

DIPLOMA HOCHSCHULE

Private Fachhochschule Nordhessen

Studiengang: Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie
und Psychologisches Empowerment

Master - Thesis

Ressourcen in psychischen Ausnahmezuständen aus der Perspektive von Menschen mit
intellektueller Beeinträchtigung und psychischer Erkrankung - Entwicklung eines
integrativen Ressourcenmodells in psychischen Krisen - eine qualitative Studie

Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science (M.Sc.)

vorgelegt von:	Maria Feske
	Matrikelnummer 150455
	Studienzentrum online
Bearbeitungszeitraum:	16.06.2023 - 01.12.2023
Abgabe am:	23.11.2023
Betreuer*in:	Silvia Gurdan (Diplom Psychologin)

Widmung

Meine Perspektive auf die Welt, das Leben und die Menschen in den letzten zwanzig Jahren durch meine bisherigen und derzeitigen Begegnungen mit Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen bereichert zu sehen sowie meinen Alltag mit echt empfundener Verbundenheit und eben nicht Entfremdung zu gestalten, sind zwei meiner stärksten Ressourcen im Umgang mit Barrieren, Herausforderungen und sogar persönlichen Krisen.

Ich widme diese Masterarbeit daher all jenen Menschen auf meinem beruflichen Weg, die in ihrer Komplexität und Individualität von keiner Studie und keinem Lehrbuch in Gänze erfassbar sind und mich dennoch so vieles über die menschlichen Facetten, auch meine eigenen, gelehrt haben.

Ohne sie wäre diese Masterarbeit von der ersten Idee bis zum letzten Wort nicht möglich gewesen.

Danksagung

Die wirklich bedeutsamen Meilensteine in meinem Leben sind mir nie allein geglückt. Und so haben auch zum Gelingen dieser Masterarbeit viele Menschen direkt und indirekt beigetragen, die namentlich alle aufzuzählen an dieser Stelle nicht machbar ist.

Vorangestellt möchte ich mich bei meinen Interviewpartner*innen für ihr Vertrauen und ihre Offenheit bedanken. Die Gespräche mit Ihnen bestätigten erneut, was ich immer wieder erfahre. Die Perspektive von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist -nicht nur für mich- unschätzbar wertvoll.

Ich bedanke mich bei meiner ganzen gepatchten Familie. Bei allen! Besonders aber bei meinem Sohn Merlin, der mit mir ein buntes Leben teilt und diesem noch mehr Farben hinzufügt. Du bist toll! Ich habe gespürt, wie sehr Du mich unterstützt hast. Auch an meinen Hafen, an meine Schwester Julia und meine Mama ein liebendes „Danke!“. Ich weiß, ihr seid immer für mich da. Es folgen noch Namen derer, die mich in unterschiedlichen Teichen stärken, lieben, verstehen und mir Kanäle bauen, damit etwas zueinander und aus mir herausfließen darf. Ohne Reihenfolge: Dorina, Katrin F., nochmal Julia, Philipp, Till, Flo, Mattze, Anni, Marie und Sven, ∞. Überdies an Alina, Niene, Gottlobe und Kathrin R. ein lautes „Danke“ (zusätzlich zu den o.g. Gründen) für euer Mitfiebern, Feedback und „kritisches Nachvollziehen“ mit dem ihr inspiziert habt, dass die Zusammenhänge nicht nur in meinem Kopf Sinn ergeben.

Ich möchte mich auch von Herzen bei meinen Klient*innen und Kolleg*innen bedanken. Es ist erfüllend, besonders und eine Ehre, als „ich selbst“ ihr Vertrauen und Ihre Unterstützung zu genießen. Sie und das, was wir teilen, bedeuten mir (sehr persönlich) viel.

Meiner aufgeschlossenen und engagierten Dozentin Frau Silvia Gurdan von Herzen Danke für Ihre stetige Unterstützung. Am meisten aber für Ihre Inspiration und Ihr Vertrauen, mich hiermit einem Herzensthema zuzuwenden. Dies zu tun und mir dabei neue Forschungsgewässer zu erschließen, das war und ist ein riesiges, persönliches Geschenk. Gegen Ende dieser Masterarbeit bin ich noch immer Feuer und Flamme. Für genau diesen Inhalt, mit dieser Haltung habe ich Psychologie studiert. Sie ziehen weite Kreise, liebe Frau Gurdan.

Abstract

Akute Krisen führen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu erheblicher Selbst- und Fremdgefährdung sowie zu Teilhabebeschränkungen. Der Psychiater Anton Došen (2018) entwickelte zur Erklärung, Beschreibung und Behandlung psychischer Erkrankungen und herausfordernder Verhaltensweisen einen ganzheitlichen, integrativen Ansatz. Biologische, funktionale, soziale und entwicklungsbezogene Faktoren formen das Erleben und Verhalten dieser Personen. Die in der Krise verfügbaren Ressourcen werden bisher nicht systematisch in jener Vier-Dimensionalität erfasst. Ziel dieser Studie ist es, der Frage nachzugehen, welche Ressourcen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung für ihre Krisenbewältigung benennen und inwieweit sich diese in den integrativen Ansatz nach A. Došen einordnen lassen. Dafür ist die Perspektive der Betroffenen unumgänglich. Es wurden sieben teilstrukturierte, an die Bedarfe des Personenkreises methodisch angepasste, Interviews mit Menschen mit einer leichten bis mittleren intellektuellen Beeinträchtigung und psychischer Erkrankung geführt. Die Auswertung erfolgte anhand der deduktiven Kategorienanwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach P. Mayring (2022). Aus 485 Textzuweisungen wurde ein integratives Ressourcenmodell mit vier Ressourcen-Dimensionen und 17 Kernressourcen abgeleitet. Die biologische Dimension beinhalten die Kernressourcen „Medikamentöse Intervention“ und „Körperliches Wohlbefinden“. Die funktionale Dimension wird über drei einfache und drei komplexe funktionale Kernressourcen abgebildet. Die Dimension „Umfeld-Ressourcen“ erstreckt sich von „Assistenzleistungen“ bis zu „Passenden Umgebung“ und enthält ebenfalls sechs Kernressourcen. Die entwicklungsbezogenen Ressourcen-Dimension wird durch die Kernressourcen „Angemessene kognitive-“ und „Angemessene soziale Anforderungen“ sowie die „Berücksichtigung emotionaler Bedürfnisse“ erfasst. Dieses unter Beteiligung der Betroffenen entwickelte Modell kann und soll zu weiterer ressourcenorientierter, partizipativer Forschung und Gestaltung von Interventionen in Krisen mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (und psychischer Erkrankung) anregen.

Schlagerworte: intellektuelle Beeinträchtigung, Ressourcen, Krisen, herausforderndes Verhalten, psychische Erkrankung, integratives Ressourcenmodell, integrativer Ansatz, qualitative Inhaltsanalyse

Inhalt	
Widmung II	
Danksagung.....	III
Abstract	IV
Tabellenverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Intellektuelle Beeinträchtigung – Begriffsklärung und aktuelle Perspektiven... 3	
2.2 Psychische Gesundheit und Erkrankung bei Menschen mit i. B..... 7	
2.3 Krise – Psychischer Ausnahmezustand - Herausforderndes Verhalten 10	
2.4 Ressourcen – Begriffsklärung & Verwendung in Grundlagen-Modellen der Psychologie	13
2.5 Der integrative Ansatz nach Došen	19
2.5.1 Das entwicklungs-dynamische Modell nach A. Došen	21
2.5.2 Integrative Diagnostik nach A. Došen.....	25
3. Studienlage: Krisen – Ressourcen, Einflussfaktoren und Interventionen	26
3.1 Die biologische Dimension	27
3.2 Die funktionale Dimension	29
3.3 Die soziale Dimension.....	31
3.4 Die entwicklungsbezogene Dimension	35
4. Fragestellung - Annahmen.....	38
5. Methode	41
5.1 Projektprozess	41
5.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring – Deduktive Kategorienanwendung.....	43
5.3 Interviewpartner*innen	47
5.4 Das qualitative Interview.....	49
6. Auswertung und Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse	52
6.1 Biologische Ressourcen	53
6.2 Funktionale Ressourcen	54
6.3 Soziale Ressourcen.....	59

6.4	Entwicklungsorientierte Ressourcen	64
6.5	Das integrative Ressourcenmodell in psychischen Krisen.....	67
7.	Interpretation.....	70
7.1	Die biologischen Kernressourcen.....	70
7.2	Die funktionalen Kernressourcen	73
7.3	Die Umfeld - Kernressourcen.....	77
7.4	Die entwicklungsbezogenen Kernressourcen.....	81
8.	Limitationen.....	83
8.1	Limitationen der Stichprobe	83
8.2	Limitationen durch die Untersuchende	84
8.3	Limitationen der Methodik.....	86
9.	Fazit	87
10.	Ausblick.....	88
	Quellenverzeichnis.....	91
	Anlagenverzeichnis.....	i
Anlage A	Tabelle 5 - Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung und psychosoziale Entwicklung	ii
Anlage B:	Tabelle 6 - Definitionen der Kategorien und Kategorisierungsregeln des ersten Entwurfs des Kodierleitfadens.....	iii
Anlage C:	Tabelle 7 - Reduziertes Transkript aller sieben Interviews.....	vi
Anlage D:	Tabellen des überarbeiteten Kodierleitfadens	xxxiii
Anlage E:	Einverständniserklärung in Leichter Sprache.....	xxxix
Anlage F:	Interviewfragen in Leichter Sprache.....	xlii
Anlage G:	Tabellen mit den gefundenen Textausschnitten zu den gefundenen Kategorien	xliii
	Eigenständigkeitserklärung.....	lxv

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Entwicklungsaufgaben und basale emotionale Bedürfnisse	25
Tab. 2	Vorläufig Kategorien und Definitionen des Kodierleitfadens	47
Tab. 3	Demographische Angaben der Interviewpartner*innen.....	51
Tab. 4	Leitfaden: Impulse und Interviewfragen	55
Tab. 5	Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung und psychosoziale Entwicklung.....	ii
Tab. 6	Definitionen der Kategorien und Kategorisierungsregeln des ersten Entwurfs des Kodierleitfadens für die Analyse des ersten Drittels Textmaterial	iii
Tab. 7	Reduziertes Transkript aller sieben Interviews	vi
Tab. 8	Überarbeiteter Kodierleitfaden biologische Dimension.....	xxxiii
Tab. 9	Überarbeiteter Kodierleitfaden Funktionale Dimension	xxxiii
Tab. 10	Überarbeiteter Kodierleitfaden soziale Dimension	xxxvi
Tab. 11	Überarbeiteter Kodierleitfaden entwicklungsbezogene Dimension.....	xxxviii
Tab. 12	Körperliches Wohlbefinden – Textzuweisungen	xliii
Tab. 13	Medizinische Intervention -Textzuweisungen	xliii
Tab. 14	Kognitive Kompetenzen - Textzuweisungen	xliv
Tab. 15	Soziale Kompetenzen - Textzuweisungen	xlvi
Tab. 16	Emotionale Kompetenzen- Textzuweisungen.....	xlvi
Tab. 17	Sensomotorische Kompetenzen - Textzuweisungen.....	xlvi
Tab. 18	Sensokognitive Kompetenzen - Textzuweisungen.....	l
Tab. 19	Persönliche Interessen- Textzuweisungen	li
Tab. 20	Zivilcourage- Textzuweisungen	lii
Tab. 21	Externe (Rettungs-) Dienste - Textzuweisungen.....	lii
Tab. 22	Familiäre Anbindung - Textzuweisungen	liii
Tab. 23	Freundschaften - Textzuweisungen.....	liv
Tab. 24	Gesellschaftliche Teilhabe- Textzuweisungen.....	lv
Tab. 25	Assistenzleistungen- Textzuweisungen.....	lvi
Tab. 26	Passende Umgebung- Textzuweisungen.....	lviii
Tab. 27	Angemessene kognitive Anforderung - Textzuweisungen	lxi
Tab. 29	Angemessene soziale Anforderung - Textzuweisungen	lxi
Tab. 30	Berücksichtigung emotionaler Bedürfnisse – Textzuweisungen.....	lxiii

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Wechselwirkungen der Komponenten der ICF	6
Abb. 2	Modell der drei Regulationssysteme	11
Abb. 3	Vulnerabilitäts-Stress-Modell psychischer Störungen	15
Abb. 4	Schematische Darstellung der transaktionalen Stresstheorie	17
Abb. 5	Dimensionen des Entwicklungsverlaufs.....	19
Abb. 6	Prozess der emotionalen Entwicklung nach A. Došen	22
Abb. 7	Ablaufmodell der deduktiven Kategorienanwendung	44
Abb. 8	Anzahl der Textzuweisungen in den Kategorien der biologischen Dimension	54
Abb. 9	Häufigkeit der Textausschnitte in den Kategorien der funktionalen Dimensionen	59
Abb. 10	Häufigkeit der Textausschnitte in den Kategorien der sozialen Dimension	64
Abb. 11	Häufigkeit der Textausschnitte in den Kategorien der Entwicklungsdimension	67
Abb. 12	Integratives Ressourcenmodell in psychischen Krisen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung	68
Abb. 13	Prozentuale Verteilung der Textzuweisungen auf die Ressourcen - Dimensionen.....	69
Abb. 14	Einverständniserklärung in Leichter Sprache Seite (1 von 3)	XXXIX
Abb. 15	Einverständniserklärung in Leichter Sprache Seite (2 von 3)	XL
Abb. 16	Einverständniserklärung in Leichter Sprache Seite (3 von 3)	XLI
Abb. 17	Interviewfragen in Leichter Sprache.	XLII
Abb. 18	Therapeutische Behandlung - Textzuweisungen	LIII

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Anm. d. A.	Anmerkung der Autorin
APA	American Psychological Association
ASS	Autismus-Spektrum-Störung
bzw.	beziehungsweise
bspw.	beispielsweise
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
i. B.	intellektuelle Beeinträchtigung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
Kap.	Kapitel
o. g.	oben genannt
PVU	Positive Verhaltensunterstützung
SEED	Skala der emotionalen Entwicklungsdiagnostik
Tab.	Tabelle
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel

1. Einleitung

Folgende persönliche Erkenntnis durch die 20-jährige Berufserfahrung der Autorin verdeutlicht das Motiv dieser Masterarbeit: Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (i. B.) haben eine wertvolle Perspektive anzubieten, machen diese im Kontakt spürbar und können diese in die Gesellschaft einfließen lassen. Sie verbinden Menschen über ein humanistisches Wertesystem miteinander und gestalten so eine Gesellschaft mit, die sich nicht nur nach ihrer Leistung, sondern auch nach ihren Werten beurteilt. In Anbetracht dieser Erfahrungen, Haltung und Überzeugung frustriert es, trotz der vom Psychiater Anton Došen (2018, S. 2) festgestellten positiven Entwicklungen zu erleben, dass Menschen mit Beeinträchtigung selten Gegenstand der psychologischen Forschung sind. Noch seltener partizipieren sie direkt als Expert*innen für ihr Erleben und Verhalten an Forschung (Gühne et al., 2019, S. 405 ff.). Dies kann daran liegen, dass, wie Rittmannsberger et al. (2020) feststellen, die Möglichkeiten der Selbstbefragungen für diesen Personenkreis weiterentwickelt werden müssen. Quantitative Methoden sind häufig nicht anwendbar, wenn die Perspektive von Menschen mit i. B. zur Beantwortung von Fragestellungen relevant ist. Eine intellektuelle Beeinträchtigung bringt es mit sich, dass Kulturtechniken mitunter nicht gut genug ausgeprägt sind (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 1994, S. 369), um standardisierte Fragebögen zu nutzen. Und so wird zu einem großen Anteil geforscht und gelehrt, was unter Zuhilfenahme quantitativer Methoden herauszufinden ist: über Menschen *ohne* intellektuelle Beeinträchtigung (Anm. d. A.). Dieses Vorgehen begünstigt die von Gühne et al. (2019, S. 405 ff.) festgestellte psychiatrische und psychotherapeutische Unterversorgung von Menschen mit Beeinträchtigung. Wo es an Informationen und Bewusstsein fehlt, erscheint eine Spezialisierung auf diesen Personenkreis unwahrscheinlich.

Die Schiefelage in der psychologischen Forschung über Menschen mit i. B. besteht, obwohl sie ein höheres Risiko tragen, eine psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln (Gühne et al., 2019, S. 405 ff.). Psychische Störungen äußern sich bei Menschen mit i. B. anders als bei Menschen ohne i. B. und gehen zum Teil mit aggressiven Verhaltensweisen einher (van den Bogaard et al. 2019; Brown et al., 2013; Došen, 2018 S. 2, S. 13 ff.). Diese Verhaltensweisen beschränken Personen stark in ihren Teilhabemöglichkeiten (Emerson, 2001, S. 3). Der Psychiater Anton Došen entwickelte

bereits 1990 einen entwicklungs-dynamisches Modell zur besseren Beschreibung, Erklärung und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen bei Menschen mit i. B. (Došen, 2018, S. 1). Hierfür erweiterte er das klassische biopsychosoziale Modell um die Entwicklungsdimension (Došen, 2018, S. 32). Doch auch Došen (2018) schreibt, dass sich das aktuelle Forschungsinteresse in Bezug auf diese vulnerable Population explizit auf Unterschiede bezüglich psychischer Erkrankungen im Vergleich zur Normalpopulation richtet (Došen, 2018, S. 15). Damit bleibt es bei einer defizitären Sichtweise auf diesen Personenkreis (Anm. d. A.).

Das Bundesteilhabegesetz sieht seit Dezember 2016 mehr Gleichberechtigung und Partizipation für Menschen mit Beeinträchtigung vor (Conty & Pöld-Krämer, 2019, S. 473 ff.). Eine - der Individualität von Menschen gerecht werdende- komplexe Perspektive einzunehmen bedeutet auch, die Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten des alltäglichen Lebens zu identifizieren und anzuerkennen (Anm. d. A.). Eine empowernde und partizipative Perspektive hätte nach Auffassung der Autorin zunächst die Anerkennung eines individuellen und gleichberechtigten Erlebens und Verhaltens, einschließlich eines ressourcenorientierten Zugangs zur Voraussetzung. Hierzu gehört im Sinne der Ganzheitlichkeit auch, jene Ressourcen aufzudecken, die diesem Personenkreis in psychischen Ausnahmezuständen zur Verfügung stehen. Im Kapitel zur Studienlage der vorliegenden Masterarbeit wird gezeigt, dass bestehende Interventionsprogramme bisher - je nach theoretischem Unterbau- auf unterschiedliche Dimensionen und Aspekte der krisenauslösenden Faktoren fokussieren. Ressourcen zur Krisenbewältigung aus der Perspektive Betroffener zu explorieren, systematisch zu erfassen und in bestehende Modelle einzuordnen, kann einen Beitrag dazu leisten, auch Interventionen im Umgang mit Krisen von Anfang an partizipativ und befähigend zu gestalten.

Im Theorieteil dieser Arbeit werden die zentralen Begriffe „intellektuelle Beeinträchtigung“, „psychische Krise“ und „psychische Erkrankungen“ bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sowie der Ressourcenbegriff in den Modellen der Psychologie und vertiefend der integrative Ansatz mit dem entwicklungs-dynamischen Modell nach Došen (2018) geklärt. Daran anschließend wird die aktuelle Studienlage zum Thema zusammengefasst. Daraus werden im dritten Kapitel die Forschungsfrage mit den dazugehörigen Annahmen abgeleitet. Solch ein theoretisch begründetes Vorgehen gestattete es, die

Methode der deduktiven Kategorienanwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) zur Beantwortung der Forschungsfragen zu nutzen und gleichzeitig induktiv gewonnene Erkenntnisse zu generieren. Dies ist vor allem notwendig, um die Methode der Informationsgewinnung an die Bedarfe des Personenkreises anzupassen. Unter Berücksichtigung der vorhandenen Kompetenzen wurden sieben Interviews mit betroffenen Menschen mit i. B. und psychischer Erkrankung geführt. Die ausführliche Beschreibung der Methode bildet Kapitel vier dieser Masterarbeit. Die Ergebnisse werden im fünften Kapitel für den Entwurf eines integrativen Ressourcenmodells in psychischen Krisen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (kurz: integratives Ressourcenmodell) zusammengefasst. Die Ergebnisse werden anschließend vor dem beschriebenen theoretischen Hintergrund interpretiert. Abschließend werden die Limitationen der vorliegenden Arbeit zusammengefasst, ein Fazit gezogen und ein Ausblick auf den wissenschaftlichen Beitrag der vorliegenden Arbeit und die Praxis in der Begleitung von Menschen mit i. B. gegeben. Ziel dieser Masterarbeit ist es, vorhandene Ressourcen für die Bewältigung psychischer Krisen aus der Perspektive und mit der Beteiligung jener vulnerablen Gruppe zu identifizieren und in einem integrativen Ressourcenmodell zusammenzufassen.

2. Theoretischer Hintergrund

Um das methodische Vorgehen dieser qualitativen Studie und die Ergebnisse der Interviews nachvollziehbar darzustellen, benötigt es ein einheitliches Verständnis der zentralen Begrifflichkeiten sowie zu bestehenden Grundlagen-Modelle. Die wesentlichen Begriffe: „Intellektuelle Beeinträchtigung“, „Psychische Erkrankung“, „Krise“ und „Ressourcen“ werden definiert und in die theoretischen Grundlagen dieser Masterarbeit eingeordnet. Der integrative Ansatz nach Došen wird ausführlicher beschrieben, da dieser als Basis für das hier angestrebte Ressourcenmodell dient. Dieser Ansatz ermöglicht die ganzheitliche und differenzierte Beschreibung und Analyse psychischer Erkrankungen und herausfordernder Verhaltensweisen bei Menschen mit i. B.

2.1 Intellektuelle Beeinträchtigung – Begriffsklärung und aktuelle Perspektiven

In dieser Masterarbeit wird der Begriff „intellektuelle Beeinträchtigung“ (i. B.) verwendet. In der Literatur finden sich synonym Begriffe wie: „kognitive Beeinträchtigung“, „Intelligenzminderung“, „Entwicklungsstörung“ oder „geistige Behinderung“ (Sappok et al., 2019, S. 15 ff.). In den letzten Jahren findet im wissenschaftlichen Austausch der

Begriff „intellektuelle Beeinträchtigung“ verstärkt Verwendung (Sappok, et al., 2019, S. 15 ff.; Došen, 2018). Dieser Begriff wird in der Umgangssprache wenig stigmatisierend verwendet (Sappok et al., 2019 S. 15.ff). Er erscheint daher geeignet, den sozialen Wandel zu betonen, welcher die Teilhabebeschränkungen von Menschen mit i. B. abschaffen möchte (Conty & Pöld-Krämer, 2019, S. 473 ff.). Hierfür muss der Begriff „Beeinträchtigung“ auch klar vom Begriff „Krankheit“ abgegrenzt werden.

Bereits 1946 wurde mit der weiterhin gültigen Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) der defizitären Sichtweise auf „Beeinträchtigung“ eine neue Perspektive hinzugefügt (WHO, 2020, S. 1; Roch & Hampel, 2022, S. 249). Demnach ist Gesundheit nicht lediglich das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen, sondern ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens (WHO, 2020, S. 1). In dieser salutogenetischen Perspektive auf Gesundheit und Krankheit befinden sich jene beiden Zustände als entgegengesetzte Pole auf einem Kontinuum (Roch & Hampel, 2022, S. 249). Der Psychiater George L. Engel (1977) ergänzte mit dem biopsychosozialen Modell das bis dahin prägende und auf Körperstrukturen fokussierende biomedizinische Krankheitsmodell um soziale und psychologische Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand (nach Roch & Hampel, 2022, S. 249). Diesem Modell nach wird Gesundheit und Krankheit mehrdimensional und multifaktoriell beeinflusst. Neben biologischen Faktoren wie genetische Voraussetzungen und körperlichen Dysfunktion, nehmen auch psychische Faktoren, beispielsweise die Informationsverarbeitung und Emotionen, sowie soziale Faktoren, wie das soziale Umfeld, die Kultur und Gesellschaft, Einfluss auf die subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustands (Roch & Hampel, 2022, S. 249). Die Faktoren der Dimension unterliegen dabei zahlreichen Wechselwirkungen innerhalb und zwischen den drei Dimensionen. Damit wird in diesem Modell die subjektive Komponente des *Wohlbefindens* in der Gesundheitsdefinition berücksichtigt (Roch & Hampel, 2022, S. 249). Eine Person kann dem entsprechend intellektuell beeinträchtigt und gesund sein, wenn sie sich körperlich, sozial und geistig wohl fühlt (Sappok, 2019 b, S. 23).

Trotz der Gefahr der Stigmatisierung aufgrund der gesellschaftlich geprägten defizitären Auffassung von Behinderung ist es wichtig, Kriterien für die Diagnose „intellektuelle Beeinträchtigung“ zu definieren. Dies dient einer bedarfsgerechten Versorgung und soll Zugang zu entsprechenden Teilhabeleistungen ermöglichen (Sappok et al., 2019, S. 19).

In der zehnten Ausgabe des internationalen Klassifikationssystems der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) der WHO (1994) kann die Diagnose „Intelligenzminderung“ anhand folgender Kriterien vergeben werden:

- a) Der Intelligenzquotient liegt unter 70.
- b) Es liegen Beeinträchtigungen im adaptiven Funktionsniveau / Verhalten vor.
- c) Die Entwicklungsstörung trat vor dem 18. Lebensjahr auf.

Weiter wird im ICD-10 Intelligenzminderung wie folgt definiert:

„Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzstörung kann gesondert oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten.“ (WHO, 1994, S. 369)

Unterschieden wird zwischen schwerster, schwerer, mittlerer und leichter i. B. in Abhängigkeit vom Intelligenzquotienten (IQ) (genauer in Tabelle 5; Anlage A). Der Grad der i. B. geht mit dem Erwerb bzw. dem Fehlen intellektueller und psychosozialer Kompetenzen einher (Došen, 2018, S. 21 ff.; Weber & Rojahn, 2022, S. 353). Durch die begrenzten Fähigkeiten ist die Anpassung an äußere Anforderungen erschwert (Sappok et al., 2019, S. 15 ff.). Inzwischen wird kritisch diskutiert, inwiefern IQ-Testungen für Menschen mit i. B. ebenso anwendbar sind wie für Menschen ohne i. B. (Došen, 2018, S. 22).

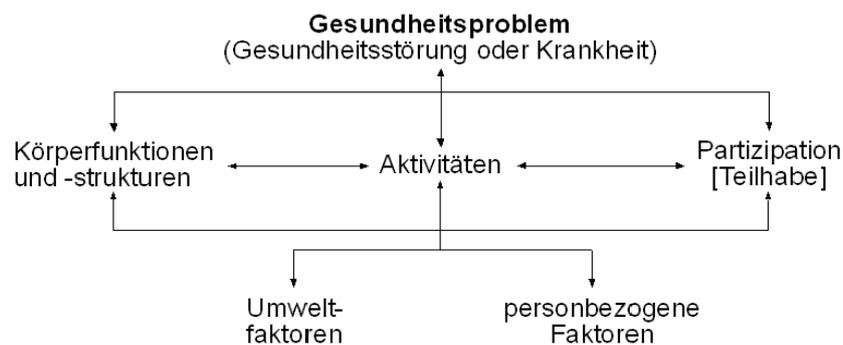
Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA, 2018, S. 39) wird die i. B. den Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung zugeordnet. Hier rücken die Beeinträchtigungen der konzeptionellen, sozialen und praktischen Adaptionsniveaus für die Diagnosestellung stärker in den Fokus als das über Intelligenztestungen erhobene Intelligenzniveau (APA, 2018, S. 39; Ehret & Berking, 2013, S. 260). Das Ausmaß der Beeinträchtigung in diesen Bereichen bestimmt den Schweregrad der i. B. Der Cut-off-Wert von 70 IQ-Punkten und das Erkrankungsalter vor dem 18. Lebensjahr sind für die Diagnose nach dem DSM-5 nicht mehr gefordert. Intelligenztests sollen das klinische Urteil noch immer ergänzen (Ehret & Berking, 2013, S. 260). Die verzögerte oder unvollständige Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten wird vor allem unter der Beeinträchtigung des adaptiven

Verhaltens in den Bereichen Kommunikation, Selbstversorgung, Arbeitsfähigkeit und soziale Orientierung zusammengefasst (APA, 2018, S. 39 f.).

