

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit



Bachelor Soziale Arbeit

Recovery in der stationären Jugendhilfe

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 16.04.2025

Vorgelegt von: Lisa Hagemeister

Matrikelnummer: [REDACTED]

Adresse: [REDACTED]

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweite Prüferin: Prof. Dr. med. habil. Britta Galling

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Definitionen von psychischer Gesundheit und Krankheit	4
3. Versorgung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	5
4. Recoveryorientierung	7
4.1 Definition von Recovery	7
4.2 Entstehung der Recovery-Bewegung und Verbreitung der recoveryorientierten Arbeit.	8
4.3 Zentrale Aspekte der recoveryorientierten Arbeit.....	11
4.3.1 Grundlagen der recoveryorientierten Arbeit.....	11
4.3.2 Recoveryorientierte Haltung.....	14
4.3.3 Recoveryorientierte Interventionen	16
4.4 Limitationen des Recovery-Ansatzes.....	19
4.5 Anwendung recoveryorientierter Interventionen in der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen.....	20
5. Traumatisierung Jugendlicher.....	22
5.1 Definition von Trauma/Traumatisierung	22
5.2 Entstehung von Traumatisierungen.....	23
5.3 Folgen von Traumatisierungen	25
5.3.1 Traumafolgestörungen	25
5.3.2 Häufige Symptome nach Traumatisierungen bei Jugendlichen.....	27
5.3.3 Behandlung von Traumafolgestörungen	29
5.4 Spezifische Bedarfe traumatisierter Jugendlicher	31

6. Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe in Deutschland	34
6.1 Leistungen der stationären Jugendhilfe	34
6.2 Klientel der stationären Jugendhilfe.....	36
6.3 Anwendung der Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe.....	39
7. Umsetzung recoveryorientierter Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe.....	42
7.1 Parallelen und Differenzen zwischen Recoveryorientierung und Traumapädagogik....	42
7.2 Recoveryorientierter Umgang mit spezifischen Bedarfen von traumatisierten Jugendlichen	45
7.2.1 Ziele der recoveryorientierten Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe	47
7.2.2 Recoveryorientierte Haltung von Fachkräften der stationären Jugendhilfe mit traumatisierten Jugendlichen	48
7.2.3 Recoveryorientierte Interventionen in der stationären Jugendhilfe mit traumatisierten Jugendlichen	49
7.2.4 Überlegungen zur konzeptionellen Verankerung der Recoveryorientierung in der stationären Jugendhilfe	52
7.3 Herausforderungen und Grenzen recoveryorientierter Arbeit in der stationären Jugendhilfe	55
8. Fazit und Ausblick.....	57
Literaturverzeichnis	61

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Interrelated principles of recovery-oriented mental health service (Subandi et al 2023, 10).....	12
Abb. 2:	Leistungen der stationären Jugendhilfe (eigene Darstellung, L. H., auf Grundlage von §§33-35 SGB VII; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2024, 292; Pluto/Mairhofer/Peucker/van Santen. 2024, 48).....	34
Abb. 3:	Anteil der Einrichtungen mit jungen Menschen in den jeweiligen Altersgruppen (in %), sowie Anteil der jeweiligen Altersgruppen an allen jungen Menschen in Einrichtungen (Mittelwert, in %) 2019 (Deutsches Jugendinstitut (DJI) Projekt Jugendhilfe und sozialer Wandel – Erhebung bei Einrichtungen stationärer Hilfen zur Erziehung; zit. n. Pluto et al. 2024, 54).....	37

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Vergleich Typ-I- und Typ-II-Traumatisierungen (eigene Darstellung, L. H., auf Grundlage von Terr 1991; Schmid/Fegert 2024).....	24
Tab. 2:	Bedarfe traumatisierter Jugendlicher im Kontext der Phasen des Recoveryprozesses und der Traumabearbeitung (eigene Darstellung, L. H., auf Grundlage von Townsend et al. 1999; ind. zit. n. Amering/Schmolke 2012, 366ff; Schmid/Fegert 2024; Purtscher-Penz 2015, 99; Grawe 2004, 186; Schmid 2013, 39; 46; 51; Baierl 2017, 80).....	46

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
DBT	Dialektisch Behaviorale Therapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DJI	Deutsches Jugendinstitut
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy
EX-IN	Experience Involvement
HzE	Hilfen zur Erziehung
ICD	International Classification of Diseases
INTAR	International Network Towards Alternatives and Rights-Based Support
IPPP	Institutional Program on Psychiatry for the Person
KidNet	für Kinder adaptierte Narrative Exposure Therapy
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
kPTBS	komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
OKJA	Offene Kinder- und Jugendarbeit
PSB	Personensorgeberechtigte*r
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
ROMHP	Recovery Oriented Mental Health Program
SDM	Shared Decision Making
SVV	Selbstverletzendes Verhalten
WG	Wohngruppe
WHO	World Health Organization
WPA	World Psychiatric Association

1. Einleitung

„Recovery does not refer to an end product or result. It does not mean that one is ‘cured’ nor does not mean that one is simply stabilized or maintained in the community. Recovery often involves a transformation of the self wherein one both accepts ones limitation and discovers a new world of possibility. This is the paradox of recovery i.e., that in accepting what we cannot do or be, we begin to discover who we can be and what we can do. Thus, recovery is a process. It is a way of life. It is an attitude and a way of approaching the day’s challenges.” (Deegan 1996, 13)

Die zentrale Annahme des Recovery-Ansatzes ist, dass sich Menschen mit psychischen Erkrankungen trotz des Fortbestehens von Symptomen in Recovery befinden können (vgl. Bradstreet/Lambert 2010), solange die Symptome und die daraus resultierende Einschränkungen ein grundsätzlich zufriedenes (vgl. Krämer/Ackers/Ziegenhagen/Friesecke/Künneke 2019, 39) und selbstbestimmtes Leben nicht verhindern (vgl. Ikehata et al. 2014). Grundlegend für das Erreichen und Fortbestehen von Recovery ist, die Hoffnung auf Recovery nicht zu verlieren (vgl. Knuf/Bridler 2008, 26). Ein zentrales Ziel der recoveryorientierten Arbeit ist, (Selbst-)stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu bekämpfen (vgl. Lehmann 2013, 48).

Die Idee der Recoveryorientierung wurde durch die internationale Betroffenenbewegung Psychiatrieerfahrener (vgl. Amering/Schmolke 2012, 10; 23; 338; Krämer et al. 2019, 37), die unter anderem durch die eingangs zitierte Patricia Deegan initiiert wurde (vgl. Pat Deegan PhD & Associates), verbreitet. Seither hat sie sich insbesondere im englischsprachigen Raum, sowohl in politischen Kreisen als auch in der Arbeit mit den Klient*innen der Psychiatrie und Sozialen Arbeit, weit verbreitet (vgl. Zuaboni/Curschellas/Schulz 2019, 148; Knuf 2008, 8). In Deutschland wird insbesondere die Genesungsbegleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Peers¹ erforscht und es wurden Recovery-Gruppen ins Leben gerufen (vgl. Krämer et al. 2019, 37). Eine flächendeckende Etablierung der Recoveryorientierung oder ein politisches Bekenntnis zu Recovery hat bisher nicht stattgefunden.

Aus der gesichteten Literatur geht hervor, dass recoveryorientierte Interventionen bisher maßgeblich in der Arbeit mit Menschen mit psychotischen Erkrankungen Anwendung finden. Wie psychotische Erkrankungen, z.B. Schizophrenie (vgl. Dümmler/Sennekamp 2013, 12), begleiten auch Traumafolgestörungen die Betroffenen häufig ein Leben lang (vgl.

¹ Peers sind Personen mit Psychiatrieerfahrung, welche in die psychiatrische Arbeit eingebunden werden. (vgl. Knuf/Bridler 2008, 27)

Fegert/Dieluweit/Thurn/Ziegenhain/Goldbeck 2013, 9). Darüber hinaus haben traumatisierte Menschen durch aus den traumatisierenden Erlebnissen resultierende Gefühle, wie Scham, Ekel und Schuld (vgl. Terr 1991), häufig stark selbststigmatisierende Tendenzen (vgl. Knuf 2005). Traumatisierungen können außerdem enorme Veränderungen im Selbst- und Umwelt-erleben hervorrufen (vgl. Schmid/Fegert 2024). Die Recoveryorientierung zielt, Patricia Deegan (1996, 13) zufolge, auf eine erneute Veränderung des Selbst und die Akzeptanz dessen, was aufgrund der Langzeitfolgen nicht möglich ist, ab und soll dadurch eine selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen.

Viele Mitarbeitende im psychiatrischen Bereich sind nicht ausreichend traumatherapeutisch ausgebildet, was dazu führt, dass der Großteil der Versorgung Jugendlicher, die Traumatisierendes erlebt haben in der Jugendhilfe (JH) stattfindet (vgl. Fegert et al. 2013, 13). Bei 80 % der Jugendlichen in der JH liegt mindestens ein begründeter Verdacht für eine Traumatisierung in der Kindheit und/oder Jugend vor, bei einem großen Teil davon sind Traumafolgestörungen diagnostiziert (vgl. Schmid/Kölch/Fegert/Schmeck 2013, 48).

Die Genesung von psychischen Erkrankungen geschieht zum Großteil im alltäglichen Umfeld. Hier setzt die Recoveryorientierung an (vgl. Amering/Schmolke 2012, 314). In Einrichtungen der stationären JH gem. §34 SGB VIII (Heimerziehung, sonstige betreute Wohnformen) werden die Jugendlichen im Alltag von pädagogischen Fachkräften unterstützt, die recoveryorientierte Interventionen implementieren und begleiten können. Deshalb scheint der Blick auf die Umsetzung von Recoveryorientierung in diesem Rahmen sinnvoller als in anderen Bereichen der stationären JH, wie z.B. in Pflegefamilien. Da Jugendliche den Großteil der in den Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe (KJH) betreuten Klient*innen ausmachen (vgl. Deutsches Jugendinstitut (DJI) Projekt Jugendhilfe und sozialer Wandel – Erhebung bei Einrichtungen stationärer Hilfen zur Erziehung; zit. n. Pluto et al. 2024, 54), stehen sie als Zielgruppe im Fokus dieser Arbeit. Gemäß §7 SGB VIII sind Jugendliche alle Menschen, die mindestens 14 Jahre alt sind, das 18. Lebensjahr jedoch noch nicht vollendet haben.

Traumapädagogische Methoden und Arbeitsweisen finden in der stationären JH bereits häufig Anwendung, können aber den umfassenden Bedarfen traumatisierter Jugendlicher, z.B. durch häufige Bezugspersonenwechsel (vgl. Schmid 2013, 39), nicht immer ausreichend gerecht werden. Deshalb stellt sich für diese Arbeit die folgende Forschungsfrage:

Inwiefern kann die Recoveryorientierung als Ergänzung zur Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe spezifische Bedarfe traumatisierter Jugendlicher adressieren und wie können konkrete Ansätze der Recoveryorientierung umgesetzt werden?

Da bisher keine Literatur zur Anwendung der Recoveryorientierung in der JH und zum Vergleich mit der Traumapädagogik vorliegt, soll diese literaturbasierte Arbeit eine erste Annäherung an die Zusammenführung der drei Themenkomplexe, Recoveryorientierung, Traumatisierung Jugendlicher und stationäre Jugendhilfe, darstellen und relevante Zusammenhänge aufzeigen. Neben vielen weiteren Quellen, wird insbesondere das deutsche Grundlagenwerk zur Recoveryorientierung, „Recovery – das Ende der Unheilbarkeit“ (5. Auflage) von Michaela Amering und Margit Schmolke, herangezogen.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird zuerst auf Definitionen psychischer Gesundheit und Krankheit eingegangen und die Versorgung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen thematisiert. Das dient einem Einblick in den Ist-Zustand und ermöglicht im Nachhinein Unterschiede und Parallelen in Bezug auf die Recoveryorientierung aufzuzeigen. Es folgen Einblicke in die drei zentralen zu behandelnden Themen: die Recoveryorientierung, Traumatisierung Jugendlicher und die stationäre JH.

Zuerst erfolgt eine Definition des zentralen Begriffs *Recovery* und ein kurzer Einblick in die Entstehungsgeschichte des Recovery-Ansatzes für ein besseres Verständnis der Inhalte, welche im nächsten Schritt dargelegt werden. Außerdem wird für einen umfassenden Einblick in die Thematik auch auf Limitationen des Recovery-Ansatzes eingegangen.

Zur Einführung in das zweite Thema, wird der Begriff *Traumatisierung* definiert und auf Traumafolgestörungen eingegangen. Zentral sind dabei die Diagnosen des ICD-10. Daraus werden besondere Bedarfe traumatisierter Jugendlicher abgeleitet.

Um das Setting zu skizzieren, auf welches sich diese Arbeit bezieht, werden die Leistungen und die Klientel der *stationären JH* dargestellt. Außerdem wird die Traumapädagogik in der stationären JH erläutert, um einen Vergleich zur Recoveryorientierung ziehen zu können.

Zuletzt werden die drei Themen zusammengeführt, indem Parallelen und Differenzen zwischen der Recoveryorientierung und der Traumapädagogik aufgezeigt und konkrete Überlegungen zur Umsetzung und deren Grenzen und Herausforderungen angestellt werden.

2. Definitionen von psychischer Gesundheit und Krankheit

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (World Health Organization (WHO) 1946, 1) So definiert die WHO 1946 in ihrer Verfassung Gesundheit und beruft sich bis heute darauf. Dennoch gibt es heutzutage unterschiedliche Definitionen von psychischer Gesundheit und Krankheit. Oftmals werden Gesundheit und Krankheit als gegensätzlich und sich gegenseitig ausschließend charakterisiert, so auch in der zitierten Definition der WHO (vgl. Knuf 2008, 8). Diese Definitionen trennen Gesundheit und Krankheit klar voneinander (vgl. Amering/Schmolke 2012, 166), um Menschen in diese Kategorien einzuordnen (vgl. Bradstreet/Lambert 2010) und sie entsprechend zu behandeln. Daneben existieren Definitionen, die Gesundheit und Krankheit – insbesondere bezüglich psychischer Erkrankungen – als nebeneinander bestehend beschreiben: „Vollständige Genesungen sind nicht selten, viel Gesundheit zwischen Phasen von Störungen, aber auch gesundes und sinnvolles Leben trotz länger andauernder Verläufe.“ (Amering/Schmolke 2012, 163) Gesundheit beinhaltet nach einer solchen Definition also nicht ausschließlich das Überwinden jeglicher Krankheitssymptome, sondern einen Umgang mit diesen zu finden, der die Betroffenen nicht in erneute Krisen stürzen lässt, die Unterstützung durch Fachkräfte nötig machen würden (vgl. Knuf 2008, 9).

Psychische Erkrankungen zeichnen sich durch ein Zusammentreffen verschiedener Symptome aus, deren Ausprägung unterschiedlich stark sein kann und die verschieden lange anhalten (vgl. Amering/Schmolke 2012, 163). Erkrankungen lassen sich in akut und chronisch einteilen. Während akute Erkrankungen sich schnell entwickeln und auch entsprechend schnell wieder vorüber sind, bestehen chronische Erkrankungen über einen langen Zeitraum. Wichtig zu betonen ist, dass chronische Erkrankungen nicht automatisch mit Unheilbarkeit einhergehen (vgl. ebd., 164f).

Dennoch besteht aufgrund der Chronizität der allermeisten psychischen Erkrankungen bis heute bei vielen Menschen die Auffassung, dass psychische Erkrankungen unheilbar seien. Dieses Stigma wird häufig von den Betroffenen internalisiert, schwächt dadurch ihre Hoffnung und kann letztendlich als eine Art selbsterfüllende Prophezeiung zum Fortbestehen der Krankheitssymptomatik beitragen (vgl. ebd., 165; 237).

3. Versorgung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die Art der Unterstützung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen orientiert sich stark an dem in der Einrichtung vorherrschenden Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Entsprechend vielfältig sind die Konzepte und Schwerpunkte in Einrichtungen der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 218). Ein Modell, um diese verschiedenen Versorgungs- und Betreuungskulturen zu kategorisieren stammt von Ingeborg Schürmann (1997; ind. zit. n. ebd., 195). Sie definiert 4 verschiedene Kulturen, denen die unterschiedlichen Angebote zugeordnet werden können:

Angebote und Einrichtungen, die der *Fürsorge-Kultur* zuzuordnen sind, basieren auf wohlmeinenden Unterstützungsangeboten, die aber eine Bevormundung der Klient*innen zur Folge haben und sie in ihrer Autonomie beschränken (vgl., ebd.).

Die *Behandlungskultur* in Einrichtungen orientiert sich an Expert*innen, wobei diese entweder psychotherapeutisch oder biomedizinisch ausgerichtet arbeiten, was mit unterschiedlichen Krankheitsmodellen und Behandlungsmethoden einhergeht. Für die erfolgreiche Behandlung wird eine einseitige Compliance² von den Klient*innen erwartet (vgl., ebd.).

Dienste, die eine *pädagogische Kultur* verfolgen, arbeiten mit Fokus auf Freundlichkeit und Struktur und orientieren sich an normativen Zielen (vgl., ebd.).

Die *Empowerment-Kultur* hat die Abgabe von Macht der Expert*innen zur Folge. In Einrichtungen, die auf Empowerment ausgerichtet sind, liegt der Fokus auf den Ressourcen der Klient*innen und es ist das Ziel, mit ihnen an Rahmenbedingungen für ihre autonome Weiterentwicklung und Zukunftsplanung zu arbeiten (vgl., ebd.).

Neben diesen 4 Versorgungskulturen, in die Angebote eingeordnet werden können, zeichnen sich weitere Entwicklungen in der psychosozialen Hilfelandschaft ab: der zunehmende Fokus auf gemeindenahe und personenzentrierte Arbeit und die zunehmend interdisziplinäre Arbeit und multiprofessionell besetzen Teams (vgl. ebd., 211f).

² „Compliance (engl. Einwilligung, Bereitschaft): [...] Bereitschaft eines Pat. zur Mitarbeit bei diagn. od. therap. Maßnahmen, z. B. Zuverlässigkeit, mit der therap. Anweisungen befolgt werden (sog. Verordnungstreue).“ (Pschyrembel 2022, 304)

Zur Vermeidung von Institutionalismus³, aber auch um Kosten zu senken, fungieren stationäre Angebote inzwischen primär als Akuthilfe. Statt auf gemeindeferne, psychiatrische Behandlung in Anstalten, wird heutzutage vermehrt auf gemeindenahe, inklusive und integrative Behandlungs- und Betreuungsangebote gesetzt (vgl. ebd.).

In vielen Einrichtungen wird noch angebotsorientiert gearbeitet. Das hat zur Folge, dass Klient*innen sich an die vorhandenen Angebote, Strukturen und Abläufe in den Institutionen anpassen müssen. Bei langen Hilfeverläufen folgen häufig auch mehrere verschiedene Institutionen aufeinander (vgl. ebd., 217). Durch die Herrschaftsorientierung der Mitarbeitenden werden Machtansprüche gegenüber den Klient*innen geltend gemacht und Compliance erwartet (vgl. Knuf/Bridler 2008, 26). Daneben existieren auch Einrichtungen, die eine personenorientierte Arbeitsweise, durch welche Angebote, Strukturen und Abläufe an die individuellen Bedürfnisse der Klient*innen und ihrer Angehörigen angepasst werden können, anstreben (vgl. Amering/Schmolke 2012, 213).

Zentral für eine angemessene und erfolgreiche Versorgung, Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist außerdem eine integrative Herangehensweise, die Unterstützung aus verschiedenen Bereichen, wie z.B. Psychotherapie, Pharmakotherapie und Sozialpädagogik miteinander kombiniert, anzustreben (vgl. ebd., 212). Notwendig dafür ist die Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen und die gemeinsame Koordination der verschiedenen Unterstützungsangebote, um den individuellen Hilfebedarf aus einer interdisziplinären Perspektive zu ermitteln (vgl. ebd., 216).

Diese Ansätze sind z.B. in der recoveryorientierten Arbeit tief verankert, wie aus den folgenden Kapiteln hervorgeht.

³ Institutionalismus meint die Taten- und Hoffnungslosigkeit der Klient*innen und Fachkräfte, die aus der Wahrnehmung chronischer psychischer Erkrankungen als unheilbar resultieren kann. (vgl. Amering/Bottlender 2009, 4)

4. Recoveryorientierung

„[R]ecovery happens when people feel empowered, when they are encouraged to take back control of their life and take risks, when they enjoy supportive relationships with people who help them to find meaning and purpose in their lives, and when they are encouraged to participate in decision-making about their treatment and services. And above all, people need to believe that recovery is possible.“ (Bradstreet/Lambert 2010)

Zentral ist demzufolge also, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen aktiv an ihrem Recoveryprozess beteiligt sind und alle unterstützenden Angehörigen und Fachkräfte die Hoffnung auf und den Glauben an „die Genesung“ in den Mittelpunkt der Arbeit stellen. (vgl. ebd.) Recoveryorientierung beschreibt sowohl die Grundhaltung der am Recoveryprozess beteiligten Personen als auch ein gesundheitspolitisches Vorgehen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 21). Ziel der recoveryorientierten Arbeit ist es, den „Unheilbarkeitsmythos“ psychischer Erkrankungen zu bekämpfen und einen Paradigmenwechsel anzustoßen, durch welchen gesundheits- und genesungsfördernde Angebote und Hilfen vordergründig sind (vgl. ebd., 164). Um dies zu ermöglichen, bedarf es einer genesungsfördernden Atmosphäre, die durch einen Wandel in der Haltung der Professionellen, des Umgangs mit Klient*innen und der Strukturen geschaffen werden kann (vgl. Knuf/Bridler 2008, 26).

In den folgenden Kapiteln werden die Grundlagen der recoveryorientierten Arbeit näher erläutert.

4.1 Definition von Recovery

Recovery ist kein konkretes Modell, keine Theorie, keine Methode oder Intervention, kein evidenzbasiertes Konzept, kein politischer Standpunkt und keine Philosophie (vgl. Farkas 2019, 139), aber Recovery lässt sich als „Sammlung zentraler Haltungs- und Handlungselemente“ (Knuf 2008, 8) auf viele Konzepte, Methoden, etc. beziehen.

Verschiedene Professionen arbeiten mit unterschiedlichen Verständnissen von Recovery. So meint Recovery im medizinischen Sinne die Genesung von einer Erkrankung (vgl. Prestin 2019, 10), was z.B. nach der in Kapitel 2 zitierten Definition der WHO Symptommfreiheit impliziert. In der Psychiatrie war mit Recovery in der Vergangenheit oft die Besserung unerwünschter (Neben-)Wirkungen von der Therapie mit Elektroschocks und nach dem Absetzen von Psychopharmaka gemeint (vgl. Lehmann 2013, 48). Heute wird in der sozialpsychiatrischen Praxis von (persönlicher oder subjektiver) Recovery (vgl. Krämer et al. 2019, 37) als Besserung der Symptome einer psychischen Erkrankung und Akzeptanz der Einschränkungen durch diese

Erkrankung gesprochen (vgl. Lehmann 2013, 52). Diese Verbesserung der Situation geht auf die Selbsthilfe der Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Prestin 2019, 10) und einen daraus resultierenden Wiedergewinn an Freiheit nach dem Verlassen des psychiatrischen Systems und damit verbundener (Selbst-)Stigmatisierung zurück (vgl. Lehmann 2013, 48). In diesem Sinne meint Recovery in erster Linie einen individuellen Entwicklungsprozess (vgl. Prestin 2019, 10) und damit einhergehend einen Wandel der persönlichen Ansichten, Haltung, Pläne und Ziele und des Umgangs mit sich selbst und anderen. Dadurch kann zu einem zufriedenstellenden Leben mit den von der psychischen Erkrankung verursachten Einschränkungen gefunden werden (vgl. Anthony 1993, 17).

