVSG-Bundesgeschäftsstelle. URL: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Themen/Handlungsfelder/Psychiatrie/DVSG-Fachkonzeption-Psychiatrie-2011.pdf [Zugriff: 30.04.2026]

Ehlers, A./ Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. In: Behaviour Research and Therapy. 38. Jg. S. 319-345. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0

Ehlers, C./ Giertz, K. (2022). Recovery Resilienz und Stärkenorientierung. In: Giertz, K./ Grosse, L./ Röh, D. (Hg.). Soziale Teilhabe professionell fördern. Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz. Psychiatrie Verlag. S. 116-133.

Engelmann, B. (2014). Therapie-Tools Resilienz. 1. Aufl. Beltz.

Fachverband Traumapädagogik. Netzwerk für psychosoziale Fachkräfte e.V. (2017). Traumapädagogisch diagnostisches Verstehen. Ein Positionspapier des Fachverbands Traumapädagogik e.V. Fachverband Traumapädagogik. Netzwerk für psychosoziale Fachkräfte e.V. URL: https://fachverband-traumapaedagogik.org/wp-content/uploads/2025/02/2105_FVTP_Positionspapier_traumapaed-diagn-Verstehen.pdf [Zugriff: 12.06.2026]

Fachverband Traumapädagogik e.V./ Schweizer Fachverband Traumapädagogik (Hg.). (2025). Standards für Traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. 2. Aufl. Fachverband Traumapädagogik e.V. & Schweizer Fachverband Traumapädagogik. URL: https://fachverband-traumapaedagogik.org/wp-content/uploads/2025/05/standards_KJH_final_02.pdf [Zugriff: 12.06.2026]

Fischer, A. (2001). Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.). 25 Jahre Psychiatrie-Enquête. Band 1. Psychiatrie Verlag. URL: https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Band_27__1_.pdf [Zugriff: 05.05.2026]

Foa, E.B./ Hembree, E.A./ Rothbaum, B.O. (2014). Handbuch der Prolongierten Exposition. Basiskonzepte und Anwendung. Eine Anleitung für Therapeuten. G.P. Probst.

Fröhlich-Gildhoff, K./ Rönnau-Böse, M. (2019). Resilienz. 5. aktualisierte Aufl. Ernst Reinhardt.

Gahleitner, S.B./ Golatka, A./ Rothdeutsch-Ganzer, C./ Kronberger, H. (2021). Traumapädagogik. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. 20. Jg. (Supplement 1). S. 129-142. https://doi.org/10.1007/s11620-021-00610-3

Gahleitner, S.B./ Loch, U./ Schulze, H. (2020). Psychosoziale Traumatologie – eine Annäherung. In: Schulze, H./ Loch, U./ Gahleitner, S.B. (Hg.). Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 4. unveränderte Aufl. Schneider Verlag Hohengehren. S. 6-53. https://elibrary.utb.de/doi/book/10.3278/9783763963959

Gharabaghi, K. (2013). Diversity: Unterschiede als Chancen. In: Steinebach, C./ Gharabaghi, K. (Hg.). Resilienzförderung im Jugendalter. Praxis und Perspektiven. Springer. S. 135-146. https://doi.org/10.1007/978-3-642-33048-3

Gharabaghi, K. (2013). Erziehung: Professionelle Hilfen im Jugendalter. In: Steinebach, C./ Gharabaghi, K. (Hg.). Resilienzförderung im Jugendalter. Praxis und Perspektiven. Springer. S. 21-32. https://doi.org/10.1007/978-3-642-33048-3

Hantke, L./ Görges, H.-J. (2023). Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. 2. überarbeitete Aufl. Junfermann.

Hecker, T./ Maercker, A. (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. In: Psychotherapeut. 60. Jg. (6). S. 547-561. https://doi.org/10.1007/s00278-015-0066-z

Helmreich, I./ Lieb, K. (2015). Schutzmechanismen gegen Burnout und Depression. In: InFo Neurologie & Psychiatrie. 17. Jg. (2). S. 52-62. URL: https://lir-mainz.de/assets/downloads/05_CME_Resilienz_Helmreich_Lieb_FINAL.pdf [Zugriff: 12.06.2026]

Huber, M. (2003). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1. Junfermann.