Die Psychiaterin Tanja Sappok (2019 a, S. 23) präzisiert, dass mit der Diagnose einer intellektuellen Beeinträchtigung zumeist ein Assistenz- und Unterstützungsbedarf in Bezug auf Bildung, Bewältigung des Alltags und der sozialen Teilhabe einhergeht. Dahingehend stellt das Internationale Klassifikationssystem der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (2005) eine Weiterentwicklung der salutogenetischen Perspektive¹ dar (Roch & Hampel, 2022, S. 253). Abbildung 1 veranschaulicht die Wechselwirkungen der wesentlichen Komponenten.

Abbildung 1

Wechselwirkungen der Komponenten der ICF



Anmerkung. Entnommen aus: *Internationale Klassifikationssysteme der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*, WHO, 2005, S. 23

Die Kernelemente der ICF können innerhalb des biopsychosozialen Modells (Engel, 1977) verortet werden (Roch & Hampel, 2022, S. 250; Wenzel & Morfeld, 2016)¹. In diesem System werden Beeinträchtigungen und Ressourcen der Funktionsfähigkeit (sämtliche Körperfunktionen), der Aktivität und der Partizipation (Teilhabe), sowie mit diesen Dimensionen in Wechselwirkung stehende umwelt- und personenbezogenen Einflussfaktoren auf das Gesundheitsproblem benannt (WHO, 2005, S. 23).

Auch Došen (2018, S. 30 ff.) misst dem adaptiven Anpassungsniveau eine größere Bedeutung für die Diagnose bei. Er betrachtet i. B. aus einer entwicklungsdynamischen Perspektive, welche auf der Entwicklungstheorie des Psychologen J. Piaget (1953) beruht.

¹ Näheres im Kapitel 2.2 Psychische Gesundheit und Erkrankung bei Menschen mit i. B.

Entwicklungsverzögerungen innerhalb der Entwicklungsdimensionen können auch bei einem IQ-Wert über 70 zu einem Unterstützungsbedarf führen (Došen, 2018, S. 30 ff). Došens (2018) entwicklungsdynamisches Model wird in Kapitel 2.5.1 der vorliegenden Masterarbeit vertiefend beleuchtet. In Tabelle 5 der Anlage A sind die Schweregrade der i. B. mit den zugeordneten IQ-Punkten, dem Entwicklungsalter und den damit einhergehenden kognitiven, sozialen und emotionalen Kompetenzen dargestellt.

Menschen mit i. B. repräsentieren einen relevanten Anteil der Gesellschaft. Die Gesamtprävalenz einer i. B. in Deutschland liegt bei ein bis drei Prozent Gühne et al. (2019, S. 405 ff.) In der Metaanalyse von Maulik et al. (2011) werden die Prävalenzen innerhalb dieser Population für eine leichte i. B. mit 85 %, für eine mittlere i. B. mit 10 % und für schwere bis schwerste i. B. mit 5 % angegeben. Es muss festgehalten werden, dass Menschen mit i. B. zu einer durch Vielfalt und Neurodiversität gekennzeichneten Gesellschaft gehören. Menschen mit i. B. haben einen individuell zu erhebenden Assistenzbedarf, um persönliche und gesellschaftliche Teilhabebeschränkungen zu kompensieren.

2.2 Psychische Gesundheit und Erkrankung bei Menschen mit i. B.

Entgegen der aktuellen gängigen Bezeichnung „psychische Störung“ wird in dieser Masterarbeit der Begriff „psychische Erkrankung“ zu Gunsten der Unterscheidbarkeit zum Begriff „Entwicklungsstörung“ verwendet. Auch die Abgrenzung zu einem ausgrenzenden Verständnis von „Normalität“ erscheint sinnvoll. Die vom Psychiater und Psychologen Andreas Maercker (2011, S. 16 f.) vorgenommene Gegenüberstellung der Begriffe „gesund“ und „krank“, sowie „gestört“ und „normal“ ist gängig zur Begründung des Terminus „Störung“. In Bezug auf den hier interessierenden Personenkreis hat aber auch die vom Autor wissenschaftlich begründete Herangehensweise zur Beschreibung von „Normalität“² zu einer Vielzahl von Säumnissen in Bezug auf die psychologische Forschung und die Beteiligung von Menschen mit Beeinträchtigung geführt (Anm. d. A.).

Im DSM-5 (APA, 2018, S. 26 ff.) wird eine psychische Erkrankung als ein Syndrom definiert, welches mit einer klinisch relevanten Abweichung im Bereich der Kognition, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einhergeht. Zugrunde liegen dem maladaptive biologische, psychologische oder entwicklungsbezogene Prozesse. Diese haben

² Die Differenzierung erfolgt zwischen statistischer, subjektiver und sozialer Norm, sowie Ideal- bzw. Funktionsnorm (Maercker, 2011, S.16 f.).

Einfluss auf die psychischen und seelischen Funktionen. Der in der Definition geforderte Leidensdruck führt zu sozialer Beeinträchtigung und ist nicht nur eine kulturell akzeptierte Reaktion auf lebensnahe Stressoren (Wittchen et al., 2020, S. 9). Weiter heißt es:

„Sozial abweichende Verhaltensweisen (z. B. politischer, religiöser oder sexueller Art) und Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft sind keine psychischen Störungen, es sei denn, der Abweichung oder dem Konflikt liegt eine der oben genannten Dysfunktionen zugrunde.“ (APA, DSM – 5, 2018, S. 26).

Diese Definition bzw. auch die Zuordnung einer intellektuellen Beeinträchtigung zu den psychischen und Verhaltensstörungen im ICD-10 ist problematisch. Eine i. B. ist als unabhängig von psychischen Erkrankungen zu betrachten (Sappok, 2019 a, S. 22 ff.). Einfacher: Eine Person kann wie o. g. intellektuell beeinträchtigt und psychisch gesund sein. Došen (2018, S. 23 ff.) schreibt, dass psychische Gesundheit bei Menschen mit i. B. aus systemtheoretischer und psychodynamischer Perspektive gegeben sei, wenn die Persönlichkeitsentwicklung auf kognitiver, sozialer und emotionaler Ebene harmonisch verläuft. Überdies verfügt die Person über einen eigenen Platz in der Gesellschaft, d.h. sie muss von sich und anderen positiv wahrgenommen werden. Zur psychischen Gesundheit zählt weiter die eigenverantwortliche Funktionsfähigkeit. Došen (2018) versteht darunter, dass die Person in optimaler Interaktion mit der Umgebung physisch und psychisch aktiv werden kann. Als vierte Voraussetzung nennt Došen (2018, S. 24 f.) eine positive Zukunftsperspektive. Menschen mit i. B. sind stark von äußeren Einflussfaktoren abhängig, damit die Voraussetzungen psychischer Gesundheit gegeben ist (Došen, 2018, S. 25). Die Chance, psychisch gesund zu bleiben, liegt in einer guten Anpassung der Umgebung an die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der Person (Došen, 2018, S. 25.).

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Menschen mit i. B. lässt sich nicht eindeutig festlegen. Es lassen sich Punktprävalenzen von 15,7 Prozent bis zu 40,9 Prozent für psychische Erkrankungen bei Menschen mit i. B. finden (Gühne et al, 2019, S. 405 ff.). Die Relevanz der psychischen Gesundheit für adaptive bzw. gefährdungsfreie Verhaltensweisen wird auch dadurch belegt, dass sich aggressive Verhaltensweisen bei depressiven Personen mit i. B. häufiger zeigen als bei depressiven Menschen ohne i. B. (Esbensen & Benson, 2006, van den Bogaard et al., 2018). Došen (2018, S. 16) kommt zusammenfassend zu dem Schluss, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen und von

Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit i. B. 30 – 50 % beträgt. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen lässt sich nur schwer von Verhaltensauffälligkeiten abgrenzen. Gründe sind die Verwendung unterschiedlicher Erhebungsinstrumente (Gühne et al., 2019, S. 405 ff.). Herausforderndes Verhalten -oft ebenso unspezifisch als „Verhaltensauffälligkeiten“ bezeichnet- und psychische Erkrankungen werden in der Fachwelt bisweilen „[...] als ineinander übergehende Phänomene [...]“ (Theunissen, 2008 a) betrachtet. Došen (2018, S. 112) geht davon aus, dass eine psychische Erkrankung in Abgrenzung zu Verhaltensauffälligkeiten mit einer Veränderung des Funktionsniveaus und spezifischen Störungssymptomen einhergehen muss.

Psychische Erkrankungen bleiben häufig unerkannt bzw. werden auffällige Verhaltensweisen der intellektuellen Beeinträchtigung zugeschrieben (Došen, 2018, S. 17). Eine lediglich am DSM-5 orientierte Diagnostik psychischer Erkrankungen bei Menschen mit i. B. wird laut Sovner und Hurley (1986) durch folgende Faktoren zusätzlich erschwert:

- a) Intellektueller Entwicklungsrückstand: Symptome (affektive oder körperliche) können weniger gut geäußert werden.
- b) Psychosoziale Maskierung: reduzierte Symptomatik durch mangelnde psychosoziale Erfahrungen.
- c) Kognitive Verschlechterung: in Stresssituation (z. B. Untersuchungssituationen) können Personen weniger gut auf intellektuelle Fähigkeiten zurückgreifen.
- d) Basis Exaggeration: Menschen mit i. B. zeigen auch bei geringer Belastung Verhaltensänderungen in Intensität und Häufigkeit.

Zusammengefasst führt dies zu einem *diagnostic overshadowing*, also der Überschattung von Symptomen psychischer Erkrankungen aufgrund der intellektuellen Beeinträchtigung (Mason & Scior, 2004). Die Symptome der psychischen Erkrankungen bei Menschen mit i. B. unterscheiden sich daher von den Symptomen psychischer Erkrankungen bei Menschen ohne i. B. oder haben eine andere Bedeutung (Došen, 2018, S. 26). Die für die klassische Diagnostik notwendigen Veränderungen der psychischen Aktivität (Gefühlsleben, kognitive Prozesse, Handeln, Selbstbewusstsein, Funktionsfähigkeit) werden von Menschen mit i. B. mitunter anders empfunden und ausgedrückt. Dies gilt sowohl

für Menschen mit leichter und mittlerer als auch für Menschen mit schwerer i. B. (Došen, 2018, S. 27 ff.).³

Zusammenfassend: Trotz der Schwierigkeiten, diagnostische Abgrenzungen vorzunehmen, befinden sich auch Menschen mit i. B. auf dem Spektrum zwischen psychisch gesund und erkrankt. Wie bei van den Bogaard (2018) von Personen mit i. B. selbst benannt, wird in dieser Studie davon ausgegangen, dass der Leidensdruck, der mit einer psychischen Erkrankung einhergeht, herausfordernde Verhaltensweisen bzw. psychische Krisen begünstigt. Für die diagnostische Entscheidung muss der Leidensdruck -zum Teil ausgedrückt in maladaptiven Verhaltensweisen- stärker in den Fokus gerückt werden als das Vorhandensein klassischer Symptome einer psychischen Erkrankung.

2.3 Krise – Psychischer Ausnahmezustand - Herausforderndes Verhalten

Die Termini „psychischer Ausnahmezustand“, „akute psychische Krise“ und „Krise“ werden in dieser wissenschaftlichen Arbeit synonym verwendet. Inhaltlich wird dabei der Definition von Caplan (1964) und Cullberg (1978) gefolgt (nach Sonneck et al., 2016, S. 15). Eine psychosoziale Krise gilt als Verlust des seelischen Gleichgewichts und legt damit einen inneren Leidensdruck bei der Person nah. Gründe liegen in der Konfrontation mit Ereignissen und Lebensumständen, deren Bewältigung die betroffenen Person überfordert. Abgeleitet wird diese Überforderung daraus, dass die erworbenen Fähigkeiten und zur Verfügung stehenden Hilfsmittel zur Bewältigung nicht mehr ausreichen (Sonneck et al., 2016, S. 15). Die folgende Begriffsbestimmung von dem Heilpädagogen Christian Feuerherd (2019, S. 457) dient in dieser Studie als Spezifikation bezüglich der maladaptiven, teils destruktiven und somit herausfordernden Verhaltensweisen. Feuerherd (2019) definiert eine Krise als einen „(...) akuten und zeitlich begrenzten Zustand, der sich durch besonders herausforderndes Verhalten zeigt.“ (Feuerherd, 2019, S. 457).

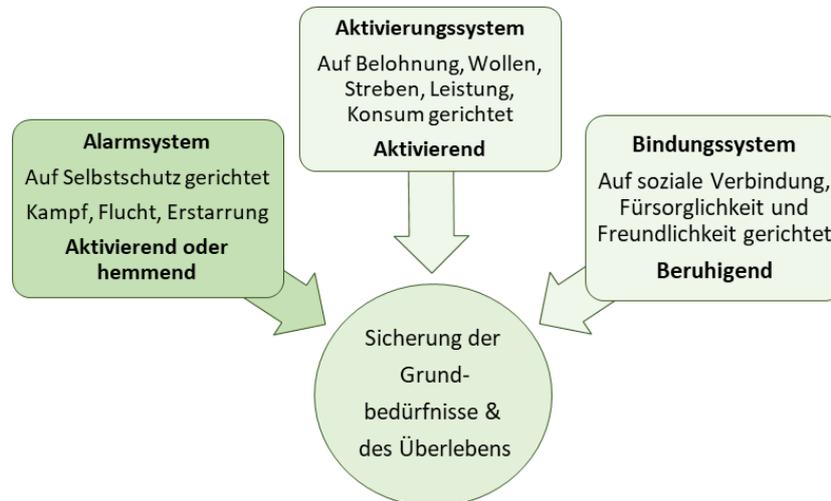
Der klinische Psychologe Paul Gilbert (2015) beschreibt, dass dem Menschen für die Sicherung der Grundbedürfnisse und des Überlebens drei Regulationssysteme zur Verfügung stehen; das Alarmsystem, das Motivationssystem und das Bindungssystem.

³ Došen (2018, S.89 ff) schlägt daher eine am integrativen Ansatz orientierte integrative Diagnostik psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten vor (Kapitel 2.6.2 dieser Arbeit).

Abbildung 2 zeigt das Modell mit den Funktionen dieser Regulationssysteme. (Hammer & Plöbl, 2020, S. 6 ff.).

Abbildung 2

Modell der drei Regulationssysteme



Anmerkung. Eigene Darstellung in Anlehnung an *Irre Verständlich. Methodenschätze: wirksame Ansätze für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen* von Hammer und Plöbl, 2020, S. 6 ff.

Ist das Alarmsystem aktiviert, dominiert es die anderen beiden Systeme. Es ist stark mit der Aktivierung des sympathischen Nervensystems verbunden (Hammer & Plöbl, 2020, S. 6, ff). Das sympathische Nervensystem ist das vegetative Nervensystem, welches mit einer Leistungssteigerung in Stress- und Notfallsituationen assoziiert ist. In akuten psychischen Krisen bestimmt das Alarmsystem das Handeln und geht u. U. mit aggressiven Verhaltensweisen einher (Hammer & Plöbl, 2020, S. 8 ff.). Eine häufige Aktivierung des Alarmsystems, macht durch die Festigung neuronaler Strukturen aggressive Verhaltensweisen wahrscheinlicher (Hammer & Plöbl, 2020, S. 9).

Krisen, bzw. die damit einhergehenden Verhaltensweisen werden in der Literatur auch unter den Begriffen „Problemverhalten“ oder „Herausforderndes Verhalten“ gefasst (Došen, 2018; Theunissen, 2019; Hejlskov Elvén, 2017; Sappok & Zepperitz, 2016). Beide Termini erscheinen in dieser Studie zu verallgemeinernd. Da Krisen aber mit besonders herausfordernden Verhaltensweisen einhergehen können, ist eine weitere Beschreibung dieser Verhaltensweisen und Begriffsklärung nötig.

Bei Menschen mit einer schweren oder schwersten i. B. ist die Unterscheidung zwischen „normalem“ Verhalten und herausfordernden Verhaltensweisen mitunter erschwert (Došen, 2018, S13, ff.). Došen schlägt deshalb vor, Verhalten immer vor dem Hintergrund des psychosozialen Entwicklungsniveaus zu betrachten (Došen, 2018, S. 29.), insbesondere, um das Verhalten bezüglich eines maladaptiven oder adaptiven Charakters zu beurteilen. Bei „Problemverhalten“ handele es sich um langanhaltende, wiederkehrende und ernsthafte Reaktionen auf die Lebensumwelt, die weder kulturell noch sozial akzeptiert sind (Došen, 2018, S. 26, f.). Došen betont die Wechselwirkung zwischen Problemverhalten und psychischer Erkrankung. So kann Problemverhalten zu einer psychischen Erkrankung bei der betroffenen Person führen. Andersherum kann eine psychische Erkrankung Ursache für Problemverhalten sein (Došen, 2018, S. 18, ff.). Das maladaptive Verhalten geht häufig mit Sach-, Auto-, oder Fremdaggressionen einher (Došen, 2018; Feuerherd, 2019; Hejlskov Elvén, 2017; Theunissen, 2019). Jedoch werden unter herausfordernden Verhaltensweisen mitunter auch Stereotypen gefasst (Došen, 2018, Rattaz et al., 2018). Die gängigste Definition von „herausforderndem Verhalten“ in der Literatur ist die von Emerson (2001):

(...) culturally abnormal behaviors(s) of such an intensity, frequency or duration that the physical safety of the person or others is likely to be placed in serious jeopardy, or behavior which is likely to seriously limit use of, or result in the person being denied access to, ordinary community facilities. (Emerson, 2001, S. 3)

Emersons (2001) Definition fokussiert damit stark auf die negativen Folgen des Verhaltens, weniger auf die individuelle mit einem Leidensdruck einhergehende Perspektive. Hejlskov Elvén (2017) hingegen definiert herausforderndes Verhalten als: „(...) ein Verhalten, das den Menschen um die betreffende Person Probleme bereitet.“ (Hejlskov Elvén, 2017, S. 17). Dieser vorgenommene Perspektivwechsel ermöglicht eine Entstigmatisierung der betroffenen Personen. In den Niederlanden wird auch der Begriff „schwer verständliches Verhalten“ genutzt (Došen, 2018, S. 13). In beiden Perspektiven wird deutlich, dass die Bezeichnung „herausforderndes Verhalten“ immer auch einer subjektiven Einschätzung durch die Umwelt unterliegt.

Wie oben benannt variieren die Prävalenzen für herausfordernde Verhaltensweisen schon deshalb, weil die Abgrenzung der Begrifflichkeit zu psychischen Erkrankungen, wie oben

benannt, nicht eindeutig gelingt (Theunissen, 2008 a). Des Weiteren sind die gefundenen Ergebnisse stets abhängig von Ein- und Ausschlusskriterien der Untersuchungen (Došen, 2018, S. 15). So benennen Brown et al. (2013) Emotionsdysregulationsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten bei einem Drittel des Personenkreises. Van den Bogaard et al. (2018) geben eine Prävalenz von 10-25 Prozent für Verhaltensweisen wie z. B. Fremdaggressionen, Selbstverletzungen und Stereotypen an. Heyvaert et al. (2010) kommen zu dem Schluss, dass die Prävalenz von herausfordernden Verhaltensweisen mit der Stärke der kognitiven Beeinträchtigung zunehmen. Sappok et al. (2013) haben in ihrer Studie ebenfalls einen Zusammenhang zwischen der Stärke der i. B. und den herausfordernden Verhaltensweisen gefunden. Mittels einer Regressionsanalyse belegten sie allerdings, dass lediglich die Diagnose: „Autismus-Spektrum-Störung“ (ASS), das Niveau der emotionalen Entwicklung und das Alter der Personen die signifikanten Prädiktoren für folgende Facetten des herausfordernden Verhaltens sind: Hyperaktivität, Stereotypen sowie Autoaggressionen. Die Stärke der i. B. konnte nicht signifikant zur Varianzaufklärung bezüglich des Ausmaßes des herausfordernden Verhaltens beitragen. Hartley & MacLean (2007) finden in ihrer Studie, dass die Schwere als auch die Frequenz der Verhaltensauffälligkeiten mit zunehmendem Alter abnehmen. Rojahn et al. (2001) können diesen Einfluss des Alters mit ihrer Studie nicht bestätigen. Auch die Schwere der i. B. hat hier ausschließlich Einfluss auf die Schwere des selbstverletzenden Verhaltens. Frauen mit i. B. zeigen seltener aggressive Verhaltensweisen als Männer mit i. B. (Heyvaert et al., 2010; van den Bogaard et al., 2018).

Insgesamt verdeutlichen sowohl die Debatte um die Begrifflichkeit als auch die dargestellten Prävalenzen die psychische Vulnerabilität dieses Personenkreises und die Notwendigkeit, sich dem Thema aus der psychologischen Perspektive heraus zu nähern. Hier hat die Ressourcenorientierung in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen (Roch & Hampel, 2022, S. 7).

2.4 Ressourcen – Begriffsklärung & Verwendung in Grundlagen-Modellen der Psychologie

Ressourcen werden von Schwab und Fingerle (2013, S. 99) sinngemäß definiert als verfügbare, angeborene oder erworbene, internale oder externale Potentiale. Sie unterstützen eine positive Entwicklung bei der Bewältigung jeglicher Herausforderungen im Leben.

Babitsch (2022, S. 7) beschreibt Ressourcen als ein Merkmal mit direktem oder indirektem positiven Einfluss auf die Gesundheit⁴. Ein umfängliches Bewusstsein über die eigenen verfügbaren Ressourcen ist dafür nicht gefordert (Babitsch, 2022, S. 7).

In der psychologischen Literatur werden die Begriffe „Ressourcen“ und „Schutzfaktoren“ zum Teil wenig trennscharf voneinander verwendet (Petermann & Ulrich, 2019, S. 23; Schwab und Fingerle, 2013, 99 f.). In der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass sich der Begriff „Ressource“ grundsätzlich auf verfügbare Potentiale bezieht, um aktuell auftauchende Anforderungen zu bewältigen. Schutzfaktoren sind Ressourcen, welche erst beim Auftreten von Risikofaktoren wirksam werden (Petermann & Ulrich, 2019, S. 29). Bei der Betrachtung von Ressourcen in psychischen Krisen und in Anbetracht des damit einhergehenden Gesundheitsrisikos sind beide Begriffe in dieser Studie geeignet. Ressourcen stehen den Risikofaktoren in der Auffassung von Schwab und Fingerle (2013, S. 100) als zwei Pole auf einem Kontinuum gegenüber. Hierüber gibt es in der Fachwelt unterschiedliche Auffassungen. Einige Forscher*innen unterstützen die Sichtweise, dass eine unabhängige Operationalisierung von Risiko- und Schutzfaktoren zu einem größeren Erkenntnisgewinn beiträgt (Junge-Hoffmeister, 2019, S. 950).

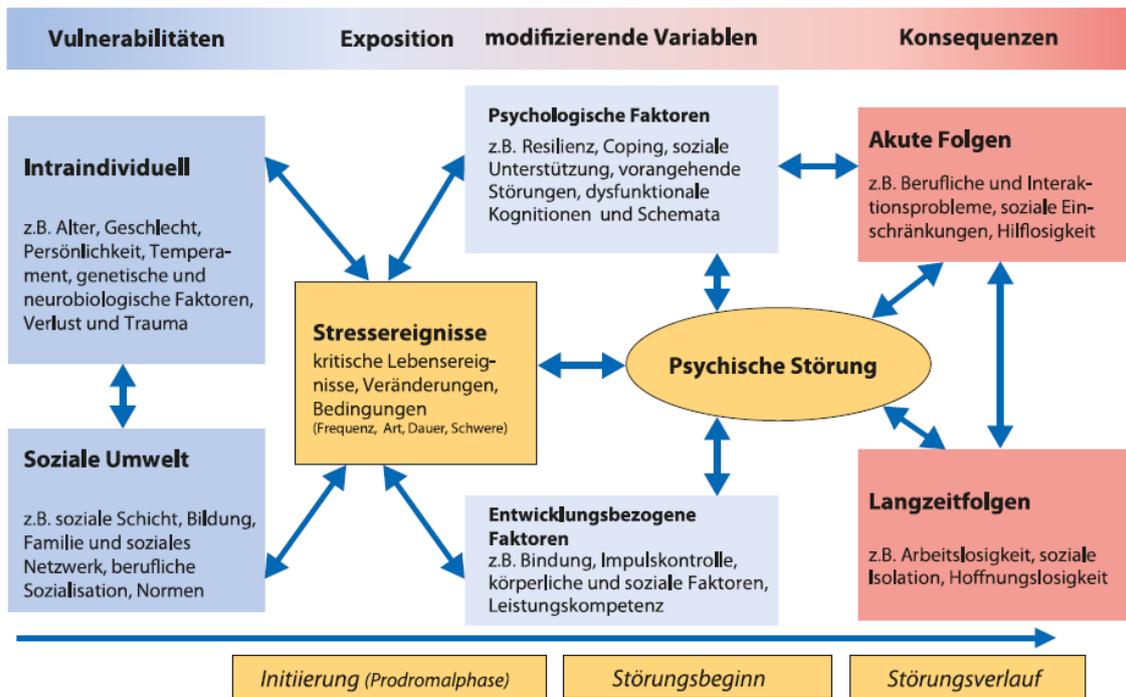
Spätestens mit der Abkehr von dem biomedizinisch geprägten dichotomen Verständnis von Gesundheit und Krankheit werden Ressourcen bzw. Schutzfaktoren auch wissenschaftlich beleuchtet (Roch & Hampel, 2022, S. 250). Die salutogenetische Perspektive führte zu einer holistischen Auffassung von Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum. Zunehmend gewannen Ressourcen in den ätiologischen Modellen von Krankheiten -so auch von psychischen Störungen- an Bedeutung (WHO, 1948, Roch & Hampel, 2022, S. 249). Das diesbezüglich gängigste Grundlagen-Modell stellt das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Abb. 3) dar. Dieses Modell ist eine Spezifizierung des biopsychosozialen Modells von Engel (1977) (Roch & Hampel, 2022, S. 250). Es erklärt die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen anhand komplexer Interaktionen diverser Faktoren (Wittchen et al., 2020, S. 22 ff.). Entscheidend für die Entstehung einer psychischen Erkrankung ist demnach das Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Variablen innerhalb der wesentlichen Komponenten Vulnerabilität, Stress, Coping und

⁴ Die indirekte positive Wirkung meint den mildernden Einfluss auf Risikofaktoren (Babitsch, 2022, S. 7)

Resilienz unter Berücksichtigung entwicklungsbezogener Komponenten (Roch & Hampel 2022, S. 250; Wittchen et al. 2020, S. 22 ff.).

Abbildung 3

Vulnerabilitäts-Stress-Modell psychischer Störungen



Anmerkung. Entnommen aus *Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle* von Wittchen et al. in Hoyer & Knappe (Hrsg.) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, S. 25.

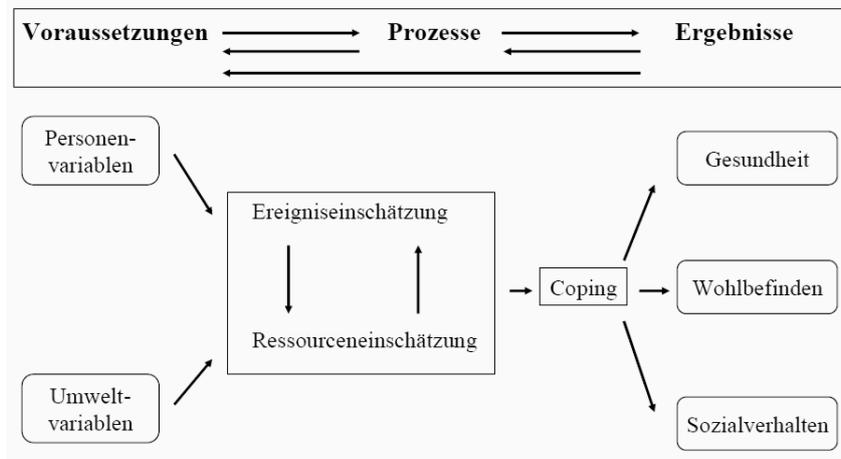
Vulnerabilität (Verletzlichkeit) beschreibt die Disposition einer Person auf intraindividuelle (biologische und psychologische Faktoren), sowie sozialer und interindividueller Ebene (Wittchen et al. 2020, S. 24 f.). Entscheidend ist die biologische, psychologische und soziale Reaktion eines Individuums auf die Exposition von Stressereignissen, die ebenfalls biopsychosozialer Natur sein können (Wittchen et al., 2010, S. 25). Inwieweit Stressoren und die damit einhergehenden Stressreaktionen die Entstehung einer Erkrankung tatsächlich begünstigen, hängt in diesem Modell auch von Art, Intensität, Frequenz und Dauer der Stressexposition ab (Wittchen et al., 2020, S. 25). Die Interaktion dieser Stressereignisse mit bestimmten Dispositionen führt für sich genommen noch nicht zwangsläufig zur psychischen Erkrankung (Wittchen et al. 2020, S. 24 ff.). Diese entsteht -oder entsteht gerade nicht- durch die Kombination mit den moderierenden

Variablen (Wittchen et al., 2020, S. 25). Letztere sind im Vulnerabilitäts-Stress-Modell in den psychologischen und entwicklungsbezogenen Faktoren enthalten. Sie umfassen Risiko- ebenso wie Schutzfaktoren. Neben den o. g. funktionalen Copingstrategien kann auch die individuelle Resilienz ein entscheidender Schutzfaktor sein (Roch & Hampel, 2022, S. 250). Resilienz beschreibt eine individuell ausgeprägte Veranlagung, die psychische Gesundheit trotz der Konfrontation mit belastenden Lebensereignissen aufrecht erhalten zu können (Roch & Hampel, 2022, S. 250; Wittchen et al., 2020, S. 25). Resilienz wird ebenfalls von biopsychosozialen Parametern beeinflusst. Sie kann durch unterschiedliche biologische, psychologische und soziale Ressourcen gesteigert werden, z. B. durch die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung (Roch & Hampel, 2022, S. 250). Der positive oder negative Einfluss moderierender Faktoren unterliegt auch Entwicklungsprozessen. So hat bspw. der Bindungsstil der Eltern im Kindes- und Jugendalter einen größeren Einfluss als im Erwachsenenalter (Roch & Hampel, 2022, S. 250). In diesem Modell werden unter „Stress“ jegliche Anforderungen an die Person gefasst, auf die eine Person eine Anpassungsleistung vollbringen muss.