Da es keine passende Übersetzung dafür gibt, was Recovery dieser Definition nach beschreibt, wird auch im deutschsprachigen Raum der englische Begriff „Recovery“ genutzt (vgl. Amering/Schmolke 2012, 17).

Zusammenfassend liegt der Kern des Recoverygedankens also darin, dass sich Menschen mit psychischen Erkrankungen trotz des Bestehens von Symptomen in Recovery befinden (vgl. Bradstreet/Lambert 2010), dass mit den Symptomen einhergehende Einschränkungen einem zufriedenen (vgl. Krämer et al. 2019, 39), selbstbestimmten und sinnerfüllen Leben nicht im Weg stehen und sie lernen, mit den sozialen und persönlichen Folgen der Erkrankung umzugehen (vgl. Ikehata et al. 2014). Grundlegend dafür ist die Erkenntnis, dass die Symptome langanhaltender Erkrankungen in vielen Fällen mit gewonnenem Erfahrungswissen der Betroffenen so kontrollierbar sind, dass sie den Alltag nicht mehr dauerhaft beeinträchtigen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 165). Andreas Knuf (2008, 8) bezeichnet den Recoveryprozess dementsprechend nicht als Heilungs-, sondern als „Bewältigungsprozess“ des negativen Einflusses der Erkrankung.

Der Recoverprozess findet unter Beteiligung verschiedener Helfer*innen statt. Im Mittelpunkt steht die betroffene Person selbst, die den Prozess und ihr Leben eigenständig kontrolliert (vgl. Amering/Schmolke 2012, 332). Ziel ist, neben der Symptomreduktion, ihre soziale Eingebundenheit zu fördern (vgl. ebd., 366).

4.2 Entstehung der Recovery-Bewegung und Verbreitung der recoveryorientierten Arbeit

Den Ursprung des heutigen Recovery-Ansatzes bildete die *internationale Betroffenenbewegung* der 1980er Jahre (vgl. Amering/Schmolke 2012, 10; 23; 338; Krämer et al. 2019, 37).

Diese war eine Reaktion auf die biomedizinische Sichtweise der Psychiatrie, den daraus resultierenden defizitären Blick auf die Betroffenen (vgl. Ehlers/Giertz 2022, 117) und die unwürdige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Großanstalten (vgl. ebd., 118; Amering/Schmolke 2012, 15; 166). Auch in Deutschland gewannen die Ideen der Betroffenenbewegung und der „Antipsychiatrie“ in Folge der Psychiatrie-Enquete⁴ der 1970er Jahren an Bedeutung (vgl. Kukla 2015, 41f). Die ersten Vertretenden der Betroffenenbewegung und des Recovery-Ansatzes waren Menschen, die von Professionellen als „chronisch psychisch krank“ (Knuf 2008, 8) diagnostiziert wurden und diese Prognose nicht akzeptieren wollten. Sie schlossen sich zu einer Bewegung zusammen, um gegen den Pessimismus vorzugehen und Lösungen zu finden, die Langzeiterkrankte befähigen, ein zufriedenes Leben zu führen. Auch Professionelle unterstützten die entstehende Recovery-Bewegung (vgl. ebd.). Der Fokus lag auf der Selbstbestimmung und Autonomie der Betroffenen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 15). Eine konkrete Forderung war das Einbeziehen von Erfahrungsexpert*innen in allen Bereichen der psychiatrischen Forschung und Praxis (vgl. Rose/Thornicroft/Slade 2006, 112).

In den 1980er Jahren wurden im Rahmen von Forschungsprojekten Psychiatrieerfahrener „Peersupport, Selbsthilfe, Psychotherapien, kreative und spirituelle Interessen, sinnvolle Beschäftigung oder Berufstätigkeit und vor allem gute menschliche Beziehungen“ (Krämer et al. 2019, 38) als hilfreiche Strategien ermittelt. In Hamburg wurden die *Psychose-Seminare* ins Leben gerufen. Daraus entstand der *Trialog*⁵, welcher heute als großer Fortschritt für die Autonomie der Betroffenen in der Psychiatrie gilt (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016).

Seit den 1990er Jahren bis heute erlangten die Betroffenen durch die Gründung verschiedener Organisationen und Institutionen auf nationaler und internationaler Ebene, neue Möglichkeiten ihre Stimme zu erheben. Im Folgenden werden insbesondere Entwicklungen, die Auswirkungen auf die Arbeit in Deutschland hatten, skizziert.

Im Jahr 1992 wurde in Deutschland der *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener* (BPE) gegründet. Menschen mit psychischen Erkrankungen begannen sich zu organisieren, riefen Selbsthilfegruppen ins Leben und führten Tagungen durch. Sie standen für ihre Rechte ein und stießen

⁴ Die Psychiatrie-Enquete von 1975 (= Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland) war die Grundlage für die darauffolgenden Reformen der psychiatrischen Unterstützungssysteme in Deutschland, welche unter anderem den Abbau der Großanstalten einleitete. (vgl. Armbruster/Dieterich/Hahn/Ratzke 2015, 11)

⁵ Im Rahmen des Trialogs findet ein gleichberechtigter Austausch über die Erfahrungen im Umgang mit der psychischen Erkrankung zwischen Klient*innen, Angehörigen und Fachkräften statt. (vgl. Amering/Schmolke 2012, 315f)

somit grundlegende Veränderungen der Psychiatrie an (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016). Im Jahr 2005 folgte das „Institutional Program on Psychiatry for the Person“ (IPPP) der *World Psychiatric Association* (WPA) (vgl. Amering/Schmolke 2012, 12f), worin die Psychiatrie „von der Person [...], durch die Person [...], für die Person [...] und mit der Person [...]“ (Christodoulou/Fulford/Mezzich 2008, 1 – Übersetzung von mir, L. H.) etabliert wurde. 2010 wurde zum ersten Mal eine Arbeitsgruppe der WPA trialogisch besetzt (vgl. Amering/Schmolke 2012, 10) und seit 2018 ist Recoveryorientierung Teil der *S3-Leitlinie für Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* in Deutschland (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) 2018).

In der deutschen Recoveryforschung wird insbesondere die Begleitung der Genesung durch *Peers* als neues Berufsfeld untersucht. An der Forschung sind in Teilen auch Betroffene beteiligt (Krämer et al. 2019, 37). Daraus entwickelte sich unter anderem die *Initiative EX-IN* (= Experience Involvement (vgl. EX-IN Deutschland 2020)), die sich für die Anstellung von Erfahrungsexpert*innen in der psychiatrischen Versorgung einsetzt (vgl. Amering/Schmolke 2012, 10). Durch das Einbeziehen von Erfahrungsexpert*innen in die Forschung, in die klinische Arbeit als Mitarbeitende für die Arbeit mit den Klient*innen, als Beratende und Ausbildende und auch in eigenen Projekten und Einrichtungen (vgl. ebd., 19), können die Erkenntnisse Psychiatrieerfahrener als Grundlage für die praktische Implementierung von Recoveryorientierung genutzt werden (vgl. ebd., 17).

In der psychiatrischen Praxis in Deutschland sind bisher insbesondere Recoverygruppen unter der Leitung von Tandems aus Fachkräften und *Peers* verbreitet (vgl. Krämer et al. 2019, 37). Darüber hinaus gibt es eine Steigerung in der Klient*innen- und Angehörigenbeteiligung im Bereich der Lehre. Beispielsweise auf Kongressen fungieren Klient*innen und ihre Angehörigen immer häufiger als Lehrende, als „Expert*innen aus Erfahrung“, die von ihren persönlichen Erlebnissen und Erkenntnissen berichten (vgl. Amering/Schmolke 2012, 9). Dies hat insbesondere eine Verbesserung der Angebote und der Informationslage über psychische Erkrankungen für Betroffene und die breite Öffentlichkeit zur Folge. Das Stigma der Unheilbarkeit psychischer Erkrankungen besteht dennoch bis heute. Die Recoveryorientierung ist als Antwort darauf zu verstehen (vgl. ebd., 167).

4.3 Zentrale Aspekte der recoveryorientierten Arbeit

Das Besondere an der Recoveryorientierung ist, wie dem letzten Kapitel entnommen werden kann, dass sie nicht nur für Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern mit ihnen und durch sie entwickelt wurde und weiterhin entwickelt wird (vgl. Knuf 2008, 8).

Die Genesung beziehungsweise Recovery von einer psychischen Erkrankung geschieht größtenteils abseits der klinisch-psychiatrischen Umgebung (vgl. Amering/Schmolke 2012, 314), weshalb eine umfangreiche Beteiligung von Freund*innen und Familie (vgl. ebd., 9; Bradstreet/Lambert 2010) und eine Zusammenarbeit mit gemeindenahen Institutionen zentral sind (vgl. Amering/Schmolke 2012, 15). Ziele der recoveryorientierten Arbeit sind therapeutisch effektiv und ethisch korrekt zu arbeiten (vgl. ebd., 12). Das beinhaltet insbesondere eine Zusammenarbeit mit der betroffenen Person „als Eigentümerin ihrer einzigartigen Geschichten und Werte, die ein spezifisches Spektrum an Potenzialen besitzt“ (ebd., 18). Im Fokus steht also die Autonomie der Klient*innen (vgl. ebd., 15). Die Person und ihre Recovery werden in den Mittelpunkt der Zusammenarbeit gestellt. Vermittelt wird diese Einstellung unter anderem durch die Sprache. Der Grundsatz der Recoveryorientierung lautet „Person first!“ (ebd., 363). So soll beispielsweise nicht von schizophrenen Menschen gesprochen werden, sondern von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung (vgl. ebd.). Zentral ist außerdem, dass die recoveryorientierte Arbeit sich besonders an Menschen richtet, die als „uninteressant“, „chronische Fälle“ oder „austherapiert“ gelten und ihnen Hoffnung auf Genesung vermitteln soll (vgl. Knuf 2008, 8). Welche Inhalte und konkreten Interventionen dem zuträglich sein können, kann den folgenden Kapiteln entnommen werden.

4.3.1 Grundlagen der recoveryorientierten Arbeit

Die grundlegende Voraussetzung für einen erfolgreichen Recoveryprozess ist die *Hoffnung* (vgl. Amering/Schmolke 2012, 18). Hoffnung meint ein „starkes Zutrauen“, eine zuversichtliche, vertrauensvolle und optimistische Einstellung der Betroffenen selbst, dass sie in Recovery sein werden (vgl. Knuf/Bridler 2008, 26). Die Unterschiedlichkeit der Recoveryverläufe und Behandlungsmöglichkeiten macht deutlich, dass es Hoffnung gibt. Es entstehen immer neue Behandlungsansätze, die ausprobiert werden können, und es ist nicht zielführend, sich auf einer negativen Prognose auszuruhen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 18). Damit einher geht das zentrale Ziel der Recovery-Bewegung, den Mythos der Unheilbarkeit psychischer Erkrankungen zu überwinden (vgl. ebd., 19).

Seit Beginn der Recoveryforschung in den 1980er Jahren wurden verschiedene Modelle zu den Grundprinzipien und -dimensionen der Recoveryorientierung entwickelt. Im Rahmen einer Literaturrecherche aus dem Jahr 2023 haben Forschende aus Indonesien und den USA Recoveryrichtlinien aus Australien, Irland, Kanada, Großbritannien und den USA untersucht und sieben teils zusammenhängende *Recovery-Prinzipien* (Abb. 1) herausgearbeitet (vgl. Subandi et al. 2023, 1):

1. *Cultivating positive hope*: Wie bereits beschrieben gilt Hoffnung als die grundlegende Voraussetzung für Recovery (vgl. Amering/Schmolke 2012, 18). Dementsprechend ist es in Abb.1 außen angeordnet. Hoffnung spielt für alle anderen Prinzipien ebenfalls eine Rolle und es wird empfohlen in der Arbeit mit Klient*innen zuerst gemeinsam an der Hoffnung auf Recovery zu arbeiten (vgl. Subandi et al. 2023, 4; 6).

2. *Establishing partnerships and collaborations*: Der Recoveryprozess kann nicht durch die Klient*innen allein erfolgen. Es braucht Angehörige und Fachkräfte, die den Weg begleiten und unterstützen. Im besten Fall gibt es eine tragfähige Zusammenarbeit und einen regelmäßigen Austausch zwischen allen drei Parteien: Klient*innen, Angehörigen und Fachkräften. Diese Zusammenarbeit soll in allen Bereichen der recoveryorientierten Arbeit stattfinden, weshalb dieses zweite Prinzip in Abb. 1 mittig angeordnet ist (vgl. ebd, 6).

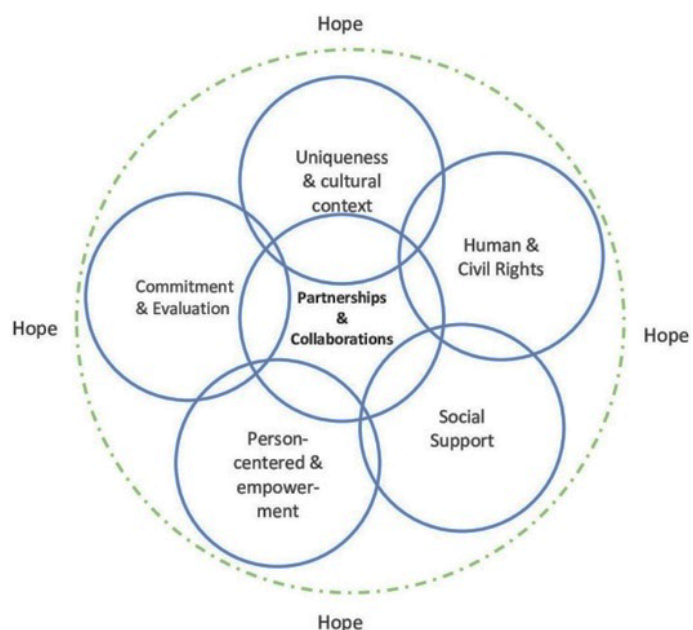


Abb. 1: *Interrelated principles of recovery-oriented mental health service* (Subandi et al 2023, 10)

3. *Ensuring organizational commitment and evaluation*: In den untersuchten Richtlinien wird betont, dass ein Bekenntnis der Einrichtung oder des Dienstes zu Recoveryorientierung und eine regelmäßige Evaluation der Arbeit für eine erfolgreiche recoveryorientierte Arbeit unabdingbar ist, um eine Umgebung zu schaffen, in der Recovery möglich ist. Grundlegend ist außerdem, die Klient*innen auf allen Ebenen der Arbeit einzubeziehen (vgl. ebd., 7).

4. *Recognizing the consumer's human and civil rights*: Die Recovery-Bewegung begann als Bürgerrechtsbewegung, die sich für die Rechte der Patient*innen auf soziale Integration einsetzte. Dementsprechend hat der Fokus auf Menschen- und Bürgerrechte auch den Weg

in die Prinzipien der Recovery-Orientierung gefunden. Ziel der recoveryorientierten Arbeit ist die Gleichberechtigung der Klient*innen bezüglich Bildung, Arbeit und sozialer Teilhabe. Um dies zu erreichen, müssen Stigmatisierung und Diskriminierung eingedämmt werden (vgl. ebd., 8).

5. Focussing on person-centeredness and empowerment: Dieses fünfte Prinzip stellt die Ganzheit der Person mit ihren Lebensumständen in den Mittelpunkt der Arbeit. Es verdeutlicht, dass für eine erfolgreiche Arbeit sowohl innere als auch äußere Faktoren berücksichtigt werden müssen. Die Klient*innen selbst sind die besten Expert*innen für ihr Leben und sollen dementsprechend dabei unterstützt werden, autonom Entscheidungen zu treffen und Ziele zu benennen (vgl. ebd.). Damit folgt die Recoveryorientierung einem allgemeinen Trend in der psychiatrischen Versorgung, wie in Kapitel 3 dargelegt wurde (vgl. Amering/Schmolke 2012, 211f).

6. Recognizing an individual's uniqueness and cultural context: Anschließend an das fünfte Prinzip, beschreibt das sechste Prinzip die Einzigartigkeit jedes Individuums, wodurch auch eine einzigartige Versorgung notwendig wird. Dabei soll auf die individuellen Stärken der Betroffenen und ihre physischen, sozialen, emotionalen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse eingegangen werden (vgl. Subandi et al. 2023, 9).

7. Facilitating social support: Das siebte Prinzip bezieht sich auf die Stärkung der sozialen Bezüge der Betroffenen, da eine unterstützende Gemeinschaft eine große Ressource für das Erleben von Selbstwirksamkeit und Hoffnung durch Partizipation sein kann (vgl. ebd.). Im Fokus der recoveryorientierten Arbeit steht nicht in erster Linie die Reduktion der Symptome, sondern die Betroffenen dabei zu unterstützen, ein zufriedenes Leben (vgl. Deegan 2019, 18) unter eigenständig auserkorenen Umständen und in einer selbst gewählten Umgebung zu leben (vgl. Amering/Schmolke 2012, 314). Dazu gehört die Vermittlung von Kompetenzen der Selbstorganisation, im Umgang mit Einschränkungen durch Symptome und mit sozialen Herausforderungen und einer ressourcenorientierten Haltung (vgl. Möhlenkamp/Petersen 2019, 77). Die Qualität der Angebote wird daran gemessen, inwiefern sie die Autonomie (vgl. Amering/Schmolke 2012, 314) und Resilienz der Patient*innen fördern (vgl. ebd., 17). Die Patient*innen müssen selbst entscheiden, welche Angebote sie zu welchem Zeitpunkt und in welchem Ausmaß in Anspruch nehmen (vgl. ebd., 363), sowohl in Bezug auf therapeutische oder pädagogische Interventionen, als auch bezüglich medizinischer Ansätze, wie z.B. Psychopharmaka (vgl. Lehmann 2013, 56). Damit die Patient*innen diese Entscheidung eigenständig

treffen können, ist eine umfassende Psychoedukation durch die Fachkräfte notwendig. Diese kann außerdem zu einer Reduktion des wahrgenommenen Stigmas führen, was die Reduktion der Symptome positiv beeinflussen kann (vgl. Shin/Lukens 2002, 1129).

Entscheidend für einen erfolgreichen Recoveryprozess ist außerdem eine gute therapeutische Beziehung (Amering/Schmolke 2012, 324). Grundsätzlich arbeiten alle Beteiligten (Fachkräfte, Angehörige und Klient*innen) zusammen und einigen sich kontinuierlich auf handlungsleitende Auslegungen von bestimmten Situationen, um ein gemeinsames Handeln darauf abzustimmen (vgl. ebd., 195f). Die Betroffenen werden nicht als passive Empfangende der Dienstleistungen angesehen, sondern als Personen mit Expertise, was für die Verbesserung der Angebote nützlich sein kann (vgl. Zuaboni 2019, 103).

4.3.2 Recoveryorientierte Haltung

Ein erfolgreicher Recoveryprozess erfordert eine recoveryorientierte Haltung aller beteiligten Personen und Institutionen. Dazu gehören, neben den Betroffenen selbst, nahestehende Angehörige wie Familienmitglieder und Freund*innen, Fachkräfte und Einrichtungen.

Als wichtigstes Haltungselement ist die Hoffnung zu nennen. Die Hoffnung auf ein zufriedenes Leben ist bedeutsam für die Chance auf Recovery (vgl. Amering/Schmolke 2012, 332f). Es ist in erster Linie Aufgabe der Fachkräfte hoffnungsvoll zu sein, um die Patient*innen dadurch zu unterstützen (vgl. Zuaboni et al. 2013, 16). Hoffnung wird nicht nur durch die einzelne Fachkraft ausgestrahlt, sondern als einrichtungsweiter Leitwert vertreten (vgl. Farkas 2019, 144).

Einem erfolgreichen Recoveryprozess liegt außerdem die Annahme zugrunde, dass Faktoren, die für die Recovery einzelner Klient*innen relevant sind, nicht automatisch auf andere übertragen werden können. Die Unterstützenden müssen sich für die Recoveryförderung der Klient*innen auf deren individuelle Stärken konzentrieren und diese und die Resilienz der Betroffenen durch spezifische, individuelle Ansätze stärken (vgl. Deegan 2019, 18; Amering/Schmolke 2012, 314).

Die Klient*innen sind als eigenständige Subjekte ihres persönlichen Recoveryprozesses wahrzunehmen und zu respektieren (vgl. Möhlenkamp/Petersen 2019, 77). Damit einher geht eine Verschiebung der Macht (vgl. Amering/Schmolke 2012, 23). Das meint eine Veränderung der Rolle der Professionellen, indem sie nicht länger als Expert*innen des Lebens der Klient*innen, sondern als Unterstützende und Begleitende im Recoveryprozess angesehen werden (vgl. ebd., 331f). Fachkräfte müssen die Bereitschaft entwickeln, ihre Macht mit den Klient*innen

zu teilen, um eine gleichberechtigte Fachkraft-Klient*in-Beziehung zu ermöglichen (vgl. Zuaboni 2019, 107). Die Klient*innen müssen als Expert*innen ihres Lebens anerkannt werden, die fähig sind, eigenständig zu entscheiden (vgl. Realpe/Wallace 2010, 12). „Recovery kann [...] nur durch die Betroffenen selbst geleistet werden. Professionelle Helfer[*innen, L. H.] können den Prozess allenfalls unterstützen.“ (DGPPN 2018, 49)

Wichtig ist, dass sich dieser Wandel nicht nur bei der einzelnen Fachkraft, sondern auch auf der einrichtungspolitischen Ebene vollzieht (vgl. Werner 2019, 172). Es ist Aufgabe der Einrichtungen, bedürfnisorientiert zu arbeiten und ihre Angebote an die Bedarfe der Klient*innen anzupassen, statt die Klient*innen in existierende Strukturen zu drängen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 332). Um professionell Recoveryprozesse zu begleiten, bedarf es einer einrichtungsweiten recoveryförderlichen Kultur (vgl. Farkas 2019, 143), welche eine Reihe von Kompetenzen und Werten erfordert (vgl. ebd., 140). Im Zentrum der Arbeit steht nicht „der Fall“, sondern der*die Klient*in mit seiner*ihrer gesamten Lebensgeschichte. Das Realisieren individueller Ziele und Zukunftspläne der Klient*innen werden fokussiert. Die partnerschaftliche Haltung steht im Mittelpunkt der Arbeit (vgl. ebd., 143f).

Borg und Kristiansen untersuchten im Jahr 2004 Faktoren, die für eine als hilfreich erlebte Fachkraft-Klient*in-Beziehung maßgeblich waren (vgl. Borg/Kristiansen 2004, 493). Befragt wurden (ehemalige) Klient*innen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen, die sich als „recovered“ oder im „Prozess der Recovery“ bezeichneten und professionelle Hilfe in Anspruch nahmen (vgl. ebd., 494). Als zentrale Faktoren einer hilfreichen professionellen Beziehung wurden Mitmenschlichkeit, das alltägliche zur Verfügung stehen, Psychotherapie und das Auflockern der Regeln herausgearbeitet (vgl. ebd. 493).

Mitmenschlichkeit meint insbesondere Respekt und Empathie der Fachkraft gegenüber dem*der Klient*in, Begegnungen auf Augenhöhe, das Ermöglichen von Zusammenarbeit durch Offenheit bezüglich besprochener Themen, echtes Interesse an dem*der Klient*in, flache Hierarchien (vgl. ebd., 495f) und das Teilen von Macht für eine gleichberechtigte Beziehung (vgl. Zuaboni 2019, 107).

Psychotherapie wurde dann als hilfreich erlebt, wenn die Psychotherapeut*innen als begleitende Unterstützende Hoffnung und Beständigkeit vermittelten und die Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Klient*in als partnerschaftlich und gleichberechtigt empfunden wurde (vgl. Borg/Kristiansen 2004, 498f).

Das *Auflockern der Regeln* umfasste in den meisten Fällen Handlungen, die weniger als klassisches professionelles Verhalten, sondern eher als freundschaftlich angesehen wurden. Dadurch fühlten sich die Klient*innen als gleichwertige Personen und nicht „nur“ als Patient*innen gesehen (vgl. ebd., 499). Deutlich wird, dass menschliche Eigenschaften für die Arbeit mit Personen mit psychischen Erkrankungen oftmals bedeutsamer sind als Ausbildungen und angewandte Methoden (vgl. Amering/Schmolke 2012, 332).