Huber, M. (2020). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1. Überarbeitete Neuauflage. Junfermann.

Kasper, S./ Wrobel, M./ Marksteiner, J./ Sachs, G.-M./ Tölk, A./ Haring, C. (2008). Das Resilienzkonzept bei psychiatrischen Erkrankungen. In: CliniCum neuropsy. Sonderausgabe

November 2008. S. 1-6. URL: https://oegpb.at/wp-content/uploads/2016/11/GPB-Expertise-Resilienz-2008.pdf [Zugriff: 04.04.2026]
Kessler, R. C./ McLaughlin, K. A./ Green, J. G./ Gruber, M. J./ Sampson, N. A./ Zaslavsky, A. M./ Aguilar-Gaxiola, S./ Alhamzawi, A. O./ Alonso, J./ Angermeyer, M./ Benjet, C./ Bromet, E. J./ Chatterji, S./ de Girolamo, G./ Demyttenaere, K./ Fayyad, J./ Florescu, S./ Gal, G./ Gureje, O./ Haro, J. M./ Hu, C. Y./ Karam, E. G./ Kawakami, N./ Lee, S./ Lépine, J.-P./ Ormel, J./ Posada-Villa, J./ Sagar, R./ Tsang, A./ Üstün, T. B./ Vassilev, S./ Viana, M. C./ Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. In: The British Journal of Psychiatry. 197. Jg. S. 378-385. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499

Knaevelsrud, C./ Stammel, N./ Boettche, M. (2012). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Folter- und Kriegsopfern. Diagnose und Behandlung. In: Psychotherapeut. 57. Jg. (5). S. 451-464. https://doi.org/10.1007/s00278-012-0935-7

Kunzke, D./ Güls, F. (2003). Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter. Eine Übersicht für die klinische Praxis. In: Psychotherapeut. 48. Jg. (1). S. 50-70. https://doi.org/10.1007/s00278-002-0279-9

Kühn, M. (2017). Traumapädagogik – von einer Graswurzelbewegung zur Fachdisziplin. In: Gahleitner, S.B./ Hensel, T./ Baierl, M./ Kühn, M./ Schmid, M. (Hg.). Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Vandenhoeck & Ruprecht. S. 19-26. https://doi.org/10.13109/9783666402401.19

Kühn, M. (2023). «Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!». Anmerkungen zum Begriff Traumapädagogik. In: Bausum, J./ Besser, L.-U./ Kühn, M./ Weiss, M. (Hg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 4. Aufl. Beltz Juventa. S. 26-38. URL: https://content-select.com/de/portal/media/view/6230dd00-8c84-4fef-b85f-1d0db0dd2d03?forceauth=1 [Zugriff: 27.04.2026]

Landschaftsverband Rheinland (LVR) Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen (2016). 40 Jahre Psychiatrie-Enquête. Wo stehen wir, wie geht es weiter? Dokumentation der Fachtagung vom 4. Dezember 2015. Landschaftsverband

Rheinland.
URL: https://klinikverbund.lvr.de/media/klinikverbund/ueber_uns/40_jahre_psychiatrie_enquete/16_2223_Broschuere_Dokumentation_Psychiatrie-enquete_final.pdf [Zugriff: 04.05.2026]

Lang, T. (2013). Körperliche Gewalt in Wohngruppen der stationären Jugendhilfe. In: Lang, B./ Schirmer, C./ Lang, T./ de Hair, I.A./ Wahle, T./ Bausum, J./ Weiss, W./ Schmid, M. (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Beltz Juventa. S. 309-333. URL: https://content-select.com/de/portal/media/view/5aa7b7a0-b974-40c1-944c-6955b0dd2d03 [Zugriff: 12.06.2026]

Leipold, B. (2015). Resilienz im Erwachsenenalter. Ernst Reinhardt.