Stress wird in der transaktionalen Stresstheorie von Lazarus und Folkman (1984) als ein zweistufiger Bewertungsprozess beschrieben. Die Verfügbarkeit und Wahrnehmung von Ressourcen sind dabei entscheidend für die Entstehung einer Stressreaktion (Ernst et al., 2022; Lazarus & Folkman, 1984). In einem ersten Bewertungsprozess (*primary appraisal*) geht es zunächst um die Wahrnehmung einer Anforderung. Ist diese Anforderung positiv oder irrelevant, kommt es zu keiner Stressreaktion (Lazarus und Folkman, 1984). Stellt diese Anforderung eine Bedrohung, einen Schaden oder auch eine lohnende Herausforderung dar, kommt es zu einem zweiten Bewertungsprozess (*secondary appraisal*). Hier schätzt die Person ein, ob die ihr zur Verfügung stehenden Copingstrategien und vorhandenen Ressourcen ausreichen, um die Anforderung zu bewältigen (Lazarus & Folkman, 1984). Abbildung 4 veranschaulicht die Rolle von Ressourcen im zweiten Bewertungsschritt des Transaktionalen Stressmodells von Lazarus und Folkman (1984). Coping gilt als eine Handlungskompetenz. Hierrunter werden jene diversen funktionalen oder dysfunktionalen persönlichen Strategien zusammengefasst, die flexible Anpassungsleistungen über unterschiedliche Anforderungssituationen zum Ziel haben (Wittchen et al., 2020, S. 26). Erst wenn zur Verfügung stehende Ressourcen als nicht ausreichend bewertet werden, kommt es zur Stressreaktion (Lazarus & Folkman, 1984).

Abbildung 4

Schematische Darstellung der transaktionalen Stresstheorie



Anmerkung. Entnommen aus *Die Überprüfung der transaktionalen Stresstheorie im Lehramtsreferendariat* von Christ, 2005, S. 24 in Anlehnung an Schwarzer, 2000, S. 16

Die Stressreaktion geht dann unter anderem mit den von Seyle (1956) untersuchten körperlichen und kognitiven Veränderungen einher, z. B. ein erhöhter Adrenalinausstoß, eine erhöhte Muskelspannung, kognitive Verengung und erhöhte Herzrate (nach Ernst et al., 2022). Kann die Anforderung jedoch bewältigt werden, wirkt sich dies positiv auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und das Sozialverhalten aus (Christ, 2005).

Ressourcen sind im Vulnerabilitäts-Stress-Modell als protektive Einflussfaktoren auf der Ebene der Disposition, der Ebene der aktuellen Stressbewältigung als Copings und Resilienz sowie auf der Ebene des Krankheitsverlaufs einzuordnen (Wittchen et al., 2020, S. 22 ff.). Diese salutogenetische, die Gesundheit einschließende, ressourcenorientierte Perspektive ist für die Forschung entscheidend, um geeignete Schutzfaktoren gegenüber spezifischen Risikofaktoren für Präventionsprogramme und Interventionsprogramme auf der Basis der Ressourcenaktivierung zu identifizieren (Wittchen et al. 2020, S. 22 ff.). Psychotherapie kann und muss dem Modell nach auch bei der Stärkung von Ressourcen ansetzen. Eine Zunahme ressourcenorientierter Ansätze und Publikationen ist seit den 2000er Jahren zu verzeichnen (Willutzki & Teismann, 2013, S. 1). Insbesondere in den systemtherapeutischen Interventionen ist die Ressourcenorientierung ein Kernbestandteil der Methodik, wobei inzwischen auch in den anderen psychotherapeutischen Verfahren eine ressourcenorientierte Sichtweise als fester Bestandteil der therapeutischen Beziehung gilt (Willutzki & Teismann, 2013, S. 3). Die ressourcenorientierte Sicht führte dazu,

Patient*innen stärker in die Rolle der Expert*innen zu erheben. Das bedeutet: In einer ressourcenorientierten Therapie gestalten Patient*innen den therapeutischen Prozess aktiv mit. Sie wählen und adaptieren die für sich passenden Methoden, bringen neue Konzepte und Alternativen ein, um sich schließlich in der Therapie das anzueignen, was sie ihrer Auffassung nach benötigen, um die Problembewältigung selbständig zu gewährleisten (Fiedler & Willutzki, 2022, S. 67 ff.). Die Ressourcendiagnostik komplementiert daher zwingend die Problemdiagnostik (Willutzki, 2008, S. 251).

Ressourcen werden durch Selbst- und Fremdeinschätzungen im Interview, durch Fragebögen und Beobachtungen erfasst (Willutzki, 2008, S. 254 ff.). Der Vergleich zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung kann Teil des therapeutischen Prozesses sein (Willutzki & Teismann, 2013, S. 4 f.). Die Methode der „Ressourcenzwiebel“ (Willutzki, 2005) ist ein für die Therapie geeignetes Interviewverfahren, um Ressourcen strukturiert und innerhalb verschiedener Kategorien zu erfassen. Die Ressourcen werden im therapeutischen Prozess von außen nach innen erfasst. Zunächst Ressourcen der allgemeinen positiven Lebensbewältigung, dann Ressourcen, die sich aus erfolgreich bewältigten Krisen ableiten lassen und schließlich Ressourcen, die innerhalb der aktuellen Problemlage erkennbar sind. Alle Merkmale einer Person können als Indikatoren für Ressourcen dienlich sein. Bei der Analyse können sich auch zunächst negativ anmutende Attribute als Ressourcen darstellen (Fiedler und Willutzki, 2022, S. 67 ff.). Auf dieser Grundlage entwickelten Willutzki & Stelkens (2006) den Bochumer Ressourcenfragebogen⁵, ein standardisiertes Selbstauskunftsinstrument (nach Willutzki, 2008, S. 259 f.). Das Berner Ressourceninventar (Trösken, 2003) eignet sich zur standardisierten Fremderfassung von Ressourcen. Hiermit werden psychologische und soziale Ressourcen, genauer die Bereiche Handlungskompetenz und Autonomie, Kommunikation und Emotionalität, sowie die Selbstentfaltung gesammelt (Willutzki, 2008, S. 258). An den Bedarfen der Menschen mit i. B. sind diese Verfahren nicht orientiert.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass integrative und interaktionale Modelle wichtigen Beitrag zum Verständnis psychischer Erkrankungen geleistet haben. Mit den Konstrukten Resilienz und Coping im Vulnerabilitäts-Stress-Modell gewannen

⁵ Aktuell überarbeitete Fassung unter dem Namen „Wittener Ressourcenfragebogen (WIRF)“ Victor et al. (2019)

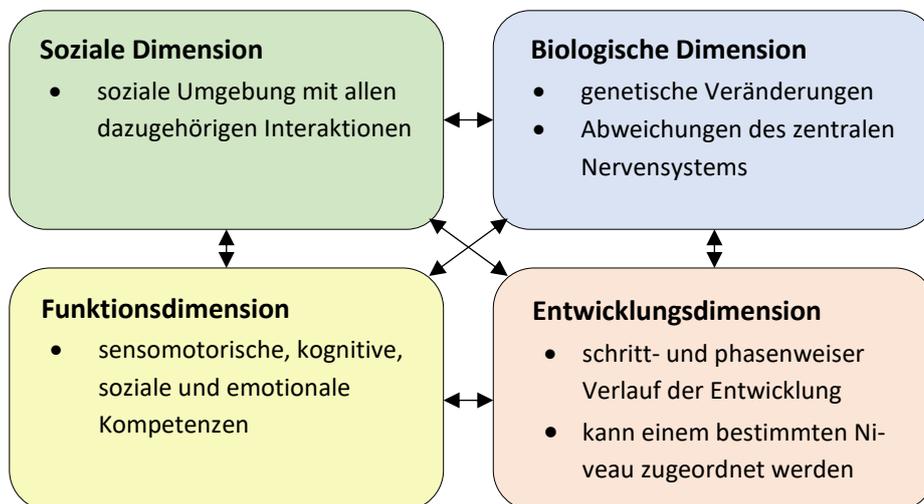
Ressourcen und Schutzfaktoren für die Ätiologie und Behandlungen psychischer Erkrankungen an Bedeutung. Die Möglichkeit, die besondere Lebenslage und anders verlaufende Reifung von Menschen mit i. B. im Vergleich zu Menschen ohne i. B. in Diagnostik und Behandlung zu berücksichtigen, bietet der integrative Ansatz nach Došen (2018) und sein entwicklungs-dynamisches Modell. Beides soll nachfolgend näher beleuchtet werden.

2.5 Der integrative Ansatz nach Došen

Der Psychiater Anton Došen (2018) fokussiert in seinem Ansatz explizit auf psychische Erkrankungen und/oder schwerverständliche Verhaltensweisen bei Menschen mit i. B. Er schlägt ebenfalls einen integrativen, interaktionalen Ansatz vor, um die Dynamik der Einflussfaktoren und die Symptomatik psychischer Erkrankungen zu verstehen und daraus Interventionsstrategien abzuleiten. Um diese erklären, beschreiben und behandeln zu können, müssen auch bei diesem Personenkreis sich gegenseitig beeinflussende Faktoren berücksichtigt werden. Diese lassen sich in diesem Ansatz einer biologischen, einer funktionalen⁶, einer sozialen und einer entwicklungsbezogenen Dimension zuordnen (Došen, 2018, S. 33). Abbildung 5 zeigt eine schematische Darstellung des Ansatzes.

Abbildung 5

Dimensionen des Entwicklungsverlaufs



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Došen (2018) in *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung*, S. 33

⁶ Die funktionale Dimension entspricht dabei der psychologischen Dimension im biopsychosozialen Modell. Diese Bezeichnung betont allerdings stärker die Differenziertheit sensorischer, motorischer und psychischer Prozesse bzw. Funktionen (Došen, 2018, S.32)

Die Dimensionen können wie im biopsychosozialen und im Vulnerabilitäts-Stress-Modell nicht als voneinander unabhängig betrachtet werden. Die funktionale Dimension erfasst die funktionalen Aktivitätsbereiche eines Individuums. Die biologische Dimension beinhaltet die somatischen Voraussetzungen der Person. Die soziale Dimension beinhaltet alle Faktoren der sozialen Umgebung und Faktoren der dinglichen Umwelt sowie die darin enthaltenen Interaktionen (Došen, 2018, S. 32 f.). Die entwicklungsbezogene Dimension nimmt bei der Diagnostik von auffälligem Verhalten bei Menschen mit i. B. einen großen Stellenwert ein. Hierin ist die Grundannahme verankert, dass die Persönlichkeitsentwicklung grundsätzlich schritt- und phasenweise verläuft. Errungene Kompetenzen bezüglich der funktionalen Aktivitätsbereiche lassen sich einem bestimmten Entwicklungsniveau zuordnen (Došen, 2018, S. 33).

Die Abweichungen des zentralen Nervensystems beeinflussen die Entwicklung der einzelnen Funktionsbereiche und auch die sozialen Erfahrungen einer Person. Es bestehen wesentliche Unterschiede hinsichtlich der kognitiven und emotionalen Entwicklung zwischen Menschen mit i. B. und Menschen ohne i. B. (Došen, 2018, S. 30 ff.; Sappok, 2019 a, S. 482 ff.). Auch die sozialen Erfahrungen von Menschen mit i. B. unterscheiden sich erheblich von den sozialen Erfahrungen von Menschen ohne i. B. (Došen, 2018, S. 32; Gühne et al., 2019, S. 405 ff.). Dies geschieht oft schon ab einem sehr frühen Zeitpunkt in ihrer Entwicklung (Došen, 2018, S. 32). Die Art der Nervenschädigung hat Einfluss darauf, welche Funktionsbereiche gut, bzw. auch weniger gut, entwickelt werden können (Došen, 2018, S. 52 ff.). Eine ablehnende Einstellung, die Vermeidung des Kontaktes oder auch von ständiger Sorge geprägte Beziehungen innerhalb der Ursprungsfamilie bei gleichzeitig erhöhten sozialen Abhängigkeiten können dazu führen, dass Personen mit i. B. nicht entwicklungsangemessen hinsichtlich der Aktivitätsbereiche angeregt werden (Došen, 2018, S. 70 ff.). Dies kann Diskrepanzen bezüglich der kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung manifestieren und eine entwicklungsangemessene Begleitung dieses Personenkreises weiter erschweren (Došen, 2018, S. 33 f, S. 76).

Vom Vulnerabilitäts-Stress-Modell aus betrachtet erhöht diese Negativspirale die Vulnerabilität dieses Personenkreises erheblich. Aber auch das, was als biopsychosoziale Stressoren wahrgenommen wird, kann nicht gleichbedeutend aus den Untersuchungen mit Menschen ohne i. B. abgeleitet werden (Anm. d. A.). Wie im Vulnerabilitäts-Stress-

Modell ist der Einfluss von Risikofaktoren entwicklungsabhängig (Došen, 2018, S. 33 ff., 56 ff.). Die Bedeutung von Stressoren und Risiken kann sich aus der Entwicklungsperspektive nicht allein am biologischen Alter der Menschen mit i. B. orientieren. Im Zusammenhang mit der Erklärung von Problemverhalten und dem Erhalt psychischer Gesundheit wird im integrativen Ansatz nach Došen (2018) ein besonderer Schwerpunkt auf diese Perspektive gelegt. Aufgrund der hohen Abhängigkeit innerhalb sozialer Kontexte spielt die emotionale Entwicklung und die damit einhergehenden emotionalen Bedürfnisse eine entscheidende Rolle bei der Erklärung von Problemverhalten. Das entwicklungsdynamische Modell nach Došen verdeutlicht dies.

2.5.1 Das entwicklungsdynamische Modell nach A. Došen

Došen geht wie Piaget (1953) davon aus, dass alle Menschen grundsätzlich dieselben Entwicklungsphasen durchlaufen (Došen, 2018, S. 51). Bei Menschen mit i. B. dauern diese aber länger oder stagnieren frühzeitig (Zepperitz, 2022, S. 25 f.). Wie beschrieben sind Menschen mit i. B. nicht ausschließlich in ihren kognitiven, sondern ebenfalls in ihren emotionalen und sozialen (adaptiven) Fähigkeiten beeinträchtigt (ICD-10, 1994, DSM-5, 2005). Aufgrund der fließenden Übergänge zwischen sozialen und emotionalen Kompetenzen wird zum Teil auch von sozioemotionaler Entwicklung gesprochen (Došen, 2018; Sappok & Zepperitz, 2016). Diese Fähigkeiten werden von unterschiedlichen neuronalen Strukturen gesteuert und unterliegen daher auch anderen Entwicklungsvoraussetzungen (Došen, 2018, S. 52 ff.). Bei der Betrachtung von Menschen mit i. B. ist es relevant, das Entwicklungsniveau auf der kognitiven, sozialen und emotionalen Ebene zu ermitteln. Nur unter Einbeziehung des Entwicklungsalters ist es möglich, die individuelle Schwere der Beeinträchtigung zu diagnostizieren (Došen, 2018, 30 ff.).

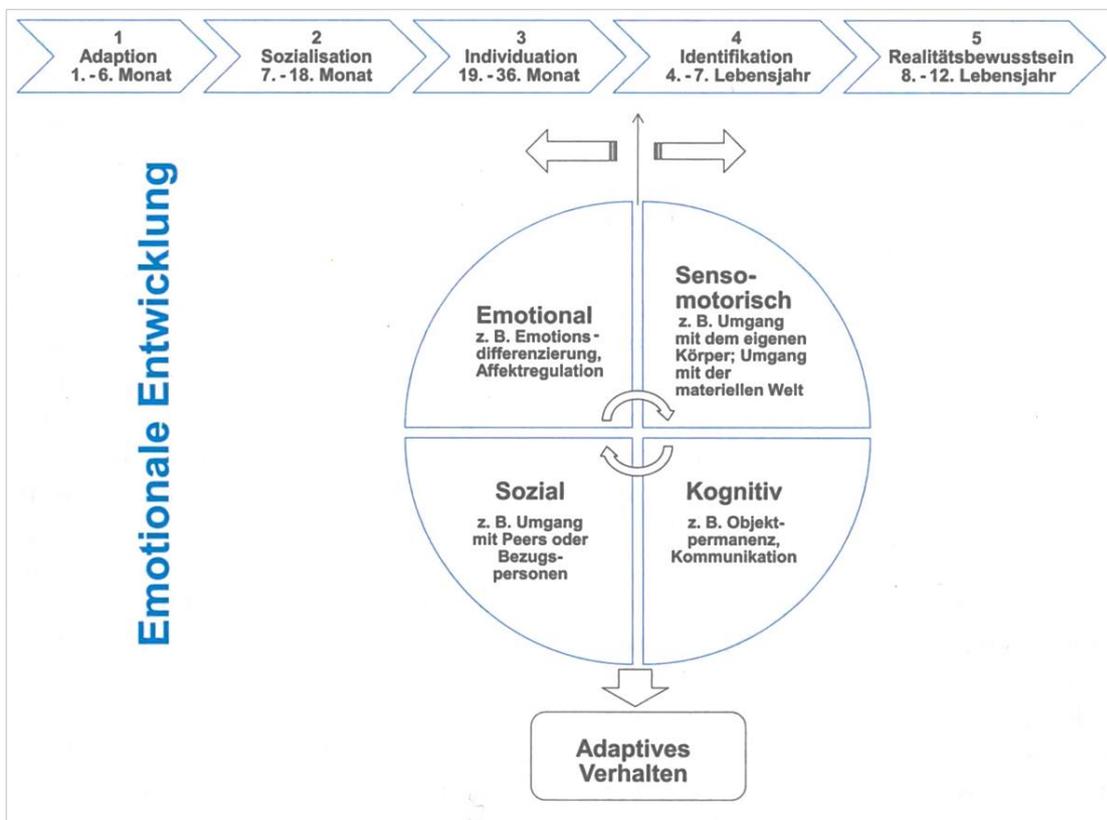
Došen (2018) nimmt Bezug auf das phylogenetische (evolutionäre) Modell von MacLean (1982), um die Hirnreifung und damit fortschreitende Entwicklung komplexer werdender kognitiver Funktionen zu verdeutlichen. So ist der Hirnstamm für Basisemotionen wie Erregung und Entspannung zuständig, welche schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Entwicklung vorhanden sind (Došen, 2018, S. 53). Mit dem limbischen System sind Emotionen wie Freude, Angst, Wut und positive soziale Emotionen assoziiert (Došen, 2018, S. 53). Der Kortex und seine Schaltkreise bilden die Grundlage, um Emotionen und Kognitionen aufeinander abzustimmen und bildet damit die Basis sozialen Verhaltens und

komplexeren Denkens (Došen, 2018, S. 52 ff.). Je nach Ausmaß der Hirnschädigung, können bestimmte Kompetenzen im Reifungsprozess erlangt und ausgebaut werden.

Ausgehend vom Entwicklungsmodell nach Piaget (1953) erarbeitete Došen (2010) ein Modell der emotionalen Entwicklung (Došen, 2018, S. XV). Sozioemotionale Kompetenzen entwickeln sich im Laufe des regulären Reifungsprozesses von Individuen. Sie folgen dabei phasisch einer Hierarchie, ebenso wie kognitive und sensomotorische Kompetenzen (Došen, 2018, S. 56 ff.). Die zugrundeliegende Dynamik der Entwicklung der Funktionsbereiche wird in Abbildung 6 veranschaulicht.

Abbildung 6

Prozess der emotionalen Entwicklung nach A. Došen



Anmerkung: Entnommen aus Sappok, Emotionale Entwicklungsstörung in *Psychische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung*, 2019 b, S. 207)

Sich gegenseitig beeinflussend, bestimmen die erlangten Kompetenzen der Funktionsbereiche die jeweilige Verortung auf einem bestimmten Entwicklungsniveau (Došen, 2018, S. 52 ff.). Wobei ein Zurückfallen auf ein niedrigeres Entwicklungsniveau durch negative Einflussfaktoren möglich ist (Došen, 2018, S. 13 ff.). Zur Abgrenzung: Kognitive

Fähigkeiten beinhalten Funktionen des Arbeitsgedächtnisses⁷, die Erinnerungs-, Lern- und Planungsfähigkeit, Kreativität, Orientierung, Vorstellungskraft oder Willenssteuerung (Eysenck & Keane, 2010, S. 1). Sensomotorische Kompetenzen sind jene, welche die Integration sensorischer Reize zur Ausführung von Bewegung durch die Entwicklung diesbezüglicher kognitiver Schemata voraussetzen (Lohaus et al., 2010, S. 24). Soziale Kompetenzen beziehen sich auf die Verstehbarkeit sozialer Situation, Konfliktlösekompetenzen, Kooperations- und Beziehungsfähigkeit und Fähigkeiten der sozialen Kommunikation (Jones et al., 2016). Emotionale Kompetenzen werden in der Literatur definiert als die Fähigkeit, die Emotionen bei anderen und bei sich selbst zu lesen und zu verstehen, weiter als die Fähigkeit, eigene Emotionen zu regulieren und die Konsequenzen des eigenen Emotionsausdruckes abschätzen zu können (Halle & Darling-Churchill, 2016).

Der Reifungsprozess der emotionalen Entwicklung vollzieht sich in der wechselseitigen Interaktion zwischen der genetisch determinierten, neuronalen Anlage einer Person und ihren Lernerfahrungen durch Umgebungseinflüsse (Happé & Frith, 2014). Das Zusammenspiel der jeweiligen Kompetenzen dient einer bestmöglichen Anpassung an die Umwelt (Došen, 2018, S. 64). Entwicklungsdiskrepanzen zwischen den Entwicklungsbereichen können zu einer dauerhaften Über- oder Unterforderung durch die Umwelt führen. Das Verhalten erscheint maladaptiv, wenn diese Diskrepanzen bestehen, oder die Passung zwischen Person und Umwelt nicht gegeben ist (Došen, 2018, S. 65). Menschen mit i. B. unterscheiden sich aufgrund der möglichen kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklungsverzögerungen von Menschen ohne i. B. in ihrer Psyche (Došen, 2018).

Am biologischen Alter orientierte Erwartungen vernachlässigen häufig bestehende emotionale Bedürfnisse. Der Wunsch, diese zu befriedigen, formen das Verhalten allerdings wesentlich (Grawe, 2004; Sappok, 2019 b, S. 209 ff.). Werden basale emotionale Bedürfnisse einer Person nicht erkannt und damit nicht befriedigt, begünstigt dies die Entstehung von emotionalen Entwicklungsstörungen, anderen psychischen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und Krisen im oben beschriebenen Sinne (Sappok, 2019 b, S. 209 ff.). Tabelle 1 enthält eine Übersicht über die emotionalen Bedürfnisse und Entwicklungsaufgaben einer regelhaften, psychosozialen Entwicklung nach Došen (2018).

⁷ Das Arbeitsgedächtnis gilt als Kurzzeitspeicher visueller oder auditiver Informationen, sowie übergeordneter Kontrollfunktion der Informationsverarbeitung. (Kiefer, 2011, S. 160)

Tabelle 1*Entwicklungsaufgaben und basale emotionale Bedürfnisse*

Phase und Referenzalter	Entwicklungsaufgaben	Emotionale Bedürfnisse
Phase 1 (0-6 Monate)	<ul style="list-style-type: none"> - Physiologische Regulation - sensorische Integration - Integration von Struktur, Raum, Zeit und Person 	Freude und Entspannung ist an Regulation der Homöostase gekoppelt. Hierfür notwendig: <ul style="list-style-type: none"> - Integration sensorischer Reize, Struktur Ort, Zeit, Person und Aktivität, - Konstanz in der Umgebung, - Stimulation von Bindungsverhalten
Phase 2 (6-18 Monate)	<ul style="list-style-type: none"> - Bindung 	<ul style="list-style-type: none"> - Körperlicher Kontakt, - Bindungsperson, - Bindung, - soziale Stimulation, - Sicherheit, - Umgang mit Material
Phase 3 (18-36 Monate)	<ul style="list-style-type: none"> - Abstand von körperlichem Kontakt nehmen - Individuation 	<ul style="list-style-type: none"> - Zunehmende Distanz im Kontakt, - Festigung eines bestimmten Autonomiegrades, - Belohnung von sozialem Verhalten
Phase 4 (3-7 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> - Ich - Bildung 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikationsfigur, - soziale Akzeptanz, - soziale Kompetenz
Phase 5 (7-12 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> - Ich - Differenzierung 	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennen eigener Leistungen, - Vollwertigkeit, - Produktivität und Kreativität im Umgang mit der materiellen Welt, - feste Regeln im Sozialverhalten

Anmerkung. Zusammenfassende Darstellung in Anlehnung an *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung* von A. Došen, 2018, S. 61 & 79.

Entwicklungsverzögerungen sind Ursache dafür, dass einzelne Symptome nicht gleichbedeutend für die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen bei Menschen mit i. B. herangezogen werden können (Došen, 2018, S. 4 f.). Eine genaue Diagnostik der Ursachen für scheinbar maladaptive Verhaltensweisen ist unerlässlich (Došen, 2018, S. 109 ff.). A. Došen (2018, S. 109 ff.) beschreibt dafür die Notwendigkeit eines integrativen, diagnostischen Vorgehens. Dies soll im nächsten Abschnitt vertieft werden.

2.5.2 Integrative Diagnostik nach A. Došen

Die Kenntnis über die emotionalen Bedürfnisse einer Person ist bei der integrativen Diagnostik und dem sich daraus ergebenden Behandlungsplan häufig entscheidend (Došen, 2018, S. 111 f.). Eine reine Orientierung an den gängigen Diagnosemanualen DSM oder ICD ermöglichen diese, das Entwicklungsniveau berücksichtigende ganzheitliche Diagnostik psychischer Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit i. B. nicht (Došen, 2018, S. 16 f.). Für die Beschreibung der Persönlichkeit von Menschen mit i. B. müssen unterschiedliche Fachbereiche ineinandergreifen, um die Defizite einer abschließlichen Diagnostik nach DSM oder ICD bei Menschen mit i. B. auszugleichen (Došen, 2018, S. 109 ff.). Sollte sich das herausfordernde Verhalten einer Person dadurch erklären, dass es sich um eine emotionale Entwicklungsstörung handelt oder emotionale Bedürfnisse dauerhaft nicht erkannt und vernachlässigt werden, so liegt der Fokus der integrativen Behandlung auf der Unterstützung der emotionalen und sozialen Kompetenzausbildung (Došen, 2018, S. 124 ff.). Dies erfordert u. U. eine bestmögliche Anpassung der professionellen Begleitung, um die Befriedigung basaler emotionaler Bedürfnisse zu gewährleisten (Sappok & Zepperitz, 2016; Zepperitz, 2022).