Um Handlungsfähigkeit im Alltag zu erlangen, muss der Großteil der Arbeit in der gewohnten Umgebung der Klient*innen (vgl. Davidson 2019, 59) und unter Einbezug der Angehörigen (vgl. Subandi et al. 2004, 6) stattfinden. Sowohl für die Arbeit mit den Klient*innen als auch mit den Angehörigen gibt es konkrete recoveryorientierte Interventionen, welche im nächsten Kapitel erläutert werden.

4.3.3 Recoveryorientierte Interventionen

Welche Interventionen in einem spezifischen Fall anzuwenden sind, ist abhängig von den spezifischen Erfahrungen des*der Klient*in. In den meisten Fällen sind individuelle, direkt auf die Person zugeschnittene Kombinationen aus verschiedenen Interventionen am erfolgreichsten (vgl. Amering/Schmolke 2012, 314).

Die Wahl passender Interventionen ist außerdem davon abhängig, in welcher Phase des Recoveryprozesses sich der*die Klient*in befindet. Townsend, Boyd, Griffin, Larkins Hicks und Hogan (1999; ind. zit. n. Amering/Schmolke 2012, 366f) haben zur Ermittlung dessen ein *Vier-Phasen-Modell für Recovery* entwickelt:

1. Phase – *Dependent/unaware*: Dem*der Klient*in fehlt es an Selbstständigkeit. Es besteht kein Problembewusstsein und keine Motivation die Lage zu verändern. Es ist Ausdauer durch die Unterstützenden gefordert (vgl. ebd.).

2. Phase – *Dependent/aware*: Der*die Klient*in hat ein Bewusstsein für seine*ihre Erkrankung entwickelt und gelernt Unterstützung anzunehmen, es fehlt aber an Selbstvertrauen. Es bedarf der Zusammenarbeit zwischen dem*der Klient*in und den Unterstützenden, um dieses zu stärken (vgl. ebd., 366f).

3. Phase – *Independent/aware*: Der*die Klient*in kann wieder eigenverantwortlich handeln und erkennt, dass er*sie sich aktiv am Recoveryprozess beteiligen muss. Die Unterstützenden haben die Aufgabe, diese Selbstständigkeit zu bestärken (vgl. ebd., 367).

4. Phase – *Interdependent/aware*: Der*die Klient*in kann sein*ihr Leben wieder eigenständig führen und passende Hilfsangebote finden, sollte Unterstützung notwendig sein. Die Unterstützenden sollten das Ende der Patient*innenrolle befürworten und beim Rollenwechsel helfen (vgl. ebd.).

Des Weiteren spielen sich die Interventionen in fünf Dimensionen von Recovery nach Whitley und Drake (2010, 1249) ab. Dazu gehören die *klinische* Dimension, welche auf eine Besserung und Kontrolle der Krankheitssymptomatik abzielt, die *existenzielle* Dimension, welche das geistige Wohl und die Hoffnung des*der Klient*in in den Mittelpunkt stellt, die *funktionale* Dimension, welche das Erfüllen gesellschaftlicher Tätigkeiten betont, die *körperliche* Dimension, welche auf physische Gesundheit und die Wichtigkeit eines gesunden Lebensstils hinweist und die *soziale* Dimension, durch welche die Bedeutsamkeit sozialen Eingebundenseins hervorgehoben wird (vgl. ebd.).

Grundlegend ist bei allen recoveryorientierten Interventionen die *Partizipation* der Klient*innen. Es geht darum mit allen Beteiligten ein gemeinsames Verständnis der Erkrankung zu entwickeln (vgl. Amering/Schmolke 2012, 318). Dafür werden jegliche Informationen für die Klient*innen verständlich aufbereitet, es gibt dauerhafte Partizipationsmöglichkeiten bei der Gestaltung des Umfelds, Qualitätssicherung der Angebote und es werden aufgeklärte, eigenständige Entscheidungen der Klient*innen ermöglicht und anerkannt (vgl. ebd., 364f).

Eine Methode dafür ist das *Shared Decision Making* (SDM), welches zur Förderung des Recoveryprozesses bei jeglichen Interventionen Anwendung finden kann (vgl. Ramon/Brooks/Rae/O’Sullivan 2019, 124). Im Rahmen des SDM entscheiden Klient*innen und Fachkräfte gemeinsam über Maßnahmen, indem ein wechselseitiger Transfer von Erfahrungs- und Fachwissen stattfindet (Charles et al. 1999). Vorteile des SDM können eine starke Fachkraft-Klient*in-Beziehung, Wissensaustausch, ein besseres Verständnis für die Belange des*der Klient*in und ein stärkeres beiderseitiges Verpflichtungsgefühl hinsichtlich gemeinsam beschlossener Interventionen sein (vgl. Ramon et al. 2019, 135).

Eine ebenfalls gängige recoveryorientierte Methode ist der *Trialog*. Dabei finden regelmäßige Treffen zwischen Klient*innen, ihren Angehörigen und Fachkräften z.B. im Rahmen von Trialoggruppen statt, um Erfahrungen im Umgang mit psychischen Erkrankungen auszutauschen. Wichtig ist, dass in diesem Kontext „Expert*innen durch Erfahrung“ (Klient*innen und Angehörige) gleichermaßen akzeptiert werden, wie „Expert*innen durch Ausbildung“ (Fachkräfte) (vgl. Amering/Schmolke 2012, 315f).

In der Anwendung der Methode des *Offenen Dialogs* werden die Angehörigen der Betroffenen ebenfalls maßgeblich einbezogen. Ziel des Offenen Dialogs ist es, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, um offen über Symptome zu sprechen. Indem das soziale Umfeld der Klient*innen von Beginn an umfänglich in die Behandlung eingebunden wird, ist es möglich die Betroffenen zu einem großen Teil im privaten Umfeld zu behandeln und so die Dauer der unbehandelten Erkrankung, Klinikaufenthalte und Behandlungssitzungen zu verringern (vgl. ebd., 316f).

Neben dem Einbezug der direkten Angehörigen der Klient*innen, soll im Rahmen von Recoveryorientierung auch eine gemeindenahe Behandlung stattfinden (vgl. ebd., 364). Das stellt, wie in Kapitel 3 erläutert, ebenfalls einen allgemeinen Trend in der psychiatrischen Versorgung dar (vgl. ebd., 211f). Die psychiatrischen Unterstützungsleistungen dürfen nicht abgeschottet vom alltäglichen Leben und Umfeld der Betroffenen stattfinden, wenn das eigentliche Ziel die Wiedereingliederung in das soziale Netzwerk sein soll. Dementsprechend wichtig ist für einen erfolgreichen Recoveryprozess die Vernetzung in der Umgebung (vgl. ebd., 364). Ein zentraler Baustein, um Recoveryorientierung der Klient*innen und ihrer Angehörigen, aber auch von Fachkräften und in Einrichtungen zu fördern, ist Bildung (vgl. Möhlenkamp/Petersen 2019, 77). Unter anderem in England bieten beispielsweise sogenannte *Recovery Colleges* Schulungen für alle am Recoveryprozess beteiligten Personen an (vgl. ebd., 84), welche sich auf den Umgang mit psychischen Erkrankungen und Möglichkeiten der Genesung beziehen (vgl. Schulz/ Zuaboni/Löhr/Kronmüller/Zingsheim 2019, 245). Zusätzlich muss es Recovery-Schulungen für Professionelle geben (vgl. Zuaboni 2019, 107) und Fachkräfte, die sich hoffnungslos fühlen sollten – genauso wie betroffene Klient*innen – von erfolgreichen Recoveryprozessen erfahren, um wieder Hoffnung zu schöpfen (vgl. Zuaboni/Winter/Burr/Schulz 2013, 18).

Peers sollten verstärkt in die Lehre für Fachkräfte eingebunden werden (vgl. Locher/Razai/Weber 2019, 216). Außerdem steckt in der Forderung Psychiatrieerfahrene stärker einzubeziehen, die weit über die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften hinausgehende Idee, Peers flächendeckend in die Arbeit mit den Klient*innen und ihren Angehörigen einzubinden, sowohl um ihr Erfahrungswissen an (angehende) Fachkräfte weiterzugeben als auch um als Hoffnung vermittelnde Vorbilder für die Klient*innen selbst zu fungieren (vgl. Krämer et al. 2019, 39f). Peers können auf verschiedenste Weise eingesetzt werden. Sie können als Vermittelnde zwischen Klient*innen und Fachkräften fungieren (vgl. Bradstreet/Lambert 2010)

und/oder selbst Dienstleistungen, wie z.B. Selbsthilfegruppen anbieten (vgl. Amering/Schmolke 2012, 373). Das Erleben von Peers, die „recovered“ sind, als Teil von multiprofessionellen Teams kann für Klient*innen ausschlaggebend sein, um ihr eigenes Genesungspotenzial wiederzuentdecken (vgl. Amering/Gmeiner 2019, 31).

Sowohl in den USA als auch in Deutschland gibt es für Psychiatrieerfahrene inzwischen die Möglichkeit, sich als Peer-Spezialist*innen ausbilden zu lassen. Die „Certified Peer Specialists“ in den USA fungieren als aktive Mitarbeitende in psychiatrischen Einrichtungen und bringen ihr Erfahrungswissen in die Arbeit ein (vgl. Wisconsin Peer Specialists 2019). Die in Deutschland ausgebildeten EX-INler*innen können als bezahlte Fachkräfte in allen Einrichtungen, Diensten und Institutionen, wo Menschen mit psychischen Erkrankungen Unterstützung brauchen, arbeiten (vgl. EX-IN Deutschland 2020).

Neben der Beschäftigung von Psychiatrieerfahrenen ist die multiprofessionelle Aufstellung der in psychiatrischen Einrichtungen beschäftigten Teams zentral, um sowohl auf der medizinisch-psychiatrischen Ebene die Symptome zu verbessern als auch aus einer sozialpsychiatrischen Perspektive – mit Rehabilitation im Fokus – den ganzen Menschen mit all seinen Stärken, Ressourcen und Interessen nicht aus dem Blick zu verlieren (vgl. Amering/Schmolke 2012, 335f).

Damit die Angehörigen die Klient*innen erfolgreich unterstützen können, ist es im Sinne der Recoveryorientierung wichtig, auch Angebote für sie zu schaffen. Dazu gehören unter anderem Angehörigen-Selbsthilfegruppen auch zur Bestärkung der Hoffnung auf Besserung (vgl. Straub 2013, 72).

4.4 Limitationen des Recovery-Ansatzes

„Der personale Recovery-Ansatz ist eine schöne Utopie, die definitorisch jedoch vage gefasst, gegenüber anderen Konzepten nur unscharf abgegrenzt und in ihrer Realisierbarkeit durch die real existierenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen leider erheblich limitiert ist.“ (Bottlender 2013, 245)

Neben vielen positiven Berichten werden auch Limitationen des Recovery-Ansatzes geschildert. Drei Kritikpunkte werden dabei besonders zahlreich genannt: die vielen Unklarheiten des Ansatzes, die mögliche Verharmlosung schwerer psychischer Erkrankungen und Schwierigkeiten in der Umsetzung durch Ressourcenmangel.

Häufig werden vor allem die fehlende Greifbarkeit durch die definitorische Unschärfe und verschiedene Verständnisse von Recovery kritisch hinterfragt (vgl. Roberts/Hollins 2007, 397) und

auf die Abwesenheit wissenschaftlicher Evidenz (vgl. ebd., 398), einheitlicher Qualitätsstandards und Evaluationsmöglichkeiten hingewiesen (vgl. Farkas 2019, 142).

Des Weiteren wird befürchtet, dass durch die Anwendung des Recovery-Ansatzes schwere psychische Erkrankungen verharmlost werden (vgl. Amering/Schmolke 2012, 190f) und dadurch Klient*innen in Gefahr geraten könnten, wenn sie Dinge zu früh angehen, für die sie eigentlich noch nicht bereit sind (vgl. Straub 2013, 191).

Außerdem wird angemahnt, dass für die flächendeckende, angemessene Unterstützung individueller Recoveryprozesse in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgungslandschaft Ressourcen fehlen. Sowohl der Fachkräftemangel als auch fehlende monetäre und institutionelle Ressourcen haben Auswirkungen auf die Realisierbarkeit von Recoveryorientierung in der Praxis (vgl. Bottlender 2013, 244).

Trotz aufkommender negativer Kritik am Recovery-Ansatz geht aus der gesichteten Literatur hervor, dass sich die recoveryorientierte Arbeit weiterverbreitet und der Grundgedanke und die damit einhergehende Haltung von vielen Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften positiv empfunden wird. Wichtig ist zu betonen, dass die Recoveryorientierung nicht als Modell, Theorie, Methode, Intervention oder Konzept (vgl. Farkas 2019, 139) zu verstehen und somit anhand konkreter Handlungsanweisungen direkt implementierbar ist. Vielmehr beinhaltet sie „Haltungs- und Handlungselemente“ (Knuf 2008, 8), die als Ergänzung zu bisherigen Ansätzen zu verinnerlichen und umzusetzen sind. Das folgende Kapitel soll zeigen in welchem Rahmen dies bisher stattfindet.

4.5 Anwendung recoveryorientierter Interventionen in der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die größten Veränderungen in Richtung Recoveryorientierung der psychiatrischen Unterstützungssysteme sind schwer messbar, da sie sich in der Grundhaltung der Fachkräfte vollziehen. Sichtbar wird dieser Wandel, wenn Organisationen und Einrichtung sich öffentlich zu Recoveryorientierung bekennen und ihre Hilfeleistungen daran orientieren (vgl. Prestin 2019, 10; Amering/Schmolke 2012, 361). Diesbezüglich wurden sogenannte *Recovery Oriented Mental Health Programs* (ROMHPs) etabliert, in welchen Einrichtungen einen Leitfaden für ihre Angebote und die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden im Hinblick auf Recoveryorientierung festhalten (vgl. Amering/Schmolke 2012, 361).

Im Bereich der recoveryorientierten Interventionen wurden in den letzten Jahren vor allem das *Home Treatment* (vgl. ebd., 186ff) und von Tandems aus Peers und Fachkräften geleitete *Recovery-Gruppen* etabliert (vgl. Prestin 2019, 10). Besonders im deutschsprachigen Raum finden diese Gruppenangebote häufig im Rahmen von Trialoggruppen statt (Amering/Schmolke 2012, 315).

Neben der direkten recoveryorientierten Arbeit mit Personen, die psychisch erkrankt sind, gehört zur Recoveryorientierung auch der große Bereich der *Selbstvertretung Psychiatrieerfahrener*. Auch diesbezüglich hat sich in den letzten Jahren einiges getan. In Deutschland setzt sich der BPE als Organisation aktueller und einstiger Psychiatriepatient*innen für Veränderungen in der Versorgung in der konventionellen Psychiatrie ein und fordert die Partizipation Betroffener als gleichrangige Partner*innen in diesem Veränderungsprozess (vgl. BPE Online). In den USA haben Klient*innen die Möglichkeit zum Austausch über alle Maßnahmen außerhalb des herkömmlichen psychiatrischen Systems im Rahmen von *Alternatives Conferences* (vgl. Alternatives Conference). Auf internationaler Ebene ist das *International Network Towards Alternatives and Rights-Based Support* (= Internationales Netzwerk für Alternativen und Recovery) (INTAR), eine trialogisch besetzte Organisation, tätig, die ebenfalls Raum für Austausch bietet, um die Hypothese zu widerlegen, es gäbe keine vollständige Genesung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 323).

5. Traumatisierung Jugendlicher

Der Ausdruck „Trauma“ wird als Sammelbegriff für traumatisierende Ereignisse, Traumabewältigung und -folgen verwendet (vgl. Baer 2019, 148). Aufgrund dieses weiten Definitionsrahmens des Traumabegriffs und der Tatsache, dass „Trauma“ keine statische, gleichbleibende Einheit ist, wird der Begriff *Traumatisierung* bevorzugt, um auch das Veränderungspotenzial zu berücksichtigen (vgl. Baierl 2014, 22).

Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend können gravierende Folgen für die Betroffenen haben. Insbesondere können sich frühe traumatisierende Erlebnisse auf die Entwicklung auswirken und zu psychischen Erkrankungen, psychosomatischen Folgen und Schwierigkeiten in Schule, Ausbildung und Beruf führen (vgl. Purtscher-Penz 2015, 95).

5.1 Definition von Trauma/Traumatisierung

Der Begriff „Trauma“ kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet Wunde. Er wird für physische sowie psychische Verletzungen verwendet. Eine Traumatisierung im Sinne einer psychischen Verletzung entsteht durch eine Diskrepanz zwischen der erlebten Bedrohung in der traumatisierenden Situation und den persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten einer Person, wodurch eine Hilf- und Schutzlosigkeit erlebt wird, die das Welt- und Selbstbild langfristig beeinflusst (vgl. Baer 2019, 147).

Die *International Classification of Diseases* in der 10. Überarbeitung (ICD-10) wird in Deutschland zur Einordnung psychischer Erkrankungen angewendet (vgl. Baierl 2014, 22). In dieser wird unter F43.1 eine Traumatisierung als „Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (BfArM 2025a) beschrieben.

Da nicht alle Menschen, die traumatisierende Situationen erleben auch Symptome einer Traumafolgestörung entwickeln, ist es bedeutend sprachlich zwischen traumatisierenden Erlebnissen und Symptomen einer Traumafolgestörung zu differenzieren und somit ein Bewusstsein für die eingangs beschriebene definitorische Unschärfe des Sammelbegriffs „Trauma“ beziehungsweise Traumatisierung zu entwickeln. Außerdem ist eine klare Abgrenzung von stressenden, aber bewältigbaren Situationen und stark belastenden, (potenziell) traumatisierenden Ereignissen notwendig (vgl. Schmid/Fegert 2024).

Wiesinger, Huck, Schmid und Reddemann (2017, 45) beschreiben Traumatisierungen als „gefrorene Ohnmacht“, was das Fortbestehen des Gefühls der Hilflosigkeit nach traumatisierenden Erlebnissen veranschaulicht.

5.2 Entstehung von Traumatisierungen

Eine Traumatisierung wird durch einzelne oder mehrfach vorkommende traumatisierende Ereignisse ausgelöst. Das sind Ereignisse, die das eigene Leben bedrohen oder bei denen eine gravierende Gefahr für die körperliche Unversehrtheit besteht (vgl. Schmid/Fegert 2024). Das kann das bereits beschriebene Diskrepanzerleben aufgrund mangelnder persönlicher Bewältigungsmöglichkeiten auslösen (vgl. Baer 2019, 147) und zu einem Gefühl von „absoluter Hilflosigkeit, Ohnmacht und Selbstunwirksamkeit“ (Schmid/Fegert 2024) führen. Um an einer Traumafolgestörung zu erkranken, muss eine Person nicht zwingend selbst von diesem Ereignis betroffen sein. Auch Zeug*in eines solchen zu sein, kann traumatisierend sein und Symptome einer Traumafolgestörung auslösen (vgl. ebd.; Baer 2019, 148).

Zentrale Ursache für die Entwicklung von Symptomen einer Traumafolgestörung ist das Gefühl des „absoluten Ausgeliefertseins“ (Schmid/Fegert 2024). Da alle Bewältigungsmöglichkeiten, inkl. Kämpfen und Fliehen, erschöpft scheinen, fällt der Körper in einen Erstarrungszustand (vgl. ebd.).

Traumatisierende Erlebnisse können in vielfältigen Formen auftreten. Beispiele sind Verluste, (vgl. Copeland/Keeler/Angold/Costello 2010, 1062) und Missbrauch, aber auch Kränkungen im Alltag (vgl. Anders, Shallcross u. Frazier 2012; ind. zit. n. Hensel 2017, 27). Insbesondere wenn solche Ereignisse häufiger auftreten, können sie traumatisierend sein (vgl. Hensel 2017, 27). Wachsen Kinder und Jugendliche in Kontexten auf, in denen sie regelmäßig traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt sind, werden ihre grundlegenden Bedürfnisse nicht erfüllt (vgl. Schmid 2013, 48), da sie ständig belastende Erlebnisse befürchten und chronisch angespannt sind. Die traumatisierenden Erfahrungen werden zum Alltag (vgl. Baer 2019, 150).

Bei der Art der traumatisierenden Erlebnisse wird zwischen *artifiziellen*, durch menschliches Handeln verursachten, und *nichtpersonellen*, durch natürliche oder unpersönliche Ereignisse entstehenden, Traumatisierungen unterschieden (vgl. Schmid/Fegert 2024). Des Weiteren gibt es die Unterscheidung zwischen einzelnen traumatisierenden Erlebnissen (*Typ-I-Traumatisierungen*) und sequentiellen Traumaerlebnissen (*Typ-II-Traumatisierungen*) (vgl. Schmid/Fegert 2024; Terr 1991):

	Typ-I	Typ-II
Häufigkeit	- einmalig	- wiederholt - regelmäßig
Zeitspanne	- relativ kurz - ein eindeutig abgegrenztes Ereignis - plötzlich und unvorhergesehen	- langanhaltend über einen längeren Zeitraum - wiederholte Ereignisse
Beteiligte Menschen	- keine Täter*innen - oder unbekannte Täter*innen	- häufig den Kindern/Jugendlichen bekannte Täter*innen
Hauptemotionen	- Angst	- Taubheit - Wut - Trauer - Angst - Scham - Ekel - Schuld
Folgen/Symptomatik	- PTBS-Symptomatik - Vermeidung - erhöhte Wachsamkeit - Halluzinationen	- komplexe PTBS - komplexe Störungsbilder, mehrere komorbide Störungen (z.B. Sucht durch Selbstmedikation) - Persönlichkeitsstörungen - Verleugnung - Dissoziation - Selbstaggression
Erinnerung	- klar - vollständig - detailliert	- Verdrängung - Erinnerung an einzelne Ereignisse werden von anderen ähnlichen Ereignissen überlagert
Umgang	- offener Umgang mit dem Erlebten	- vollständige Verleugnung
Öffentlichkeit	- häufig öffentlich	- Schweigegebote - schambesetzt
Unterstützung des sozialen Umfelds	- häufig gegeben	- meistens gering - ebenfalls belastet oder in die Taten involviert
Beispiele	- Unfälle - Überfälle - schwere Erkrankungen - Trennungen - Naturkatastrophen	- Vernachlässigung - Misshandlung - Missbrauch - Krieg und Flucht - Folter

Tab. 1: Vergleich Typ-I- und Typ-II-Traumatisierungen (eigene Darstellung, L. H., auf Grundlage von Schmid/ Fegert 2024; Terr 1991)

Wie Tab. 1 zu entnehmen ist, entsteht eine Typ-I-Traumatisierung aufgrund eines einzelnen traumatisierenden Erlebnisses (vgl. Purtscher-Penz 2015, 96), auch bekannt als Schocktrauma (vgl. Hensel 2017, 29), welches die gewohnten Abläufe und Strukturen in denen ein Kind/ein*e Jugendliche*r aufwächst unterbricht, die Entwicklung stört (vgl. Purtscher-Penz 2015, 96) und die in Tab. 1 aufgeführten Folgen haben kann. Wenn eine Traumafolgestörung entwickelt wird, handelt es sich in den meisten Fällen um eine akute oder posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mit positiver Genesungsprognose (vgl. Schmid/Fegert 2024).

Demgegenüber entsteht eine Typ-II-Traumatisierung (Tab. 1) aufgrund von sich wiederholenden traumatisierenden Erlebnissen, welche in einem grundlegenden Entwicklungszeitraum

zum Alltag der betroffenen Kinder und Jugendlichen gehören (vgl. Purtscher-Penz 2015, 96). In Folge einer Typ-II-Traumatisierung entwickeln Kinder und Jugendliche oftmals eine Breitsymptomatik mit Folgen für den Selbstwert, die Beziehungsgestaltung und die Emotionsregulation. Häufig entstehen mehrere komorbide, psychische Störungen oder eine komplexe PTBS (kPTBS), was die Behandlung und den Genesungsprozess erschwert (vgl. Schmid/Fegert 2024).