Loch, U./ Schulze, H. (2020). Aufmerksamkeitslinien in der traumaintegrierenden Sozialen Arbeit. In: Schulze, H./ Loch, U./ Gahleitner, S.B. (Hg.). Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 4. unveränderte Aufl. Schneider Verlag Hohengehren. S. 59-114. https://doi.org/10.3278/9783763963959

Maercker, A. (2013). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: Maercker, A. (Hg.). Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Aufl. Springer. S. 13-34. https://doi.org/10.1007/978-3-642-35068-9

Maercker, A. (2013). Systematik und Wirksamkeit der Therapiemethoden. In: Maercker, A. (Hg.). Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Aufl. Springer. S. 149-158. https://doi.org/10.1007/978-3-642-35068-9

Masten, A.S. (2016). Resilienz: Modelle, Fakten & Neurobiologie. Das ganz normale Wunder entschlüsselt. Junfermann.

Nesterko, Y./ Glaesmer, H. (2018). Psychische Belastungen bei Geflüchteten. Abschlussbericht. Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Universität Leipzig. URL: https://roland-ernst-stiftung.com/wp-content/uploads/2022/04/Psychische_Belastung_bei_Gefluechteten_Abschlussbericht_Juni2018_Prof._Mehnert.pdf [Zugriff: 12.06.2026]

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2018). Traumata und Sucht. Sicherheit finden – Sucht als Bewältigungsstrategie erlebter Traumata. Dokumentation der 27. Niedersächsischen Suchtkonferenz 11/2017. Berichte zur Suchtkrankenhilfe 2017. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.
URL: https://www.ms.niedersachsen.de/download/136120/27._Niedersaechsische_Suchtkonferenz_Traumata_und_Sucht_Sicherheit_finden_-_Sucht_als_Bewaeltigungsstrategie_erlebter_Traumata_.pdf [Zugriff: 12.06.2026]

Pauls, H./ Mühlum, A. (2024). Skizze der Entstehung und Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit mit biopsychosozialem Profil. In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hg.). Handbuch Klinische Sozialarbeit. Beltz Juventa. S. 19-34. URL: https://content-select.com/de/portal/media/view/65b3687e-90f8-440d-af73-47f4ac1b000f?forceauth=1 [Zugriff: 30.04.2026]

Pleyer, K.H. (2004). Co-traumatische Prozesse in der Eltern-Kind-Beziehung. In: systhema. 18. Jg. (2). S. 132-149. URL: https://dgsf.org/service/wissensportal/CotraumatProzesse-Pleyer-04-1.pdf [Zugriff: 12.06.2026]

Rönnau-Böse, M./ Fröhlich-Gildhoff, K. (2024). Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. 3. erweiterte und aktualisierte Aufl. Kohlhammer.

Schäfer, I./ Gast, U./ Hofmann, A./ Knaevelsrud, C./ Lampe, A./ Liebermann, P./ Lotzin, A./ Maercker, A./ Rosner, R./ Wöller, W. (Hg.). (2019). Empfehlungen auf einen Blick. In: Schäfer, I./ Gast, U./ Hofmann, A./ Knaevelsrud, C./ Lampe, A./ Liebermann, P./ Lotzin, A./ Maercker, A./ Rosner, R./ Wöller, W. (Hg.). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer. S. 6-9. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59783-5

Schmid, M. (2009). Was braucht's? Welche Voraussetzungen sollten Angebote der (teil-)stationären Jugendhilfe idealerweise erfüllen, um psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden? In: Tüllinger Blätter. 10. Jg. S. 1-12.

URL: https://www.tuellingerhoehe.de/sites/default/files/documents/Tuellinger_Blaetter_2009_Schmid.pdf [Zugriff: 10.05.2026]

Schulze, H./ Kühn, M. (2020). Traumaarbeit als institutionelles Konzept: Potenziale und Spannungsfelder. In: Schulze, H./ Loch, U./ Gahleitner, S.B. (Hg.). Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 4. unveränderte Aufl. Schneider Verlag Hohengehren. S. 166-185. https://doi.org/10.3278/9783763963959

Schulze, H./ Loch, U./ Gahleitner, S.B. (2020). Einleitung. In: Schulze, H./ Loch, U./ Gahleitner, S.B. (Hg.). Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 4. unveränderte Aufl. Schneider Verlag Hohengehren. S. 1–5. https://elibrary.utb.de/doi/book/10.3278/9783763963959

Sommerfeld, P./ Dällenbach, R./ Rüegger, C./ Hollenstein, L. (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11617-0

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

Steil, R./ Rosner, R. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung. Hogrefe.