Eine umfassende Anamnese inklusive des emotionalen und kognitiven Entwicklungsniveaus ist Teil des ersten Schrittes hin zu einer integrativen Diagnose (Došen, 2018, S. 91). Das Verhalten einer Person muss dann für eine auf dem integrativen Ansatz fußende Behandlung auf drei hierarchisch angeordneten Ebenen untersucht und beschrieben werden. Diese sind: die somatische Ebene (basale, psychische und physiologische Prozesse), die heilpädagogische Ebene (psychosoziale Prozesse) und die psychiatrische Ebene (Psychische Erkrankung). Alle drei Ebenen interagieren miteinander (Došen, 2018, S. 5). Insgesamt gehören zur integrativen Diagnose bei Menschen mit i. B. nach Došen (2018, S. 109 ff.):

- a. die psychiatrische Diagnostik einschließlich der ICD-10 oder DSM-5 Diagnose, Diagnose von Funktionsstörungen, die entwicklungspsychiatrische Diagnose (siehe Tabelle 1, S. 25 in dieser Arbeit),
- b. die heilpädagogische Diagnose (z. B. Beschreibung des Verhaltens anhand definierter Dimensionen und Diskussion des Zusammenhangs zwischen Anlage- und Umgebungsfaktoren),

- c. der Entstehungsmechanismus und die Dynamik des beobachtbaren Verhaltens und
- d. weitere möglicherweise relevante diagnostische Aspekte. Hierzu zählen u.a. biologische Faktoren, psychophysiologische Probleme, kognitive und Lernaspekte, Persönlichkeitsentwicklung, basale emotionale Bedürfnisse und auch Stärken.

Zu den persönlichen Stärken, die unter dem Punkt als „möglicherweise“ relevante diagnostische Aspekte fallen, zählt Došen: „Kenntnisse, Fertigkeiten, Interessen, das Erleben positiver Emotionen, Anteil an den Emotionen anderer haben, soziales Verhalten etc. (...).“ (Došen, 2018, S. 105)

Ein auf den vier Dimensionen des integrativen Ansatzes oder den unterschiedlichen Entwicklungsdimensionen fußendes, differenziertes Erfassungsinstrument dieser Ressourcen wird von Došen (2018) nicht benannt oder beschrieben. Dies verwundert umso mehr, da die Ressourcenorientierung im therapeutischen Prozess das Ziel verfolgt, Personen zu mehr Selbstwirksamkeitserfahrungen zu befähigen (Fiedler & Willutzki, 2022, S. 67 ff.). Es besteht kein Mangel an Methoden zur Behandlung der Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit i. B. Die Herausforderung liegt in der Wahl der richtigen Strategie (Došen, 2018, S. 20). Dies wiederum ist abhängig von der Indikation und erfordert eine ganzheitliche Analyse der Ursachen von Krisen (Došen, 2018, S. 20). Daraus kann geschlussfolgert werden, dass auch eine theoriegeleitete, systematische Erfassung von Ressourcen Teil des integrativen, diagnostischen Prozesses für die Behandlung von Krisen bei Menschen mit i. B. sein sollte (Anmerkung der Autorin). Die Ressourcendiagnostik mit und für Menschen mit i. B. müsste den phasischen Entwicklungsverlauf der unterschiedlichen Funktionsbereiche, biologische, funktionale (äquivalent zu psychischen) und soziale Ressourcen berücksichtigen können. Dieser Logik folgend wird im nächsten Kapitel die Studienlage hinsichtlich möglicher Ressourcen in Krisen anhand der vierdimensionalen Struktur des integrativen Ansatzes analysiert.

3. Studienlage: Krisen – Ressourcen, Einflussfaktoren und Interventionen

In diesem Kapitel wird die Studienlage hinsichtlich möglicher Ressourcen von Menschen mit i. B. in Krisen vertiefend dargestellt. Die Betrachtung folgt dabei dem integrativen Ansatz nach Došen (2018). Es werden Ergebnisse zu möglichen biologischen, funktionalen, sozialen und entwicklungsbezogenen Ressourcen in Krisen und Einflussfaktoren auf

Krisen, sowie Interventionen bei Krisen dargestellt⁸. Es sei darauf hingewiesen, dass sowohl im biopsychosozialen Modell (Engel, 1977), als auch im integrativen Ansatz von Došen (2018) betont wird, dass die einzelnen Dimensionen sich gegenseitig beeinflussen und zum Teil ineinander übergehen. Allerdings ermöglicht die vorgenommene dimensionale Strukturierung die Identifikation von Ressourcen äquivalent zum integrativen Ansatz von Došen (2018), wonach sich aus den unterschiedlichen Dimensionen auch unterschiedliche Behandlungsansätze identifizieren lassen (Došen, 2018).

3.1 Die biologische Dimension

Das Nervensystem ist Ursprung sämtlicher kognitiver und psychischer Prozesse (Eysenck & Keane, 2010, S. 1 ff). Körperliche und intellektuelle Beeinträchtigungen sowie genetische Syndrome wie Autismus-Spektrum-Störung sind häufig mit stärkeren Verhaltensauffälligkeiten verbunden (van den Bogaard et al., 2018; Rattaz et al., 2018; Heyvaert et al., 2010, Sappok & Zepperitz, 2016, McDonnell et al.;2015). Die Intensivität der Hirnrindenaktivität beeinflusst z. B. die Sensibilität auf emotionale Stimuli. Weniger intensive Hirnrindenaktivität senkt die Sensibilität auf emotionale Stimuli. Dies begünstigt die Fähigkeit der Emotionsregulation (Ito et al., 1998). Emotionsregulationsstörungen hingegen begünstigen aggressive Durchbrüche (Došen, 2018, S. 185 ff.; McDonnell et al., 2015).

Die Schädigungen bestimmter Hirnstrukturen beeinflussen auf unterschiedliche Art und Weise das Erleben und Verhalten im Umgang mit Anforderungen und Stressoren (Došen, 2018, S. 52 ff.). Je geringer das Ausmaß der Hirnschädigung, desto besser die intellektuellen Ressourcen und desto weniger gravierend ist das maladaptive Verhalten in Krisen (Heyvaert et al., 2010). Sowohl Schädigungen im orbitofrontalen Cortex (assoziiert mit der Entscheidungsfindung u.a. in sozialen Prozessen) als auch im ventromedialen präfrontalen Cortex (verknüpft mit der Amygdala und eng verbunden mit der Emotionsregulation) sind mit vermehrten aggressiven Impulsen assoziiert (Roth & Strüber, 2014, S. 3 ff.). Erst wenn Information im Kortex, genauer, im präfrontalen Kortex, bewusster elaboriert werden, kann die Impulskontrolle negativer Affekte gelingen (Sysoeva et al., 2009).

⁸ Die relevanten Einflussfaktoren, wie Risikofaktoren sollen als mögliche Gegenspieler zu Schutzfaktoren ebenfalls zum Erkenntnisgewinn beitragen. Erfolgreiche Interventionsprogramme sind Teil der Betrachtung, da sie unter Umständen ebenfalls die Nutzung von Ressourcen für die Bewältigung von Krisen beinhalten (Anmerkung der Autorin).

Die postnatalen Lernerfahrungen einer Person bedingen fortlaufende Verknüpfungen innerhalb des Nervensystems (Došen, 2018, S. 52 ff.). Als wesentlich sind hier die frühen Bindungserfahrungen zu nennen. Die Forschung der Entwicklungspsycholog*innen Mary Ainsworth und John Bowlbys (1991) müssen an dieser Stelle hervorgehoben werden. Positive Bindungserfahrungen in der frühen nonverbalen elterlichen Interaktion haben einen positiven Einfluss auf die neuronale Grundlage der Persönlichkeit (Ainsworth & Bowlby, 1991; Kok et al., 2014). Die Fähigkeit, Emotionen in den Gesichtern anderer Personen erkennen und einordnen zu können, ist wesentlich für die Erlangung höherer sozialer Kompetenzen. (Kok et al., 2014). Intakte neuronale Strukturen, im Zusammenspiel mit positiven frühen Bindungserfahrungen sind demnach grundlegende Ressourcen zum Erwerb adaptiver, sozialer Verhaltensweisen. An der nonverbalen sozialen Kommunikation sind weitere Hirnstrukturen beteiligt. Ist beispielsweise die Funktionalität der Amygdala, des Gyrus frontalis inferior und des orbitofrontalen Kortex gegeben, erleichtert dies die Verarbeitung von Emotionen in Gesichtsausdrücken (Kok et al., 2014).

Schädigungen der Sprachzentren führen hingegen zu vermehrten Krisen, weil Personen eigene Belange und Bedürfnisse nicht verbal äußern können und dementsprechend häufiger Frustrationserfahrungen machen (Bienas et al., 2019; Heyvaert et al. 2010). Das Ausmaß des schädigenden Verhaltens steht in direktem Zusammenhang mit der Ausdrucksfähigkeit (Crocker et al., 2007).

Zu den biologischen Einflussfaktoren auf Krisen gehören auch mit der somatischen Gesundheit verbundene Aspekte. Akute Auslöser wie Schmerzen oder Erkrankungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit für Krisen (Bienas et al., 2019; Rattaz et al., 2018). Bienas et al. (2019) belegen z. B., dass bei Personen mit fortgeschrittener Demenz die Befriedigung biologischer Bedürfnisse den maladaptiven Verhaltensweisen entgegenwirkt. In einer der wenigen partizipativen Studien werden Drogen- und Alkoholkonsum von Menschen mit i. B. als Gründe für Krisen benannt (van den Bogaard et al., 2019). Inwiefern eine medizinische Intervention zur Wiederherstellung des Gesundheitszustandes, die Befriedigung von biologischen Grundbedürfnissen oder ein diesbezüglich dem Gesundheitszustand zuträgliches Verhalten eine Ressource im Umgang mit Krisen darstellt, wurde bisher nicht untersucht. Allerdings zeigen Studien zu Anti-Stress-Trainings mit Kindern und Jugendlichen, dass Programme in denen alternative, nicht gesundheitsschädigende

Bewältigungsstrategien aufgebaut werden, wirksam bei der Reduktion von Stress sind (Durlak & Wells, 1998; Kraag et al., 2006).

Kriseninterventionen sind häufig medizinischen Ursprungs und setzen damit bei biologischen Faktoren an. Zu den häufigsten Maßnahmen gehören pharmazeutische Interventionen (Heyvaert et al., 2010). Schanze (2014) stellte in seiner Dissertation fest, dass 21 Prozent der Menschen mit i. B., in Werkstätten für Menschen mit i. B., Psychopharmaka verschrieben bekommen. Der Gesamtanteil innerhalb des Personenkreises dürfte auch heute noch höher liegen, denn Verhaltensauffälligkeiten schränken Teilhabemöglichkeiten häufig ein und sind Ursache für den Verbleib in geschlossenen Wohneinrichtungen (Rojahn et al., 2001). Hennickes Studie von 2008 unterstreicht dies. Hier schwanken die Angaben zwischen Berliner Wohneinrichtungen für Menschen mit i. B. in der Häufigkeit medikamentöser Verordnungen zwischen 7 und 62 Prozent. In 24,1 Prozent der Fälle werden diese Medikamente als Bedarfsmedikation (beispielsweise bei steigender Anspannung oder bei Schmerzen) verabreicht. Es sei erneut auf Schmerzen als krisenauslösenden Faktor bei Menschen mit i. B. hingewiesen (Sappok, 2019 a; Došen, 2018; Binas et al., 2019; Rattaz et al., 2018). Inwiefern die Möglichkeit, eine Bedarfsmedikation (Neuroleptika oder Schmerzmittel) in einer psychischen Krise zu erhalten, als hilfreich vom Personenkreis selbst wahrgenommen wird, wurde bisher noch nicht untersucht.

3.2 Die funktionale Dimension

Die funktionale Dimension umfasst im integrativen Ansatz sensomotorische, kognitive, soziale und emotionale Kompetenzen. Sie entspricht der psychologischen Dimension im biopsychosozialen Modell (Došen, 2018). In den Metaanalysen von Heyvaert et al. (2010) und von van den Boogard et al. (2019) wurden mehrere dieser Faktoren identifiziert.

Heyvaert et al. (2010) fassen in ihrer Studie zu herausfordernden Verhaltensweisen folgende funktionale Einflüsse zusammen: soziale Kompetenzen, die individuelle Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Situationen, der individuell wahrgenommene Stress, die vorhandenen Problemlösekompetenzen und psychische Erkrankungen. Die Metaanalyse von van den Boogard et al. (2019) beinhaltet zehn qualitative Untersuchungen, in der Menschen mit i. B. selbst zu möglichen Gründen für Krisen befragt wurden. Als in der Psyche bzw. in der Persönlichkeit liegende Gründe für Krisen wurden ein geringes Selbstbewusstsein (Aspekt der sozialen Kompetenz), Traumatisierungen (sexueller, physischer

und emotionaler Missbrauch und andere traumatische Ereignisse), psychische Erkrankungen und mangelnde Copingstrategien bei negativen Emotionen genannt. In der Studie von van den Bogaard et al. (2019) heißt es vom Personenkreis weiter, Autoaggressionen seien eine Form der Selbsthilfe, um mit Gefühlen wie Trauer, Ärger, Schuld und Scham, aber auch Frustration oder Langeweile umzugehen. Im Umkehrschluss sind Emotionsregulationskompetenzen und eine interessenorientierte, intellektuelle Stimulation Ressourcen, die selbstverletzendes Verhalten vermeiden könnten. Für die Emotionsregulation ist die Emotionsdifferenzierung eine Voraussetzung. Otsuka et al. (2017) belegen in einer Stichprobe von Menschen mit ASS ohne i. B., dass die Emotionsdifferenzierung einen direkten Einfluss auf das allgemeine adaptive Funktionsniveau hat. Je stärker diese Kompetenz ausgeprägt ist, desto selbständiger gelingt der Umgang mit Anforderungen.

Aus erfolgreichen Interventionen, die an den Funktionsbereichen anknüpfen, können ebenfalls mögliche Ressourcen in Krisen abgeleitet werden. Abraha et al. (2017) haben die Wirksamkeit von nichtpharmakologischen Interventionen auf Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Demenz untersucht. Sie fanden eine positive Wirkung von sensorischer Stimulation (z. B. Aromatherapie), kognitiv-emotionalen Interventionen (z. B. kognitive Stimulation) und verhaltenstherapeutischen Techniken. Akkupunktur konnte in dieser Studie fremdaggressive Verhaltensweisen reduzieren. Alle Maßnahmen erwiesen sich als effektive und nebenwirkungsfreie Therapien (Abraha et al., 2017).

Wie benannt, gehören auch psychotherapeutische Interventionen zu den häufig angewendeten Verfahren zum Abbau herausfordernder Verhaltensweisen (Heyvaert et al., 2010). Die Quantifizierung der Effektivität von Psychotherapien bei Menschen mit i. B. gestaltet sich jedoch schwierig (Flynn, 2012). Gängige Verfahren müssen für Menschen mit i. B. modifiziert werden (Flynn, 2012; Voß et al. 2008). Dies ist nur zu einem bestimmten Grad mit ihrem theoretischen Unterbau vereinbar. Insbesondere bei psychoanalytischen und psychodynamischen Verfahren gibt es große Hürden, ihre Anwendbarkeit auf Menschen mit i. B. zu begründen und zu belegen (Flynn, 2012). Auch der Review von Shepherd und Nigel (2017) benennt die spärliche Studienlage zur Wirksamkeit psychoanalytischer und psychodynamischer Verfahren. Letztere würden zwar Effekte erzielen, seien aber nicht effizient. Für die Psychoanalyse mit diesem Personenkreis fanden die Autor*innen keinen Wirksamkeitsbeleg. Andere Verfahren hingegen seien durchaus

vielversprechend (Flynn, 2012). Thompson Prout Brooke und Browning (2011) fassen in ihrem Review zusammen, dass Psychotherapie moderate Effektstärken bei adoleszenten, erwachsenen Menschen und Kindern mit i. B. erzielen kann. Dies insbesondere für den Abbau von Verhaltensauffälligkeiten. Als wirksam erwiesen sich kognitiv behaviorale Therapien und die *imagery-rehearsal therapy* – ein mit Imaginationen arbeitendes Verfahren zur Reduzierung von Alpträumen- z. B. bei Posttraumatischen Belastungsstörungen und/ oder Angststörungen. Beide Therapieformen knüpfen an kognitiven Kompetenzen an.

Die Breite der wirksamen Therapien nimmt im Erwachsenenbereich zu (Thompson Prout Brooke & Browning, 2011). Hier sind auch eine Reihe gruppentherapeutischer Verfahren, welche die Nutzung sozialer Kompetenzen beinhaltet, geeignet, um das „Wutmanagement“, eine emotionale Kompetenz zu verbessern (Thompson Prout Brooke & Browning, 2011). Die adaptierte Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) für Menschen mit i. B. enthält solche gruppentherapeutischen Elemente, diese werden um psychotherapeutische Sitzungen im Einzelsetting ergänzt (Voß et al., 2008). Die DBT fußt auf einer bio-sozialen Theorie als Erklärungsmodell für die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) (Barrett et al., 2019). Demnach sind sowohl eine Hypersensitivität des limbischen Systems auf emotionale Stimuli, als auch ein invalides Umfeld ursächlich für die Entstehung der BPS (Barrett et al., 2019). Das verhaltenstherapeutische Verfahren fokussiert auch in der adaptierten Form auf die Förderung von Achtsamkeit und der interpersonellen Kompetenzen, die Verbesserung der Emotionsregulation sowie der Stresstoleranz (Brown et al., 2013, Voß et al., 2008). Es werden demnach kognitive, soziale und emotionale Kompetenzen im Therapieverlauf genutzt und aufgebaut. Die DBT ist wirksam zur Behandlung von Personen mit i. B., die Symptome der Impulsivität und der emotionalen Instabilität zeigen (Barrett, 2019, S. 370 ff.). Insbesondere aggressive Verhaltensweisen werden durch die Behandlung reduziert (Brown et al., 2013).

3.3 Die soziale Dimension

Da Verhalten immer das Ergebnis der Interaktion zwischen einer Person und ihrer Umwelt ist (Wittchen et al., 2020, S. 23), haben die professionellen Assistent*innen der Menschen mit i. B. wesentlichen Einfluss auf deren Erleben von Stressoren und ihren Umgang damit (van den Boogaard, 2019). In der Studie von van den Bogaard et al. (2019) gaben

die Personen mit i. B. an, dass negative Emotionen der Assistent*innen Krisen begünstigen. Dies gilt auch für die Anwesenheit anderer gestresster oder negativ gestimmter Klient*innen (van den Boogard et al., 2019). Dieses Phänomen, Gefühlsansteckung genannt, betrifft sowohl positive als auch negative Emotionen (Eichmann, 2014). Positive Emotionen innerhalb sozialer Kontexte fördern beispielsweise die Kooperationsbereitschaft (Eichmann, 2014). Auch die Aufgeschlossenheit gegenüber der Bewältigung von Anforderungen, das interpersonelle Vertrauen und die soziale Unterstützung wird durch positive Affekte im sozialen Kontext gefördert (Burns et al., 2008). Hierdurch entsteht eine „Aufwärtsspirale“ (Burns et al., 2008). Ein positives Miteinander, das Gefühl, von den Assistent*innen angenommen zu sein und ein nur gering spürbarer Machtunterschied zum Assistenzsystem sowie die Möglichkeit, Entscheidungen zu treffen, verringern die aggressiven Verhaltensweisen (van den Boogard, 2019). Positive Affekte der Assistent*innen und ausgeglichene andere Klient*innen im Umfeld erleichtern demnach den Umgang mit externen und internalen Stressoren. Ein professionelles Assistenzsystem kann in der Krise eine starke Ressource für die betreffende Person sein. Hierfür sprechen Wirksamkeitsbelege jener Interventionsstrategien, die das soziale Bezugssystem und Umgebungsaspekte berücksichtigen. Psychotherapeutische Interventionen werden oft gemeinsam mit Interventionen, die Umfeld Faktoren beinhalten eingesetzt (Heyvaert et al., 2010). In ihrer Metaanalyse zeigten Heyvaert et al. (2010), dass die kontextbezogenen Interventionen, z. B. multidisziplinäre Ansätze oder Methoden, die auf eine Veränderung der Umwelt fokussieren, die Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit i. B. signifikant reduzierten.

Ein solches Programm hält der Low Arousal Ansatz von McDonnell (2002) bereit (Hejlskov Elvén, 2017). Ausgehend von kognitiv-behavioralen Theorien und Belegen, dass die Intensität und die Häufigkeit von Impulsdurchbrüchen mit steigender physiologischem Erregungsniveau (Arousal) zunimmt, entwickelte er das Deeskalationsprogramm „Studio-3“ (Conty, 2019; Hejlskov Elvén, 2017; McDonnell et al. 2015). Dieses non-invasive Programm befähigt Assistent*innen in Schulungen zum professionellen Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen im Sinne der Prävention und Deeskalation von Krisen (Conty, 2019). Hierbei wird ein besonderes Augenmerk auf die Professionalisierung hinsichtlich der Anpassung der Anforderungen durch die Assistent*innen gelegt. Eine emotionale Überforderung und Hilflosigkeit der betroffenen Person muss vermieden werden

(McDonnell et al., 2015). In Krisen spielen von Assistent*innen bereitgestellte Ablenkung und angenehme Reize eine wesentliche Rolle, um eine schnelle Reduzierung des Arousals zu erreichen (Conty, 2019). Diese Intervention kann insbesondere zur kurzfristigen Handhabbarkeit von Aggressionen brauchbare Strategien bereithalten. Wirksamkeitsbelege müssen weiterhin erbracht werden (McDonnell et al., 2015).

Auch die positive Verhaltensunterstützung (PVU) ist ein nicht invasives Deeskalationsprogramm, welches u.a. auf die Veränderung des Personals im Umgang mit Krisen setzt (Davies et al. 2015, Theunissen, 2019). Auch bei starken Verhaltensauffälligkeiten sind nicht invasive Interventionen den aversiven, restriktiven oder medikamentösen Interventionen häufig überlegen (Theunissen, 2019). Die PVU hat ihren Ursprung in den 1980er Jahren im US-amerikanischen Raum unter dem Namen *positive behavior support* und fußt auf lerntheoretischen Ansätzen (Theunissen, 2019). Hier wird eine Ressourcenorientierung explizit benannt (Theunissen, 2008 b). Ein dreistufiges Interventionskonzept soll die Handlungsfähigkeit des Personals in der Begleitung von Krisen herstellen (Davies et al. 2015, Theunissen, 2019). Diese Stufen sind, erstens, die Überprüfung der institutionellen Rahmenbedingungen; zweitens gruppenbezogene Maßnahmen, die soziales Lernen ermöglichen und zuletzt Einzelhilfeangeboten. Unter dem Begriff „Bezugspunkte“ werden u.a. eine ressourcenorientierte und empowernde Grundhaltung sowie Entwicklungsgemäßheit benannt (Theunissen, 2019). Theunissen (2019) betont die Bedeutung von Stärkenaktivierung, um adaptives Verhalten aufzubauen. Der Anwendung der PVU geht ein Verständnis für die Funktion des Verhaltens der Person voraus (Theunissen, 2019). Teilweise führt allein die Arbeit mit dem Team schon zur Auflösung des krisenhaften Verhaltens (Theunissen, 2008 a). Weiterbildungen des Personals in PVU haben einen positiven Einfluss auf die Selbstsicherheit des Personals im Umgang mit Krisen. Weiter werden den Klient*innen weniger negative Zuschreibungen durch das Personal zuteil. Dies führt zu besseren Unterstützungsangeboten in Krisen (Davies et al., 2015).

Eltern gehören ebenfalls zum nahen, sozialen Bezugssystem der Menschen mit i. B. Die frühe und spätere Beziehung zu den Eltern kann daher großen Einfluss auf die Bewältigung von Herausforderungen haben (Anm. d. A.). Die enge Verbindung zwischen den Dimensionen des integrativen Ansatzes wird hier erneut offensichtlich. Die Verknüpfung zwischen frühen Bindungserfahrungen und der neuronalen Entwicklung wurde oben

benannt. Für den Erwerb sozialer Kompetenzen gelten der Erziehungsstil der Eltern, die Funktionalität der Familie und der sozioökonomische Status im Elternhaus als Prädiktoren (Kok et al., 2014). Des Weiteren erhöht eine sichere frühkindliche Bindung an die Eltern die aktuelle, aber auch spätere Resilienz im späteren Umgang mit Stressoren (Wittchen et al. 2020, S. 25). Mit der Geburt eines Kindes mit Beeinträchtigung kommt es jedoch mitunter zu dysfunktionalen Wechselwirkungen in der Eltern-Kind-Beziehung (Retzlaff, 2014, S. 373 ff.). Negative Gefühle der Eltern wie Wut, Trauer, Enttäuschung und Verzweiflung beeinträchtigen die elterliche Kommunikation und die Beziehung zu ihrem Kind. Dies hat zur Folge, dass das Kind eigene negative Gefühle nur eingeschränkt regulieren kann. Kindern gelingt die eigene emotionale und homöostatische Regulation in den ersten Monaten nur im direkten -physische und emotionale Bedürfnisse befriedigenden- Kontakt zu den Eltern. Geschieht dies nicht, kommt es zu einer weiteren Belastung der Eltern-Kind-Beziehung (Retzlaff, 2014, S. 373 ff.). Eine solche durch die soziale Umwelt bedingte Negativspirale benennt auch Asisi, (2015, S. 126), wenn er darauf verweist, dass Kinder, die aggressive Verhaltensweisen zeigen, häufig von anderen Kindern abgelehnt werden und daher weniger soziale Lernerfahrungen machen können. Inwiefern eine positive Kommunikation zu den Eltern auch später als Ressource in Krisen wahrgenommen wird, wurde bisher nicht untersucht. In einer Studie von Brown et al. (2016) aber wurden Personen mit i. B., die in der Vergangenheit Aggressionen gezeigt haben, hinsichtlich ihrer Einschätzung der Qualität der Beziehung zu ihren Eltern befragt. Die Beziehung zu den Eltern sei vor allem durch schikanierendes Verhalten der Eltern, eine beidseitig bestehende geringe Verhaltenskontrolle und Substanzmissbrauch auf beiden Seiten belastet gewesen. Positiven Einfluss auf die Verhaltensregulation hat hingegen Flexibilität, Vertrauen, das Ausdrücken von Affekten, Kommunikation und die Wiederaufnahme in das häusliche Umfeld nach einem Klinikaufenthalt (Brown et al., 2016).

Umgebungsfaktoren müssen ebenfalls der sozialen Dimension zugeordnet werden. Nach Einschätzung der interviewten Personen bei van den Boogard et al. (2019) kann es auch dadurch zu selbstverletzenden Verhaltensweisen kommen, dass Personen Zugang zu entsprechenden Werkzeugen erhalten. Selbstverletzendes Verhalten entstehe aber auch durch eine geschlossene Umgebung und das Gefühl, aus der Gesellschaft ausgeschlossen zu sein (van den Boogard et al., 2019). So können sowohl eine gefähderungsfreie -und somit Zugänge beschränkende- Umgebung, als auch im Gegensatz dazu,

uneingeschränkte gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten Schutzfaktoren in Krisen darstellen. Die Bedeutung einer passenden Umgebung wird auch in der Studie von Abraha et al. (2017) untermauert. Hier erwies sich eine demenzsensible räumliche Anpassung als wirksame Strategie zum Abbau herausfordernder Verhaltensweisen. Tyrer et al., 2006 finden einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Leben in Institutionen und Aggressionen in Krisen. Eine Kausalität lässt sich daraus nicht ableiten (Anm. d. A.).