Konkreter werden die Folgen von Traumatisierungen in den folgenden Kapiteln erläutert.

5.3 Folgen von Traumatisierungen

Traumatisierungen sind die Ursache für einen Großteil aller psychischen Erkrankungen und deren soziale Konsequenzen (vgl. WHO 2013, 3). So kann eine ganze Reihe von psychischen Störungen die direkte Folge traumatisierender Erlebnisse sein, die sogenannten *Traumafolgestörungen*. Häufig entwickeln sich Traumafolgestörungen komorbid (vgl. Rosner 2013, 64).

Das Risiko des Auftretens einer Traumafolgestörung ist bei artifiziellen Traumatisierungen bedeutsam höher als bei nichtpersonellen Traumatisierungen. Während nach zwischenmenschlichen traumatisierenden Erlebnissen über 25 % der Betroffenen eine Traumafolgestörung entwickeln, leiden weniger als 10 % der nichtpersonell traumatisierten Personen unter Symptomen einer Traumafolgestörung (vgl. Alisc et al. 2014). Weitere Risikofaktoren für das Entwickeln einer Traumafolgestörung sind ein geringes Alter zum Zeitpunkt des traumatisierenden Erlebnisses, sowie vorausgegangene traumatisierende Erfahrungen. Ein wichtiger Schutzfaktor ist der Rückhalt im Familien- und Freund*innenkreis (vgl. Schmid/Fegert 2024).

5.3.1 Traumafolgestörungen

Traumafolgestörungen werden in Deutschland nach der ICD-10 der WHO diagnostiziert. Im Jahr 2022 ist außerdem die 11. Fassung der ICD (ICD-11) in Kraft getreten. In Deutschland besteht allerdings bisher nur eine Entwurfsfassung, welche aus lizenzrechtlichen Gründen noch nicht nutzbar ist (vgl. BfArM 2024). Dementsprechend wird im Folgenden nur kurz auf Änderungen in der Diagnostik von Traumafolgestörungen von der ICD-10 zur ICD-11 eingegangen. Da die ICD-10 in Deutschland nach wie vor der Diagnosestandard ist, wird sich in der weiteren Auseinandersetzung mit dem Thema maßgeblich darauf bezogen.

Bei der Diagnostik von Traumafolgestörungen wird nach der ICD-10 nicht zwischen Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen unterschieden. Dadurch wird der Faktor der Entwicklung

vernachlässigt (vgl. Goldbeck 2013, 71). In der ICD-10 werden unter F43 die „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ gelistet. Dazu gehören die akute Belastungsreaktion (F43.0), die PTBS (F43.1) und die Anpassungsstörung (F43.2) (vgl. BfArM 2025a). Darüber hinaus wird die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0) unter den „Andauernden Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns“ gelistet (vgl. BfArM 2025b). Ferner können auch die dissoziativen Störungen unter F44 in Folge von traumatisierenden Erlebnissen entstehen (vgl. BfArM 2025a).

Die *akute Belastungsreaktion (F43.0)* beschreibt eine „vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt“ (BfArM 2025a). Diese Reaktion verschwindet innerhalb der folgenden Stunden oder weniger Tage wieder. Zu den Symptomen können in der Regel unter anderem Benommenheit, Gefühle von Panik und Reizüberflutung, Unruhe, Aufmerksamkeitsschwierigkeiten und Orientierungslosigkeit sowie körperliche Anzeichen wie Herzrasen und Schweißausbrüche gehören (vgl. ebd.).

Die *PTBS (F43.1)* „entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis“ (ebd.) Typische Symptome einer PTBS sind unter anderem Flashbacks und Träume, Taubheitsgefühle, Apathie und Lethargie, Trübsinn und Vermeidung. Nicht selten sind außerdem Panik, depressive Symptome und Suizidgedanken. Erste Anzeichen einer PTBS treten häufig wenige Wochen bis Monate nach dem traumatisierenden Erleben auf (vgl. ebd.). Die Diagnose wird frühestens 4 Wochen nach dem traumatisierenden Ereignis gestellt, da dann davon ausgegangen wird, dass das Erlebte nicht vollständig verarbeitet werden kann und eine Chronifizierung der Symptome eingesetzt hat (vgl. Hensel 2013, 30).

Anpassungsstörungen (F43.2) sind „Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten“ (BfArM 2025a.). Symptome einer Anpassungsstörung können unter anderem Depressionen, Ängste, Überforderungsgefühle und, insbesondere bei Jugendlichen, Störungen des Sozialverhaltens sein (vgl. ebd.).

Die *andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0)* dauert mindestens zwei Jahre an. Die Störung zeigt sich „durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder

Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl“ (BfArM 2025b).

Grundsätzlich ist das Auftreten einer Traumafolgestörung immer abhängig von persönlichen Prädispositionen, Vorerfahrungen und der Resilienz betroffener Personen (vgl. BfArM 2025a). In der ICD-11 werden unter den „Spezifisch Belastungs-assoziierten Störungen“ die *PTBS* (6B40), die *kPTBS* (6B41), die *anhaltende Trauerstörung* (6B42), die *Anpassungsstörung* (6B43), die *reaktive Bindungsstörung* (6B44) und die *Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten* (6B45) gelistet (vgl. BfArM 2024). Dabei ähneln sich die Diagnosekriterien der PTBS und Anpassungsstörung in der ICD-10 und der ICD-11. Die kPTBS kann als Neuerung der andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung verstanden werden. Ergänzt wurden die Traumafolgestörungen durch die anhaltende Trauerstörung und zwei Störungen im Kindesalter, die reaktive Bindungsstörung und die Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten (vgl. Eberle/Maercker 2024).

Bei Kindern und Jugendlichen treten die Symptome der Traumafolgestörungen häufig in Kombination mit Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, bei der Emotionsregulation und mit dem Selbstwert auf (vgl. Schmid/Fegert 2024).

Auf Traumafolgestörungen folgen häufig verschiedene weitere psychische Erkrankungen, die auch vom Alter der Betroffenen abhängen. So treten bei Jugendlichen und Erwachsenen häufig auch Suchterkrankungen, Depressionen und Ängste nach traumatisierenden Erlebnissen auf. Bei Jugendlichen ist zudem eine Steigerung von internalisierenden Störungen, selbstverletzendem Verhalten (SVV) und Suizidgedanken zu verzeichnen, während bei Kindern eher Störungen des Sozialverhaltens auftreten (vgl. Schmid/Fegert 2024). Eine genauere Beschreibung der weiteren Symptome, die im Jugendalter vermehrt auftreten, erfolgt im nächsten Kapitel.

5.3.2 Häufige Symptome nach Traumatisierungen bei Jugendlichen

Da sich die im ICD-10 beschriebenen Symptome maßgeblich auf psychische Erkrankungen Erwachsener fokussieren (vgl. Goldbeck 2013, 71), wird im Folgenden dargestellt, welche Symptome – auch über die in Kapitel 5.3.1 beschriebenen hinausgehend – vermehrt bei Jugendlichen auftreten.

Grundsätzlich ist die Ausprägung der Symptome bei Jugendlichen altersabhängig. Während viele traumatisierte Kinder und Jugendliche im Schulalter eher unter Störungen des

Sozialverhaltens, emotionalen und hyperkinetischen Störungen leiden, häufen sich ab der Adoleszenz auch Persönlichkeitsstörungen mit ausgeprägtem SVV, substanzbezogene Suchterkrankungen, somatoforme und dissoziative Störungen und manifeste Störungen des Sozialverhaltens (vgl. van der Kolk/Pynoos 2009; De Bellis et al. 2001, 542). Die psychischen Störungen und ihre vielfältigen Symptomatiken entstehen durch Veränderungen des Selbst- und Umwelterlebens der Jugendlichen aufgrund der Traumatisierung (vgl. Schmid/Fegert 2024; Baierl 2017, 82).

Bei vielen Jugendlichen sind durch die traumatisierenden Erfahrungen die Emotionsregulation und die Beziehungsgestaltung gestört, da die vergangenen, traumatisierenden Erlebnisse in Beziehungen mit anderen Menschen, die heutigen Beziehungen überlagern (vgl. Schmid 2013, 48). So zeigen 80 % der Kinder und Jugendlichen mit Traumatisierungen einen desorganisierten Bindungsstil⁶ (vgl. van Ijzendoorn et al. 1995; 1996; 1999; Hipwell et al. 2000; Muller et al. 2000; ind. zit. n. ebd., 45). Sie entfalten oft unsichere Beziehungen (vgl. Kim/Cicchetti 2004, 351) und weisen eine gering ausgeprägte Selektivität im Bindungsverhalten gegenüber Erwachsenen auf (vgl. Rutter et al. 2007, 28). Dazu trägt ein häufig negatives Selbstbild bei, welches sich auf die Beziehungsgestaltung auswirkt (vgl. ebd., 43).

Zusätzlich sind die Jugendlichen aufgrund der Traumatisierung schnell gestresst und es fehlt oftmals an der Fähigkeit Gefühle angemessen zu bewältigen (vgl. ebd., 45). Dementsprechend empfinden sie häufig besonders mächtige Emotionen oder berichten von Taubheitsgefühlen. Gefühle, die vermehrt im Zusammenhang mit Traumatisierungen auftreten, sind außerdem Wut, Schuld und Trauer (vgl. Baierl 2017, 80). Folgen der gestörten Emotionsregulation können risikoreiches (vgl. Wiesinger et al. 2017, 45; Schmid 2013, 43), aggressives (vgl. Baer 2019, 153; Schmid 2013, 43) und sexualisierendes Verhalten sein (vgl. Schmid 2013, 43). Neben der Beziehungsgestaltung sind oftmals auch die Arbeits- und Lernfähigkeit durch die genannten Symptomatiken beeinträchtigt (vgl. Baer 2019, 152).

Traumatisierungen haben außerdem Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Jugendlichen. Insbesondere bei Typ-II-Traumatisierungen erfolgt durch die dauerhafte Gefahr weiterer potenziell bedrohlicher Ereignisse, eine Sensibilisierung. Es ist anzunehmen, dass traumatisierte

⁶ Der desorganisierte Bindungsstil entsteht bei Kindern, bei denen „das Bindungs- und das Furchtsystem wiederholt gleichzeitig aktiviert werden, wie z.B. wenn die Interaktion mit der frühen Bezugsperson angstausslösend war“ (Flemming/Lübke/Müller/Spitzer 2023, 166).

Jugendliche bereits kleinste Hinweise auf einen Stimmungswandel bei z.B. Fachkräften erkennen, bevor diese ihn bei sich selbst wahrnehmen (vgl. Schmid 2013, 45).

Langzeitfolgen von Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter können die Betroffenen ein Leben lang beschäftigen. Dazu gehören einerseits psychische Störungen wie PTBS, Ängste, depressive Störungen oder Suchterkrankungen und andererseits physische Beeinträchtigungen aufgrund von Störungen der Entwicklung des Gehirns (vgl. Fegert et al. 2013, 9). Das Ausmaß der Spätfolgen ist sehr individuell und kann von der Entwicklung zum Zeitpunkt der Traumatisierung und von genetischen und sozialen Bedingungen, sowie der persönlichen Resilienz abhängen (vgl. ebd., 10).

Eine zentrale Folge, die bei jeglichen psychischen Störungen auftreten kann, ist die Selbststigmatisierung. Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen schämen sich dafür, was zu einem negativen Selbstbild führt (vgl. Knuf 2005) und durch (Gegen-)Übertragungsphänomene aktuelle Beziehungen beeinflussen kann (vgl. Schmid 2013, 48). Durch das Gefühl der Ohnmacht in den traumatisierenden Situationen, haben sich die Betroffenen außerdem als selbstunwirksam erlebt, was im Folgenden zu Passivität führen kann. Der intensive Fokus auf das unmittelbare Überleben lässt Betroffenen keine Ressourcen für die Befriedigung eigener Bedürfnisse und die Planung langfristiger Ziele (vgl. Schmid 2013, 44).

5.3.3 Behandlung von Traumafolgestörungen

Für die Behandlung von Traumafolgestörungen bei Jugendlichen gibt es verschiedene therapeutische Ansätze. Wichtig ist dabei die Koordination angepasster pädagogischer und therapeutischer Hilfen (vgl. Purtscher-Penz 2015, 99). Da sich ein Wandel im persönlichen Erleben in der Zeit nach dem traumatisierenden Ereignis erhärten kann, kann die Form der Bewältigung und Aufarbeitung der Traumatisierung vergleichbar schwerwiegende Konsequenzen haben, wie die eigentliche Traumatisierung (vgl. Baer 2019, 148f).

Unabhängig davon, auf welche Art mögliche Traumafolgestörungen therapeutisch behandelt werden, ist es immer notwendig die Traumatisierung aufzuarbeiten, indem sich Betroffene traumatisierenden Erlebnissen in einer sicheren Umgebung erneut stellen (vgl. Hensel 2017, 34).

Für Kinder und Jugendliche werden insbesondere drei verschiedene Therapieformen empfohlen: erstens unterschiedliche Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie (vgl. Schäfer et al. 2019, 9), zweitens die Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) (vgl.

Moreno-Alcàzar et al. 2017, 8) und drittens die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) (vgl. Miller/Rathus/Linehan 2007, 2).

Die *kognitive Verhaltenstherapie* birgt durch die Aussprache des Traumanarrativs den Nutzen, dass der*die Therapeut*in viel über stark belastende Gesichtspunkte der Traumatisierung erfährt und die Behandlung gezielt darauf ausrichten kann (vgl. Schmid/Fegert 2024). Eine weitere Therapieform, die unter der verhaltenstherapeutischen Therapie eingeordnet wird, ist eine insbesondere für Kinder adaptierte Form der *Narrative Exposure Therapy* (KidNet) (vgl. Brown/Witt/Fegert/Keller/Rassenhofer/Plener 2017, 1902). Bei der KidNet wird sich dem Lebensverlauf der Betroffenen spielerisch genähert, indem verschiedene Symbole (z.B. Blumen und Steine) und Methoden (z.B. Nachspielen und Malen) genutzt werden. (vgl. Schmid/Fegert 2024).

In der *EMDR* werden Traumatisierungen durch kurze imaginierte Expositionen der traumatisierenden Situation und darauffolgende rhythmische Augenbewegungen und Körperberührungen zur Entspannung aufgearbeitet. Diese Form der Traumatherapie erfordert kein Verbalisieren der belastenden Situation und ist somit auch gut bei Menschen mit geringer Sprachkompetenz einsetzbar. Zusätzlich wird so Gegenübertragungen vorgebeugt (vgl. ebd.).

In der *DBT* wird die Stabilisierung der Patient*innen bezüglich ihrer Emotionsregulation und der Reduzierung von SVV fokussiert. Zur Dissoziationsreduktion werden Achtsamkeits- und Wahrnehmungsübungen angewendet (vgl. ebd.). Die jugendspezifische Adaption sieht außerdem das Einbeziehen von Angehörigen vor (vgl. Miller et al. 2007, 170).

Keine eigene Therapieform, aber ein wichtiger Teil der Bewältigung von Traumatisierungen, ist eine ausführliche Psychoedukation. Es ist zentral, dass Betroffene verstehen, dass ihre Symptome eine logische Reaktion auf das Erlebte sind (vgl. Schmid/Fegert 2024).

Ausgegangen wird von einem *Drei-Phasen-Modell der Bearbeitung von Traumatisierungen*. Die Aufarbeitung von Traumatisierungen beginnt immer mit der *Stabilisierungsphase*, in welcher sowohl auf physischer und psychischer als auch auf sozialer Ebene die Grundlagen für die Behandlung geschaffen werden:

„In der Regel bedeutet dies auch, dass eine interpersonelle Traumatisierung beendet und die soziale Situation des[*der, L. H.] Patient[*in, L. H.] geklärt ist und er[*sie, L. H.] in stabilen Verhältnissen wohnt, keinen Kontakt mehr zu Täter[*innen, L. H.] hat und Gefährdungssituationen mit dem realen Risiko einer Retraumatisierung vermieden werden. Somatische Stabilisierung bedeutet, dass die Behandlung der körperlichen Beschwerden der Traumafolgen nach Unfällen/Gewalterlebnissen abgeschlossen und der Genesungsprozess zumindest weit fortgeschritten ist. Psychische Stabilisierung bedeutet, dass die schwerwiegenden psychischen Symptome von den Patient[*innen, L. H.] kontrolliert werden können, also, dass keine Suizidalität, kein selbstverletzendes Verhalten,

Substanzkonsum und keine schweren dissoziativen Symptome mehr vorliegen sollen.“ (Schmid/Fergert 2024)

Auf die Stabilisierungsphase folgt die *Phase der Traumabearbeitung*, in welcher Ressourcenorientierung und die Förderung von Emotionsregulation zentral sind, bevor zum Ende der zweiten Phase Expositionen und eine kognitive Neubewertung traumatisierungsbezogener Überzeugungen folgen. Die dritte und letzte Phase ist die Phase der *Integration und Rückfallprophylaxe*, in welcher eine Wiedereingliederung in den Alltag und vor allem in Freizeitaktivitäten erfolgt. Die dritte Phase kann, wenn nötig, durch ein soziales Kompetenztraining oder ähnliche Angebote begleitet werden (vgl. ebd.).

5.4 Spezifische Bedarfe traumatisierter Jugendlicher

Für eine passende Versorgung und Unterstützung traumatisierter Jugendlicher bedarf es eines multiprofessionellen Unterstützungssystems, um medizinische, psychiatrische, soziale und rechtliche Schwierigkeiten gemeinsam und aufeinander abgestimmt anzugehen (vgl. Gahleitner 2013, 235). Um Langzeitfolgen vorzubeugen, ist eine frühzeitige Intervention auf allen genannten Ebenen (vgl. Purtscher-Penz 2015, 95), vor allem aber in den Bereichen Erziehung, Förderung und Therapie (vgl. Oswald/Goldbeck 2013, 209), zentral.

Grundlegend für alle weiteren Interventionen ist das Schaffen von Verlässlichkeit und Sicherheit im alltäglichen Umfeld der betroffenen Jugendlichen (vgl. Purtscher-Penz 2015, 99).

Da die Jugendlichen durch die traumatisierenden Ereignisse nicht mehr in der Lage waren, ihre eigenen Bedürfnisse zu erfüllen, ist es wichtig diese im Rahmen der traumatherapeutischen und -pädagogischen Arbeit jederzeit zu berücksichtigen (vgl. Baierl 2017, 72). Grawe (2004, 185f) bezieht sich auf die Theorie von Epstein aus dem Jahr 1990 und definiert die vier psychischen Grundbedürfnisse: 1. Lustgewinn/Unlustvermeidung, 2. Orientierung/ Kontrolle, 3. Positives Selbstwerterleben und 4. Bindung. Im Rahmen traumapädagogischer Interventionen müssen die Jugendlichen lernen, auch eigenständig für die Erfüllung dieser zu sorgen (vgl. Baierl 2017, 72).

Lustgewinn/Unlustvermeidung: Dazu gehört unter anderem das Wiedererlangen von Lebensfreude. Dafür braucht es ein Setting, in dem Spaß und Aufgeschlossenheit alltäglich sind und Selbstliebe aktiv gefördert wird (vgl. ebd., 83).

Orientierung/Kontrolle: Dazu gehört in erster Linie ein Gefühl von Sicherheit durch Bezugspersonen, bei denen sich die Jugendlichen gut aufgehoben fühlen und durch die

korrigierende Erfahrungen ermöglicht werden. Außerdem steht die Prävention erneuter traumatisierender Ereignisse im Mittelpunkt (vgl. ebd., 73). Um Sicherheit zu vermitteln, helfen klare Strukturen, Regeln und Vereinbarungen, da sie für Berechenbarkeit und Transparenz sorgen und den Jugendlichen somit ein Gefühl der Kontrolle vermitteln (vgl. ebd. 74). Neben diesem Fokus auf Transparenz, ist es wichtig, Partizipationsmöglichkeiten für die Jugendlichen zu schaffen und sie situations- und altersangemessen an Entscheidungen zu beteiligen (vgl. ebd., 77f). Insbesondere im Bereich der sozialen Kontakte der Jugendlichen sind klare Absprachen unabdingbar. Um Sicherheit zu vermitteln, ist es zentral, dass keine spontanen Kontaktversuche durch die Personen möglich sind, die an der Traumatisierung beteiligt waren. Ein offener Umgang damit, welche Kontakte von den Jugendlichen als förderlich und welche als schädlich empfunden werden ist, notwendig (vgl. ebd., 76f). Auch ein starker Fokus auf Psychoedukation ist förderlich für das Kontrollgefühl der Jugendlichen. So wird ein Sicherheitsgefühl in der Gegenwart gefördert, um eine erneute Konfrontation mit der Traumatisierung zu ermöglichen (vgl. Schmid/Fegert 2024).

Positives Selbstwerterleben: Dazu gehört unter anderem auch das Wiedererlangen von Lebensfreude (vgl. Baierl 2017, 83). Außerdem bedarf es dafür der Unterstützung der Emotionsregulation, indem selbstregulatorische Fertigkeiten, sowohl bezüglich der körperlichen Reaktionen als auch der Emotionen und des Verhaltens, gezielt gefördert werden (vgl. ebd., 80). Dabei werden die Emotionen der Jugendlichen verbalisiert und begleitet und es wird ihnen vermittelt, dass ihre Gefühle natürlich und nicht abnormal sind. Positiv dazu beitragen können soziale Kompetenz-, Anti-Aggressions- und Konfliktbewältigungs-Trainings, sowie Kurse für Selbstfürsorge und Selbstwertsteigerung. Um auch auf der körperlichen Ebene Stabilität zu erzeugen, brauchen viele Jugendliche außerdem Hilfe in den Bereichen Ernährung, Schlaf, Bewegung und Gesundheitsfürsorge (vgl. ebd, 81).

Bindung: Im Prozess der Traumabewältigung ist es wichtig, dass die Jugendlichen schnellstmöglich korrigierende Beziehungserfahrungen machen, um sie zu stabilisieren (vgl. Schmid 2013, 39; 46). Gleichzeitig dürfen die Bindungsschwierigkeiten vieler traumatisierter Menschen nicht aus dem Blick verloren werden (vgl. Schmid/Fegert 2024). Um die neu entstehende Beziehung nicht zu sehr zu belasten, sollte die Traumatisierung erst thematisiert werden, wenn bereits eine stabile Beziehung aufgebaut werden konnte (vgl. ebd.). Wenn die Jugendlichen für sie heilsame Bezugspersonen in ihrem sozialen Umfeld haben und diese

selbst ausreichend stabil sind, kann es sinnvoll sein, sie in den Bewältigungs- und Behandlungsprozess einzubeziehen (vgl. Baierl 2017, 84).

Insbesondere bei Jugendlichen mit kPTBS ist es notwendig, eine umfassende Stabilisierungsphase zu beachten, sowie während des Beziehungsaufbaus die Schwierigkeiten in den Bereichen Selbstwert, Emotions- und Beziehungsregulation zu berücksichtigen und auf sie einzugehen (vgl. Schmid/Fegert 2024).

Sowohl für den Lustgewinn als auch für positives Selbstwerterleben und Bindung ist es wichtig, dass traumatisierte Jugendliche neue soziale Kontakte knüpfen, halten und zwischenmenschliche Beziehungen eingehen. Sie brauchen die Unterstützung von Fachkräften und Bezugspersonen, um sich z.B. in der Nachbarschaft, in der Schule, in Vereinen, etc. einzubringen und dort neue Verbindungen herzustellen (vgl. Baierl 2017, 77).