Steiner, R. (2012). Einsichten und Aussichten der Sozialpsychiatrie. Soziale Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen. In: Sozial Aktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit. (4). S. 10-13.

Tedeschi, R.G./ Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. In: Psychological Inquiry. 15. Jg. (1). S. 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Thun-Hohenstein, L./ Lampert, K./ Altendorfer-Kling, U. (2020). Resilienz – Geschichte, Modelle und Anwendung. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. 19. Jg. S. 7-20. https://doi.org/10.1007/s11620-020-00524-6

Ungar, M. (2011). Konzeptuelle und kulturelle Aspekte von Resilienz - Jugendhilfe mit menschlichem Antlitz. In: Zander, M. (Hg.). Handbuch Resilienzförderung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 133-156. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92775-6

Wagner, E. (2021). Psychische Störungen verstehen. Orientierungshilfe für Angehörige. Springer.

Walther, C. (2023). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. In: Bischkopf, J./ Deimel, D./ Walther, C./ Zimmermann, R.-B. (Hg.). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Psychiatrie Verlag. S. 14-39. https://doi.org/10.36198/9783838558479

Weiss, W. (2013). Selbstbemächtigung/Selbstwirksamkeit – ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung. In: Lang, B./ Schirmer, C./ Lang, T./ de Hair, I.A./ Wahle, T./ Bausum, J./ Weiss, W./ Schmid, M. (Hg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Beltz Juventa. S. 145-156. URL: https://content-select.com/de/portal/media/view/5aa7b7a0-b974-40c1-944c-6955b0dd2d03 [Zugriff: 12.06.2026]

Weiss, W. (2016). Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 8. Aufl. Beltz Juventa. URL: https://content-select.com/de/portal/media/view/56cc0a49-0d20-41a4-b82f-5eeeb0dd2d03?forceauth=1 [Zugriff: 12.06.2026]

Welter-Enderlin, R./ Hildenbrand, B. (2008). Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. 2. Aufl. Carl-Auer.

Yule, W. (2001). Posttraumatic Stress Disorder in the General Population and in Children. In: Journal of Clinical Psychiatry. 62. Jg. (Supplement 17). S. 23-28. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11495092/ [Zugriff: 12.06.2026]

8.2 Internetquellen

Romy, K. (2019). How patients in Swiss psychiatric clinics painted their experience. In: swissinfo.ch. 22.3.2019. URL: https://www.swissinfo.ch/eng/demographics/art-therapy_how-patients-in-swiss-psychiatric-clinics-painted-their-experience/44841202 [Zugriffsdatum: 09.05.2026]

Stangl, W. (2026). Trauma. 17. April 2026. In: Online Lexikon für Psychologie & Pädagogik. URL: https://lexikon.stangl.eu/647/trauma [Zugriff: 17.04.2026].

Stephens, T. (2020). Reviewing the legacy of racist scientists. In: swissinfo.ch. 16.07.2020. URL: https://www.swissinfo.ch/eng/culture/reviewing-the-legacy-of-racist-scientists/45904562 [Zugriffsdatum: 09.05.2026]

9. Hilfsmittelverzeichnis

Hilfsmittel	Verwendung	Betroffene Stellen
ChatGPT (chatgpt.com)	Ideenfindung, Formulierung und Eingrenzung der Fragestellung	Einleitung
Claude (claude.ai)	Formulierungshilfen und Hilfsmittel zur Arbeit einzelner Abschnitte	Gesamte Arbeit
Anara (anara.com)	Analyse von Quellen sowie Identifikation relevanter Textpassagen	Gesamte Arbeit
NotebookLM (notebooklm.google.com)	Recherche zu wissenschaftlichen Quellen	Gesamte Arbeit
LanguageTool (languagetool.org)	Grammatik- und Rechtschreibprüfung	Gesamte Arbeit