3.4 Die entwicklungsbezogene Dimension

Die Berücksichtigung und Befriedigung entwicklungsangemessener, emotionaler Bedürfnisse sind die Grundlage für eine sichere Bindung und eine gesunde Entwicklung (Ainsworth & Bowlby, 1991). Die Negativspirale, die mit der Geburt eines Kindes mit Beeinträchtigung einhergeht, wurde bereits dargelegt. Schuengel et al. (2013) stellen in Ihrem Übersichtsartikel zu Bindung, intellektueller Beeinträchtigung und psychischer Gesundheit dar, dass Menschen mit i. B. häufiger mit Lebensbedingungen konfrontiert sind, die die Entwicklung von Bindungsstörungen wahrscheinlicher machen. Die Prävalenz traumatischer Erfahrungen und die Prävalenz von Traumafolgestörungen ist bei Menschen mit i. B. aus multiplen Gründen um ein Vielfaches erhöht (Hennicke, 2015). Der Personenkreis selbst benennt Traumatisierungen ebenfalls als mögliche Gründe für Krisen (van den Boogard et al., 2019). Menschen mit i. B. tragen ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko, u. A. eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln (Sappok et al., 2010). Sie zeigen häufig auch noch im Erwachsenenalter Symptome einer reaktiven Bindungsstörung (Došen, 2018, S. 281 f.). Diese Diagnose wird im ICD-10 den Störungen des Kindes und Jugendalters zugeordnet und geht mit einem Mangel an emotionalen und sozialen Kompetenzen einher (WHO, 1994). Sie entsteht durch soziale und affektive Verwahrlosung sowie durch Misshandlungen (Došen, 2018, S. 282). Die Sicherung bzw. Wiederherstellung der basalen Sicherheit durch eine angemessene Berücksichtigung entwicklungsangemessener Bedürfnisse durch das Bezugssystem kann diesen Personen helfen, aggressive Verhaltensweisen abzubauen (Došen, 2018, S. 283)

Insbesondere die emotionale Entwicklung steht in einem engen Zusammenhang mit einem professionellen Verständnis über herausfordernde Verhaltensweisen (Došen, 2018). Emotionen dienen der Adaption an Situationen, die entweder soziale Unterstützung vorhalten oder an bedrohliche Situationen, die abwehrendes Verhalten erfordern (Izzard,

2007). Sie stehen in engem Zusammenhang mit den Motivationssystemen von Individuen und formen so das Verhalten (Grawe, 2004). Mit den unterscheidbaren Phasen der emotionalen Entwicklung stehen dem Individuum auch unterscheidbare Kompetenzen zur Adaption an die Umwelt zur Verfügung, um die entwicklungsbedingten emotionalen Grundbedürfnisse zu befriedigen (Došen, 2018). Aus den Phasen der emotionalen Entwicklung und den Kompetenzen in diesem Bereich können sich Erklärungen für die Beobachtung herausfordernder Verhaltensweisen erschließen.

Die Skala der emotionalen Entwicklung – Diagnostik (SEED) von Sappok et al. (2018) basiert auf dem entwicklungs-dynamischen Modell von Došen (2018). Die Erfassung spezifischer Kompetenzen in acht Entwicklungsdomänen⁹ gibt Aufschluss über das emotionale Entwicklungsniveau einer Person entsprechend des Referenzalters typisch entwickelter Kinder (Sappok et al., 2018). Pro Entwicklungsphase stehen in jeder Domäne fünf Items zur Verfügung. Diese benennen entwicklungstypische Verhaltensweisen in Bezug auf den jeweiligen Bereich. In der ersten Domäne wird z. B. erfragt ob durch den Einsatz des Körpers in provokanter Weise (sich ausziehen, hinwerfen) versucht wird den eigenen Willen durchzusetzen. Dies wäre ein typisches Verhalten für ein Entwicklungsalter von 1,5 – 3 Jahren (Sappok et al. 2018). Im Bereich der Emotionsdifferenzierung ist es für ein Entwicklungsalter von 7 bis 18 Monaten entwicklungsentsprechend, aversiv auf fehlende Kontaktmöglichkeiten zur Bezugsperson zu reagieren (Sappok et al., 2018). Im Bereich der Affektdifferenzierung sind aggressive Verhaltensweisen beobachtbar bis zu einem Referenzalter von 8-12 Jahren. In diesem Alter können Aggressionen noch immer aus einer starken Frustration und dem Gefühl von Bedrohung oder Benachteiligung heraus entstehen (Sappok et al., 2018). Das Fremdbeobachtungsverfahren erweist sich als reliables Verfahren im Bereich der Entwicklungstests (Sappok et al., 2018). Vom Phasenmodell der emotionalen Entwicklung ausgehend, nimmt die Quantität adaptiver, bzw. gewaltfreier, emotionaler Kompetenzen zu (Sappok et al., 2018). Sappok et al. (2013) belegen, dass, je niedriger der emotionale Entwicklungsstand einer Person ist, desto höher ist die Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhaltensauffälligkeiten. Dies steht im Einklang

⁹ 1. Umgang mit dem eigenen Körper, 2. Umgang mit Bezugspersonen, 3. Umgang mit Umgebungsfaktoren, 4. Emotionsdifferenzierung, 5. Umgang mit Peers (Gleichrangige), 6. Umgang mit der materiellen Welt, 7. Kommunikation und 8. Affektregulierung (Sappok et al., 2018).

damit, dass aggressive Tendenzen sich auch bei einer normalen kindlichen Entwicklung erst ab einem Alter von zwei bis vier Jahren reduzieren (Roth & Strüber, 2014, S. 14). 80 Prozent der Kinder im Alter von 12 und 17 Monaten zeigen aggressive Verhaltensweisen (Tremblay et al. 1999). Der Prozess der zunehmenden Impulskontrolle setzt sich bis in das Erwachsenenalter fort. Vor dem Hintergrund der sozioemotionalen Entwicklung können aggressive Verhaltensweisen in Teilen als normales - der Adaption dienliches - Verhalten betrachtet werden. Sie entsprechen mitunter einer entwicklungstypischen Adaption an die Umwelt und spiegeln lediglich die emotionalen Kompetenzen und Bedürfnisse einer Person wider (Sappok, et al. 2018, Sappok & Zepperitz, 2016, Zepperitz, 2022).

Damit können auch Aggressionen aus einem professionellen Verständnis heraus ressourcenorientiert betrachtet werden. Fortbildungsangebote zum entwicklungsbasierten Arbeiten mit diesem Personenkreis fußen auf diesem Grundverständnis. Sie setzen damit wie die oben genannten kontextbezogenen Interventionen zunächst bei der Veränderung des sozialen Bezugssystems an. Genauer, bei einer Veränderung der pädagogischen Begleitung der Menschen mit i. B. (Zepperitz, 2019). Dass ein professionelles Assistenzsystem eine Ressource im Umgang mit Krisen darstellt, wurde weiter oben bereits benannt (Heyvaert, 2010; Theunissen, 2019, van den Boogard et al., 2019). In Fortbildungen zur emotionalen Entwicklung und damit einhergehenden emotionalen Bedürfnissen werden professionelle Assistent*innen ebenfalls für ihre eigene Rolle sensibilisiert (Zepperitz, 2019). Inwieweit dies zu einer Reduzierung herausfordernder Verhaltensweisen beiträgt, wurde bisher empirisch noch nicht untersucht (Zepperitz, 2019). In der Studie von van den Boogard et al. (2019) geben Menschen mit i. B. allerdings an, dass die erlebte Unsicherheit in das soziale Bezugssystem Ursache für Autoaggressionen sein kann. Dies steht im Einklang mit den oben benannten Befunden zur Bedeutung einer sicheren Bindung für die psychische Gesundheit. Im Review von Thompson Prout Brooke und Browning (2011) zeigte sich, dass bindungsbasierte Therapien ebenfalls zu den wirksamen Verfahren zählen, um Verhaltensauffälligkeiten abzubauen. Feuerherd (2019) betont in seinem Beitrag zur Begleitung von Krisen die Wichtigkeit einer validierenden¹⁰ Gesprächsführung. Sie dient dazu, eine tragfähige und sichere Beziehung zur anderen Person

¹⁰ Validierende Gesprächsführung meint eine „bestätigende“ Gesprächsführung, die das einführende Verstehen zur Herausarbeitung von Lösungen beinhaltet. Wichtige Kommunikationstechniken sind diesbezüglich das aufnehmende und aktive Zuhören (Feuerherd, 2019)

aufzubauen (Hammer & Plöbl, 2020, S.16 ff.). Insgesamt dienen diese Interventionen dazu Personen auch in der Hilflosigkeit einen gefähndungsfreien Umgang mit negativen Gefühlen zu ermöglichen und ein stabiles Beziehungsangebot zu machen (Anm. d. Autorin).

4. Fragestellung - Annahmen

In der vertiefenden Auseinandersetzung mit dem vorliegenden Thema wird bestätigt, wie von Gühne et al. (2019, S. 405 ff.) festgestellt, dass die psychiatrische und psychologische Forschung noch nicht beim hier interessierenden Personenkreis aufgeholt hat. Bestehende differenzierte Erfassungsmethoden und -instrumente von Ressourcen beruhen vor allem auf biopsychosozialen Modellen. Die Anwendung eines großen Teils der bestehenden wissenschaftlichen Belege und Instrumente der psychologischen Diagnostik ist aber nicht ohne weiteres auf Menschen mit i. B. anwendbar (Došen, 2018, Sappok, 2019 a). Spezifische, die Entwicklungsperspektive notwendigerweise berücksichtigende Verfahren für Menschen mit i. B. fehlen. Ressourcenmodelle, die diese integrative Perspektive berücksichtigen, wären eine notwendige Voraussetzung für diese Entwicklung (Anm. d. A.).

Es ist unbestritten, dass die Stärkung von Ressourcen eine wichtige Säule der meisten psychotherapeutischen – nicht nur systemisch orientierten – Interventionen darstellt. So gibt es ein breites Spektrum, um Ressourcen über Selbstauskünfte zu erfassen (Willutzki, 2008, S. 254 ff.). Eine systematische, theoriegeleitete Erfassung von Ressourcen bei Menschen mit i. B. über Selbstauskünfte mag in der Praxis eventuell Anwendung finden. Belege sowie Instrumente, die, im besten Fall, mit dem Personenkreis entwickelt und von ihm als geeignet bewertet werden, fehlen. Die Forschung hat sich dem Thema bisher mit einem defizitär anmutenden Interesse über die Beschreibung von Risikofaktoren für Krisen angenähert (Heyvaert et al., 2010; van den Bogaard, 2018; Crocker et al., 2007 u.v.m.). Diese Forschung bleibt wichtig und notwendig. Sie ist zentral, um das methodische Vorgehen in dieser Arbeit möglichst gut an die Bedarfe des hier interessierenden Personenkreises anzupassen. Sie wird allerdings dem Personenkreis und dem, was sie ihren sozialen Bezugssystemen beizusteuern haben, nicht gerecht (Anm. d. A.). Der integrative Ansatz nach Došen (2018) deckt die Vielschichtigkeit auf, die es zu beachten gilt, um das Erleben und Verhalten von Menschen mit i. B. in Krisen analysieren zu können. Die Studienlage zeigt: In jeder Dimension, der biologischen, der funktionalen, der

sozialen und der entwicklungsbezogenen Ebene lassen sich positive sowie negative Einflussfaktoren in Zusammenhang mit Verhaltensauffälligkeiten finden. Folgende übergeordnete Fragestellung ergibt sich daraus:

(F 1): Inwiefern lassen sich die selbst wahrgenommenen Ressourcen von Menschen mit i. B. und psychischer Erkrankung in Krisen in ein integratives Ressourcenmodell mit der biologischen, der funktionalen, der sozialen und der entwicklungsbezogenen Dimension einordnen?

Die Studienlage zu den Einflussfaktoren auf Krisen und auch die Übersicht über Interventionsmöglichkeiten machen deutlich, dass jede Dimension durch mehrere, einflussnehmende Faktoren beschreibbar ist. So haben in der biologischen Dimension die neurologischen Voraussetzungen innerhalb verschiedener Gehirnareale unterschiedlichen Einfluss auf die Erlangung sozialer Kompetenzen, auf die Fähigkeit der Emotionsregulation, auf die Ausdrucksfähigkeit und andere einflussnehmende Faktoren auf die Entstehung und Bewältigung von Krisen (Bienas et al., 2019; Crocker et al. 2007; Heyvaert et al. 2010, Kok et al., 2014, Roth & Strüber, 2014; Sysoeva et al., 2009). Ebenso sind Schmerzen und das körperliche Wohlbefinden einer Person Einflussfaktoren auf die Entstehung von Krisen (Bienas et al., 2019; Rattaz et al., 2018). Auch medikamentöse Therapien setzen auf der biologischen Ebene an (Došen, 2018; Heyvaert et al., 2010; Schanze, 2019, S. 343 ff.). Daraus ergibt sich die Annahme (A 1).

(A 1): Biologische Ressourcen lassen sich den Kernressourcen „neuronale Voraussetzungen“, „körperliches Wohlbefinden“ und „medikamentöse Intervention“ zuordnen.

In Došens (2018) Ansatz werden auf der funktionalen Ebene sensomotorische, kognitive, soziale und emotionale Kompetenzen berücksichtigt. Auch in diesem Bereich zeigt die Studienlage mehrere daran anknüpfende Einflussfaktoren auf die Bewältigung von Krisen. Hierzu zählen persönliche Copingstrategien, die psychische Gesundheit, Problemlösekompetenzen, Bindungsverhalten, das emotionale Erleben, bzw. Kompetenzen der Emotionsregulation, die Stressverarbeitung und soziale Kompetenzen (Brown et al., 2013; Heyvaert et al., 2010; Janssen et al., 2002; Schuengel et al., 2013; van den Bogaard et al., 2018). Im Bereich der Interventionsstrategien wird die funktionale Dimension ebenfalls berücksichtigt. Verschiedene psychotherapeutische Interventionen erwiesen

sich als wirksam (Barett et al., 2019; Brown et al., 2013; Flynn, 2012; Thompson Prout Brooke & Browning, 2011; Voß et al., 2008). Dies gilt auch für Interventionen, die die sensorische oder kognitive Stimulation beinhalten (Abraha et al. 2017) sowie achtsamkeitsbasierte Verfahren (Griffith et al. 2019). Ob betroffene Personen Ressourcen in der Krise wahrnehmen, die sich in die funktionalen Entwicklungsbereiche einordnen lassen, wurde bisher nicht untersucht. Folgende Annahme soll getroffen werden:

(A 2): Die funktionale Dimension eines integrativen Ressourcenmodells lässt sich über die Kernressourcen „Sensomotorische Kompetenzen“, „Kognitive Kompetenzen“, „Soziale Kompetenzen“ und „Emotionale Kompetenzen“ abbilden.

Für die soziale Dimension wird mehrfach festgestellt, dass das Assistenzsystem einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von Krisen ausübt. So wird Assistent*innen als krisenauslösender Faktor, eine prägnante Rolle zuteil, aber auch in diversen Interventionsstrategien (Conty, 2019; Davies et al., 2015; Hejlskov Elvén, 2017; McDonnell, 2015; Theunissen, 2019; van den Bogaard, et al. 2019). In diese Dimension fallen auch räumliche Bedingungen (Abraha et al., 2017; Heyvaert et al.; van den Bogaard et al., 2018) und Faktoren, die mit der gesellschaftlichen Stellung von Menschen mit i. B. einhergehen (Heyvaert et al., 2010, van den Bogaard et al., 2018). Die Beziehung zu Eltern und der Einfluss anderer Klient*innen wird ebenfalls benannt (Brown, 2016; van den Bogaard, 2019). Folgendes wird daher angenommen:

(A 3): Die soziale Dimension des Ressourcenmodells lässt sich in die Kernressourcen „Professionelle Assistenz“, „Familiäre Anbindung“, „Freundschaften“, „Gesellschaftliche Teilhabe“ und eine „Passende Umgebung“ beschreiben.

Unter die entwicklungsbezogene Dimension können nicht einfach die funktionalen Kompetenzen auf einem bestimmten Entwicklungsniveau gefasst werden. Folgt man dem integrativen Ansatz von Došen (2018), so sind diese Kompetenzen, wie auch im biopsychosozialen Modell, als zur psychischen Struktur einer Person zählend zu betrachten. Die Berücksichtigung der Entwicklungsdimension zielt darauf ab, psychische Grundbedürfnisse, entsprechend des kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklungsniveaus zu berücksichtigen (Došen, 2018). Die Studienlage zum Nutzen einer entwicklungsorientierten Begleitung in psychischen Krisen ist noch nicht ausgereift. (Sappok & Zepperitz,

2016; Zepperitz, 2019). Belege über die Wirksamkeit von Bindungstherapien und die Erfahrungen einer annehmenden Grundhaltung in der Gesprächsführung (Feuerherd, 2019; Hammer & Pleuß, 2020, S. 16 ff.; Thompson Prout Brooke & Browning, 2011) sprechen jedoch für die Bedeutung der Anerkennung psychologischer Grundbedürfnisse in der Krise von Menschen mit i. B. Dies begründet die fünfte Annahme für diese Untersuchung.

(A 4): Die entwicklungsbezogene Dimension eines integrativen Ressourcenmodells lässt sich über die Kernressourcen „Angemessene kognitive Anforderungen“, „Angemessene soziale Anforderungen“ und „Berücksichtigung emotionaler Bedürfnisse“ abbilden.

5. Methode

Es wurde bereits benannt, dass Menschen mit i. B. selten direkt an psychologischer Forschung partizipieren und dies zu einem Defizit von psychologisch relevantem Wissen über und für diesen Personenkreis führt. Aus diesem Mangel ergibt sich ein qualitatives Design zur Beantwortung der Fragestellung und Überprüfung der Annahmen. Der zugrunde liegende Prozess dieser Schlussfolgerung ist Inhalt des nächsten Abschnitts.

5.1 Projektprozess

Mit der Kombination des Begriffes „intellektuelle Beeinträchtigung“ und einem der weiteren Schlagworte: „Ressourcen“, „Krisen (Interventionen)“ oder „psychische Erkrankung“ sowie Synonymen und Variationen der Begrifflichkeiten, in englischer und in deutscher Sprache, erfolgte die orientierende und explorierende Recherche auf <https://scholar.google.com>; <https://link.springer.com>, <https://www.pubpsych.de> und <https://fu-berlin.primo.exlibrisgroup.com>. Einer näheren Betrachtung und Analyse wurden nur jene Studien für die Ausführungen des theoretischen Hintergrundes und die Darstellung der Studienlage und Untersuchungskonzeption unterzogen, die sich mit psychischen Krisen oder Ressourcen von Menschen mit i. B. befassen. Darüber hinaus diente spezifische Fachliteratur bezüglich des Personenkreises Menschen mit i. B. und psychischer Erkrankung sowie Literatur zum Umgang mit Krisen bei diesem Personenkreis als Informationsquelle. Nach dem Schneeballsystem wurde die in diesen Werken und Studien zitierte Primärliteratur zusätzlich einbezogen. Im Verlauf wurden ergänzende Informationen bei fehlender Studienlage über die oben genannten Portale eingeholt.

Mayring (2022, S. 20) gibt zu bedenken, dass zu Beginn einer jeden wissenschaftlichen Untersuchung zunächst eine qualitative Frage steht, nämlich die Frage: Was soll untersucht werden? Er argumentiert, dass mit der Übernahme quantitativer Instrumente auch alle vorhergehenden qualitativen Analyseschritte implizit übernommen werden. Quantitative Methoden haben ihre Berechtigung. Sie müssen aber im Lichte des Untersuchungsgegenstandes kritisch betrachtet werden (Mayring, 2022, S. 20 ff.). Festgelegte Variablen können auf Theorien verweisen, nicht aber auf das Alltagsleben von Personen (Mayring, 2022,). Dies hat zur Folge, dass die Anwendung bestehender Theorien, Belege und Instrumente der klinischen Psychologie für den hier im Fokus stehenden Personenkreis nicht uneingeschränkt erfolgen kann. Sind diese Elemente Ergebnisse eines Forschungsprozesses gewesen, der Menschen mit i. B. exkludierte, so vernachlässigen diese Resultate die besondere Lebens- und Entwicklungsrealität, die mit einer intellektuellen Beeinträchtigung einhergeht. Sie können demnach lediglich Anhaltspunkte zur Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen bezüglich dieses Personenkreises liefern. Die Personen müssen direkt beteiligt werden, um hier Forschungslücken zu schließen (Anm. d. A.).

Rittmannsberger et al. (2020) liefern einen Anhaltspunkt dafür, dass eine Übertragung der Ergebnisse bisheriger psychologischer Forschung auf die Population von Menschen mit i. B. nicht ohne weiteres möglich und sinnvoll ist. Die Autor*innen untersuchten den Zusammenhang zwischen Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und herausfordernder Verhaltensweisen bei Menschen mit i. B. Es wurden sowohl professionell Tätige, als auch die betroffenen Personen selbst befragt. Es zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse bezüglich eines Zusammenhangs. Bei der Analyse der Ergebnisse der Befragung der Menschen mit i. B. konnte, im Gegensatz zur Stichprobe der Mitarbeitenden, kein Zusammenhang zwischen den Symptomen einer PTBS und herausfordernden Verhaltensweisen gefunden werden (Rittmannsberger et al., 2020). Die Autor*innen gelangen zu dem Schluss, dass die Möglichkeiten der direkten Befragung dieses Personenkreises für künftige Studien weiterentwickelt werden müssen (Rittmannsberger et al., 2020). Die qualitative Inhaltsanalyse ermöglicht die objektive Beantwortung von Fragestellungen bezüglich in sich strukturierter Sozialgefüge (Mayring, 2022, S. 32).

Aus der Notwendigkeit, den Personenkreis direkt zu beteiligen, ergibt sich weiter, dass die Methode der Informationsgewinnung unterschiedliche kognitive Voraussetzungen

berücksichtigen können muss. Mangelnde Fähigkeiten im Bereich der Kulturtechniken sollten kein Ausschlusskriterium für die Teilnahme an dieser Studie sein. Der intellektuelle Zugang zu vorhandenen Ressourcen beim interessierenden Personenkreis ist u. U. aufgrund ihrer Beeinträchtigung, aber auch aufgrund der psychischen Erkrankung eingeschränkt (Schär et al., 2012, S. 133 ff.). Aus diesen Vorüberlegungen ergibt sich, dass die Erhebungsmethode folgendes berücksichtigen muss: Personen sollen sich verbal zu Ressourcen in Krisen äußern können. Teilnehmende sollten jederzeit Verständnisfragen stellen können und die Methode sollte die Möglichkeit bereithalten, gegebenenfalls eine differenzierte Betrachtung von Ressourcen in Krisen zu unterstützen. Priorität hat die Anerkennung und Berücksichtigung der besonderen Perspektive von Menschen mit i. B.

Dies leistet die Methode der qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2022). Sie bietet auch die Möglichkeit, qualitativ erhobene Ergebnisse zu quantifizieren und so eingehender zu analysieren (Mayring, 2022, S. 20 ff.). Diese Methode dient der systematischen und regelgeleiteten Analyse von fixierter Kommunikation, um Rückschlüsse auf bestimmte Inhalte dieser Kommunikation zu ziehen. Es lassen sich zudem neue Erkenntnisse einer individuellen Perspektive generieren. (Mayring, 2022, S. 13). Als Analysematerial wurden für die vorliegende Arbeit Interviews geführt und die Aussagen von Personen mit i. B. und psychischer Erkrankung transkribiert. Bevor die Interviewpartner*innen und die Interviewform beschrieben werden, erfolgt die Beleuchtung der qualitativen Inhaltsanalyse mit der für diese Studie gewählten deduktiven Kategorienanwendung.

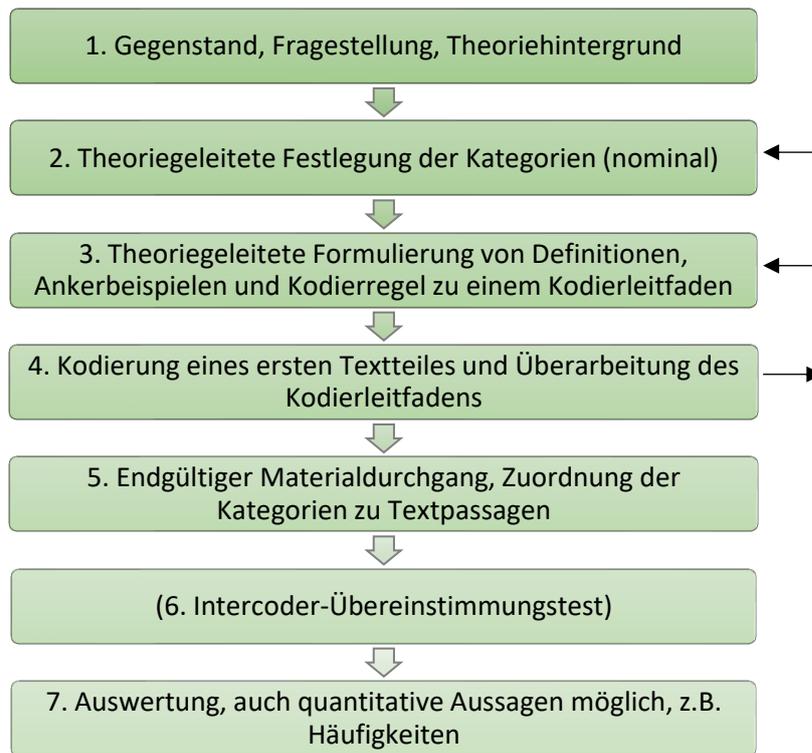
5.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring – Deduktive Kategorienanwendung

Je nach Fragestellung und theoretischem Hintergrund sind für die qualitative Inhaltsanalyse unterschiedliche Techniken möglich (Mayring, 2022, S. 49 ff.). Innerhalb der qualitativen Ansätze, ist häufig eine Skepsis gegenüber einem theoriegeleiteten Vorgehen erkennbar (Mayring, 2022, S. 17 ff.). Aus Mayrings (2022) Perspektive bedeutet ein theoriegeleitetes Vorgehen, dass an die Erfahrungen anderer Personen angeknüpft werden kann. Zur Beantwortung der hier vorliegenden Fragestellung wird sich für solch eine Variante der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) entschieden, die deduktive Kategorienanwendung, auch „Strukturierung“ genannt. Dieses Vorgehen erlaubte es, die Gesprächspartner*innen durch das Setzen theoretisch begründeter Impulse, anhand eines

Interviewleitfadens in Leichter Sprache bei einer differenzierten Betrachtungsweise von Ressourcen in Krisen zu unterstützen. Das Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung (Abb. 7) veranschaulicht das methodische Vorgehen der vorliegenden Studie.

Abbildung 7

Ablaufmodell der deduktiven Kategorienanwendung



Anmerkung: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring, 2022; S. 97. Schritt 6 kann im Rahmen dieser Masterarbeit nicht verwirklicht werden.

Die Untersuchung beginnt mit einem Forschungsgegenstand, der Theorie und einer Fragestellung (Mayring, 2022, S. 96 ff.). Der integrative Ansatz nach Došen (2018) bot die Basis des theoriegeleiteten Vorgehens. Hieraus ergibt sich die vorläufige Festlegung von Kategorien (Mayring, 2022, S. 97). Für komplexe Konstrukte sollten Unterkategorien gebildet werden (Mayring, 2022). Die vier Dimensionen ließen sich durch den theoretischen Unterbau des integrativen Ansatzes und die vertiefende Studienlage in vorab definierte Unterkategorien abbilden. Im dritten Schritt wird ein erster Entwurf des Kodierleitfadens erstellt. Tabelle 2 enthält die hier vorläufig festgelegten Kategorien und ihre Definitionen. Für die eindeutige Zuordnung von Textstellen zu Kategorien werden im Kodierleitfaden Abgrenzungs- bzw. Kodierungsregeln formuliert (Mayring, 2022, S. 97).

Tabelle 2

Vorläufig Kategorien und Definitionen des Kodierleitfadens

Dimension – Kategorien und Definitionen

Biologische Dimension

Neuronale Voraussetzungen: Spezifische als hilfreich erachtete Funktionen des zentralen Nervensystems

Körperliches Wohlbefinden: Die körperliche Gesundheit ist gegeben und körperliche Grundbedürfnisse sind erfüllt.

Medikamentöse Intervention: Die (psychiatrische oder somatische) Medikation wird als hilfreich empfunden.

Funktionale Dimension

Sensomotorische Kompetenzen: Motorische Fähigkeiten, die die Integration sensorischer Reize voraussetzen.

Kognitive Kompetenzen: Intellektuelle Fähigkeiten wie die Aufrechterhaltung und Lenkung von Aufmerksamkeit, Erinnerungs-, Lern- und Planungsfähigkeit, Problemlösekompetenz, Kreativität, Orientierung, Vorstellungskraft oder Willenssteuerung.

Soziale Kompetenzen: Funktionale Fähigkeiten, die eine notwendige Voraussetzung für die Bewältigung sozialer Interaktionen darstellen.

Emotionale Kompetenzen: Fähigkeit eigene Gefühle und die Gefühle Anderer zu erkennen sowie die eigenen Gefühle zu regulieren und diese auszudrücken

Soziale Dimension

Professionelle Assistenz: konkrete Tätigkeiten der Assistent*innen während der Krise, die als hilfreich wahrgenommen werden.

Familiäre Anbindung: Regelmäßiger positiver Kontakt zu Angehörigen

Freundschaften: Auf gegenseitiger Zuneigung beruhende Beziehung zu einer anderen Person.

Gesellschaftliche Teilhabe: Gestaltungsmöglichkeiten innerhalb der Gesellschaft. Dies beinhaltet die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und umfasst u. a. das politische Leben, kulturelle Aktivitäten sowie bezahlte und unbezahlte Arbeit.

Passende Umgebung: Dingliche als unterstützend/ positiv wahrgenommene Faktoren innerhalb der räumlichen Umwelt.