Um all diesen Bedarfen der betroffenen Jugendlichen gerecht zu werden und sie bei der Erfüllung ihrer Bedürfnisse zu unterstützen, bedarf es, sowohl im Setting der stationären JH, auf welches in den nächsten Kapiteln näher eingegangen wird, als auch in anderen pädagogischen Kontexten, passend ausgebildeter Fachkräfte an ihrer Seite (vgl. ebd., 73). Diese müssen interdisziplinär zusammenarbeiten und Verständnis für die Zusammenhänge komorbider Störungen entwickeln (vgl. Schmid/Fegert 2024). Es ist wichtig zwischen Kontrollverlusten und absichtlichem Überschreiten von Grenzen zu unterscheiden und auf beides angemessen zu reagieren, pädagogische Maßnahmen einzuleiten, zu deeskalieren, aufzuarbeiten und gegebenenfalls für Rehabilitation zu sorgen (vgl. Baierl 2017, 75f).

6. Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe in Deutschland

Jugendliche, die Traumatisierungen erlebt haben und an Traumafolgestörungen erkrankt sind, werden in Deutschland sowohl im Gesundheitswesen (mit Fokus auf die Behandlung der psychischen Erkrankung) als auch in der Jugendhilfe (im Rahmen traumapädagogischer Interventionen mit Schwerpunkten auf Ressourcenorientierung und Familienzentrierung) versorgt. Diese wechselnden Zuständigkeiten mit verschwommenen Grenzen an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und JH führen in vielen Fällen dazu, dass kein beteiligter Akteur ganzheitlich zuständig ist und die Jugendlichen mehrfach zwischen verschiedenen Institutionen und Einrichtungen verschoben werden (vgl. Fegert et al. 2013, 10). Obwohl ein großer Anteil der Kinder und Jugendlichen, die in Kinder- und Jugendpsychiatrien (KJPs) behandelt werden (zwischen 10 % und 30 %), Symptome von Traumafolgestörungen zeigen, sind nur wenige Mitarbeitende in den Kliniken traumatherapeutisch qualifiziert. Das hat zur Folge, dass weite Teile der Begleitung der Traumabewältigung bei den Fachkräften der Sozialen Arbeit verbleiben (vgl. ebd., 13).

6.1 Leistungen der stationären Jugendhilfe



Abb. 2: Leistungen der stationären Jugendhilfe (eigene Darstellung, L. H., auf Grundlage von §§33-35 SGB VIII; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2024, 292; Pluto/Mairhofer/Peucker/van Santen. 2024, 48)

Die Leistungen der KJH sind im SGB VIII verankert und umfassen ein breites Feld professioneller Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche sowie Beratungsmöglichkeiten für ihre Personensorgeberechtigten (PSB) (vgl. Zeller 2016, 792). Neben ambulanten und teilstationären Hilfen finden sich hier in den §§33-35 auch die *stationären Hilfen zur Erziehung* (HzE) (Abb. 2). Stationäre HzE umfassen alle Unterstützungsleistungen, die abseits der Herkunftsfamilie erbracht werden (vgl. Zeller 2016, 792) und werden gemäß §27 SGB VIII dann eingeleitet, „wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“. Anspruchsvoraussetzungen sind in diesem Sinne also das Vorliegen eines Unterstützungsbedarfs und dass die spezifische Hilfeleistung geeignet und notwendig ist. Die PSB sind gem. §27 Abs.1 SGB VIII anspruchsberechtigt.

Die stationären HzE umfassen, wie in Abb.2 dargestellt ist, die Leistungen der §§33-35 SGB VIII. Das beinhaltet, die Unterbringung in Pflegefamilien, die Heimerziehung, weitere betreute Wohnformen und die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung, wobei es sich bei letzterer nicht immer um eine (ausschließlich) stationäre Leistung handelt. Da sich diese Arbeit auf stationäre JH in Form von Heimerziehung bezieht, wird im Folgenden der §34 von Relevanz sein.

Grundlegend für die Inanspruchnahme von HzE ist der in §1 Abs.1 SGB VIII verankerte Rechtsanspruch eines jeden jungen Menschen „auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“. Das staatliche Wächteramt dient, wie §1 Abs. 2 SGB VIII zu entnehmen ist, der Gewährleistung dieses Rechtsanspruchs. Gemäß §1 Abs. 3 SGB VIII dient die JH der Unterstützung der jungen Menschen und ihrer PSB zur Verwirklichung dieses Rechts.

Ziel der Heimerziehung gemäß §34 SGB VIII ist es – abhängig von den Möglichkeiten der Herkunftsfamilie und dem Alter und Entwicklungsstand des*der Klient*in – eine Rückkehr in die Herkunftsfamilie zu ermöglichen, den Übergang in eine Pflegefamilie anzustreben oder eine langfristige Lebensperspektive zu bieten. Die Leistungen der stationären JH sollen gemäß §34 SGB VIII der Entwicklungsförderung dienen und Alltag, Therapie und Pädagogik vereinen.

Aufgabe der JH ist es, Gewaltfreiheit zu gewährleisten, soziale Teilhabe zu ermöglichen und die Klient*innen zu befähigen, selbstbestimmt und gemeinwohlorientiert zu leben (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 59). Grundlegend für eine

klient*innenorientierte Arbeit ist der Fokus auf Partizipation. Die Klient*innen haben das Recht, in Entscheidungen eingebunden zu werden, die ihr Leben oder die JH (vgl. ebd., 66).

Unter den §34 SGB VIII fallen verschiedene Einrichtungsformen. So gibt es z.B. Einrichtungen der Heimerziehung mit mehreren Wohngruppen (WGs) und solche mit nur einer WG, familienäquivalente WGs, Formen des betreuten Wohnens oder auch Angebote für klar definierte Zielgruppen, die auf deren spezifische Bedarfe ausgelegt sind (vgl. Pluto et al. 2024, 48). Mit dieser Angebotsvielfalt geht eine starke Ausdifferenzierung der stationären JH einher. Ziel dieser Ausdifferenzierung ist es, Angebote zu schaffen, die aufgrund ihrer Lebensweltnähe keine zu großen Umbrüche für die Klient*innen verursachen und auf jegliche spezifischen Bedarfe eingehen zu können. Ferner führt diese Ausdifferenzierung zu einer Spezialisierung der Fachkräfte und ihrer Arbeitsweisen (vgl. ebd.).

Die Multiproblemlagen der Klient*innen führen häufig zu dem eingangs beschriebenen Phänomen, dass sie sowohl in der JH als auch im Gesundheitssystem versorgt werden (vgl. Fegert et al. 2013, 10). Um auf die verschiedenen Schwierigkeiten professionell eingehen zu können, sind interdisziplinäre Kooperationen von großer Bedeutung. Diese sollten in den Einrichtungen gezielt gestaltet und in Konzepten verankert werden (vgl. Jörns-Presentati/Groen 2020, 50; 52).

Nicht nur durch einrichtungsübergreifende Kooperationen, auch innerhalb einzelner Einrichtungen ist die Zusammenarbeit von pädagogischen und psychologischen beziehungsweise psychiatrischen Fachkräften von Bedeutung, um die Jugendlichen in ihrem Alltag angemessen zu unterstützen (vgl. Gahleitner 2013, 234). Um in der stationären JH zu arbeiten, muss eine Fachkraft passende Qualifikationen mitbringen und im besten Fall bereits Erfahrung auf dem Gebiet. Für eine erfolgreiche Arbeit mit den Klient*innen steht aber vor allem die Persönlichkeit der Fachkräfte im Mittelpunkt (vgl. BMFSFJ 2024, 61).

6.2 Klientel der stationären Jugendhilfe

Bei der Klientel, die in der stationären JH betreut wird, handelt es sich nicht um eine homogene Gruppe (vgl. Mangold 2016, 120). Grund dafür sind charakteristische Eigenschaften der Lebensphase Jugend als eine Zeit der Umbrüche, in der sich die Jugendlichen unterschiedlich schnell entwickeln, verschiedene Haltungen, Denkweisen und Gruppenzugehörigkeiten festigen (vgl. BMFSFJ 2024, 52) und neue Zukunftspläne entwerfen (vgl. ebd., 103). Gemäß §7 SGB VIII umfasst diese Lebensphase die Altersspanne von 14 bis einschließlich 17 Jahren. Diese

Altersgruppe macht, wie in Abb. 3 deutlich wird, einen großen Teil der Klient*innen der stationären JH aus (vgl. Pluto et al. 2024, 54).

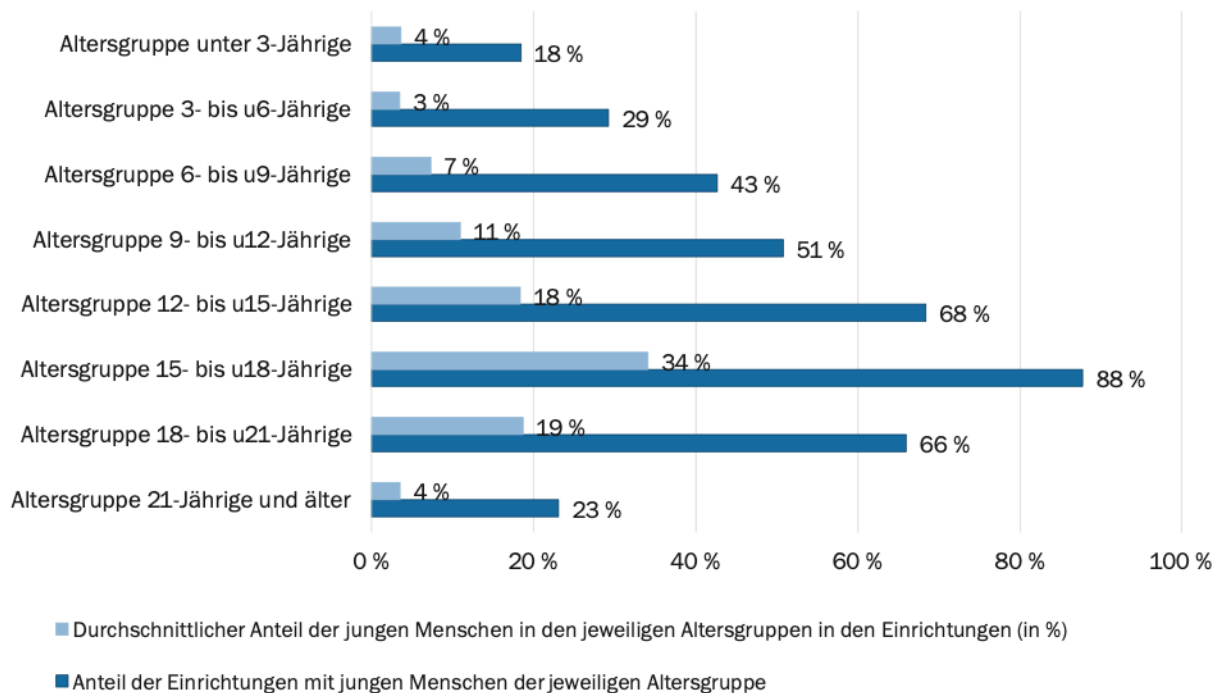


Abb. 3: Anteil der Einrichtungen mit jungen Menschen in den jeweiligen Altersgruppen (in %), sowie Anteil der jeweiligen Altersgruppen an allen jungen Menschen in Einrichtungen (Mittelwert, in %) 2019, n=470 für den Anteil der Einrichtungen und n=453 für den Anteil der Altersgruppe
(DJI Projekt Jugendhilfe und sozialer Wandel – Erhebung bei Einrichtungen stationärer Hilfen zur Erziehung;
zit. n. Pluto et al. 2024, 54)

Die Gründe dafür, dass Jugendliche in Einrichtungen der stationären JH einziehen, sind vielfältig. Grundlegend ist aber, dass sie in ihren Herkunftsfamilien nicht ausreichend versorgt und gefördert werden (vgl. Fegert/Kemper 2013, 210) und ihre PSB ihre Erziehungspflicht nicht in angemessenem Umfang erfüllen (können) (vgl. Zeller 2016, 798f). Seit dem Jahr 2010 steigt die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die in Heimen und WGs untergebracht sind, stetig an (vgl. Fendrich/Pothmann/Tabel 2021, 14). Rätz, Schröder und Wolff (2014) ordnen die Gründe für die Inanspruchnahme stationärer HzE in 4 Kategorien ein: 1. Abwesenheit der PSB, 2. Ausgeschlagen oder Misslingen der Elternschaft, 3. Schwierigkeiten in der Entwicklung des Kindes, beziehungsweise Entwicklungsgefährdung und 4. seelische Behinderung des Kindes.

„Die gemäßigten Fälle übernimmt die Psychotherapie, die komplexen Fälle landen bei den primär versorgenden Berufsgruppen“ schreibt Gahleitner (2013, 228) und meint damit Fachkräfte aus den Bereichen der Sozialen Arbeit, Sozial- und Heilpädagogik und Erziehung, die niedrigschwellige Angebote gestalten und in Pflichtversorgungseinrichtungen arbeiten. Somit

decken die genannten Berufsgruppen einen großen Teil der Versorgung traumatisierter Jugendlicher ab (vgl. ebd., 229).

Mit 80 % der Jugendlichen in stationären HzE, liegt bei dem Großteil der Klient*innen mindestens ein begründeter Verdacht für eine Traumatisierung vor (vgl. Schmid et al. 2013, 49). Bei vielen ist auch eine Traumafolgestörung diagnostiziert und bei der Hälfte der Traumatisierungen handelt es sich um Typ-II-Traumatisierungen (vgl. Jenkel/Schmid 2018, ind. zit. n. Schmid/Fegert 2024). Die Gründe für die Traumatisierung stehen oft im direkten Zusammenhang mit dem Zusammenbruch der Versorgung in der Herkunftsfamilie (vgl. Schmid 2013, 36) und damit mit den Gründen für eine stationäre Unterbringung.

Eine grundlegende Problematik, die die meisten Jugendlichen in den stationären Hilfen mitbringen, ist die Anzahl vorangegangener Bezugspersonenwechsel, was zu Bindungsschwierigkeiten führen kann. Diese entstehen einerseits in den Herkunftsfamilien der jungen Menschen, aber auch durch eine oftmals bereits langen Hilfeverlauf. Wenn nicht auf Anhieb die passende Einrichtung für den*die Jugendliche*n gefunden wird, scheitern häufig mehrere Fremdplatzierungsversuche, bevor der*die Klient*in in einer Einrichtung langfristig bleibt (vgl. ebd., 39).

Die meisten Jugendlichen stehen zwar in Kontakt mit ihren Familien, erleben diese Beziehungen aber nicht als hilfreich und unterstützend (vgl. Mangold 2016, 122), auch da ein Großteil der Klient*innen der stationären JH kommt aus durch Ressourcenmangel bezüglich Lohn, Arbeit, Ausbildung, Wohnraum und Gesundheitsfürsorge „erschöpften Familien“ stammt (vgl. Lutz 2013, 31ff). Durch die wiederholten Wechsel der primären Bezugspersonen verschließen sich viele Jugendliche, was es den Fachkräften erschwert, Informationen über die traumatisierenden Erlebnisse und deren Folgen zu erhalten (vgl. Oswald/Goldbeck 2013, 204).

Neben den Bindungsschwierigkeiten bringen Klient*innen der stationären JH häufig durch die traumatisierenden Erlebnisse entstehende Entwicklungsverzögerungen (vgl. Schmid/Fegert 2024) und grundlegende Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Oswald/Goldbeck 2013, 203), wie Impulsivität, Aggressivität, Weglaufen und SVV mit (Baierl/Götz-Kühne/Hensel/Lang/Strauss 2017, 59).

Neben den in Kapitel 5.3.1 beschriebenen Traumafolgestörungen treten bei Jugendlichen in stationären HzE-Maßnahmen besonders häufig Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Störungen des Sozialverhaltens, depressive Symptomatiken, Ängste und

Essstörungen auf. Oftmals gehen mehrere Krankheitsbilder miteinander einher (vgl. Schmid 2013; 38).

Um den Klient*innen und ihren Symptomen angemessen zu begegnen, arbeiten viele Einrichtungen der stationären JH traumapädagogisch. Das folgende Kapitel nimmt darauf Bezug.

6.3 Anwendung der Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe

„Traumapädagogik ist die konsequente Anwendung des aktuellen Kenntnisstandes der Psychotraumatologie auf das pädagogische Verständnis der betreuten Menschen.“ (Schmid 2013, 46) Für erfolgreiche traumapädagogische Arbeit sind neben den spezifischen Maßnahmen, Interventionen und Methoden vor allem die Haltung, Kenntnisse, Fähigkeiten und Selbstfürsorge der Fachkräfte und die von der Einrichtung geschaffenen Rahmenbedingungen zentral (vgl. Baierl et al. 2017, 59).

Eine traumasensible Haltung der Fachkräfte ist besonders wichtig (Rothdeutsch-Granzer/Weiß/Gahleitner 2015, 177). Darüber hinaus müssen die Fachkräfte den Jugendlichen als authentische Bezugspersonen gegenüberreten und dabei ein festes Rollenverständnis verinnerlicht haben, durch welches sie mit den Jugendlichen individuelle und persönliche, aber dennoch professionelle Beziehungen eingehen können (vgl. Baierl et al. 2017, 61). Dieses Beziehungsangebot muss konsequent gelten – auch wenn die Jugendlichen sich falsch verhalten – und mit einer Parteilichkeit für den*die Klient*in einhergehen (vgl. Baer 2019, 149). Neben der Beziehungsgestaltung stehen die ressourcenorientierte Arbeit (vgl. Schmid 2013, 46) und die Wahrnehmung des Verhaltens der Jugendlichen vor dem Hintergrund der Traumatisierung im Fokus der Traumapädagogik (vgl. Rothdeutsch-Granzer et al. 2015, 177). Interdisziplinärer Austausch erleichtert die Erklärung und Akzeptanz der auffälligen Verhaltensweisen der Jugendlichen als Bewältigungsstrategien (vgl. Gahleitner 2013, 237). Dazu gehört einerseits die Zusammenarbeit und Kooperation von Fachkräften aus verschiedenen sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern, andererseits das ständige Einbeziehen der Jugendlichen und ihrer Angehörigen (vgl. Baierl et al. 2017, 61).

In der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen ist es wichtig, zu reflektieren und zu berücksichtigen, dass die Fachkräfte durch potenzielle Gegenübertragungen und Sekundärtraumatisierung (vgl. ebd., 66f; Schmid 2013 46; 48) ebenfalls starke Belastungen empfinden können (vgl. Baer 2019, 11). Um das zu verhindern müssen Fachkräfte, die traumapädagogisch arbeiten, ihre individuellen Stressoren, aber auch Ressourcen und Bewältigungsmethoden kennen.

Im besten Fall wird dies von Seiten der Einrichtung z.B. durch das Bereitstellen von Supervision gefördert (vgl. Baierl et al. 2017, 66f).

Die professionelle Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen ist immer geprägt von einer Balance aus Fachkompetenz und „Herzkompetenz“ (vgl. Baer 2019, 161). Während einerseits die Fachlichkeit durch z.B. Konzepte, Richtlinien (vgl. ebd.) und Fachwissen über psychische Erkrankungen, Traumafolgestörungen und ihre Symptomatiken gewahrt werden muss, um die Jugendlichen zu verstehen und professionell zu unterstützen (vgl. Schmid 2013, 43), müssen Fachkräfte auf der anderen Seite in der Lage sein, Beziehungen mit den Klient*innen einzugehen, in denen sie authentisch und emotional erreichbar sind und die Atmosphäre beobachten und gestalten können (vgl. Baer 2019, 161).

Ziele der traumapädagogischen Arbeit sind insbesondere die Förderung der Wahrnehmung, Emotionsregulation und Selbstwirksamkeit (vgl. Schmid 2013, 51), das Ermöglichen korrigierender Beziehungserfahrungen und das Erlernen (alltäglicher) Fähigkeiten, die aufgrund der Traumatisierung nicht erlernt werden konnten (vgl. ebd., 46).

Grundlegend für alle Ziele ist, dass die Jugendlichen sich in der Einrichtung sicher fühlen, weil sie nur so die, durch die Traumatisierung erlernten, Bewältigungs- und „Überlebensstrategien“ ablegen können, um dann Neues in einem nicht traumatisierenden Umfeld zu erlernen (vgl. ebd., 47). Maximal mögliche Transparenz der Vorgänge in der Einrichtung und Partizipationsmöglichkeiten führen bei den Jugendlichen zu einem Gefühl von Kontrolle und tragen somit auch zu ihrem Sicherheitsgefühl bei. Gleichzeitig stärken sie die Selbstwirksamkeit der Klient*innen (vgl. ebd., 52). Es ist unabdingbar bei den Partizipationsmöglichkeiten die individuellen Belastungsgrenzen der Klient*innen zu beachten (vgl. Rothdeutsch-Granzer et al. 2015, 177). Um den Jugendlichen Sicherheit zu vermitteln, dürfen sich außerdem nicht unabgesprochen fremde Menschen in den Einrichtungen oder ihrer unmittelbaren Nähe aufhalten (vgl. Schmid 2013, 48).

Die Gestaltung der Beziehungen geschieht insbesondere in alltäglichen Situationen, wird aber häufig durch z.B. regelmäßige Bezugspersonengespräche unterstützt, die fest vereinbart und eingeplant werden, wodurch ein kontinuierliches und verlässliches Beziehungsangebot gestaltet wird (vgl. ebd., 46f; 52). Im Kontakt zwischen Bezugsbetreuer*innen und Klient*innen werden außerdem Krisensituationen aus dem Alltag vor dem Hintergrund der Traumatisierung im Nachgang analysiert, um für die folgende Zeit gemeinsam geeignete Maßnahmen zur Prävention beziehungsweise Reaktion zu vereinbaren (vgl. ebd., 46f). Die gemeinsame Analyse stellt

auch ein Beispiel dar, wie Partizipation ermöglicht werden kann. Die Schaffung einer sicheren Umgebung für die Jugendlichen und der Beginn einer umfassenden Beziehungsarbeit sind insbesondere in der *ersten Phase* (Stabilisierung) des in Kapitel 5.3.3 beschriebenen Drei-Phasen-Modells der Traumabearbeitung von großer Relevanz (vgl. Schmid/Fegert 2024).

Um die Sinnes- und Körperwahrnehmung der Jugendlichen zu fördern, können Wahrnehmungs- und Achtsamkeitsübungen durchgeführt werden. Außerdem können erlebnispädagogische Angebote zuträglich sein. Zur Förderung der Emotionsregulation bieten sich z.B. Tagebücher, Emotionsprotokolle und die gemeinsame Reflexion dieser vor dem Hintergrund der Traumatisierung an. Des Weiteren trägt eine umfangreiche Psychoedukation häufig zu einer erheblichen Verbesserung der Emotionsregulation bei (vgl. Schmid 2013, 52). Übungen zur Wahrnehmung und Emotionsregulation sollten insbesondere in der *zweiten Phase* (Traumabearbeitung) Anwendung finden (vgl. Schmid/Fegert 2024).

Sowohl zur Beziehungsgestaltung als auch zur Förderung der Wahrnehmung und Selbstwirksamkeit, ist es wichtig, aktiv für gemeinsame Erlebnisse, die Freude bereiten, zu sorgen. Dies dient auch dazu, den „lähmenden“ negativen Gefühlen, die häufig mit einer Traumatisierung einhergehen (Tab. 1), gegenzusteuern (vgl. Rothdeutsch-Granzer 2015, 177). Der Transfer in den Alltag und das Heranführen an Freizeitaktivitäten sind vor allem in der *dritten Phase* (Integration und Rückfallprophylaxe) wichtig (vgl. Schmid/Fegert 2024).

Um im JH-Kontext weitere Beziehungsabbrüche für die Jugendlichen zu vermeiden, ist eine nachhaltige und vorausschauende Hilfeplanung notwendig (vgl. Schmid 2013, 54).

Auf institutioneller Ebene muss die traumapädagogische Ausrichtung in allen Bereichen mitgedacht werden. Dazu gehören die Auswahl und (Zusatz-)Qualifikationen der Fachkräfte, alle Abläufe, Strukturen und Dienstpläne, sowie die räumliche Gestaltung und Ausstattung (vgl. ebd., 49).