Entwicklungsdimension

Angemessene kognitive Anforderungen: Eine, das kognitive Entwicklungsniveau und intellektuelle Bedürfnisse berücksichtigende Anpassung der Situation.

Angemessene soziale Anforderungen: Eine, das soziale Entwicklungsniveau und soziale Bedürfnisse berücksichtigende Gestaltung sozialer Anforderung.

Berücksichtigung emotionaler Bedürfnisse: Befriedigung entwicklungsangemessener emotionaler Bedürfnisse

Der vollständige Entwurf des verwendeten Kodierleitfadens inklusive der Kodierungsregeln und Ankerbeispiele¹¹ ist in Anlage B enthalten.

Für diese im vierten Schritt vorgesehene Kodierung wird die Open-Access-Software „*QCAmap*“ verwendet. In dieser werden die Kategorien mit ihren Definitionen sowie ihren Kategorisierungsregeln angelegt. Das Textmaterial wird anonymisiert und als Wordokument hochgeladen. Hierfür wurden die Interviews zunächst mit dem webbasierten automatischen Transkriptionsprogramm *Amberscript* verschriftlicht. Die automatisch transkribierten Tonaufnahmen ergaben 99 Seiten Schriftmaterial. Parasprachliche Ereignisse wurden nicht mitnotiert, prosodische Elemente nur teilweise, wenn sie auch in der Schriftform zur Aussagekraft des Textes beitrugen. Die Transkription der Audioaufnahmen wurden einer umfassenden Korrektur durch die Untersucherin unterzogen. Da das Programm die Besonderheiten im Sprachausdruck der Gesprächspartner*innen (verwaschene Sprache, hohes Sprechtempo, Dialekte, sehr leise Sprache, stolpernder Sprachrhythmus) stark fehlerhaft übersetzte. Auf eine grammatikalische Korrektur der Aussagen wurde verzichtet, um eine Verfälschung der gegebenen Antworten zu vermeiden. Des Weiteren mussten neben Personenangaben auch einige Ortsangaben anonymisiert werden.

Die überarbeitete Transkription wurde auf die, für die Forschungsfrage relevanten, Aussagen der Gesprächspartner*innen reduziert. Dies diente der besseren Orientierung innerhalb des Textes und der späteren Nachvollziehbarkeit der gefundenen Ergebnisse. Die reduzierte Transkription der Interviews befindet sich in der Anlage C und stellt das Material für die Analyse dar. In *QCAmap* wurden relevanten Textstellen markiert und einer Kategorie zugeordnet¹². Die Mindestanforderung für die Zuordnung waren einzelne Worte. Jedoch konnten auch mehrere Sätze für eine eindeutige Kategorisierung nötig sein. Ergaben sich bei der Analyse weitere Kategorien und Kodierungsregeln, so wurden diese simultan im Kodierleitfaden ergänzt¹³. Der Kodierungsprozess wurde nach der Bearbeitung von ca. einem Drittel des Materials unterbrochen. Diese Überarbeitungsschleife ermöglicht sowohl ein theoriegeleitetes Vorgehen, als auch einen qualitativen Erkenntnisgewinn (Mayring, 2022, S. 96 ff.). Der um Ankerbeispiele und um neue Kategorien

¹¹ Ankerbeispiele sind im Analysematerial gefundene Aussagen, die besonders beispielhaft für eine Kategorie sind. Sie werden im laufenden Kodierungsprozess hinzugefügt (Mayring, 2022, S.96 f.)

¹² Schritt 4 der deduktiven Kategorienanwendung nach Mayring (2022)

¹³ Rückkopplungsprozess Schritt 2-4

ergänzte Leitfaden in Anlage D diente in einem fünften Schritt der erneuten, diesmal durchgängigen Kodierung des Analysematerials. Damit stellt diese Methode eine Schnittstelle zwischen induktiver und deduktiver Forschung dar (Mayring, 2022)¹⁴.

Der Prozess der qualitativen Inhaltsanalyse schließt mit der Auswertung der Ergebnisse. Hierfür stellt *QCAmap* Häufigkeitsangaben über die Anzahl der zugewiesenen Textstellen zu einer Kategorie, den Kodierleitfaden sowie eine Auflistung der zugewiesenen Textstellen mit der entsprechenden Kategorie als Exceltabellen zur Verfügung.

5.3 Interviewpartner*innen

Die Anerkennung der besonderen Lebensumstände und Lernerfahrungen, die mit der Diagnose einer intellektuellen Beeinträchtigung einhergehen, ist ein übergeordnetes Anliegen der Autorin. Dieses Anliegen beinhaltet auch, den Forschungsprozess so zu gestalten, dass die Benachteiligung – als Folge einer defizitären Sicht auf Menschen mit i. B. - durch die Beteiligung des betroffenen Personenkreises nicht weiter manifestiert wird. Dennoch mussten für dieses Forschungsvorhaben Kriterien für die in Frage kommende Stichprobe aus einem weiten Spektrum der hier interessierenden Population festgelegt werden. Als Gesprächspartner*innen wurden Personen ab einem Alter von 18 Jahren mit einer leichten bis mittleren i. B. und zusätzlicher psychischer Erkrankung in Betracht gezogen. Eine gewisse Verbalisierungs- und Reflexionsfähigkeit über vergangene Krisen musste erkennbar sein, damit die Entwicklung des Ressourcenmodells partizipativ gestaltet werden konnte. Die Personen sollten in der Vergangenheit bereits selbst Krisen erlebt haben. Diese Krisen sollten mit impulsiven, externalisierten Verhaltensweisen einhergehen.

Für das Interview wurden Personen, die diese Kriterien erfüllten, über professionelle Assistent*innen unter Verwendung einer schriftlichen Einladung (Anlage E) angesprochen. Die Akquise erfolgte an einem Berliner Standort eines großen gemeinnützigen Unternehmens mit mehreren Angeboten, unter anderem im Bereich der Teilhabe für Menschen mit Beeinträchtigung. Die kooperierende Einrichtung bietet zwei ambulante und ein stationäres Leistungsangebot für insgesamt 64 Menschen mit i. B. und zusätzlicher psychischer Erkrankung. Es oblag der fachlichen Einschätzung des professionellen Assistenzsystems, insbesondere der Leitungen der Bereiche, inwieweit eine Teilnahme an dieser Studie eine

¹⁴ Die von Mayring (2022) im sechsten Schritt vorgeschlagene Intercoderreliabilität konnte im Rahmen dieser Masterarbeit leider nicht berechnet werden.

zumutbare Herausforderung für ihre Klient*innen darstellt. Lagen erfahrungsgemäß negative Konsequenzen aufgrund einer Teilnahme (eventuell aufgrund einer psychoemotionalen Überforderung) im Bereich des Möglichen, so stellte dies ein Ausschlusskriterium dar. Elf Personen erfüllten die Kriterien für die Teilnahme. Von diesen erklärten sich sieben Personen¹⁵ bereit, ihre Erfahrungen im Interview zu teilen.

Das Durchschnittsalter der Personen lag bei 30,29 Jahren (M= 30,29; SD= 3,17). Weitere demographische Angaben wurden für das Geschlecht, die Wohnform, den Besuch einer externen Tagesstruktur und den Grad der i. B. erfasst. Tabelle 3 fasst die demographischen Angaben innerhalb der Gruppe der Gesprächspartner*innen zusammen.

Tabelle 3

*Demographische Angaben der Interviewpartner*innen*

Variable Ausprägung	Geschlecht		Wohnform		Externe Tagesstruktur		Grad der i. B.	
	männlich	weiblich	stationär	ambulant	ja	nein	leicht	mittel
(n)	5	2	3	4	6	1	4	3

Anmerkung: (N)=7

Drei Personen gaben an, Texte in leichter Sprache lesen zu können und jeweils zwei Personen gaben an, Schwierigkeiten beim Lesen von Texten auch in Leichter Sprache zu haben bzw. nicht lesen zu können. Eine ausreichend gute Ausdrucksfähigkeit war bei allen Gesprächspartner*innen gegeben. Auch das Sprachverständnis war bei allen Interviewpartner*innen mit der entsprechenden Anpassung des eigenen Sprechtempos und der Wortwahl durch die Interviewerin gegeben. Es gab starke Unterschiede bezüglich der Deutlichkeit des Sprachausdrucks und des Sprechrhythmus. Auch die Konzentrationsfähigkeit und die Weitschweifigkeit der Gedanken bzw. des Abstraktionsvermögens wiesen deutliche Unterschiede auf.

¹⁵ Die Beschreibung der Interviewpartner*innen kann nur in stark anonymisierter Form erfolgen, damit sichergestellt ist, dass einzelne Aussagen oder Beschreibungen keiner einzelnen Person zuzuordnen sind. So wird auch das Alter, entgegen wissenschaftlicher Konvention bei qualitativen Arbeiten nur als Mittelwert angegeben.

Folgende Diagnosen nach ICD- 10 begründen einen psychiatrischen Versorgungsbedarf der Interviewpartner*innen¹⁶: Organisch affektive Störung (F06.3), Emotional instabile Persönlichkeitsstörung - Typ Borderline (F60.31), Anpassungsstörung (F43.2), rezidivierende Depression (F33.9), ASS (F84.0), 2 x paranoide Schizophrenie (F20.0), 2 x Störung der Impulskontrolle (F63.-). Alle Interviewpartner*innen befinden sich fortlaufend in psychiatrischer Behandlung und nehmen täglich Psychopharmaka nach ärztlicher Verordnung ein. Zum Teil ist zusätzlich eine Bedarfsmedikation verordnet. Im Laufe ihres Lebens hatten die Gesprächspartner*innen eine oder mehrere länger andauernde stationäre Behandlungen sowie Krisenintervention in psychiatrischen Abteilungen. Situationen akuter Fremd- und/oder Selbstgefährdung aufgrund von Krisen haben alle Gesprächspartner*innen erlebt. Insgesamt reicht der Erfahrungshorizont der Interviewpartner*innen von massiven Angriffen auf andere Personen bis hin zu Suizidhandlungen.

5.4 Das qualitative Interview

Qualitative Interviews geben die Möglichkeit reflexiv und spontan kommunizierte, praktische Erfahrungen zu beleuchten (Bogner & Menz, 2002, S. 64). Die Methode sollte geeignet sein, die Interviewpartner*innen zu befähigen, ihre Erfahrungen trotz der Diagnose „intellektuelle Beeinträchtigung“ differenziert auszudrücken. Die Interviewmethode des problemzentrierten Interviews unter Verwendung eines barrierearmen Interviewleitfadens in Leichter Sprache¹⁷ hält diese Möglichkeit bereit. Die Anforderungen an Texte in Leichter Sprache sind unter Beteiligung von Menschen mit i. B. festgelegt. Sie beziehen sich sowohl auf formale als auch grammatikalische Regeln, die das Lesen und Verstehen von verbaler oder schriftlicher Information erleichtern (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2022). Folgende Überlegungen sind der Entscheidung für die Gestaltung der Interviews vorausgegangen: Personen mit i. B., die Krisen mit aggressiven Affektdurchbrüchen erleben, erfahren in der Regel auch starke negative Konsequenzen, wie beispielsweise die Beschränkung ihrer Teilhabemöglichkeiten (Emerson, 2001). Die

¹⁶ Die Diagnosen sind den in den Versorgungsinstitutionen befindlichen Dokumentationen und ärztlichen Unterlagen entnommen. Diese Diagnosen sind aus Gründen der Anonymisierung lediglich als zufällige Aufzählung zu verstehen, da bei den Personen häufig auch zwei Diagnosen vorliegen.

¹⁷ „Leichte Sprache“ gilt als Eigenname.

Gesprächspartner*innen müssen auch aufgrund ihrer psychischen Vulnerabilität ein hohes Vertrauen in die Interviewsituation und den Forschungsprozess fassen dürfen¹⁸.

Qualitative Interviews können von unterschiedlichen Arten des Involvements der interviewenden Person gekennzeichnet sein (Hopf, 1979, S. 18). Die Autorin ist durch ihre berufliche Tätigkeit keine unbekannte Person für die Interviewpartner*innen. Um die ethischen Grundprinzipien des wissenschaftlichen Forschens, Freiwilligkeit, informierte Einwilligung, Schutz vor Beeinträchtigung und Anonymisierung zu gewährleisten, musste die Umsetzung der Informationsgewinnung im Vorfeld sensibel abgewogen und geplant werden (Döring und Bortz, 2014, S. 124). Es musste auch abgewogen werden, dass die Möglichkeit bestand, dass die erhobene Daten durch den Bekanntheitsgrad stärkeren Versuchsleiter*inneneffekten unterliegen könnten (Döring & Bortz, 2014, S. 101). Auf der anderen Seite konnte die Erfahrung der Autorin mit dem hier interessierenden Personenkreis genutzt werden, um das Vertrauen in die Interviewsituation so aufzubauen, dass die Freiwilligkeit der Teilnahme jederzeit gegeben war. Hierfür musste dies den Gesprächspartner*innen wiederkehrend bewusst gemacht werden. Es war notwendig, dass die Personen verstanden und, wenn nötig, aktiv angeboten bekamen, das Interview ohne Nachteil beenden zu dürfen. Hierfür wurden beobachtbare Hinweise der Körpersprache beachtet, die einen Anstieg des Stresslevels signalisierten. Die Beendigung des Interviews wurde bei einer ansteigenden psychomotorischen Unruhe, bei einer steigenden Bedenkzeit für Antworten und, sofern vorher vorhanden, häufigeren Abbrüchen des Blickkontaktes sowie zunehmender Gesichtsröte angeboten. Sicherheit und die Vermeidung von Überforderung wurde auch durch die angewandten Kompetenzen der Interviewerin hinsichtlich der validierenden Gesprächsführung und der Leichten Sprache hergestellt.

Die Gesprächspartner*innen konnten jederzeit Verständnisfragen stellen. Dann wurden gezielt praxisnahe Erklärungen, unter Einbeziehung der Beispiele der Gesprächspartner*innen gegeben. Bei Bedarf wurden Gestik und Mimik durch die Interviewerin bewusst eingesetzt, um Barrieren im Sprachverständnis zu verringern. Bilder dienten dazu, den Gesprächsinhalt möglichst anschaulich darzustellen. Das Wort „Krise“ wurde bereits in der Einladung zur Teilnahme an dem Interview schriftlich in Leichter Sprache

¹⁸ An dieser Stelle sei erneut auf die von Sovner und Hurley (1986) beschriebene kognitive Verschlechterung in Stresssituationen hingewiesen.

(Anlage E) und erneut zu Beginn des Interviews erklärt. Die Einladung und der Interviewleitfaden in Leichter Sprache (Anlage F) wurden von zwei unabhängigen Personen mit i. B. (Berater*innenteam) hinsichtlich ihrer Verständlichkeit überprüft.

Um die Gesprächsführung dem individuellen Bedarf sowie den vorhandenen Ressourcen anzupassen, orientierte sich das Interview an den Möglichkeiten problemzentrierter Interviews. Diese Form des Interviews ist eine halbstrukturierte offene Befragung (Kurz et al., 2009, S. 465). Die interviewende Person eignet sich ein moderates Vorwissen, sowohl zum Thema, als auch zu den Interviewpartner*innen, an (Kurz et al., 2009, S. 470). Im Interview kann immer wieder strukturierend auf ein bestimmtes Problem, in diesem Fall auf den Kern der Befragung, gelenkt werden. Dabei soll das Gegenüber dennoch möglichst frei aus einer subjektiven Sicht, Eindrücke schildern (Kurz et al., 2009, S. 467). Diese Form des Interviews findet Anwendung an Schnittstellen zwischen induktiven und deduktiven theoriegeleiteten Fragestellungen. Es ist geeignet, wenn ein Vorwissen über den Forschungsgegenstand existiert, es jedoch gilt, dieses Vorwissen zu vertiefen (Kurz et al., 2009, S. 465). Impulse und ein näheres Eingehen auf bestimmte Aspekte dessen, was gesagt wurde, dient dann der Strukturierung des Interviews. Das Vorwissen der Interviewer*innen darf dabei nicht gesprächsbestimmend sein (Kurz et al., 2009, S. 470).

Diese Vorgehensweise ermöglichte es, sich in dieser Studie individuell auf die hier befragten Personen und ihre Äußerungen -unter Anwendung personenzentrierter und validierender Gesprächstechniken- einzustellen. Gleichsam konnten Impulse, die sich aus den angenommenen Dimensionen und ihren Kategorien ergaben, zur Vertiefung des Gesagten, genutzt werden. In Rücksprache mit dem Berater*innenteam wurde die Reihenfolge der Fragen des Interviewleitfadens von leicht zu schwer festgelegt. Um die Dauer der Interviews kurz zu halten, wurde sich vorab dafür entschieden, Fragen ggf. dann nicht mehr zu stellen, wenn sich zu bestimmten Aspekten bereits geäußert wurde. Auch ad hoc Fragen wurden mit dem Berater*innenteam besprochen. „Wie meinen Sie das?“ oder „Können Sie das erklären?“ sei beispielsweise schwerer zu beantworten als: „Haben Sie ein Beispiel dafür?“ oder „Was ist daran wichtig?“. Der Interviewleitfaden mit den begründeten Impulsen und Fragen ist in Tabelle 4 enthalten. Die Variante, welche den Formatierungsregeln der Leichten Sprache folgt und den Gesprächspartner*innen bei Bedarf zur Orientierung dienen sollte, ist in Anlage (F) enthalten.

Tabelle 4

Leitfaden: Impulse und Interviewfragen

Impulse und Fragen	Begründung
<i>Entspannung ist wichtig.</i> 6. Was hilft Ihnen zu entspannen? 7. Hilft das in Krise? 8. Wie hilft das in einer Krise?	Ressourcenorientierter Einstieg in das Thema
<i>Bitte denken Sie an andere Menschen.</i> 9. Wie helfen andere Menschen in der Krise? 10. Haben Sie gute Beziehungen zu anderen Menschen? 11. Wie helfen gute Beziehungen in der Krise?	Ausdifferenzierung hinsichtlich sozialer Verbindungen und entwicklungsangemessener Assistenz
<i>Bitte denken Sie an sich selbst. Es gibt viel was Sie ausmacht.</i> 12. Wie beschreiben Sie sich? 13. Was davon hilft Ihnen in Krise?	Ausdifferenzierung in Bezug auf die funktionale Dimension
<i>Bitte denken Sie an die Orte, wo Sie Krisen haben.</i> 14. Was hilft an diesen Orten in einer Krise? 15. Was davon wissen Sie in einer Krise?	Ausdifferenzierung hinsichtlich räumlicher und dinglichen Gegebenheiten
<i>Bitte denken Sie an Ihren Körper.</i> 16. Wann fühlt sich ihr Körper gesund an? 17. Was davon hilft Ihnen in Krise? 18. Fällt Ihnen das in einer Krise ein?	Ausdifferenzierung in Bezug auf die biologische Dimension

Die Interviews wurden an für die Gesprächspartner*innen angenehmen, störungsfreien Orten geführt. Dies waren zum Teil ihre privaten Zimmer, aber auch Gesprächsräume in der Nähe des häuslichen Umfeldes. Die Termine wurden individuell mit den teilnehmenden Personen verabredet mit dem Hinweis darauf, dass die Gesprächspartner*innen ausgeruht und ohne Zeitdruck an dem Interview teilnehmen sollten. Die Interviews dauerten mit der Vorbesprechung und kurzen Pausen zwischen 35 Minuten und einer Stunde und 15 Minuten. Alle Gesprächspartner*innen stimmten zu Beginn dem Interview erneut zu.

6. Auswertung und Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Alle sieben Interviews konnten für die Analyse verwendet werden. Aus den Interviews wurden 485 Textausschnitte (N = 485) den vorab definierten Kategorien (Kap. 5.2 der vorliegenden Studie) der biologischen, funktionalen, sozialen und

entwicklungsbezogenen Dimension zugeordnet. Während der Analyse des ersten Drittels des Materials wurde der Kodierleitfaden konkretisiert und ausdifferenziert (Anlage D).

Für die Auswertung der Interviewdaten werden für die folgende Ergebnisdarstellung der Inhaltsanalyse die Resultate zunächst entsprechend der einzelnen Dimensionen inhaltlich durch eine beispielhafte Auswahl zugeordneter Passagen als auch über Häufigkeitsangaben dargestellt. Abschließend wird daraus ein integratives Ressourcenmodell abgeleitet.

6.1 Biologische Ressourcen

Die aus der Studienlage abgeleitete und angenommene Kategorie „Neuronale Grundlagen“ als wahrgenommene Ressource in Krisen fand sich nicht in den Aussagen der Befragten belegt. Die Dimension der biologischen Ressourcen (B) lässt sich daher lediglich über die Kategorien „Körperliches Wohlbefinden“ und „Medikamentöse Intervention“ abbilden. Insgesamt wurden 17 Textpassagen aus den Interviews den Biologischen Ressourcen ($n(B)=17$) zugeordnet. Elf Aussagen wurden der Dimension „Körperliches Wohlbefinden“ zugeordnet (Anlage G, Tabelle 12). Es wurden befriedigte Grundbedürfnisse, wie das Gefühl, satt zu sein, ausreichender Schlaf und die körperliche Leistungsfähigkeit genannt, um sich hinreichend gesund zu fühlen. Sechs der sieben Gesprächspartner*innen machten Aussagen zu dieser Kategorie. So wurde beispielsweise gesagt:

Hmm. Satt. Viel spazieren gegangen, dass man erschöpft ist, oder Fahrrad gefahren.

Ja. Dann weiß ich, ich bin jetzt gesund. Gesunde Zeichen! (GP A., 70-72).

Ausgeschlafen, gut durch den Tag kommen. (GP. F., 323).

Von einer Person wurde das Fehlen von Schmerzen als Ressource benannt.

Na, wenn ich putzmunter bin und gut drauf bin. Und wenn ich keine Schmerzen habe. (...) Das ich mich dann so leicht fühle und frei. (GP. B., Nr. 134).

Der Kategorie „Medikamentöse Intervention“ konnten sechs Aussagen von vier der Interviewpartner*innen zugeordnet werden (Anlage G, Tabelle 13).

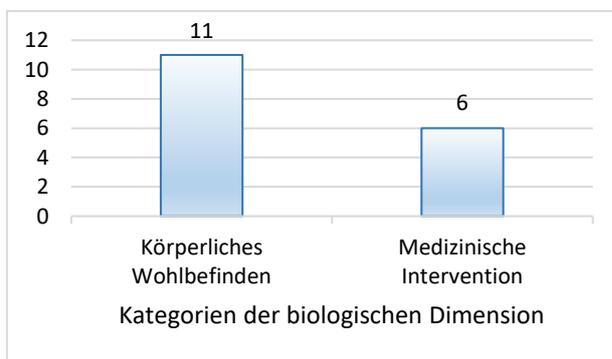
Oder auch Tabletten. Wenn man bei Bedarf Tabletten, dass man ruhiger wird. Da ist man entspannter. (GP. A., 33).

Also, wenn ich auf 180 bin, ich nehme, ich nehme abends also (Name des Neuroleptikums) wegen meiner Psyche und die Antibabypille und und danach nach Bedarf als Bedarfsmedikament, nämlich dann eine zweite (...) -tablette, wenn es schlimmer wird, nämlich eine dritte (...) -tablette. (GB. C., 177).

Abbildung 8 veranschaulicht die Häufigkeit der Textzuweisungen innerhalb der biologische Dimension.

Abbildung 8

Anzahl der Textzuweisungen in den Kategorien der biologischen Dimension



Anmerkung. $n(B)=17$; $N= 485$

6.2 Funktionale Ressourcen

Für die funktionale Dimension (F) erfolgten 211 Textzuweisungen ($n(F)=211$). Die Dimension „Funktionale Ressourcen“ konnten im Rahmen der Auswertung der Interviews um zwei weitere Kategorien ausdifferenziert werden. Die ursprünglich angenommenen Kategorien: sensomotorische, kognitive, soziale und emotionale Kompetenzen wurden um die Kategorien „Persönliche Interessen“ und „Sensokognitive Kompetenzen“ erweitert. Dies wurde notwendig, auch um eindeutige und objektive Kategorisierungsregeln festlegen zu können. In der Tabelle 9 der Anlage D sind die Inhalte des Kodierleitfadens für die funktionale Dimension enthalten.

Alle sieben Gesprächspartner*innen machten Aussagen, die sich den kognitiven Kompetenzen zuordnen ließen. Insgesamt sind es 49 Textstellen, die sich dieser breit definierten Kategorie zuordnen ließen (Anlage G, Tabelle 14). So spielen beispielsweise die Fähigkeiten der Aufmerksamkeits- und der Willenssteuerung eine entscheidende Rolle.

Das nicht Thema Krieg und Politik. Sich informieren lassen, ist okay, aber dass man dann auch Abstand nimmt davon. (GP. A, 64).

Ich versuche, daran zu denken, was ich kann und was ich habe. (GP. B, 126).

Dann lenkt ich mich ab. (GP. E, 235).

Daneben komplexe kognitive Kompetenzen, wie die Fähigkeit über sich selbst zu reflektieren und darin auch Lernerfahrungen aus anderen Krisen einfließen zu lassen:

Weil man vergisst ja dann vieles, aber wenn man das merkt und rechtzeitig reagiert, dann könnte es helfen. (GP. A, 31).

Das meiste schreib ich auch im Tagebuch darüber über meine Gefühle (...) was ich denke, was ich fühle und was in meinem Kopf abspielt (...). (GP. C, 165).

Es ist schwierig, aber ich werde, also ich hol mir das immer wieder. Weil das ist meine Stärke. Also meine Stärke ist, in der Krise zu lernen. Also mit der Krise umzugehen und zu sagen, was ich kann. (GP. D, 207).

Im Weiteren, vorhandenen Problemlösekompetenzen zu nutzen:

Hilfe suchen. Das hilft. (GP. A., 4).

(...) und versuch das selber zu klären, auch wenn es schwer ist, das eigene selber zu klären, weil es manchmal zu Gewalt und Konflikten geben kann, zu Meinungsverschiedenheiten. (GP. F., 286).

Auch die sozialen Kompetenzen decken ein breites Spektrum von Fähigkeiten ab. Hier erfolgte bereits ein Teil der Spezifizierung der Kategorisierungsregel im ersten Entwurf des Kodierleitfadens. Es wurden soziale Kompetenzen in Bezug auf den Umgang mit sich selbst:

(...) ich bin hilfsbereit, ich bin lustig, man kann mit mir viel unternehmen. (GP.C., 159).

Indem ich das Vertrauen zu mir selber hab. (GP. D., 201).

(...) meine Stärke ist, ich bin ein ehrlicher Mensch. Ich rede über meine Behinderung. (GP. D., 206).

Ich bin im Charakter sehr gut. (...) Ich bin nett! (...), Dass ich helfen möchten. (GP. E, 253-255).

in Bezug auf den Umgang mit Anderen:

(...) und die anderen sollen ja auch sich wohlfühlen dort. Und da gehe ich da nicht hin, weil will ja nicht andere mit reinziehen mit meinem Problem. (GP. A., 10).

Ja, wenn ich jetzt selber in der Krise bin, ist meine Stärke, dass ich für mich da bin und für andere. Mein Motto ist immer so, sagt einer für alle... nicht einer schafft was, sondern alle für einen. (...) man sieht auch teilweise in der Station, dass es den anderen schlechter geht als mir. (GP. D., 204).

und in Bezug auf die Menschenführung gefunden:

Ja, also in dem ich in der Krise für andere da bin, ein offenes Ohr hab auch in dem ich sage, können zu mir kommen, obwohl ich selber in der Krise bin. (GP. D., 208).

Diese Kategorisierungsregel musste während der Analyse des ersten Drittels des Materials konkretisiert werden. Gespräche mit anderen Personen wurden dieser Kategorie zugeordnet, wenn diese intrinsisch motiviert sind und von der Person selbst ausgehen. Im Gegensatz dazu wurden bspw.: „Die Betreuer reden mit mir.“ eher einer Assistenzleistung innerhalb der sozialen Dimension zugeordnet.

Ich versuch das meistens darüber zu reden oder so. Hilft manchmal. (GP. F., 286).

Dass, ich mit meinen Betreuer auch darüber rede. (GP. G., 355).

Es wurden insgesamt 71 Textstellen aus den sieben Interviews für diese Kategorie gefunden (Anlage G, Tabelle 15).

Auf emotionale Kompetenzen als Ressource in der Krise lassen achtzehn Textzuweisungen aus allen sieben Gesprächen schließen (Anlage G, Tabelle 16). Sowohl Kompetenzen zur Emotionsdifferenzierung:

(...) Daran an Fantasiegeschichte zu denken, die mir helfen, nicht neidisch zu sein. (GP. B, 127).

Die haben Angst. (GP. E, 282).

Ja. Sie sind enttäuscht, (...). (GP. F., 310).

als auch der Emotionsregulation wurden als hilfreich benannt:

(...) oder auf dem Bett, mich entspannen. (GP. C., 140).

(...). Natürlich gibt es Dinge, die mir zu nahe gehen, aber er sagt dann immer Stopp (...). (GP. D., 208).

Also (...) der darf dann nicht reden, weil ich mich auskotze. Aber ansonsten reden, ganz viel reden (...). (GP. D., 218).

In die Kategorie der sensomotorischen Ressourcen konnten 36 Textstellen von insgesamt sechs Gesprächspartner*innen aufgenommen werden (Anlage G, Tabelle 17). Es wurden Spaziergänge, Bewegung im Allgemeinen oder auch sportliche Tätigkeiten als in Krisen hilfreich benannt. Beispiele sind:

In Bewegung sein! (...) Das hilft am meisten. (GP. A., 76).

Und Nordic Walken. Wenn man wütend ist, wenn man kurz vorm Ausrasten ist, hilft es, ne Runde zu drehen, mit den Nordic Walking Stöckern (...). (GP. C., 140).

(...) einen Knoten in den Handtuch rein zu rein zu machen und mit den Knoten um den Handtuch auf dem Bett zu schlagen oder oder in der Runde drehen im Garten, also immer auszupebern. (GP. C., 191).

Also, was bei mir zur Entspannung hilft, ist, wenn ich jetzt, wenn ich Sport gemacht habe. Wenn ich Sport gemacht habe, bin ich danach einfach auch von der Energie einfach dann auch fertig und dann kann ich mich auch besser dabei entspannen. (GP. G, 337).

Die Kategorie „Sensokognitive Kompetenzen“ wurde als äquivalent zur „Sensomotorischen“ Kompetenz aufgenommen. Sie wird definiert als die bewusste, kognitive Integration sensorischer Reize. Es konnten dieser Kategorie 24 Textstellen zugeordnet werden (Anlage G, Tabelle 18), zum Beispiel folgende:

Und ich höre sehr viel Musik. (GP. A., 65).

Wenn ich es Skills mache, also Fähigkeiten, damit es nicht zur Krise kommt. Zum Beispiel so eine Massage Gürtel, das Ding mit dem man so den Kopf grault, Igelball, manchmal ein schönes Bad. (...) Skills sind Fähigkeiten, die dabei helfen, ruhig zu bleiben. Die helfen zum Beispiel das Kopfgraul-Ding, weil da kribbelt der ganze Körper. Und man muss sich auf das Kribbeln konzentrieren. Schon wird man

ruhiger. (...) Also in der Krise, da braucht man so ein Hard-Skill, das Intensive. (...) Zum Beispiel Pfeffer durch die Nase hochziehen, dass man niest, das muss brennen in der Nase. (...) Manchmal sauren Zitronensaft schlucken. (...) Wenn ich an Ingwer rum kauen, so bitter schmeckt. (GP. B., 101-107).

Ja, weil der Kopf dann warm wird, Du wirst dann zitterig oder dir wird warm. Gehst Du unter die Dusche und kühlst das ab. (GP.F., 302).

Alle sieben Gesprächspartner*innen haben sensokognitive Ressourcen für die Krisenbewältigung benannt. Als Kategorisierungsregel wurde für diese Kategorie festgelegt, dass es sich hier um Aussagen handeln muss, die die Integration sensorischer Reize unter Anwendung kognitiver Ressourcen, z. B. der Aufmerksamkeitslenkung als Krisenintervention bzw. als Entspannungstechnik beinhalten. Eine emotionale Valenz wurde für diese Zuordnung nicht gefordert.

Emotionale Valenz ist in der neu aufgestellten Kategorie „Persönliche Interessen“ enthalten. Diese sind im Kategorisierungsleitfaden definiert als: „Mit positiven Emotionen verbundene Aktivitäten und Themen“. Als Kategorisierungsregel wurde festgelegt, dass die Benennung persönlicher Interessen sowohl kognitive als auch emotionale Kompetenzen voraussetzt. Diese können inhaltlich weitere sensomotorische, sensokognitive, kognitive oder soziale Kompetenzen beinhalten. Die positive emotionale Valenz steht aber im Vordergrund. Aktivitäten wurden dieser Kategorie dann zugeordnet, wenn die Aussage positive Emotionen bei der Ausführung erkennen lässt und nicht lediglich der Ablenkung oder Krisenintervention dienen. Es konnten 14 Textstellen von fünf Personen der Kategorie „Persönliche Interessen“ (Anlage G, Tabelle 19) zugeordnet werden. In diese Kategorie fielen Aussagen, wie:

Ich mag Menschen, die Natur. Ich mag Tiere. (GP. A., 26).

(beim Fahrradfahren) oder man überholt sich gegenseitig, und man sieht sich dann zweimal, dreimal. Das finde ich dann witzig. (GP. A., 29).

Sowas wie basteln, malen, bin sehr kreativ, konzentrieren, hab eine schöne Fantasie und hab ein schönes Leben, (...). Ich hab schöne Fähigkeiten. (GP. B., 121).

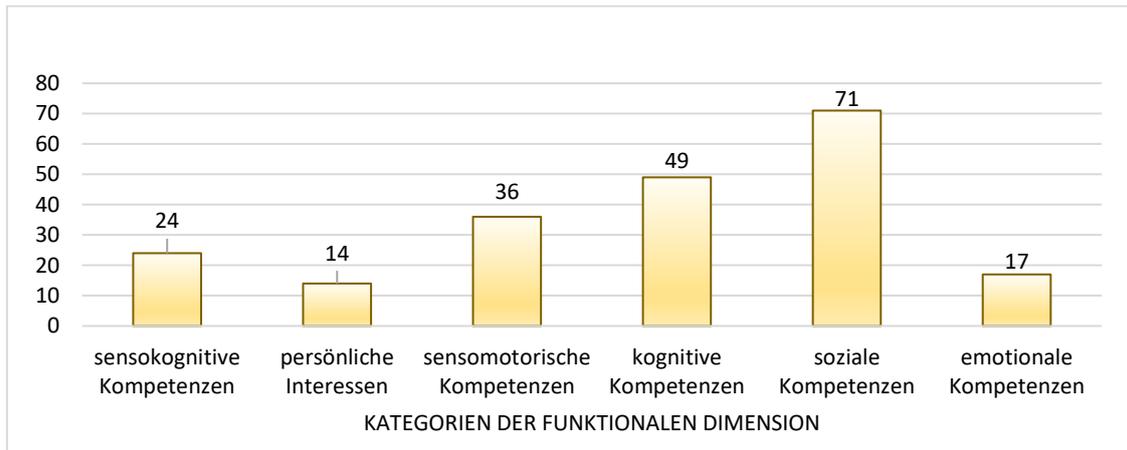
Ich, ich mach gern Musik. Ich spiele gern Schlagzeug und Klavier. (...) Und sonst spiele ich immer so just for fun, (...). (...) Na ich, ich habe einfach, ich hab's einfach

gespielt und dann hab ich mich auch selber gefreut, dass mir das auch Spaß macht.
(GP. G., 368, 373, 375).

Das Balkendiagramm veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung der gefundenen Textausschnitte innerhalb der Kategorien der funktionalen Dimension.

Abbildung 9

Häufigkeit der Textausschnitte in den Kategorien der funktionalen Dimensionen



Anmerkung. $n(F) = 214$

6.3 Soziale Ressourcen

Der sozialen Dimension (S) wurden 189 Textausschnitte in acht Kategorien zugeordnet. Auch hier mussten weitere Kategorien für eine differenzierte Analyse hinzugefügt werden. So wurden fünf Textstellen von zwei Gesprächspartner*innen der neuen Kategorie „Zivilcourage“ zugeordnet (Anlage G, Tabelle 20). Die Kategorie wurde definiert als „Unterstützende Handlungen von Passant*innen“, um Gefahren abzuwenden oder zu minimieren. Beispiele sind;

Leute, die rumlaufen, wenn sie das sehen, dass es gefährlich wird, dass sie schnell dann die Notruf tätigen. (GP. A., 20)

(...) da rufen die Mitmenschen immer Krankenwagen (...). (GP. B., 116).

Eine weitere neu gebildete Kategorie ist die „Intervention durch externe Dienste oder Rettungskräfte“. Sie wurde definiert als: „Professionelle Intervention durch externe Dienste“, die ansonsten in keinem persönlichen Kontakt zur Person stehen. 16 Textpassagen von vier Interviewpartner*innen wurden dieser Kategorie zugeordnet (Anlage G,

Tabelle 21). Zehn der Aussagen entstammen einem Interview, in welchem die Telefonate mit dem Krisendienst häufig erwähnt wurden. Dass die Intervention durch externe Rettungsdienste oder Dienstleistungen dennoch als Ressource empfunden wird, belegen folgende Textstellen:

(...), dass die Polizei dann auch mit den einen reden kann oder dass, wenn es eskaliert direkt die Polizei kommt, dass sie das dann verhindert oder stoppt, und das ist auch mein Wunsch (...). (GP. A., 95).

Meistens, meistens, wenn ich mal alleine bin, und ich weiß nicht weiter, dann rufe ich den Krisendienst an und unterhalte mich mit dem Seelsorger. (GP. C., 146).

Auch die Kategorie „Therapeutische Behandlung“, definiert als: „Länger andauernde, regelmäßige und durch qualifiziertes Fachpersonal begleitete Therapieangebote“, wurde zu Gunsten einer genauen Analyse des Textmaterials dem Kodierleitfaden hinzugefügt. Vier Personen machten Aussagen dazu. Siebzehn Textelemente konnten dieser Kategorie zugeordnet wurden (Anlage G, Tabelle 22). Beispiele sind:

Ja, ich war mal früher bei der Psychologie. Und ich war früher bei einer Psychologin, also bei (...). Da habe ich zwei Jahre lang Psychoverhaltens- Psychotherapie gehabt, Gesprächsverhalten, Psychotherapie gehabt. Ich bin zwar ruhiger geworden, entspannter geworden (...). (GP. C, 149).

(...), weil KEH macht wirklich sehr viel mit Menschen. Die nehmen einen auf und und bauen dann wieder auf, und sie geben ihr ganzes Herzblut in diese in die Klinik rein. (GP. D., 195).

Und das hab ich in DBTop gelernt. (GP. D., 214).

Die Beschäftigung. (...) Basteln. Sport. Sogas. (...) Andere kranke Menschen. (...)
Die Gesunde. (...) Die lenken mich ab. (...) Mit Aufgaben und so reden. (GP. E., 267-273).

In der Musiktherapie habe ich was gelernt. (GP. G., 373).

Der Kategorie „Familiäre Anbindung“ wurden fünf Aussagen von vier Interviewpartner*innen zugeordnet (Anlage G, Tabelle 23). Nicht jede*r der

Gesprächspartner*in verfügt selbst über diese Ressource. Zwei Personen benannten ihre Familie als hilfreiche Unterstützung auch in Krisensituationen. Zum Beispiel:

Na, wenn ich Krise hatte, habe ich auch meine Geschwister auch darüber geredet und die haben, die haben mir einfach Ratschläge gegeben, die besser, die gut sind, gerade meine Familie wissen, die wissen ja am besten, wie ich ja so bin. (GP. G., 362).

Zwei Gesprächspartner*innen haben die Sichtweise, dass eine positive familiäre Anbindung hilfreich wäre, implizit zum Ausdruck gebracht. Sie gaben zu verstehen, dass ihre eigenen Beziehungen in dieser Hinsicht nicht als positiv zu beschreiben ist. Sie haben daher wenig Kontakt zu ihren Angehörigen und haben in Freundschaften eine Art „Ersatzfamilie“ gefunden. Dies wird in dieser Aussage deutlich:

(...) in der Krise ist, glaube ich, die engsten, also die engsten Leute, die Du um Dich haben musst, das sind entweder deine Familie oder deine Freunde. Also Familie. (...) für mich ist das meine Freundin, mein Kumpel und diese Menschen, die auf die Station sind, weil die Dich aufbauen und auf Dich aufpassen. (GP. D., 196).

Für vier weitere Personen sind Freundschaften eine Ressource in Krisen. Es konnten 21 Textstellen für diese Kategorie gefunden werden (Anlage G, Tabelle 24). Unter anderem diese:

Ja, mein Wunsch ist aber auch, dass ich Freunde habe, dass, falls ich so eine Krise wieder bekomme oder Ängste, dass ich dann halt zu meinen Freunden wenden kann und mit denen reden kann oder auch mein Frust rauslassen kann. (GP. A, 90).

Weil mein einer Mitbewohner hat ja auch viel Scheiße (...) der hat fast das ähnliche durchgemacht, und der kann mir auch Tipps geben, wie er damit umgeht. (GP. C, 156).

Die hilft, wenn ich Probleme habe, wenn er Probleme hat. Dann reden wir da drüber zusammen. (GP. F., 291).

Der Kategorie „Gesellschaftliche Teilhabe“ konnten 25 Textstellen aus allen sieben Interviews zugeordnet werden (Anlage G, Tabelle 25). So äußerten sich die Befragten positiv über Teilhabemöglichkeiten und Begegnungen im näheren Umfeld. Auch, sich im

näheren Umfeld zu engagieren und mitzugestalten sowie kulturelle Teilhabemöglichkeiten nutzen zu können, wurde als positiv in Krisen wahrgenommen.

Zum Beispiel mit einer (älteren) Nachbarin funktioniert das schon. Die wohnt da drüben in Haus glaube ich, (...). Und wir sitzen Bäckerei. Wir reden. Quatschen. Und da. Bei ihr funktioniert es, da ist sofort die Krise weg oder die Ängste. (GP. A, 85).

Also setzen ich mich ein, mich ein für Menschen mit Handicap. Dadurch, dass die Weltspiele, waren dieses Jahr. War für mich sowieso wunderschön. (GP. D., 194).

Ja, in der kleinen Gesellschaft ist so, aber ich meine das, was (Träger) überhaupt. Wir haben die Bewohnerbeirat, und also wir haben Schulungen, (...). (GP. D., 227).

Der Kategorie „Assistenzleistungen“ als Ressource in Krisen wurden 47 Textausschnitte aus allen sieben Interviews zugeordnet (Anlage G, Tabelle 26). Gespräche und Spaziergänge wurde mehrfach von den Interviewpartner*innen benannt. Assistenzleistungen werden bei der Bewältigung des Alltags, bei der Prävention, der Deeskalation und gegebenenfalls bei Intervention von Krisen als Ressourcen empfunden. Beispielhaft seien hier einige Textausschnitte für die Bedeutung einer verlässlichen Assistenz genannt:

(...) und dann ist halt (Assistent*in, Bezugsbetreuerin) immer hinter mir gegangen, und ohne, also ohne Betreuer, hätte ich es vielleicht getan. (GP. A., 35).

Ich habe viele Betreuer, die mich unterstützen und mir helfen und eine gesetzliche Betreuerin, die sich um Amtssachen kümmert. (GP. B, 109).

Ja. Und war ich auch, oder wenn ich in der Krise bin, dann muss Betreuer mit dem Sandsack kommen, mit dem Boxsack. (GP. C., 163).

Zum Beispiel die Betreuer hier gehen auf die Menschen zu. Und gehen mit ihnen spazieren. Also ich gehe raus und die Betreuer laufen mir hinterher. Die quatschen mich nicht an, aber sie müssen mich schützen. Obwohl sie sich in Gefahr bringen, obwohl sie, finde ich schon, sich schon sich in Gefahr bringen, strahlen sie ne Ruhe aus. (GP. D., 199).

Die helfen mich PIA bringen, in Krankenhaus, wenn ich (schwer verständlich) Probleme hab. (GP. E, 244).

Ja, wenn die Zeit haben, dann gehe ich mit denen immer Basketball spielen! (GP. G, 249).

Versuchen, dass meistens mit einen anderen Betreuer darüber zu reden. (GP. F., 293).

Alle sieben Gesprächspartner*innen äußerten sich zu Umgebungsfaktoren als relevante Ressourcen in Krisen. Insgesamt konnten 53 Textstellen dieser Kategorie zugeordnet werden (Anlage G, Tabelle 27). Wobei unterschiedliche Besonderheiten im Außen als hilfreich empfunden wurden. So wurden in Krisen zum Teil belebte Orte als hilfreich empfunden:

In die Menschenmenge gehen. (...) Weil man, man ist dann abgelenkt und die Krise verschwindet dann und du denkst nicht mehr feste drüber nach, (...). (GP. A., 28-29).

Häufiger wurden naturnahe, ruhige Orte genannt:

(...) aber ich gehe halt raus, schaue mir die Natur an. (GP. A, 15).

Ja, wenn ich mal alleine irgendwo, wenn ich irgendwie abschalten will, und ich hab mal Zeit, da gehe ich gegenüber in der Nähe von der von der Werkstatt in dem Park oder fahre direkt zum Park (...). (GP. C, 168).

Da habe ich meine Ruhe, setzt mich auf die Wiese oder setze mich auf eine Bank (...). (GP. F., 316).

Auch Sicherheitsaspekte in Verbindung mit der aktuellen Umgebung sind in der Krise relevant:

Und die Tür zuzumachen. (...) Zuzumachen, weil der weiß, wenn man in der Krise ist, ob einem das überhaupt bewusst ist, was man tut mit Messer. (GP. A., 39).

Auf der Straße, da muss ich aufpassen, dass mich kein Auto überrollt, dass ich keinen Verkehrsunfall habe, weil da bin ich abgelenkt, und da kann ich mich nicht auf den Verkehr konzentrieren. Und im Park ist es so, wenn ich, wenn ich mich, wenn ich in den Park gehe, Ruhe genieße, (...). (GP. C, 170).

Sicherheit muss er geben. Also ruhig ausstrahlen. Also bei uns in KEH ist das so cool, dass wir keine Fernseher im Zimmer haben. Er muss Sicherheit geben. Und

dass die Station manchmal zugeschlossen ist, ist es manchmal gut. Weil Du in manchen Krisen ja echt nicht einschätzen kannst, was Du machst. (GP. D, 211).

Zusammenfassend wurde die Gestaltung einer passenden Umgebung in unterschiedlichen Lebensbereichen und in Bezug auf diverse Aspekte als hilfreich empfunden:

Wenn so richtig schlimm ist, dann geh ich in mein Zimmer (...). (GP. F., 307).

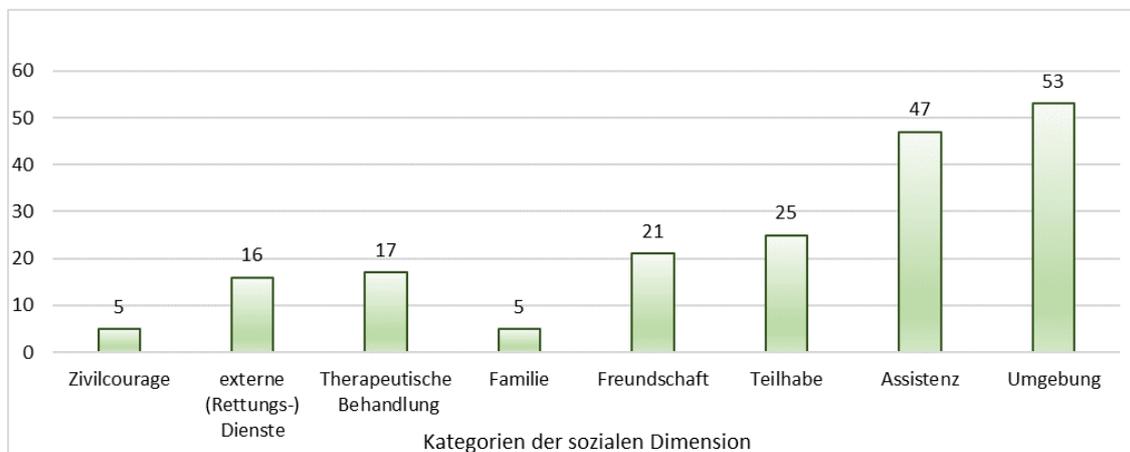
Ja, da steht auch extra Zettel drauf an die Tür, wenn uns nicht gut geht, da sollen wir den Krisendienst anrufen. (...) In der Küche, an der Tür, an der Küche. (...) Ja, das ist sehr wichtig für die ganzen, für die ganzen Mitbewohner. (GP. C: 180-182).

In meiner Arbeit ist mir wichtig, wenn es ruhig ist und leise. Weil mich laute Geräusche so aufregen. (GP. B, 129).

Das Balkendiagramm in Abbildung 10 veranschaulicht zusammenfassend die Anzahl der Zuordnungen einzelner Textpassagen zu den Kategorien der sozialen Dimension.

Abbildung 10

Häufigkeit der Textausschnitte in den Kategorien der sozialen Dimension (S)



Anmerkung. $n(S) = 189$

6.4 Entwicklungsorientierte Ressourcen

Insgesamt konnten 68 Textausschnitte der entwicklungsbezogenen Dimension ($n(E)=68$) zugeordnet werden. Tabelle 11 in Anhang D enthält die vollständigen Festlegungen des entwickelten Kodierleitfadens für die dieser Dimension zugeordneten Kategorien.

Für die Kategorisierung in die Ressource „Angemessene kognitive Anforderung“ musste erkennbar sein, dass die Person selbst oder andere Personen eine bewusste, u. U. auch situative Veränderung ihres eigenen Verhaltens oder der Umgebung vornehmen, um die kognitiven Kompetenzen der Person in Krise weder zu über- noch zu unterfordern. Rückzug konnte hierunter gefasst werden, wenn der Fokus auf einer reizarmen Umgebung, bzw. damit einhergehenden geringere kognitive Anforderungen, lag. 17 Aussagen aus vier Interviews wurden der Kategorie „Angemessene kognitive Anforderung“ zugeordnet (Anlage G, Tabelle 28). Beispielhaft:

Naja klar. Natürlich klar. Also, wenn sie mich mit Wattebällchen anfassen, da kann ich nicht, da kann ich nichts lernen. (GP. D., 212).

Wenn ich merk, dass ich sauer bin, dann versuche ich, was Ruhiges an zu machen. (GP.F., 307).

Darüber reden wir einfach und der Betreuer gibt mir einfach auch Ratschläge, was ich dann so machen könnte. Weil ich manchmal auch in der Krise auch so ein bisschen ahnungslos bin. (GP. G., 353).

Den „Angemessenen sozialen Anforderungen“ wurden 22 Aussagen aus sechs Gesprächen zugeordnet (Anlage G, Tabelle 29). Für diese Kategorie wurde festgelegt, dass die Person selbst oder andere Personen die Anforderung und den sozialen Kontakt so gestalten, dass die soziale Kompetenzen positiv genutzt bzw. nicht überfordert werden. Als ergänzende Kategorisierungsregel wurde Rückzug hier zugeordnet, wenn in der Aussage erkennbar wurde, dass es um das „Alleinsein“ geht. Fünf von den Befragten gaben zu verstehen, dass es mitunter nützlich ist, keine sozialen Anforderungen mehr gestellt zu bekommen oder soziale Kontexte aufzusuchen. Doch auch in der Krise die Einladung zu erhalten, an gemeinschaftlichen Aktivitäten zu partizipieren, konnte als hilfreich benannt werden. Es wurden auch Aussagen getroffen, die eine Veränderung der professionellen Begleitung in der Krise im Sinne einer klaren Grenzsetzung erkennen ließen. Dies wird in der Rückschau von zwei Personen als positiv empfunden. Die nachfolgenden Zitate sind Beispiele der 22 zugeordneten Textstellen:

Und die anderen Betreuern: - „Willst Du mitessen? Wir haben gekocht.“ oder „Sollen wir zusammen essen?“ (GP. A, 99).

(...) (Betreuerinnen) zu mir gesagt hat: „So redest du nicht!“ oder "Halten Sie doch mal jetzt die Klappe!", dachte ich so: "Okay, die meint es ernst." Die kommt raus und die kommt und die diskutiert mit dir. Was ich ja früher nicht kennengelernt hab. (GP. D, 214).

Genau, und dass du den Leuten nicht scheißegal sind, dass du also, dass Dich auch ansprechen, wenn du falsch machst. Aber auch die Stärken angesehen. (GP.D., 226).

Allein. (...) (Die Betreuer) Die gehen dann weg. (GP. E, 279).

Ja. Oder wenn ich jetzt nicht mit der Person reden kann mit der ich sauer bin, dann holt ein anderer Betreuer einen anderen Betreuer, dass du versuchst da das zu reden, (...). (GP. F., 297).

(...) und will am liebsten nur für mich alleine sein, dass kein Betreuer da ist, (...)
(...) Gar keine, also gar keine Stimmen zu hören. Also keine Stimmen von den Betreuer. (GP. F., 313).

Der Kategorie „Berücksichtigung emotionaler Bedürfnisse“ als Ressource in Krise wurden 29 Ausschnitte aus sechs Interviews zugeordnet (Anlage G, Tabelle 30). Die Aussagen bezogen sich dabei auf unterschiedliche emotionale Bedürfnisse. So wurde es als hilfreich empfunden, wenn Bedürfnisse nach Sicherheit, Akzeptanz, emotionaler Nähe und Anerkennung direkt oder implizit befriedigt wurden:

(Bezugsbetreuerin) hat gesagt: „Ist alles gut!“ Die Bewohner haben Sorgen gemacht. Leute. Alle Paare standen, die darum gelaufen sind. (...) (GP.A., 35).

Mir ist wichtig, dass man mich so akzeptiert, wie ich bin, (...) (GP.B., 121).

Weil das sehr wichtig ist, weil in eine Krise, man denkt nur immer an das Böse (...)
Und immer wieder kommen dann Menschen, und sagen "Du bist wichtig." (...) (GP. D, 229).

In einer Aussage spiegelte sich wider, dass die Person ein Verständnis dafür mitbringt, dass unterschiedliche Personen unterschiedliche emotionale Bedürfnisse haben, auf die sich individuell eingestellt werden muss:

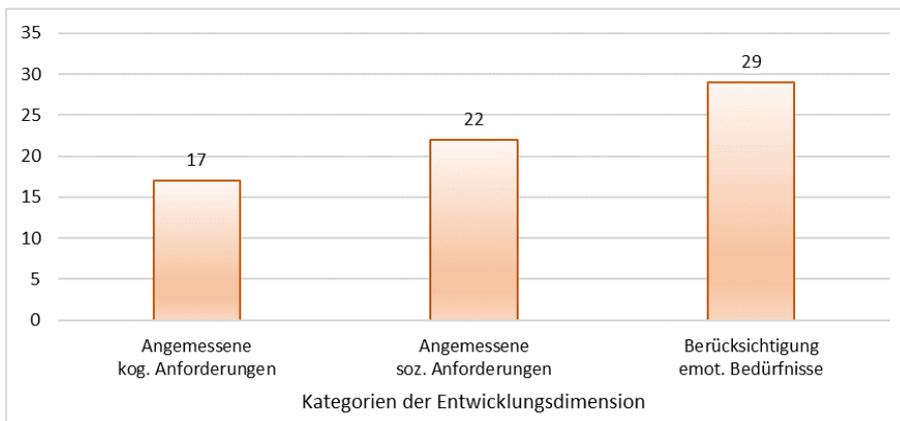
(...) jeder Schwester, jede, jeder Patient hat, der wird anders behandelt. Also, es gibt Menschen, die so wie ich, die offener sind, die stärker sind. Aber es gibt auch

Menschen, die schwächer sind. Also jeder, jeder Arzt und jede Schwester redet mit ihnen anders, weil es gibt... schon wichtig, also zum Beispiel hab ich festgestellt, dass wir Starken strenger behandelt werden, als die Schwachen (...) (GP. D., 211).

Abbildung 11 veranschaulicht die Anzahl der Zuordnungen zu den Kategorien der Entwicklungsdimension.