7. Umsetzung recoveryorientierter Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe

Aus der Recherche ergibt sich, dass die Recoveryorientierung bisher maßgeblich in der sozial-psychiatrischen Arbeit mit Erwachsenen und in diesem Bereich vor allem in Bezug auf psychotische und Persönlichkeitsstörungen fokussiert wird. Was diese Störungen gemeinsam haben, ist, dass sie als „schwere psychische Erkrankungen“ gelten und aufgrund ihrer Chronizität oft als unheilbar charakterisiert werden (vgl. Amering/Schmolke 2012, 165, 237).

Da Traumatisierungen ebenfalls gravierende Langzeitfolgen mit sich bringen können (vgl. Fegert et al. 2013, 9), erscheint die Anwendung der Recoveryorientierung in der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen sinnvoll. Inwiefern die Recoveryorientierung in Bezug auf diese Zielgruppe praktisch einsetzbar ist, wird sich aus den folgenden Kapiteln ergeben. Es werden die Ansätze der Recoveryorientierung und der Traumapädagogik zusammengeführt und auf Kompatibilität im Setting der stationären JH gem. §34 SGB VIII (Heimerziehung, sonstige betreute Wohnformen) hinterfragt.

7.1 Parallelen und Differenzen zwischen Recoveryorientierung und Traumapädagogik

Zwischen den beiden Ansätzen, *Recoveryorientierung* und *Traumapädagogik*, lassen sich sowohl einige Parallelen als auch Differenzen erkennen. Die Unterschiede beginnen bereits bei den Geltungsansprüchen der jeweiligen Ansätze. Während die Recoveryorientierung die persönliche und institutionelle Grundhaltung und das gesundheitspolitische Vorgehen verändern und beeinflussen soll (vgl. Amering/Schmolke 2012, 21), bezieht sich die Traumapädagogik als Konzept (vgl. Schmid 2013, 49) auf die Verknüpfung von Kenntnissen der Psychiatrie und Pädagogik zur direkten Anwendung in der Arbeit mit Klient*innen (vgl. ebd., 46) und verfolgt im Vergleich einen weniger umfassenden Geltungs- und Veränderungsanspruch. Die Traumapädagogik beinhaltet evidenzbasierte Methoden, wie z.B. Wahrnehmungs- und Achtsamkeitsübungen, Tagebücher und Emotionsprotokolle, welche konkret umgesetzt werden können (vgl. Schmid 2013, 52).

Ähnlich verhält es sich bei den Zielen, die die beiden Ansätzen anstreben. Vertretende der Recoveryorientierung verfolgen das übergeordnete Ziel den „Unheilbarkeitsmythos“ psychischer Erkrankungen aus der Welt zu schaffen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 164) und beziehen

sich auf Genesungs- und Gesundheitsförderung durch einen grundlegenden Wandel der Strukturen, der Haltungen der Gesundheitspolitik sowie der Fachkräfte und im Umgang mit Klient*innen (vgl. Knuf/Bridler 2008, 26). Orientierung bieten dabei zentrale recoveryorientierte „Haltungs- und Handlungselemente“ (Knuf 2008, 8). Die Ziele der Traumapädagogik sind erheblich mehr auf den*die einzelne*n Klient*in bezogen. So stehen das Ermöglichen korrigierender Beziehungserfahrungen, das Erlernen alltäglicher Fähigkeiten und Fertigkeiten und die Förderung von Wahrnehmung, Emotionsregulation und Selbstwirksamkeit im Vordergrund der Arbeit (vgl. Schmid 2013, 46). Um diese zu erreichen, gibt es konkrete traumapädagogische Methoden, die in der Arbeit mit den Klient*innen angewendet werden können (vgl. Baierl 2017, 81).

Die Recoveryorientierung setzt auf Fachkräfte als Unterstützende und Begleitende im Recoveryprozess, die aber nicht als Expert*innen in Bezug auf Leben der Klient*innen, über ihnen stehen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 331f). Dies soll eine vollkommen gleichberechtigte Fachkraft-Klient*in-Beziehung ermöglichen (vgl. Zuaboni 2019, 107). Die Rollendefinition von Fachkräften in der Traumapädagogik steht dem nicht vollkommen entgegen, fordert aber dennoch eine klarere Abgrenzung gegenüber den Klient*innen. So sollen Fachkräfte in erster Linie ein festes und professionelles Rollenverständnis verinnerlicht haben, um den Klient*innen als authentische Bezugspersonen begegnen zu können und eine persönliche, aber dennoch professionelle Beziehung mit ihnen einzugehen (vgl. Baierl et al. 2017, 61).

In der recoveryorientierten Arbeit wird in allen Bereichen der Praxis und Forschung ein besonderer Fokus auf die Arbeit mit und von Peers, also Erfahrungsexpert*innen, gesetzt (vgl. Rose et al. 2006, 112), was auf die Entstehung durch die Betroffenenbewegung der 1980er Jahre zurückzuführen ist (vgl. Krämer et al. 2019, 37; Amering/Schmolke 2012, 10; 23; 338). Ein solcher Fokus ist bei der Traumapädagogik nicht vorhanden.

Ein zentrales Merkmal der Recoveryorientierung ist außerdem das Genesungsverständnis. Im Sinne der Recoveryorientierung gelten Betroffene als genesen, beziehungsweise „recovered“, wenn sich die Symptome der psychischen Erkrankung gebessert haben und der*die Betroffene die damit einhergehenden Einschränkungen akzeptiert hat (vgl. Lehmann 2013, 52) und trotz dessen ein zufriedenes (vgl. Krämer et al. 2019, 39), selbstbestimmtes und erfülltes Leben führt (vgl. Ikehata et al. 2014). Das bedeutet, dass Betroffene sich trotz bestehender Symptome in Recovery befinden können (vgl. Bradstreet/Lambert 2010). Auch ein eigenes Verständnis von Genesung beinhaltet die Traumapädagogik nicht.

Der zentrale Inhalt der recoveryorientierten Arbeit ist die Hoffnung (vgl. Amering/Schmolke 2012, 18; Knuf/Bridler 2008, 26), während der Fokus der Traumapädagogik auf dem Vermitteln von Sicherheit liegt (vgl. Purtscher-Penz 2015, 99).

Die Recoveryorientierung ist maßgeblich im Bereich der psychiatrischen Versorgung zu verorten und die Traumapädagogik in der sozialarbeiterischen Betreuung. Dennoch setzen beide Ansätze auf Interdisziplinarität und Multiprofessionalität (vgl. Purtscher-Penz 2015, 99; Gahleitner 2013 235; 237; Amering/Schmolke 2012, 216; 335f). So soll das Einbeziehen verschiedener Professionen und Disziplinen einen ganzheitlichen Blick auf die Klient*innen ermöglichen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 335f) und zur Erklärung und daraus folgender Akzeptanz ihres Verhaltens beitragen (vgl. Gahleitner 2013, 237). Außerdem ermöglicht eine enge Zusammenarbeit die Koordination der verschiedenen medizinischen, psychiatrischen, therapeutischen, pädagogischen, sozialen und rechtlichen Unterstützungsleistungen bei Multiproblemlagen (vgl. Purtscher-Penz 2015, 99; Gahleitner 2013, 235) und die Entwicklung individueller, personenzentrierter Hilfen (vgl. Knuf/Bridler 2008, 26; Amering/Schmolke 2012 213; 217).

Zentrales Ziel der recoveryorientierten und der traumapädagogischen Arbeit ist die Unterstützung der Autonomie der Klient*innen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 15), um langfristig die eigenständige Bedürfniserfüllung zu ermöglichen (vgl. Baierl et al. 2017, 72) und Handlungsfähigkeit im Alltag (wieder-)herzustellen (vgl. Davidson 2019, 59). Dieses Ziel deckt sich mit dem der JH, die Selbstbestimmung der Jugendlichen zu unterstützen (vgl. BMFSFJ, 59) und findet sich ebenfalls im §1 Abs.1 SGB VIII wieder, nach welchem die JH die Jugendlichen bei der Entwicklung einer eigenständigen Persönlichkeit unterstützen soll.

Ebenfalls in der Recoveryorientierung und in der Traumapädagogik verankert ist eine ausführliche Angehörigenarbeit (vgl. Amering/Schmolke 2012, 9; Bradstreet/Lambert 2010; Miller et al. 2007, 170), um das gemeinsame Handeln abzustimmen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 195f). Dies ist außerdem notwendig, da laut §34 Nr. 1 SGB VIII nach Möglichkeit eine Rückkehr des*der Jugendlichen in seine*ihre Herkunftsfamilie anzustreben ist.

Neben der Angehörigenarbeit wird auch mit der gemeindenahen Versorgung und Betreuung das Ziel verfolgt, die Betroffenen sozial einzubinden (vgl. Amering/Schmolke 2012, 366). Die Gemeindenähe soll zwar auch das Einbeziehen von Familie und Freund*innen erleichtern (vgl. Amering/Schmolke 2012, 9; Bradstreet/Lambert 2010), zielt aber in erster Linie darauf ab, dass die Jugendlichen in ihrem gewohnten Umfeld und im Rahmen alltäglicher Tätigkeiten ihre Handlungsfähigkeit (zurück-)erlangen (vgl. Davidson 2019, 59; Schmid 2013, 46). Des

Weiteren sollen die Klient*innen dabei unterstützt werden neue soziale Kontakte zu knüpfen (vgl. Baierl 2017, 77). So wird zudem das Ziel der JH, der Recoveryorientierung und der Traumapädagogik gleichermaßen verfolgt, die gleichberechtigte Teilhabe der Klient*innen zu unterstützen (vgl. BMFSFJ, 59; Subandi et al. 2023, 8; Baierl 2017, 77).

Ein weiteres zentrales Ziel der Recoveryorientierung und der Traumapädagogik ist das Überwinden von (Selbst-)stigmatisierung (vgl. Lehmann 2013, 48; Knuf 2005) und die Steigerung des Selbstwerts der Klient*innen (vgl. Schmid/Fegert 2024). Ausschlaggebend dafür ist in erster Instanz die Orientierung an den Ressourcen der Jugendlichen (vgl. Schmid 2013, 46). Unterstützt werden kann dieser Prozess durch eine umfangreiche Beziehungsarbeit. Eine stabile, sichere, therapeutische Beziehung wird sowohl als grundlegend für den Recoveryprozess angesehen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 324) als auch im Rahmen korrigierender Beziehungserfahrungen, die Sicherheit vermitteln, als ausschlaggebend im Prozess der Traumabewältigung (vgl. Baierl 2017, 73). Wichtig hierbei ist, dass die Fachkräfte als authentisches Gegenüber wahrgenommen werden, indem sie „mit Herz“ bei der Sache sind (vgl. Borg/Kristiansen 2004; Baer 2019, 161).

Beide Ansätze lassen sich nach den in Kapitel 3 vorgestellten Versorgungs- und Betreuungskulturen von Ingeborg Schürmann (1997; ind. zit. n. Amering/Schmolke 2012, 195) in die pädagogische und die Empowerment-Kultur einordnen, da sie auf Freundlichkeit und Ressourcen fokussiert sind und die Autonomie der Klient*innen unterstützen. Gleichzeitig lassen sich in der traumapädagogischen Arbeit z.B. durch die ungleiche Beziehungsgestaltung auch Züge einer Behandlungskultur erkennen.

7.2 Recoveryorientierter Umgang mit spezifischen Bedarfen von traumatisierten Jugendlichen

Die spezifischen Bedarfe traumatisierter Jugendlicher wurden in Kapitel 5.4 ausführlich erläutert. Zusammenfassen lassen sie sich in vier, sich teilweise überschneidenden, Punkten: *Verlässlichkeit und Sicherheit* (vgl. Purtscher-Penz 2015, 99), Erfüllung der *Grundbedürfnisse* Lustgewinn/Unlustvermeidung, Orientierung/Kontrolle, positives Selbstwerterleben und Bindung (vgl. Grawe 2004, 186), *korrigierende Beziehungserfahrungen* (vgl. Schmid 2013, 39; 46) und *Förderung* der Emotionsregulation (vgl. Baierl 2017, 80), Selbstwirksamkeit und Wahrnehmung (vgl. Schmid 2013, 51). Welche der Bedarfe vordergründig sind, hängt von der individuellen Situation sowie den persönlichen Präferenzen der Klient*innen und davon ab, welche

durch die Traumatisierung besonders vernachlässigt wurden. Außerdem lassen sich aus der Phase der Traumabearbeitung, in der sich der*die Jugendliche aktuell befindet, Hinweise auf aktuelle Bedarfe ableiten. In der folgenden Tabelle werden das Drei-Phasen-Modell der Traumabearbeitung (Kapitel 5.3.3) und das Vier-Phasen-Modell für Recovery (Kapitel 4.3.3) gegenübergestellt, um Zusammenhänge aufzuzeigen. Darüber hinaus werden die Bedarfe den Phasen zugeordnet. Es ist wichtig zu betonen, dass alle Bedarfe in allen Phasen bestehen, sie aber anhand der Phasen unterschiedlich stark ausgeprägt sein können.

Vier-Phasen-Modell für Recovery		Drei-Phasen-Modell der Traumabearbeitung		Bedarfe
1. Dependent/unaware	<ul style="list-style-type: none"> - keine Selbstständigkeit - kein Problembewusstsein - keine Veränderungsmotivation - Ausdauer und Geduld der Unterstützenden sind notwendig 	1. Stabilisierungsphase	- Schaffung der Voraussetzungen für 2. Phase auf körperlicher, physischer und sozialer Ebene	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherheit/Verlässlichkeit - Orientierung/Kontrolle
2. Dependent/aware	<ul style="list-style-type: none"> - Bewusstsein für die Erkrankung - kann Unterstützung annehmen - kein Selbstvertrauen - aktive Zusammenarbeit zwischen Klient*innen und Unterstützenden 			<ul style="list-style-type: none"> - korrigierende Beziehungserfahrungen - Bindung
3. Independent/aware	<ul style="list-style-type: none"> - Eigenverantwortung möglich - aktive Beteiligung am Recoveryprozess - Bestärkung der Selbstständigkeit durch Unterstützende 	2. Phase der Traumabearbeitung	<ul style="list-style-type: none"> - Ressourcenorientierung - Förderung der Emotionsregulation 	- Förderung der Emotionsregulation
4. Interdependent/aware	<ul style="list-style-type: none"> - eigenständige Lebensführung - Unterstützende müssen Rollenwechsel aus der Patient*innenrolle unterstützen 		<ul style="list-style-type: none"> - Exposition - kognitive Neubewertung 	- Förderung der Wahrnehmung
		3. Phase der Integration und Rückfallprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> - Transfer in den Alltag - heranzuführen an Freizeitaktivitäten, ggf. durch soziale Kompetenztrainings 	<ul style="list-style-type: none"> - positives Selbstwahrnehmen - Förderung der Selbstwirksamkeit
				- Lustgewinn/Unlustvermeidung

Tab. 2: Bedarfe traumatisierter Jugendlicher im Kontext der Phasen des Recoveryprozesses und der Traumabearbeitung (eigene Darstellung, L. H., auf Grundlage von Townsend et al. 1999; ind. zit. n. Amering/Schmolke 2012, 366ff; Schmid/Fegert 2024; Purtscher-Penz 2015, 99; Grawe 2004, 186; Schmid 2013, 39; 46; 51; Baierl 2017, 80)

Zusätzlich spielen sich die Bedarfe innerhalb der in Kapitel 4.3.3 aufgeführten fünf Dimensionen von Recovery (vgl. Whitley/Drake 2010, 1249) ab. So lassen sich die Förderung der Emotionsregulation (vgl. Baierl 2017, 80), der Selbstwirksamkeit sowie der Wahrnehmung (vgl. Schmid 2013, 51) und das positive Selbstwerterleben (vgl. Grawe 2004, 186) insbesondere in der klinischen und existenziellen Dimension im Rahmen der Verbesserung der Krankheits-symptomatik und des geistigen Wohls wiederfinden (vgl. Whitley/Drake 2010, 1249). Die funktionale Dimension verweist auf das Erfüllen gesellschaftlicher Tätigkeiten (vgl. ebd.). Hier lässt sich das Bedürfnis nach Lustgewinn/Unlustvermeidung einordnen (vgl. Grawe 2004, 186), indem z.B. wieder Freizeitaktivitäten nachgegangen wird. Die Bedarfe Sicherheit, Verlässlichkeit (vgl. Purtscher-Penz 2015, 99), Orientierung und Kontrolle (vgl. Grawe 2004, 186) finden sich in der körperlichen Dimension wieder (vgl. Whitley/Drake 2010, 1249), die korrigierenden Beziehungserfahrungen (vgl. Schmid 2013, 39; 46) und Bindung (vgl. Grawe 2004, 186) in der sozialen Dimension (vgl. Whitley/Drake 2010, 1249).

In den folgenden Kapiteln wird verdeutlicht, wie in der stationären JH recoveryorientiert auf die Bedarfe eingegangen werden kann.

7.2.1 Ziele der recoveryorientierten Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe

Ziel der recoveryorientierten Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen in der stationären JH im Sinne des §34 SGB VIII ist in erster Linie die Erfüllung der in den Kapitel 5.4 und 7.2 aufgeführten spezifischen Bedarfe traumatisierter Jugendlicher. Gleichzeitig muss aber auch das zentrale Ziel des §34 SGB VIII berücksichtigt werden. Demnach soll die Einrichtung

„entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie 1. eine Rückkehr in die Familie [zu] erreichen oder 2. die Erziehung in einer anderen Familie vorbereiten oder 3. eine auf längere Zeit angelegte Lebensform bieten und auf ein selbstständiges Leben vorbereiten.“

Somit stehen die zentralen Ziele der Recoveryorientierung und Traumapädagogik – nämlich langfristig eigenständige Handlungsfähigkeit im Alltag (vgl. Davidson 2019, 59) und die Erfüllung individueller Bedürfnisse zu ermöglichen (vgl. Baierl 2017, 72) – im Einklang mit den gesetzlich definierten Zielvorgaben für stationäre HzE. Für die Eigenständigkeit der Klient*innen ist es außerdem zentral Partizipation zu fördern (vgl. BMFSFJ, 66).

Über die Erfüllung der bereits genannten Bedarfe hinaus, ist das zentrale Ziel der Recoveryorientierung der Abbau von Stigmatisierung (vgl. Amering/Schmolke 2012, 9). Viele

traumatisierte Jugendliche empfinden Scham durch die Traumatisierung, was zu Selbststigmatisierung führt (vgl. Knuf 2005). Dem soll die recoveryorientierte Arbeit entgegenwirken. Ein erheblicher Anteil der Menschen, die im Kindes- und Jugendalter Traumatisierungen erleben, tragen lebenslange Folgen wie psychische Störungen und physische Beeinträchtigungen davon (vgl. Fegert et al. 2013, 9). Um nicht ein Leben lang als „krank“ zu gelten, ist das Genesungsverständnis der Recoveryorientierung zentral. Ziel ist, dass Betroffene sich trotz bestehender Symptome als „recovered“ empfinden und auch von außen so gesehen werden (vgl. Bradstreet/Lambert 2010), sobald sie gelernt haben mit ihren Einschränkungen umzugehen (vgl. Lehmann 2013, 52) und ein selbstbestimmtes Leben führen (vgl. Ikehata et al. 2014). Das Label der psychischen Erkrankung, der Chronizität und der Unheilbarkeit nicht ein Leben lang tragen zu müssen, soll (Selbst-)stigmatisierung vorbeugen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 164).

7.2.2 Recoveryorientierte Haltung von Fachkräften der stationären Jugendhilfe mit traumatisierten Jugendlichen

Die Frage nach einer recoveryorientierten Haltung bezieht sich nicht nur auf die einzelne Fachkraft, sondern umfassend auf das Heim beziehungsweise die WG oder den Träger. Haltungsfragen müssen auf der institutionellen Ebene im Rahmen einrichtungsweiter Leitlinien festgehalten werden. Die folgenden Haltungselemente beziehen sich demnach sowohl auf die einzelne Fachkraft als auch die ganze Einrichtung.

„Wenn psychiatrische Fachpersonen z.T. lebenslange Recovery- und Selbsterforschungsprozesse begleiten wollen, müssen sie traumasensible Behandlungsansätze entwickeln“ (Deegan 2019, 20) schreibt Patricia Deegan, die als Psychiatrieerfahrene Mitbegründerin der Recovery-Bewegung war und sich bis heute dafür einsetzt (vgl. Pat Deegan PhD & Associates). So wird eine traumasensible Haltung als grundlegend in der recoveryorientierten Arbeit mit Menschen mit jeglichen psychischen Störungen angesehen und ist in der Arbeit mit Jugendlichen mit diagnostizierten Traumafolgestörungen umso wichtiger (vgl. Rothdeutsch-Granzer et al. 2015, 177). Hinzu kommt die grundlegende recoveryorientierte Haltung, dass Recovery nicht Symptommfreiheit impliziert (vgl. Bradstreet/Lambert 2010), sondern dass Klient*innen als „recovered“ gelten, sobald sie trotz bestehender Symptome ein selbstbestimmtes Leben führen (vgl. Ikehata et al. 2014).

„Person first!“ (Amering/Schmolke 2012, 363), im Zentrum der recoveryorientierten Arbeit steht nicht die Erkrankung, sondern der*die Jugendliche und seine*ihre Vorstellungen und

Wünsche (vgl. ebd.). Darauf werden die individuellen Unterstützungsleistungen der JH ausgerichtet. Die Klient*innen werden als Expert*innen ihres eigenen Lebens angesehen, die am besten entscheiden können, was für sie richtig ist (vgl. Subandi et al. 2023, 8).

An erster Stelle steht, dass die Fachkräfte die Hoffnung auf Recovery und ein erfülltes Leben der Jugendlichen nicht verlieren (vgl. Amering/Schmolke 2012, 18; Knuf/Bridler 2008, 26). In Zeiten, in denen die Klient*innen aufgrund ihrer psychischen Verfassung nicht selber hoffnungsvoll sein können, ist es besonders wichtig, dass die Fachkräfte eine hoffnungsvolle Haltung einnehmen und diese auch nach außen vertreten, um die Jugendlichen damit zu beeinflussen (vgl. Zuaboni et al. 2013, 16).

7.2.3 Recoveryorientierte Interventionen in der stationären Jugendhilfe mit traumatisierten Jugendlichen

Die im folgenden Kapitel zur Umsetzung einer recoveryorientierten Arbeit in Heimen und WGs vorgeschlagenen Interventionen, sind als Reaktion auf die in Kapitel 5.4 und 7.2 genannten Bedarfe traumatisierter Jugendlicher zu verstehen und orientieren sich an den im vorherigen Kapitel aufgeführten Zielen.

Durch eine Traumatisierung verändert sich das Selbst- und Umwelterleben der Betroffenen maßgeblich (vgl. Schmid/Fegert 2024; Baierl et al. 2017, 82). Deshalb ist es wichtig im Kontext der stationären JH, zuerst den Bedürfnissen der Jugendlichen nach Sicherheit und Verlässlichkeit (vgl. Purtscher-Penz 2015, 99) und Orientierung und Kontrolle (vgl. Grawe 2004, 186) nachzugehen. Entscheidend dafür und für einen langfristig erfolgreichen Recoveryprozess ist, schnellstmöglich dem*der Jugendlichen gegenüber ein konsequentes Beziehungsangebot zu machen (vgl. Baer 2019, 149; Amering/Schmolke 2012, 324). Neben dem vermittelten Sicherheitsgefühl kann durch die korrigierende Beziehungserfahrung auch das Grundbedürfnis nach Bindung (vgl. Grawe 2004, 186) erfüllt werden. Konkret wird eine sichere Fachkraft-Klient*in-Beziehung nach der bereits in Kapitel 4.3.2 angeführten Studie von Borg und Kristiansen (2004, 492) insbesondere durch Mitmenschlichkeit, dass alltägliche zur Verfügung stehen der Fachkraft als begleitende Unterstützung und einen lockeren Umgang auf Augenhöhe unterstützt. Der Fokus liegt dabei insbesondere in der ersten Phase des Drei-Phasen-Modells der Traumabearbeitung, beziehungsweise der ersten und zweiten Phase des Vier-Phasen-Modells für Recovery auf den Bedürfnissen nach Sicherheit und Bindung (Tab. 2).

Im weiteren Verlauf werden dann die alltägliche Handlungsfähigkeit (vgl. Davidson 2019, 59) und die eigenständige Bedürfniserfüllung (vgl. Baierl 2017, 72) der Klient*innen durch Fachkräfte in der stationären JH aktiv gefördert, damit sie langfristig ein autonomes Leben führen können (Amering/Schmolke 2012, 314). Das findet vor allem in der dritten Phase des Drei-Phasen-Modells der Traumabearbeitung, beziehungsweise der dritten und vierten Phase des Vier-Phasen-Modells für Recovery statt (Tab. 2). Um diese Ziele zu erreichen, müssen die Jugendlichen durch die pädagogische Begleitung des Alltags in der Einrichtung der stationären JH Kompetenzen zur Selbstorganisation (vgl. Möhlenkamp/Petersen 2019, 77) und all jene alltäglichen Fertigkeiten erlernen, die sie aufgrund der Traumatisierung nicht erlernen konnten (vgl. Schmid 2013, 46). Dazu gehört in den meisten Fällen auch Unterstützung in den Bereichen Ernährung, Schlaf, Bewegung und Gesundheitsfürsorge, um ebenfalls die körperliche Stabilität (wieder-)herzustellen (vgl. Baierl 2017, 81).

Des Weiteren müssen die Jugendlichen dabei unterstützt werden, mit den durch ihre Erkrankung entstehenden Einschränkungen und sozialen Herausforderungen umzugehen, um langfristig ein Leben in Recovery führen zu können (vgl. Möhlenkamp/Petersen 2019, 77). Dafür braucht es psychoedukative Bildungsangebote für die Klient*innen, durch welche sie die Hintergründe ihrer Erkrankung verstehen können (vgl. ebd.) und im Umgang mit der Erkrankung und Möglichkeiten der Genesung geschult werden (vgl. Schulz et al. 2019, 245). Diese Bildungsangebote müssen nicht unbedingt in der Einrichtung selbst stattfinden, sondern können auch durch Kooperationen entstehen. In England findet dies beispielsweise in Form von Recovery Colleges statt, die eigens darauf spezialisiert sind (Möhlenkamp/Petersen 2019, 84). Die in diesem Rahmen für die Klient*innen verständliche und nachvollziehbare Aufbereitung jeglicher Informationen, ermöglicht aufgeklärte Entscheidungen der Jugendlichen z.B. bezüglich Behandlungen, welche von den Fachkräften der stationären JH vollumfänglich anerkannt und berücksichtigt werden müssen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 364f).

Bei den Entscheidungen können sie die Klient*innen lediglich unterstützen, z.B. durch Anwendung von SDM (vgl. Ramon et al. 2019, 124). SDM ermöglicht Partizipation der Jugendlichen nicht nur bezüglich ihrer persönlichen Betreuung und Behandlung, sondern auch z.B. in Bezug auf die Gestaltung der Einrichtung. Im Sinne der Recoveryorientierung sollten die Klient*innen in alle, sie betreffenden, Entscheidungen einbezogen werden, dazu gehört z.B. die räumliche Gestaltung der Einrichtung. Dies dient auch der Qualitätssicherung der Angebote (vgl. Amering/Schmolke 2012, 364f). Gleichzeitig kann eine umfassende Partizipation der Klient*innen

dem Selbstunwirksamkeitserleben durch das Ohnmachtsgefühl der Traumatisierung entgegenwirken (vgl. Schmid 2013, 44) und damit die Erfüllung der Bedürfnisse nach Selbstwirksamkeit (vgl. Schmid 2013, 51) und positivem Selbstwerterleben (vgl. Grawe 2004, 186) begünstigen.

Diese Prozesse können außerdem durch den Einsatz von Peerarbeit auch in der stationären JH unterstützt werden. Peers können als positive, Hoffnung vermittelnde Vorbilder in der Arbeit mit den Klient*innen (vgl. Krämer et al. 2019, 39f), als Vermittelnde zwischen Klient*innen und Fachkräften (vgl. Bradstreet/Lambert 2010) und um selbst Dienstleistungen, wie z.B. Selbsthilfegruppen, anzubieten (vgl. Amering/Schmolke 2012, 373), eingesetzt werden. Diese Recovery-Gruppen finden häufig unter der Leitung von Tandems aus Fachkräften und Peers statt, was die Verbindung unterschiedlicher Perspektiven und Expertisen ermöglicht (vgl. Krämer et al. 2019, 37; Prestin 2019, 10). Das Erleben von Peers als Positivbeispiele von Menschen, die in ihrem Recoveryprozess schon weiter fortgeschritten sind, kann außerdem zum Abbau von Selbststigmatisierung führen.

Zudem kann durch den Abbau von Selbststigmatisierung und Aufbau von Selbstwirksamkeit und Selbstwert das Bedürfnis nach Lustgewinn/Unlustvermeidung (vgl. Grawe 2004, 186) erfüllt werden, wenn wieder mehr Freude empfunden werden kann und diese durch Angebote der Einrichtung aktiv gefördert wird (vgl. Baierl 2017, 83). Dies ist ebenfalls in Phase vier des Vier-Phasen-Modells für Recovery, beziehungsweise in der Stabilisierungsphase des Drei-Phasen-Modells der Traumabearbeitung (Tab. 2) zu verorten. Wichtig hierfür ist außerdem die Unterstützung dabei, soziale Kontakte zu knüpfen (vgl. Baierl 2017, 77), was vielen Jugendlichen aufgrund der durch die Traumatisierung gestörten Beziehungsgestaltung schwerfällt (vgl. Schmid 2013, 48). Hilfreich dafür ist eine gute Vernetzung der stationären JH in der Umgebung (vgl. Amering/Schmolke 2012, 364), z.B. mit Angeboten der Offenen Kinder- und Jugendarbeit (OKJA).

Zur recoveryorientierten Arbeit gehört außerdem eine umfassende Angehörigenarbeit (vgl. Amering/Schmolke 2012, 9; Bradstreet/Lambert 2010). Da der Rückhalt im Familien- und Freundeskreis auch als wichtiger Schutzfaktor vor Traumafolgestörungen gilt, ist diese auch in traumapädagogischen Konzepten fest verankert (vgl. Schmid/Fegert 2024). Neben Angeboten, die explizit für Angehörige bereitgestellt werden (vgl. Straub 2013, 72), müssen vor allem dialogische Zusammenarbeit (vgl. Amering/Schmolke 2012, 315) und die Methode des Offenen Dialogs (vgl. Amering/Schmolke 2012, 316f) fester Bestandteil recoveryorientierter

Angehörigenarbeit in der stationären JH sein. Trialogische Zusammenarbeit meint das aktive Einbeziehen aller am Recoveryprozess beteiligten Personen, also Klient*innen, Angehörige und Fachkräfte, und einen ständigen Austausch, um sich auf handlungsleitende Auslegungen bestimmter Situationen zu einigen und das weitere Vorgehen darauf auszurichten (vgl. Amering/Schmolke 2012, 195f). In sogenannten Trialoggruppen können außerdem Gespräche mit anderen stattfinden und sowohl Erfahrungs- als auch Fachwissen ausgetauscht werden (vgl. ebd., 315f). Ziel des Offenen Dialogs ist es, mit allen Beteiligten eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, um sich gegenseitig über Symptome und Entwicklungen verständigen zu können (vgl. ebd., 316f).

Die Ziele können nur erreicht und die Bedarfe befriedigt werden, wenn die aufgelisteten Interventionen und auch darüber hinaus weitere Methoden und Angebote individuell auf die Situation der Jugendlichen zugeschnitten wird (vgl. Deegan 2019, 18; Amering/Schmolke 2012, 314) und pädagogische Hilfen und therapeutische Unterstützung gut koordiniert werden (vgl. Purtscher-Penz 2015, 99).

Nicht zuletzt können durch die Verinnerlichung des recoveryorientierten Verständnisses von Genesung Langzeitfolgen, die unter anderem durch Stigmatisierung und geringen Selbstwert entstehen, eingedämmt werden (vgl. Amering/Schmolke 2012, 165; 237; Shin/Lukens 2002, 1129).

Für eine flächendeckende Umsetzung recoveryorientierter Interventionen und die Verinnerlichung der Haltungselemente, aber auch als Bekenntnis zu Recoveryorientierung und damit als Signal nach außen, sollte Recoveryorientierung in der stationären JH konzeptionell verankert werden. Überlegungen dazu werden im folgenden Kapitel angestellt.

7.2.4 Überlegungen zur konzeptionellen Verankerung der Recoveryorientierung in der stationären Jugendhilfe

Die Verankerung der Recoveryorientierung in Konzepten von Einrichtungen der stationären JH müsste sich auf die drei Faktoren Haltung, Strukturen und Umgang mit den Klient*innen beziehen (vgl. Knuf/Bridler 2008, 26).

Um alle Aspekte von Recoveryorientierung umfassend zu berücksichtigen, kann sich an den in Kapitel 4.3.1 beschriebenen sieben Recovery-Prinzipien orientiert werden, die sich aus dem von Subandi et al. (2023, 1) durchgeführten Vergleich verschiedener Recoveryrichtlinien weltweit ergeben haben:

„(1) cultivating positive hope, (2) establishing partnerships and collaborations, (3) ensuring organizational commitment and evaluation, (4) recognizing the consumer's human and civil rights, (5) focussing on person-centeredness and empowerment, (6) recognizing an individual's uniqueness and cultural context, (7) facilitating social support" (ebd., 1f)

Zu 1. Cultivating positive hope: Um Hoffnung als zentrales Haltungsmerkmal bei den Fachkräften zu etablieren, dieses als gesamte Institution nach außen zu vertreten und bestmöglich auf die Klient*innen zu übertragen, muss Hoffnung als einrichtungs- beziehungsweise trägerweiter Leitwert in Konzepten, Leitlinien und dem Leitbild verankert werden (vgl. Farkas 2019, 144).

Zu 2. Establishing partnerships and collaborations: Um die Unterstützung der Klient*innen durch Fachkräfte unter Einbezug der Angehörigen zu gewährleisten, muss die dialogische Zusammenarbeit (vgl. Amering/Schmolke 2012, 315) in Konzepten festgeschrieben werden. Des Weiteren sollte die Gleichberechtigung in der Beziehung zwischen der Fachkraft und dem*der Jugendlichen (vgl. Zuaboni 2019, 107) festgehalten sein, da ohne eine tragfähige Beziehung kein erfolgreicher Recoveryprozess möglich ist (vgl. Subandi 2023, 6). Zusätzlich fällt unter diesen Punkt die Vernetzung mit anderen Institutionen, Einrichtungen, Diensten und Organisationen. Einerseits bezieht sich dies auf Kooperationen in der Umgebung (vgl. Amering/Schmolke 2012, 364), wie z.B. mit Einrichtungen der OKJA, wo die Jugendlichen weitere Unterstützung finden und soziale Kontakte knüpfen können. Andererseits ist auch Vernetzung mit größeren Organisationen der Patient*innenvertretung, wie z.B. der BPE auf nationaler Ebene oder das INTAR im internationalen Raum, denkbar, um als Träger oder Einrichtung von deren Arbeit zu lernen, aber auch um den Klient*innen Informationsmöglichkeiten an die Hand zu geben.

Zu 3. Ensuring organizational commitment and evaluation: Neben der Verankerung von Hoffnung als einrichtungsweiten Leitwert (vgl. Farkas 2019, 144), sollten sich Einrichtungen und Träger in ihren Konzepten zu einem Rollenwechsel der Fachkräfte und Peerarbeit als zwei zentrale Punkte der Recoveryorientierung bekennen. Der Rollenwechsel beinhaltet, dass Fachkräfte Macht an die Jugendlichen abgeben (vgl. Zuaboni 2019, 107) und als Begleitende und Unterstützende im Recoveryprozess fungieren, nicht aber als Expert*innen in Bezug auf das Leben der Jugendlichen (vgl. Amering/Schmolke 2012, 331f). Peers sollten einerseits für die direkte Arbeit mit den Klient*innen (vgl. ebd., 19) und andererseits für die Weiterbildung der Fachkräfte eingesetzt werden (vgl. ebd., Locher et al. 2019, 216). Bei der Einstellung von Peers sollte konzeptionell verankert auf deren Qualifikationen geachtet werden. In

Deutschland ist es z.B. möglich, dass Psychiatrieerfahrene die EX-IN-Ausbildung absolvieren, um Peersupporter*innen zu werden (vgl. EX-IN Deutschland 2020). Um die Qualität der recoveryorientierten Arbeit zu gewährleisten, sollten den Konzepten ROMHPs hinzugefügt werden (vgl. Amering/Schmolke 2012, 361). Im Konzept vorgesehene Evaluationsprozesse im Rahmen der Peer- und trialogischen Arbeit und weiterer Partizipationsmöglichkeiten der Klient*innen dienen außerdem der Qualitätssicherung (vgl. Amering/Schmolke 2012, 364f).

Zu 4. Recognizing the consumer's human and civil rights: Um dieses Prinzip zu erfüllen, muss die Arbeit einer Institution konzeptionell auf die Bedürfnisse der Klient*innen ausgerichtet sein. Das bedeutet, Angebote müssen an die Bedarfe der Jugendlichen angepasst werden und nicht die Jugendlichen an die Strukturen der Einrichtung (vgl. Amering/Schmolke 2012, 332). Das verlangt Flexibilität in der Ausgestaltung der Angebote, die konzeptionell verankert sein muss. Zusätzlich sollte zur Erfüllung dieses Prinzips eine aktive Anti-Stigma-Arbeit, durch z.B. Psychoedukation und Bildungsangebote (vgl. Möhlenkamp/Petersen 2019, 77), im Konzept festgeschrieben sein.

Zu 5. Focussing on person-centeredness and empowerment: Grundlegend kann im Sinne der Personenzentrierung auf die IPPP Bezug genommen werden (vgl. Christodoulou et al. 2008, 1). Auch bezüglich dieses Prinzips sollte die Möglichkeit der individuellen Ausrichtung der Angebote auf die individuellen Bedarfe der Klient*innen (vgl. Subandi et al. 2023, 9) im Konzept erwähnt werden. Außerdem muss die Interdisziplinarität (vgl. Jörns-Presentati/Groen 2020, 50; 52) und die Multiprofessionalität (vgl. Amering/Schmolke 2012, 335f) der Arbeit durch eine konzeptionelle Verankerung dessen gewährleistet sein. Diese ist unabdingbar für einen ganzheitlichen Blick auf die Jugendlichen und die Ausgestaltung der Unterstützungsleistungen (vgl. ebd.). Um außerdem die Autonomie der Klient*innen zu fördern (vgl. ebd., 15), müssen ausreichend angemessene Partizipationsmöglichkeiten (vgl. ebd., 364f) geschaffen werden. Ein wichtiger Faktor dafür ist eine umfassende Psychoedukation (vgl. Shin/Lukens 2002), damit die Jugendlichen eigenständig Entscheidungen in Bezug auf ihre Behandlung und Betreuung treffen können (vgl. Amering/Schmolke 2012, 363). Auch an dieser Stelle muss in den Konzepten deutlich werden, dass die Arbeit ebenfalls die gesetzlich festgeschriebenen Ziele des SGB VIII verfolgt, da in §1 Abs. 1 die Unterstützung von Eigenständigkeit festgehalten ist.

Zu 6. Recognizing an individual's uniqueness and cultural context: Auch dieses Prinzip verweist auf die Relevanz individuell gestalteter Hilfen, die an den Bedürfnissen der

Klient*innen ausgerichtet werden (vgl. Subandi et al. 2023, 9). Wichtig hierfür ist, dass Abläufe für eine nachhaltige und vorausschauende Hilfeplanung (vgl. Schmid 2013, 54) konzeptionell verankert sind.

Zu 7. Facilitating social support: Da unterstützende soziale Bezüge große Ressourcen im Recoveryprozess sein können (vgl. Subandi et al. 2023, 9), kann auch im Sinne des siebten Prinzips noch einmal auf die Wichtigkeit der konzeptionellen Verankerung der Angehörigenarbeit (vgl. Amering/Schmolke 2012, 9; Bradstreet/Lambert 2010) verwiesen werden. Des Weiteren sollte festgehalten sein, inwiefern die Jugendlichen beim Knüpfen sozialer Kontakte unterstützt werden können (vgl. Baierl 2017, 77), z.B. durch Kooperationen mit OKJA-Einrichtungen der Umgebung (vgl. Amering/Schmolke 2012, 364).

7.3 Herausforderungen und Grenzen recoveryorientierter Arbeit in der stationären Jugendhilfe

Die letzten Kapitel haben verdeutlicht, dass mit recoveryorientierten Interventionen die Erfüllung vieler Bedarfe traumatisierter Jugendlicher in der stationären JH unterstützt werden kann, sich aus der gesichteten Literatur aber auch Grenzen der Recoveryorientierung in Bezug auf einige der Bedarfe ergeben. Es werden keine konkreten recoveryorientierten Interventionen für Unterstützung der *Wahrnehmung* (vgl. Schmid 2013, 51) und *Emotionsregulation* (vgl. Baierl 2017, 80) genannt. Das kann unter anderem daran liegen, dass der Recovery-Ansatz nicht konkret traumaspezifisch ausgerichtet ist und die direkte Traumabearbeitung und Reaktion auf Traumafolgen deshalb darin nicht berücksichtigt werden. Es liegen demnach in der Literatur keine konkreten Interventionen vor, die sich in der zweiten Phase (Traumabearbeitung) des Drei-Phasen-Modells der Traumabearbeitung verorten lassen (Tab. 2).

Die gesichtete Literatur weist Lücken des Recovery-Ansatzes in Bezug auf die Umsetzung recoveryorientierter Interventionen in den Bereichen Partizipation, Autonomieförderung, Angehörigenarbeit und Gemeindenähe auf.

Partizipation soll ein zentrales Ziel der JH sein. In der Umsetzung ist aber darauf zu achten, dass die geschaffenen Partizipationsmöglichkeiten altersangemessen sind. Einerseits sollen die Jugendlichen durch Partizipation gefordert werden und Eigenständigkeit lernen, andererseits sollen sie aber auch nicht überfordert sein. Da Partizipationsmöglichkeiten *Autonomie* fördern, beziehen sich die gleichen Herausforderungen auch auf den Aspekt der Autonomieförderung. Hinzukommt, dass die Autonomie der Jugendlichen z.B. durch die PSB

eingeschränkt werden kann, beispielsweise bei Entscheidungen, die sie rechtlich noch nicht selbst treffen dürfen, wie z.B. die Frage nach der Einnahme von Psychopharmaka. Es sind außerdem gegebenenfalls notwendige Einschränkungen der Partizipation und Autonomieförderung aufgrund von Selbst- oder Fremdgefährdung durch die psychischen Erkrankungen zu beachten.

Der Fokus der Recoveryorientierung auf die *Angehörigenarbeit* hat, wie aus den vorangegangenen Kapiteln hervorgeht, grundsätzlich seine Berechtigung, ist aber in der stationären JH, insbesondere mit traumatisierten Jugendlichen nur bedingt umsetzbar. Für Jugendliche, die keine Familie haben, die in die Arbeit einbezogen werden kann, weil sie keinen guten Kontakt zu ihnen haben oder sie in Folge vorangegangener traumatisierender Erlebnisse als nicht heilsame Kontakte gelten und daher eine Gefahr für die psychische Gesundheit der Jugendlichen darstellen, ist das Einbeziehen der Angehörigen in die Arbeit nicht einfach möglich. Hier müsste in geeigneten Fällen eine gute Balance aus Angehörigenarbeit und Schutz der Jugendlichen gefunden werden, in anderen Fällen muss gegebenenfalls ganz auf die Arbeit mit den Familien der Jugendlichen verzichtet werden.

Die *Gemeindenähe* ist ebenfalls in der stationären JH nicht immer zu gewährleisten. Da Jugendliche unter Umständen ihre gewohnte Umgebung verlassen müssen, wenn sie in ein Heim oder eine WG ziehen, ist die Recovery im gewohnten Umfeld nicht von vornherein zu gewährleisten. Wenn die Jugendlichen länger in einer Einrichtung bleiben und diese zu ihrem neuen Zuhause wird, ist die Umgebung der Einrichtung entsprechend als Gemeinde zu verstehen, auf welche sich die Arbeit beziehen kann.

8. Fazit und Ausblick

Innerhalb dieser Arbeit wurden der Recovery-Ansatz und das Konzept der Traumapädagogik umfassend dargestellt. Es wurde herausgestellt, dass die Recoveryorientierung mit dem Ziel, den „Unheilbarkeitsmythos“ psychischer Erkrankungen durch ein neues Verständnis von Genesung beziehungsweise Recovery und den Kampf gegen (Selbst-)stigmatisierung zu überwinden, einen umfassenden Geltungsanspruch erhebt. Recoveryorientierung soll sowohl auf politischer Ebene als auch durch die Haltung der einzelnen Fachkraft und Einrichtung einen hoffnungsvollen Rahmen für die sozialpsychiatrische Arbeit mit den Klient*innen und Angehörigen schaffen. Die Traumapädagogik verfolgt durch den Einsatz konkreter Methoden das Ziel, für traumatisierte Menschen sichere Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen diese korrigierende Beziehungserfahrungen machen können und Förderung in den Bereichen Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit und Wahrnehmung erhalten.

Es wurde die Struktur der stationären JH im Rahmen von Heimerziehung und sonstigen betreuten Wohnformen skizziert und die Klientel dieser Angebote charakterisiert. 80 % der Jugendlichen in den stationären HzE legen mindestens einen begründeten Verdacht für das Vorliegen einer Traumatisierung nahe und bringen entsprechende Entwicklungsverzögerungen, Bindungsschwierigkeiten, sonstige Verhaltensauffälligkeiten und komorbide psychische Erkrankungen mit, die die Fachkräfte vor besondere Herausforderungen stellen. Das zeigt deutlich die Relevanz geeigneter Angebote für die Klient*innen, die ihnen schlussendlich das eigenständige Führen eines zufriedenen Lebens und gleichberechtigte, gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Sowohl die Traumapädagogik als auch die recoveryorientierte Arbeit fördern diese Faktoren.

Beide Ansätze setzen zum Erreichen dieser und weiterer Ziele auf multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit, Psychoedukation, eine ausgeprägte Angehörigen- und Beziehungsarbeit, gemeindenahe und individuell gestaltete Angebote und umfassende Partizipationsmöglichkeiten.

Es wurde außerdem deutlich, dass in der Arbeit mit der benannten Klientel das authentische Auftreten der Fachkräfte und neben fachlichen Fähigkeiten das Einbringen von „Herzkompetenz“ eine große Rolle spielen. Neben diesen Parallelen zwischen den beiden Ansätzen wurden einige Differenzen herausgearbeitet, die ebenfalls einen Ausgangspunkt für die Beantwortung der eingangs genannten Forschungsfrage dieser Arbeit bieten.

Hoffnung auf Recovery und ein zufriedenes Leben ist die Grundlage jeder recoveryorientierten Arbeit und muss vor allem bei den involvierten Fachkräften immer vorliegen, um die Klient*innen entsprechend unterstützen zu können. Diese Hoffnung kann unter anderem durch das Genesungsverständnis entstehen, nach welchem die Klient*innen „recovered“ sind, sobald sie ein zufriedenes und selbstbestimmtes Leben trotz gegebenenfalls bestehender Symptome führen können, indem sie lernen mit den Symptomen umzugehen. Das soll auch zu einem Abbau von (Selbst-)stigmatisierung führen. Das Einbeziehen von Peers als Mitarbeitende ermöglicht außerdem die Unterstützung der Hoffnung durch das Erleben positiver Vorbilder. Die Anforderung an die Fachkräfte sich authentisch und mit ihren eigenen Geschichten einzubringen, ermöglicht eine Klient*in-Fachkraft-Beziehung auf Augenhöhe, weil nicht an den starren Vorstellungen einer professionell-distanzierten Beziehung festgehalten werden muss.

Aus diesen Inhalten des Recovery-Ansatzes wurden konkrete Interventionsvorschläge abgeleitet, wie z.B. zur Beziehungsarbeit, zur Vermittlung von Alltagskompetenzen, zum Einsatz von Peers, zur Partizipation durch SDM, zu Trialoggruppen und zum Offenen Dialog in der Angehörigenarbeit. Diese können in der stationären JH mit Jugendlichen mit Traumafolge- und komorbiden Störungen etabliert werden. Die Interventionen wurden auf die besonderen Bedarfe traumatisierter Jugendlicher bezogen. Außerdem wurde die konzeptionelle Verankerung der sieben Recovery-Prinzipien und insbesondere der Hoffnung als einrichtungs- beziehungsweise trägerweiten Leitwert und das Etablieren von ROMHPs vorgeschlagen.

Gleichzeitig wurden aber auch die Herausforderungen und Grenzen des Recovery-Ansatzes dargestellt. So finden sich keine Interventionen, die die Förderung der Emotionsregulation und Wahrnehmung beinhalten und es ergeben sich Schwierigkeiten in der Umsetzung von Partizipation, Autonomieförderung, Angehörigenarbeit und Gemeindenähe.

Abschließend wird die Forschungsfrage dieser Arbeit beantwortet:

Inwiefern kann die Recoveryorientierung als Ergänzung zur Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe spezifische Bedarfe traumatisierter Jugendlicher adressieren und wie können konkrete Ansätze der Recoveryorientierung umgesetzt werden?

Die Recoveryorientierung weist bezüglich der zugrundeliegenden Ziele einige Parallelen zur Traumapädagogik auf. Dennoch geht sie in vielen Punkten darüber hinaus, verfolgt einen weiteren Geltungsanspruch und umfassende gesellschaftliche und gesundheitspolitische Veränderungen. Die unterschiedlichen Geltungsansprüche lassen beide Ansätze nebeneinander bestehen, da sie sich in einigen Punkten überschneiden und in anderen ergänzen.

Auch mit Blick auf die Unterstützung und Betreuung der einzelnen Klient*innen können die grundlegenden Inhalte des Recovery-Ansatzes, wie z.B. eine hoffnungsvolle Grundhaltung und das Genesungsverständnis eine sinnvolle Ergänzung zur Traumapädagogik sein. Grund dafür ist, dass sie (Selbst-)stigmatisierung abbauen, was insbesondere im Kontext von Traumatisierungen eine wichtige Rolle spielt, und den Selbstwert und die Autonomie der Klient*innen fördern können. Auch der Einsatz im Setting der stationären JH kann sinnvoll sein, da die Klient*innen hier in ihrem Alltag durch pädagogische Fachkräfte umfassend begleitet werden und somit alltäglich recoveryorientiert gearbeitet werden kann. Auf den Großteil der besonderen Bedarfe traumatisierter Jugendlicher kann mit recoveryorientierten Interventionen reagiert werden.

Wichtig ist aber hervorzuheben, dass die Recoveryorientierung die Traumapädagogik ergänzen, diese aber nicht ersetzen kann und soll, denn sie weist auch deutliche Grenzen auf. Der Umfang und die in Teilen definitorische Unschärfe des Ansatzes erschwert die umfassende, konzeptionelle Ausrichtung darauf. In vielen Bereichen fehlen finanzielle und personelle Ressourcen zur umfassenden Umsetzung. Des Weiteren sind autonome Entscheidungen minderjähriger Klient*innen nur in einem beschränkten gesetzlichen Rahmen möglich und Partizipationsmöglichkeiten sind altersangemessen auszurichten. Bei beidem sind auch mögliche notwendige Einschränkungen durch Selbst- oder Fremdgefährdung durch die psychischen Erkrankungen zu beachten. Auch die recoveryorientierte Angehörigenarbeit ist im Rahmen der stationären JH und mit Rücksicht auf Traumatisierungen begrenzt umsetzbar.

Die vorliegende Auseinandersetzung verfolgt das Ziel, einen ersten Einblick in thematische Zusammenhänge zu geben und Umsetzungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Sie ist aufgrund ihres Umfangs und der zugänglichen Literatur begrenzt. Um das Thema weiter zu verfolgen und die Wirksamkeit recoveryorientierter Arbeit bei Traumatisierungen zu überprüfen, müssten, im Rahmen von umfassenden Untersuchungen, verlässliche Daten erhoben werden.

Die vorliegenden Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die Recoveryorientierung in oben definierter Form eine sinnvolle Ergänzung zur Traumapädagogik in der stationären JH sein und auf einige der spezifischen Bedarfe traumatisierter Jugendlicher recoveryorientiert eingegangen werden kann. Der Recovery-Ansatz kann und soll somit eine Ergänzung zur Traumapädagogik darstellen, diese aber nicht ersetzen.

„Recovery often involves a transformation of the self wherein one both accepts ones limitation and discovers a new world of possibility.“ (Deegan 1996, 13) Genauso wie der Recovery-

prozess bei den Klient*innen einen Entwicklungsprozess darstellt, kann die Etablierung der Recoveryorientierung in der stationären JH mit traumatisierten Jugendlichen positive Entwicklungen anstoßen. Genauso wie der Recoveryprozess den Klient*innen ihre Grenzen aufzeigt, wurden im Rahmen dieser Arbeit Grenzen des Recovery-Ansatzes in der stationären JH aufgezeigt. Genauso wie der Recoveryprozess den Klient*innen neue Möglichkeiten eröffnet, kann das weitere Erforschen des Einsatzes von Recoveryorientierung in der stationären Jugendhilfe neue Möglichkeiten eröffnen.

Literaturverzeichnis

- Alisc, Eva/Zalta, Alyson K./van Wesel, Floryt/Larsen, Sadie/Hafstad, Gertrud S./Hassanpour, Katayun/Smid, Geert E. (2014): Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: metaanalysis. In: The British Journal of Psychiatry 204 (5).
- Alternatives Conference: Our Mission. Online unter: <https://www.alternatives-conference.org/mission> [Zugriff: 20.03.2025]
- Amering, Michaela/Bottlender, Ronald (2009): Das Konzept der Chronizität psychischer Erkrankungen ist aufzugeben. In: Psychiatrische Praxis 36 (1), 4-6.
- Amering, Michaela/Gmeiner, Andrea (2019): Recovery und die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 26-35.
- Amering, Michaela/Schmolke, Margit (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5., überarbeitete Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Anthony, William A. (1993): Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. In: Psychosocial Rehabilitation Journal 16 (4), 11-23.
- Armbruster, Jürgen/Dieterich, Anja/Hahn, Daphne/Ratzke, Katharina (2015): Vorwort. In: Armbruster, Jürgen/Dieterich, Anja/Hahn, Daphne, Ratzke, Katharina (Hg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln: Psychiatrie-Verlag, 11-15.
- Baer, Udo (2019): Was hochbelastete Kinder brauchen: Praxishandbuch für die Begleitung und Betreuung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Baierl, Martin (2014): Mit Verständnis statt Missverständnis: Traumatisierung und Traumafolgen. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 21-46.
- Baierl, Martin (2017): Traumaspezifische Bedarfe von Kindern und Jugendlichen. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern: ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 72-87.

- Baierl, Martin/Götz-Kühne, Cornelia/Hensel, Thomas/Lang, Birgit/Strauss, Jochen (2017): Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern: ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 59-71.
- BfArM (2024): ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. Online unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html# [Zugriff: 22.02.2025]
- BfArM (2025a): ICD-10-GM Version 2025. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48). Online unter: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2025/block-f40-f48.htm> [Zugriff: 21.02.2025]
- BfArM (2025b): ICD-10-GM Version 2025. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69). Online unter: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2025/block-f60-f69.htm> [Zugriff: 22.02.2025]
- BMFSFJ (2024): 17. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lage junger Menschen und die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe.
- Borg, Marit/Kristiansen, Kristjan (2004): Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. In: Journal of Mental Health 13 (5), 493-505.
- Bottlender, Ronald (2013): Recovery ist eine Illusion – Pro & Kontra. In: Psychiatrische Praxis 40 (5), 255-245.
- BPE Online: Was will der BPE? Online unter: <https://bpe-online.de/was-will-der-bpe/> [Zugriff: 07.02.2025]
- Bradstreet, Simon/Lambert, Alex (2010): Broaden the discussion of mental health issues. Online unter: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2010/jun/10/broaden-discussion-mental-health-issues> [Zugriff: 12.11.2024].
- Brown, Rebecca C./Witt, Andreas/Fegert, Jörg M./Keller, Ferdinand/Rassenhofer, Miriam/Plener, Paul L. (2017): Psychological interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. In: Psychological Medicine 47 (11), 1893-1905.
- Charles, Cathy/Gafni, Amiram/Whelan, Tim (1999): Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. In: Social Science and Medicine 49 (5), 651-661.

- Christodoulou, George/Fulford, Bill/Mezzich, Juan E. (2008): Psychiatry for the person and its conceptual bases. In: *International Psychiatry* 5 (1), 1-3.
- Clausen, Jens/Eichenbrenner, Ilse (2016): *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfenformen*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Copeland, William E./Keeler, Gordon/Angold, Adrian/Costello, E. Jane (2010): Posttraumatic Stress Without Trauma in Children. In: *American Journal of Psychiatry* 167 (9), 1059-1065.
- Deegan, Patricia (1996): *Recovery and the Conspiracy of Hope*. Online unter: <http://akmhweb.org/recovery/deegan-recovery-hope.pdf> [Zugriff: 03.03.2024].
- Deegan, Patricia (2019): Die Eule und ich oder Recovery als lebenslanger Prozess. In: Zuboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hg.): *Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte*. Köln: Psychiatrie Verlag, 14-25.
- De Bellis, Michael D. (2001): Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. In: *Development and Psychopathology* 13 (3), 539-564.
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2018): *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin: Springer.
- Dümmler, Wiltrud/Sennekamp, Winfried (2013): *Recovery im psychiatrischen Wohnheim. Chancen und Grenzen des Konzepts bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung*. Freiburg: Centaurus Verlag & Media.
- Eberle, David J./Maercker, Andreas (2024): Belastungsbezogene Störungen in der ICD-11. Online unter: <https://www.springermedizin.de/posttraumatische-belastungsstoerung/anpassungsstoerung/belastungsbezogene-stoerungen-in-der-icd-11/26605950> [Zugriff: 14.12.2025]
- Ehlers, Corinna/Giertz, Karsten (2022): Recovery, Resilienz und Stärkenorientierung. In: Giertz, Karsten/Große, Lisa/Röh, Dieter (Hg.): *Soziale Teilhabe professionell fördern. Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz*. Köln: Psychiatrie Verlag, 116-134.
- EX-IN Deutschland (2020): Über EX-IN. Online unter: <https://ex-in.de/ueber-ex-in/> [Zugriff: 07.02.2025]

- Farkas, Marianne (2019): Recovery-Orientierung in Institutionen verankern. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 138-147.
- Fegert, Jörg M./Dieluweit, Ute/Thurn, Leonore/Ziegenhain, Ute/Goldbeck, Lutz (2013): Einleitung: Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. In: Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Goldbeck, Lutz (Hg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 9-26.
- Fegert, Jörg M./Kemper, Andrea (2013): Verhinderung bzw. Reduktion des Risikos von (Re-)Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen in Institutionen und Pflegefamilien. In: Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Goldbeck, Lutz (Hg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 210-224.
- Fendrich, Sandra/Pothmann, Jens/Tabel, Agathe (2021): Monitor Hilfen zur Erziehung 2021. Dortmund: Eigenverlag Forschungsverbund DJI/TU Dortmund an der Fakultät 12 der Technischen Universität Dortmund.
- Flemming, Eva/Lübke, Laura/Müller, Sascha/Spitzer, Carsten (2023): Desorganisierte Bindung und körperliche Gesundheit. In: Die Psychotherapie 2023 (68), 165-171.
- Gahleitner, Silke Birgitta (2013): Psychosoziale Traumaarbeit, Traumaberatung und Traumapädagogik. Eine kritische Bestandsaufnahme. In: Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Goldbeck, Lutz (Hg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 228-245.
- Goldbeck, Lutz (2013): Diagnostik von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen. Internationale Perspektiven und Konsequenzen. In: Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Goldbeck, Lutz (Hg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 71-76.
- Grawe, Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford und Prag: Hogrefe Verlag.
- Hensel, Thomas (2017): Die Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern: ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 27-37.

- Ikehata, Hanae/Samaras, Alexandra/Wilfert, Antje/Gervink, Andreas/Wörmann, Dagmar/Reinhardt, Uta/Lieselotte, Mahler/von Peter, Sebastian (2014): Recovery-Orientierung in der Psychoedukation – zwei Versuche einer Umsetzung. In: Psychiatrische Praxis 42 (6), 320-327.
- Jörns-Presentati, Astrid/Groen, Gunter: Zur Kooperation von Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: Zusammenarbeit gestalten. In: Beck, Norbert (Hg.): Therapeutische Heimerziehung. Grundlagen, Rahmenbedingungen, Methoden. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 50-58.
- Kim, Jungmeen/Cicchetti, Dante (2004): A Longitudinal Study of Child Maltreatment, Mother-Child-Relationship Quality and Maladjustment: The Role of Self-Esteem and Social Competence. In: Journal of Abnormal Child Psychology 32 (4), 341-354.
- Knuf, Andreas/Bridler, Sabrina (2008): Recovery konkret. In: Psychosoziale Umschau 2008 (4), 26-29.
- Knuf, Andreas (2005): Das Stigma auf der Innenseite der Stirn. In: Soziale Psychiatrie 2005 (4), 41-44.
- Knuf/Andreas (2008): Recovery. Wider den demoralisierenden Pessimismus. Genesung auch bei langzeiterkrankten Menschen. In: Kerbe 2008 (1), 8-11.
- Krämer, Ute/Ackers, Susanne/Ziegenhagen, Jenny/Friesecke, Eileen/Künneke, Thomas (2019): Das Recoveryverständnis von Initiativen Psychiatrieerfahrener. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 36-47.
- Kukla, Rainer (2015): Zum Entstehungskontext der Psychiatrie-Enquete und zu dem Arbeitsprozess der Expertengruppe. In: Armbruster, Jürgen/Dieterich, Anja/Hahn, Daphne, Ratzke, Katharina (Hg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln: Psychiatrie-Verlag, 40-51.
- Lehmann, Peter (2013): Recovery: Ein neuer Etikettenschwindel in der Psychiatrie? In: Burr, Christian/Schulz, Michael/Winter, Andréa/Zuaboni, Gianfranco (Hg.): Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 48-67.
- Locher, Maya/Razzai, Fabio/Weber, Nadja (2019): Lernen als gemeinsamer Prozess: Erfahrungsexpertise in der Aus- und Weiterbildung von Pflegenden. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 216-227.

- Lutz, Ronald (2013): Jugendarmut als Prozess der Erschöpfung. Verfestigung sozialer Ungleichheit. In: Ploetz, Yvonne (Hg.): Jugendarmut. Beiträge zur Lage in Deutschland. Obladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich, 19-40.
- Mangold, Katharina (2016): Jugendliche. In: Schröer, Wolfgang/Struck, Norbert/Mechthild, Wolff (Hg.) Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 101-134.
- Miller, Alec L./Rathus, Jill H./Linehan, Marsha M. (2007): Dialectical Behaviour Therapy with Suicidal Adolescents. New York: The Guilford Press.
- Moreno-Alcázar, Ana/Treen, Devi/Valiente-Goméz, Alicia/Sio-Eroles, Albert/Pérez, Victor/Amann, Benedikt L./Radua, Joaquim (2017): Efficiency of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adolescent with Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. In: Frontiers in Psychology 8 (1750), 1-10.
- Möhlenkamp, Monika/Petersen, Jörn (2019): Das Empowerment College: Recovery und Bildung. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 77-87.
- Oswald, Sylvia H./Goldbeck, Lutz (2013): Traumata bei Pflegekindern. In: Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Goldbeck, Lutz (Hg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 203-209.
- Pat Deegan PhD & Associates: I'm Pat, the founder of Pat Deegan & Associates. I'm on a mission. Online unter: <https://www.patdeegan.com/about-pat-deegan> [Zugriff: 01.03.2025]
- Pluto, Liane/Mairhofer, Andreas/Peucker, Christian/van Santen, Eric (2024): Einrichtung stationärer Hilfen zur Erziehung. Empirische Analyse zu Organisationsmerkmalen, Adressat:innen und Herausforderungen. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Prestin, Elke (2019): Recoveryorientierung als Prüfstein für die psychiatrische Versorgung. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 10-12.
- Pschyrembel, Willibald (2022): Compliance. In: Zink, Christoph et al. (Hg.): Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. Mit klinischen Syndromen und Nomina anatomica. 256., neu bearbeitete Auflage. Berlin und New York: Walter de Gruyter, 304.

- Purtscher-Penz, Katharina (2015): Traumatisierung in der Kindheit und Jugend. Hilfe durch Psychotherapie und Traumapädagogik. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Frank, Christina/Leitner, Anton (Hg.): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 95-105.
- Ramon, Shulamit/Brooks, Helen/Rae, Sarah/O'Sullivan, Mary-Jane (2019): Bedeutsame Faktoren bei der Implementierung von partizipativer Entscheidungsfindung. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 124-137.
- Rätz, Regina/Schröer, Wolfgang/Wolff, Mechthild (2014): Lehrbuch Kinder- und Jugendhilfe. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Realpe, Alba/Wallace, Louise M. (2010): What is co-production? Online unter: https://www.qi.elft.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/01/what_is_co-production.pdf [Zugriff: 06.03.2025].
- Roberts, Glenn/Hollins, Sheila (2007): Recovery: our common purpose? In: Advances in Psychiatric Treatment 2007 (13), 397-399.
- Rose, D./Thornicroft, G./Slade, M. (2006): Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 113 (429), 109-114.
- Rosner, Rita (2013) Sind unsere diagnostischen Konzepte adäquat. Posttraumatische Belastungsstörung vs. Traumaentwicklungsstörung. In: Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Goldbeck, Lutz (Hg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 64-70.
- Rothdeutsch-Granzer, Christina/Weiß, Wilma/Gahleitner, Silke Birgitta (2015): Traumapädagogik – eine junge Fachrichtung mit traditionsreichen Wurzeln und hoffnungsvollen Perspektiven. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Frank, Christina/Leitner, Anton (Hg.): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 171-185.

- Rutter, Michael/Colvert, Emma/Kreppner, Jana/Beckett, Celia/Castle, Jenny/Groothues, Christine/Hawkins, Amanda/O'Connor, Thomas G./Stevens, Suzanne E./Sonuga-Barke, Edmund J. S. (2007): Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: Disinhibited attachment. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry 48 (1), 17-30.
- Schäfer, Ingo/Gast, Ursula/Hofmann, Arne/Knaevelsrud, Christine/Lampe, Astrid/Liebermann, Peter/Lotzin, Annett/Maercker, Andreas/Rosner, Rita/Wöllner, Wolfgang (2019) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin: Springer Verlag.
- Schmid, Marc (2013): Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: „Traumasensibilität“ und „Traumapädagogik“. In: Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Goldbeck, Lutz (Hg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 36-60.
- Schmid, Marc/Fegert, Jörg M. (2024): Posttraumatische Belastungsstörung in Kindheit und Jugend. Online unter: https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/psychiatrie-und-psychotherapie-des-kindes-und-jugendalters/posttraumatische-belastungsstoerung-in-kindheit-und-jugend?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-49289-5_109 [Zugriff: 11.12.2024]
- Schmid, Marc/Kölch, Michael/Fegert, Jörg M./Schmeck, Klaus (2013): Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs zur Abklärung und Zielerreichung in stationären Maßnahmen (MAZ.). Online unter: <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/sicherheit/smv/modellversuche/evaluationsberichte/maz-schlussbericht-d.pdf> [Zugriff: 20.03.2025]
- Schulz, Michael/Zuaboni, Gianfranco/Löhr, Michael/Kronmüller, Klaus-Thomas/Zingsheim, Andrea (2019): Recovery Colleges: Grundlagen und praktische Umsetzung. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 242-254.
- Shin, Sun-Kyung/Lukens, Ellen P. (2002): Effects of Psychoeducation for Korean Americans With Chronic Mental Illness. In: Psychiatric Services 53 (9), 1125-1131.
- Straub, Eva (2013): Das verführerische Prinzip Hoffnung. In: Burr, Christian/Schulz, Michael/Winter, Andréa/Zuaboni, Gianfranco (Hg.): Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 68-73.

- Subandi, M.A./Nihayah, Maryama/Marchira, Carla R./Tyas, Trihayuning/Marastuti, Ariana/Pratiwi, Ratri/Mediola, Fiddina/Herdiyanto, Yohane/Sari, Osi Kusuma/Good, Mary-Jo D./Good, Byron J. (2023): The principles of recovery-oriented mental health services: A review from five different countries for developing a protocol to be implemented in Yogyakarta, Indonesia. In: PLOS ONE 18 (3), 1-16.
- Terr, Lenore C. (1991): Childhood Traumas: An Outline and Overview. In: American Journal of Psychiatry 148 (1), 10-20.
- Van der Kolk, Bessel A./Pynoos, Robert S. (2001): Proposal to include a developmental trauma disorder for children and adolescents in DSM-V. Online unter: <https://complextrauma.org/wp-content/uploads/2019/03/Complex-Trauma-Resource-3-Joseph-Spinazzola.pdf> [Zugriff: 20.03.2025]
- Werner, Andreas (2019): Implementierung der Recoveryorientierung in einer psychiatrischen Klinik. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 170-179.
- Whitley, Rob/Drake, Robert E. (2010): Recovery: A Dimensional Approach. In: Psychiatric Services 61 (12), 1248-1250.
- WHO (1946): Constitution of the World Health Organization.
- WHO (2013): European report on preventing child maltreatment. Online unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350512/WHO-EURO-2013-4496-44259-62518-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Zugriff: 20.03.2025]
- Wiesinger, Detlev/Huck, Wolfgang/Schmid, Marc/Reddemann, Ulrike (2017): Struktur- und Prozessmerkmale traumapädagogischer Arbeit in der stationären Jugendhilfe. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern: ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 41-58.
- Wisconsin Peer Specialists (2019): Certified Peer Specialist – Wisconsin Peer Specialists. Online unter: <https://www.wicps.org/certified-peer-specialist/> [Zugriff: 07.02.2025]
- Zeller, Maren (2016): Stationäre Erziehungshilfen. In: Schröer, Wolfgang/Struck, Norbert/Wolff, Mechthild (Hg.): Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 792-812.

Zuaboni, Gianfranco (2019): Koproduktion: Wie Zusammenarbeit gestaltet werden kann. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 102-111.

Zuaboni, Gianfranco/Curschellas, Jan/Schulz, Michael (2019): Recovery praktisch! Schulungsunterlagen zur Vermittlung des Recoveryansatzes. In: Zuaboni, Gianfranco/Burr, Christian/Winter, Andréa/Schulz, Michael (Hg.): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 148-156.

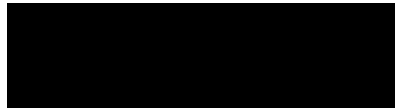
Zuaboni, Gianfranco/Winter, Andréa/Burr, Christian/Schulz, Michael (2013): Ohne Hoffnung gibt es kein Recovery! Ein Interview mit Patricia Deegan. In: Burr, Christian/Schulz, Michael/Winter, Andréa/Zuaboni, Gianfranco (Hg.): Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 15-21.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 14.04.2025

Ort, Datum

A solid black rectangular box used to redact the signature.

Unterschrift