Abbildung 11

Häufigkeit der Textausschnitte in den Kategorien der Entwicklungsdimension (E)



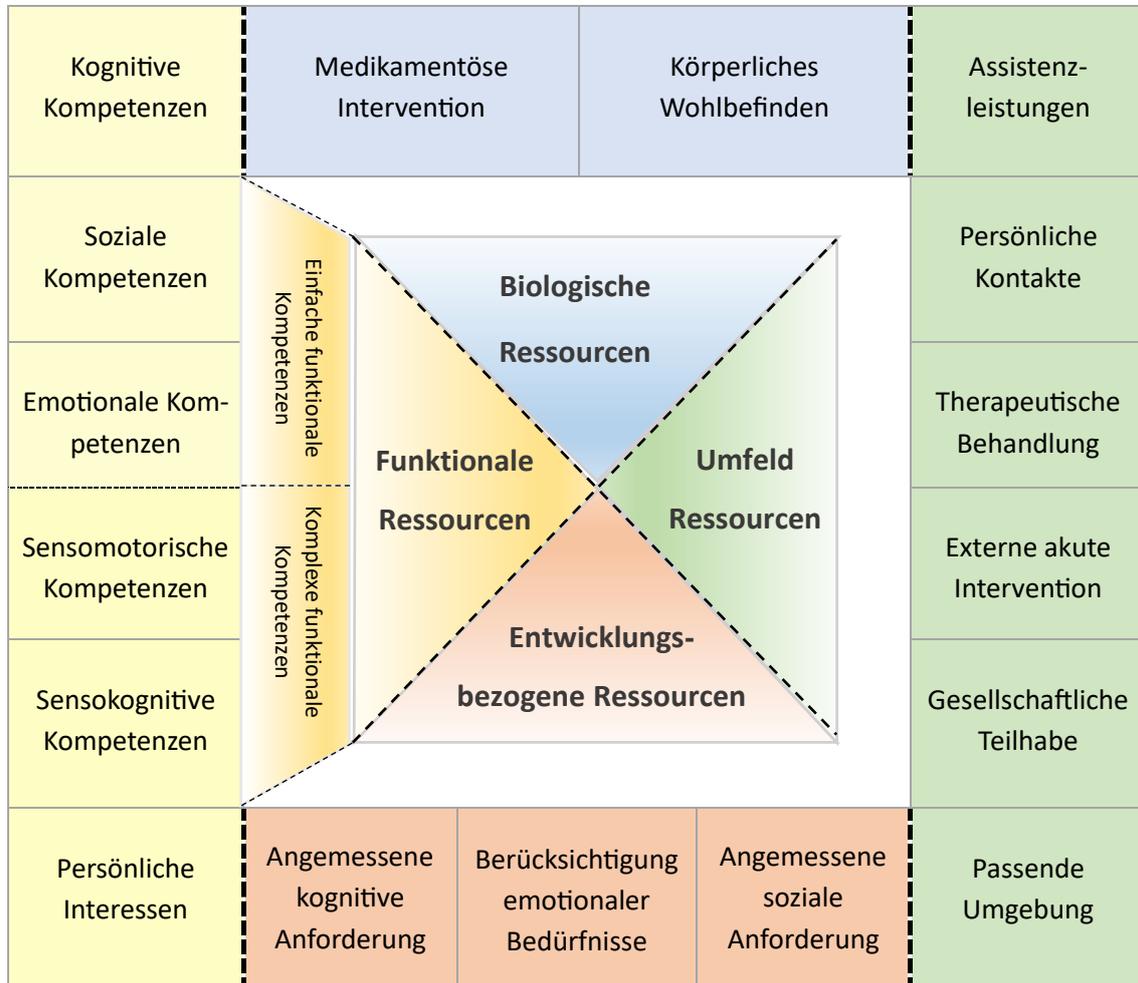
Anmerkung. $n(E) = 67$

6.5 Das integrative Ressourcenmodell in psychischen Krisen

Handlungsleitende Fragestellung (F 1 vgl. Kap. 4) für die vorliegende Studie war es zu explorieren, inwiefern sich die selbst wahrgenommenen Ressourcen von Menschen mit i. B. und psychischer Erkrankung in Krisen in ein integratives Ressourcenmodell einordnen lassen. Diese Ressourcen lassen sich, wie im integrativen Ansatz nach Došen mit einer biologischen, funktionalen, sozialen und entwicklungsbezogenen Dimension auch hier in eine vierdimensionale Struktur eines integrativen Ressourcenmodells einordnen. Allerdings ergibt sich aus den gefundenen Ergebnissen und den für die genaue Analyse notwendig gewordenen Kategorien eine anders ausdifferenzierte Beschreibung der Ressourcen - Dimensionen. In dem hier entwickelten integrativen Ressourcenmodell werden die Ressourcen-Dimensionen durch „Kernressourcen“ beschrieben. Diese wurden aus den Kategorien des Kodierleitfadens und theoretischen Überlegungen anhand der Anzahl der Zuordnungen abgeleitet. Die in Kap. 4 aufgestellten Annahmen (A 1 – A 4) darüber, wie sich die Dimensionen abbilden lassen konnten nur in Teilen bestätigt werden. Abbildung 12 zeigt das auf dieser Studie beruhende integrative Ressourcenmodell.

Abbildung 12

Integratives Ressourcenmodell in psychischen Krisen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.



Anmerkung. Mittig dargestellt sind die Ressourcen-Dimensionen des Modells. Den Rahmen bilden die Kernressourcen der jeweiligen Dimensionen des Modells.

Das in dieser Studie entworfene Modell weist eine vierdimensionale Struktur auf. Die schraffierten Linien verdeutlichen, dass auch in diesem integrativen Modell davon ausgegangen wird, dass die einzelnen Dimensionen und Kernressourcen vermutlich interagieren und nie völlig unabhängig voneinander zu betrachten sind. Die vereinfachte Darstellung komplexer Inhalte erleichtert aber die strukturierte und vertiefende Auseinandersetzung mit und Beforschung von einzelnen Aspekten psychologischer Modelle.

Da Aspekte der räumlichen Umgebung mit 53 Zuordnungen in der Kategorie „Passende Umgebung“ die meisten Textpassagen innerhalb der sozialen Dimension beinhaltet, wird

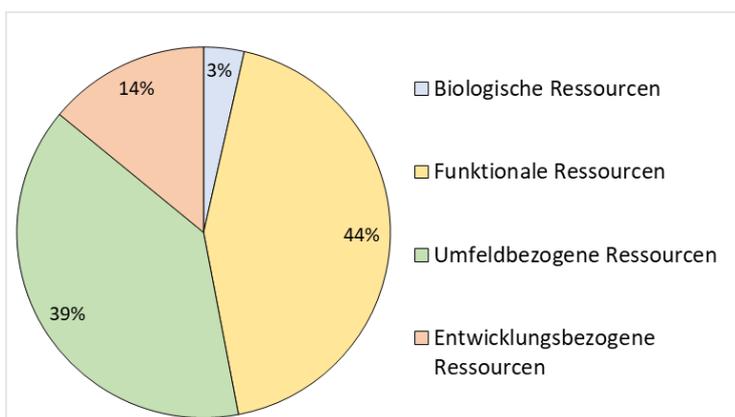
sich für das Modell für die neue Dimensions-Bezeichnung „Umfeld-Ressourcen“ entschieden. Der Begriff erscheint geeigneter soziale und auch räumliche Aspekte zu fassen.

Für eine genaue Inhaltsanalyse der Transkription waren zunächst 18 Kategorien notwendig. Da den Kategorien „Zivilcourage“ und „Familiäre Anbindung“ jeweils lediglich fünf Textausschnitte zugeordnet wurden, werden diese aus einer ökonomischen Überlegung heraus mit anderen Kategorien zusammengefasst. „Zivilcourage“ und „Interventionen externer (Rettungs-) Dienste“ bilden für das Modell die Kernressource „Externe akute Intervention“ mit nun insgesamt 22 Textzuweisungen. „Familiäre Anbindung“ und „Freundschaften“ werden zur Kernressource „Persönliche Beziehungen“ mit 26 Textausschnitten zusammengefasst. Innerhalb der funktionalen Ressourcen ergibt sich durch die hinzugefügten Kategorien „Sensokognitive Kompetenzen“ und „Persönliche Interessen“ eine mögliche Unterteilung. Unter dem Begriff „Einfache funktionale Ressourcen“ werden die Kernressourcen kognitive, soziale und emotionale Kompetenzen gefasst. Die zweite Ausprägungsebene sind „Komplexe funktionale Ressourcen“. Hier werden Kernressourcen subsumiert, die die Kombinationen einfacher funktionaler Ressourcen erfordern. Das sind in diesem Modell sensomotorische Kompetenzen, sensokognitive Kompetenzen und persönliche Interessen (erfordern emotionale und kognitive Kompetenzen).

Die Häufigkeitsverteilungen der Textzuweisungen auf die Kategorien und Dimensionen weisen starke Unterschiede auf. Abbildung 13 zeigt diese prozentuale Verteilung.

Abbildung 13

Prozentuale Verteilung der Textzuweisungen auf die Ressourcen - Dimensionen



Anmerkung. Prozentuale Verteilung von N=485

Diese Verteilung reflektiert in gewisser Weise die Anzahl der Kernressourcen der Dimensionen. So weist die biologische Dimension lediglich zwei Kernressourcen auf, während Umfeld- und funktionale Ressourcen über sechs Kernressourcen abgebildet werden.

7. Interpretation

Nachfolgend werden die einzelnen Ressourcen-Dimensionen und die in ihnen enthaltenen, aus den Interviews herausgearbeiteten Kernressourcen genauer betrachtet: Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse werden in Bezug auf das Modell und im Gesamtzusammenhang zur Fragestellung und ihrer Bedeutung für die Krisenbewältigung von Menschen mit i. B. interpretiert und diskutiert.

7.1 Die biologischen Kernressourcen

Obwohl nur 3 % der relevanten Textstellen den biologischen Ressourcen zugeordnet werden können, verlangt gerade dieses Ergebnis im Lichte noch immer bestehender biologischer Sichtweisen (Roch & Hampel, 2022, S. 250) eine differenzierte Betrachtung.

Der Kategorie „Neuronale Grundlage“ konnte keine Aussage der Interviewpartner*innen zugewiesen werden. Jedoch gibt es eine breite Befundlage, wie neuronale Funktionen an der Entstehung und dem Verlauf psychischer Krisen beteiligt sind. Neurobiologische Zusammenhänge genießen auch aufgrund neuerer bildgebender Verfahren ein hohes Interesse in der wissenschaftlichen Forschung (Kok et al., 2014, Bienas et al., 2019; Roth & Strüber, 2014; Sysoeva et al., 2009 u. m.). Aus den Ergebnissen dieser Studie muss aber abgeleitet werden, dass eine ressourcenorientierte, befähigende Sicht bedeutet, anzuerkennen, dass die Auseinandersetzung mit der eigenen neuronalen Grundlage für die hier befragten Menschen für das Erleben und Verhalten in Krisen keine Erwähnung findet. Die persönliche neuronale Ausstattung als verfügbare Ressource überhaupt wahrnehmen zu können, erfordert vermutlich auch für Menschen ohne i. B. ein hohes Abstraktionsvermögen und ein vertiefendes Wissen. Auf dieses Wissen in akuten Krisen zuzugreifen erscheint unwahrscheinlich. So wichtig und aufschlussreich Erkenntnisse der Neurowissenschaften sind, so scheint an dieser Stelle sichtbar zu werden, dass neurowissenschaftliche Forschung zu herausfordernden Verhaltensweisen häufig eine Forschung über die Menschen darstellt, nicht aber mit den Menschen gestaltet wird. In der praktischen

Anwendung dient sie damit womöglich verstärkt der Entwicklung medikamentöser Interventionen.

„Medikamentöse Intervention“ ist diejenige Ressource, die nach dem Zusammenfassen von Kategorien zu den Kernressourcen des Modells die wenigsten Zuordnungen von Textstellen erfahren hat. Hierin spiegelt sich, was die Ergebnisse früherer Forschung bereits beschreiben. Die Wirksamkeit von psychopharmakologischer Medikation zum Abbau herausfordernder Verhaltensweisen muss kritisch betrachtet werden (Došen, 2018; Hennick, 2008; Schanze, 2019, 343 ff.). Došen (2018, 146 ff.) gibt zu bedenken, dass die damit einhergehende Wirkung, z. B. Sedierung und Leistungseinbußen häufig vor allem im Interesse des Umfeldes in Kauf genommen wird. Menschen mit i. B. unterliegen diesbezüglich einem hohen Anpassungsdruck. Person mit i. B. werden dadurch in ihrer Selbstbestimmung und in ihren Entwicklungschancen behindert. Die Verschreibung von Psychopharmaka erfolgt laut Weber & Rojahn (2019) zu häufig in einer zu hohen Dosis. Schanze (2019, S. 343 ff.) äußert sich eindeutig und betont, dass eine ausschließlich medikamentöse Behandlung von aggressiven Verhaltensauffälligkeiten nicht angemessen sei. Es fehle an Evidenz für diese Indikation. Viele Medikamente seien für diese Behandlung nicht zugelassen. Zusätzlich können Menschen mit i. B. häufig schlecht über Nebenwirkungen der Medikamente Auskunft geben und sind nicht immer einwilligungsfähig (Schanze, 2019, S. 349 f.). Ramerman et al. (2017) belegten, dass in 90 Prozent der Fälle ihrer Stichprobe in den Niederlanden Psychopharmaka zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten verschrieben wurden, ohne dass eine psychiatrische Diagnose oder entsprechende Symptome vorlagen. In nur 2,7 Prozent der Einrichtungen wurde die Wirksamkeit der Medikamente objektiv dokumentiert. Es gäbe gute Alternativen zur Psychopharmakotherapie, schreibt Schanze (2019, S. 346 ff.). Diese sei nur dann indiziert, wenn eine eindeutige psychische Störung diagnostiziert ist und ein starker Leidensdruck gegeben ist (Schanze, 2019 346 ff.; Došen 2018; Theunissen, 2019). Positive Wirkung von Psychopharmaka sind u.a. die Verminderung von Erregung, psychotischen Symptomen, Verminderung von Aufmerksamkeitsdefiziten und Stabilisierung der Stimmung (Došen, 2018, S. 147). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen jedoch, dass selbst unter diesen Voraussetzungen die verordneten Bedarfsmedikationen nicht die Wertigkeit zu haben scheinen, als dass andere Ressourcen nicht bedeutsamer im persönlichen Krisenmanagement sein würden.

Keine der befragten Personen hat sich zu Schmerzmedikation im Bedarfsfall geäußert. Lediglich eine Person gab an, dass ihr körperliches Wohlbefinden mit Schmerzfreiheit im Zusammenhang steht. An dieser Stelle sollte die Entwicklungsperspektive noch einmal berücksichtigt werden. Im Phasenmodell der emotionalen Entwicklung von Došen wird beschrieben, dass in der ersten Phase der emotionalen Entwicklung, entsprechend eines biologischen Entwicklungsalters von 0-6 Monaten, die physiologische Regulation und sensorische Integration von Reizen aus der Umwelt die vorrangige Entwicklungsaufgabe darstellt. Auch in der Skala der emotionalen Entwicklung (SEED) von Sappok et al. (2018) wird als entwicklungstypisch für diese Phase erfasst, dass das Befinden überwiegend durch die Befriedigung der körperlichen Grundbedürfnisse bestimmt wird. Hierzu zählt auch die Schmerzfreiheit. Gelingt beispielsweise bei körperlichen Anspannungen durch innere Reize die Impulskontrolle nicht, können selbstverletzende Verhaltensweisen beobachtbar werden (Sappok et al., 2018). Derartigen Verhaltensauffälligkeiten mit dem Verabreichen von Schmerzmedikation begegnen zu können, ist möglicherweise eine bedeutungsvollere Ressource bei Menschen mit schweren und schwersten intellektuellen Beeinträchtigungen, die selbst nicht in der Lage sind, körperliche Schmerzen zu lokalisieren, zuzuordnen und zu verbalisieren.

Den Aussagen der Interviewpartner*innen ist zu entnehmen, dass gesunder Schlaf und der Grad der körperlichen Fitness entscheidend sind, um sich körperlich gesund zu fühlen. Die Bedeutung für die psychische Gesundheit, gut schlafen zu können, ist hinreichend belegt (Riemann et. al., 2017). Schlafstörungen führen zu emotionalen Dysregulationen, einer Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit und sie verringern die Konsolidierung von Gedächtnisinhalten (Riemann et al., 2017). Körperliche Aktivitäten haben ebenfalls positive Effekte auf die psychische Gesundheit. So reduziert körperliche Aktivität die Symptomatik von Depressionen und Angststörungen. Sie wirkt sich positiv auf die Eigenwahrnehmung, die kognitive Leistungsfähigkeit und die Stressresistenz aus (Gerber & Fuchs, 2022; Schulz et al., 2012). Die Benennung dieser Aspekte von körperlichem Wohlbefinden in Zusammenhang mit der Auseinandersetzung mit den eigenen Krisen kann als ein weiterer Beleg für die Qualität gesehen werden, wie und dass die Menschen mit i. B. als Expert*innen in eigener Sache in der Lage sind, zur Forschung über diesen Personenkreis beizutragen.

7.2 Die funktionalen Kernressourcen

Die funktionalen Kernressourcen stellen eine Besonderheit in ihrer vorgenommenen Einordnung dar. Eine Unterscheidung zwischen einfachen und komplexen funktionalen Kernressourcen ermöglicht eine strukturierte Zuordnung der vielfältigen als hilfreich wahrgenommenen Kompetenzen, die sich in der funktionalen Dimension wiederfinden. Es zeigt sich bereits durch vielgestaltige Antworten von lediglich sieben Personen und die Zuordnung der meisten Textstellen zur funktionalen Dimension, dass sie diejenige ist, welche die Diversität menschlichen Erlebens und Verhaltens wohl am ehesten abbilden kann.

Die einzelnen Aktivitätsbereiche sind in ihrer Bedeutung für das Erleben und Verhalten meist nicht trennscharf voneinander abzugrenzen. Die sensorische und motorische Entwicklung ist beispielsweise so eng miteinander verknüpft, dass häufig zusammenfassend nur von der Entwicklung sensomotorischer Kompetenzen gesprochen wird (Lohaus & Vierhaus, 2019, S. 28 f.). Dasselbe gilt häufig für sozioemotionale Kompetenzen (Došen, 2018). Im Bereich der Entwicklungsdiagnostik wird dennoch häufig eine Unterscheidung der einzelnen Funktionsbereiche vorgenommen, um entsprechende Förderbedarfe frühzeitig zu identifizieren (Lohaus & Vierhaus, 2019, S. 76 f.). Die Unterteilung einzelner psycho-physiologischer Aktivitätsbereiche, äquivalent zu den einfachen funktionalen Kompetenzen, hat in der Diagnostik eine wichtige Funktion, um anhand der Entwicklungsverläufe einzelner Kompetenzbereiche eine ressourcenorientierte und notwendige Assistenz sowie, gegebenenfalls therapeutische Versorgung¹⁹ sicherzustellen (Lohaus & Vierhaus, 2019, S. 76 ff, Došen, 2018, 30 ff.).

In der vorliegenden Studie waren es vor allem kognitive und soziale Kompetenzen, die sich in Krisen aus der Perspektive des Personenkreises als hilfreich erwiesen haben. Dies deckt sich damit, dass mangelnde soziale Kompetenzen, fehlende Copingstrategien im Umgang mit Stress und unzureichenden Problemlösekompetenzen von Menschen mit i. B. als krisenbegünstigend benannt werden (van den Bogaard et al., 2019, Brown et al., 2013). Für die Anwendung sozialer Kompetenzen auch in der Krise, sei beispielsweise die Kompetenz der Kommunikationsfähigkeit genannt. Diese Kompetenz in Krisensituationen zu nutzen, geht aus allen sieben Interviews hervor. Hier zeigt sich in der Praxis, dann doch die Verbindung mit den individuellen neurologischen Voraussetzungen. Wenn

¹⁹ Z. B. Physiotherapie bei motorischen Defiziten

auch verallgemeinernd mehrmals als „darüber sprechen“ benannt, so steht dies dennoch im Einklang damit, dass bei zur Verständigung geeignetem Ausdrucksvermögen einer Person sich die Notwendigkeit für sie verringert, herausfordernde Verhaltensweisen entwickeln zu müssen (Bienas et al., 2019; Heyvaert et al. 2010). Hier zeigt sich erneut, die Dynamik und Komplexität, die sich aus den Interaktionen integrativer Ansätze ergibt. Vereinfachende Modelle sind damit nur bis zu einem gewissen Grad zulässig.

Die scheinbar strikte Trennung, die im Modell der drei Regulationssysteme des Menschen (Gilbert, 2015) dargestellt wird birgt beispielsweise die Gefahr, vorhandene Kompetenzen der in Krise befindlichen Personen zu vernachlässigen. In der Krise sei, diesem Modell nach, das auf „Freundlichkeit und soziale Verbindungen“ ausgerichtete Bindungssystem des Menschen dem „auf Kampf und Flucht“ ausgerichteten Alarmsystem nachgeordnet²⁰. Doch auch in der Krise, wird u. a. die soziale Kompetenz gezeigt, Rücksicht auf andere Personen zu nehmen. Zum Beispiel werden aus Rücksicht keine öffentlichen Orte, wie den nahegelegenen Bäcker aufgesucht (G.P. A, 16) oder es wird versucht entlastende Telefonate mit dem Krisendienst nicht in öffentlichen Verkehrsmitteln zu führen (GP. C., 172-174).

Die Kernressource „Emotionalen Kompetenzen“ erfuhr etwas weniger Textzuweisungen unter den einfachen funktionalen Kompetenzen als die sozialen und kognitiven Kompetenzen in diesem Bereich. Die Fähigkeit Emotionen in Krisensituationen bewusst auszudrücken, zu differenzieren und darauf aufbauend zu regulieren, erfordert einen langwierigen Reifungsprozess auch bei Menschen ohne i. B. So wird es anhand der Skala zur Erfassung der emotionalen Entwicklung (SEED) erst in der 5. Phase (Entwicklungsalter acht bis 12 Jahre) als entwicklungstypisch erachtet, sich selbst zu regulieren, indem Gefühle und Bedürfnisse benannt werden und sich Unterstützung aus der Gruppe geholt wird (Sappok et al., 2018). Sollten die Interviewpartner*innen ein niedrigeres emotionales Entwicklungsalter haben, so kann zum Teil davon ausgegangen werden, dass genau diese (noch auszubauenden) emotionalen Kompetenzen, die Entstehung von Krisen wahrscheinlicher machen. Unter Umständen könnten zwar kognitive Ressourcen zur Stressbewältigung genutzt werden, die emotionale Antwort auf Stressoren mag aber nicht gleichermaßen ausgebildet sein. Des Weiteren wird auch in der Kernressource

²⁰ Näheres im Kap. 2.3 dieser Masterarbeit

„Emotionale Kompetenzen“ das enge Zusammenspiel der einzelnen einfachen funktionalen Kompetenzbereiche ein weiteres Mal deutlich, da z. B. die Emotionsregulation die Nutzung exekutiver (Inhibition von Impulsen) und damit kognitiver Kompetenzen erfordert (Došen, 2018, S. 188).

Bei den Antworten, welche der funktionalen Dimension zugeordnet wurden, handelt es sich um 74 Textzuweisungen zu komplexen funktionalen Kernressourcen. Die häufig ohnehin zusammengefassten sensorischen und motorischen Kompetenzen zu sensomotorischen Kompetenzen werden genutzt, um die Situation zu verlassen, aber auch das Erregungsniveau, abzubauen. Sport und Spaziergänge wurden als hilfreich genannt. Die von einer Person geschilderte Anwendung von „Power-Skills“, z. B. das zerreißen von Mülltüten in Krisensituationen (GP. D., 215) ist ein anschauliches Beispiel. Sport sei hilfreich, um die Wut rauszulassen, ohne andere Personen oder sich selbst dadurch zu gefährden (GP. C, 140). Dies unterstützt Befunde zum Aspekt der stresspuffernden Wirkung von körperlicher Aktivität durch die Reduzierung der affektiven, kognitiven, behavioralen und physiologischen Stressreaktion (Gerber & Fuchs, 2022). So weit möglich wird also auch die Kernressource „Sensomotorische Kompetenzen“ eingesetzt, um die eigentlich mit dem Bindungssystem (Gilbert, 2015) in Verbindung stehenden Bedürfnisse zu befriedigen.

Des Weiteren wurden in den Interviews hilfreiche Strategien in Krisen benannt, die die Kombination sensorischer und kognitiver Kompetenzen voraussetzen. Die kreierte Kernressource „Sensokognitive Kompetenzen“ beinhaltet die kognitive Fähigkeit, der Aufmerksamkeitslenkung und die Integration sensorischer Wahrnehmungen. Achtsamkeitsbasierte Verfahren nutzen diese Kombination einfacher funktionaler Ressourcen bereits. Dass achtsamkeitsbasierte Programme wirksam Stress reduzieren können, ist hinreichend belegt (Griffith et al. 2019). Der Fokus liegt in diesen Verfahren, wie auch in der DBT, darauf, die körperlichen, emotionalen und kognitiven Anzeichen von Ärger vor dem aggressiven Durchbruch zu identifizieren und einzuordnen (Griffith et al., 2019; Voß et al., 2008). Programme zur Förderung von Achtsamkeit werden vom Personenkreis der Menschen mit i. B. und Störungen der Impulskontrolle als hilfreich zur Reduktion aggressiver Verhaltensweisen wahrgenommen (Griffith et al., 2019). Fähigkeiten der sensorischen Wahrnehmung und die entsprechenden intellektuellen Kompetenzen für selbstreflexives

Denken oder für bewusste Aufmerksamkeitslenkung erwiesen sich demnach als bereits genutzte Ressourcen in diesen Verfahren. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstützen diese Belege und sprechen dafür, dass die Kombination sensorischer und kognitiver Funktionen auch zur Unterbrechung akuter Krisen als vom Personenkreis anwendbar und hilfreich wahrgenommen werden.

Eine weitere komplexe funktionale Ressource ist die Kernressource „Persönliche Interessen“. Sie beinhaltet die gedankliche und als Copingstrategie angewendete Lenkung der Aufmerksamkeit (kognitive Kompetenz) zu emotional positiv besetzten Themen und Tätigkeiten²¹. „Langeweile“ wurde bereits in der Studie von van den Boogard (2019) als möglicher Auslöser für selbstverletzendes Verhalten genannt. Die Identifikation persönlicher Interessen als Teil therapeutischer Prozesse ist nicht neu. Persönliche Interessen (Hobbies)²² werden in euthymen²³ Therapieausrichtungen gezielt genutzt, um das Wohlbefinden zu steigern (Lutz, 2022, S. 95). Auch kommen sie in ressourcenorientierten therapeutischen Interventionen zum Einsatz, um die Resilienz zu erhöhen (Lutz, 2022, S. 211), oder allgemein in verhaltenstherapeutischen Ansätzen, um eine positive Verhaltensaktivierung zu initiieren (Hoyer & Teismann, 2022, S. 173).

Insgesamt bleibt für diese Dimension festzuhalten, dass eine genaue Betrachtung und Unterscheidung der einfachen und komplexen funktionalen Ressourcen vor allem für die Entwicklung individueller Interventionsstrategien sinnvoll erscheint. Durch die häufig festgestellten Differenzen der erreichten Entwicklungsniveaus (Došen, 2018) könnte eine falsche an das Individuum herangetragene Interventionsstrategie zu einer Über- oder Unterforderung in einem der Entwicklungsbereiche führen (Došen, 2018). Erst die Analyse der vorhandenen funktionalen Kompetenzen lässt die Identifikation geeigneter Interventionsstrategien unter Berücksichtigung der hier gefundenen Kernressourcen zu. Dies gewinnt umso mehr an Bedeutung, da den Aussagen der Gesprächspartner*innen nach eine

²¹ Emotionsdifferenzierung und Emotionsregulation sind emotionale Kompetenzen

²² Sensomotorische und/oder soziale Kompetenzen können für den Inhalt persönlicher Interessen relevant sein. Inhalte der persönlichen Interessen stellten aber nicht den Schwerpunkt bei der Zuordnung der Aussagen zu dieser Kategorie dar.

²³ Der Begriff „euthym“ bezieht sich hier auf genussvolles Verhalten, welches als unabhängig von der Störung betrachtet wird. Euthyme Therapien haben die Selbstfürsorge als übergeordnetes Therapieziel (Lutz, 2022, S.90).

relativ selbstständige Anwendung funktionaler Ressourcen in Krisen vermutet werden kann.

7.3 Die Umfeld - Kernressourcen

Menschen mit i. B. befinden sich in einer hohen Abhängigkeit zu ihrem Umfeld. Assistenzbedarfe in unterschiedlichen Lebens- und Funktionsbereichen erfordern eine angemessene Gestaltung sowohl des sozialen Gefüges als auch der dinglichen Umwelt (Došen, 2018). Es überrascht daher nicht, dass dieser Dimension mit 39 % ebenfalls ein Großteil der Textstellen zugeordnet wurden

Das Assistenzsystem wird in der Studie von van den Bogaard et al. (2019) mitunter als Risiko- bzw. Auslösefaktor für die Entstehung von Krisen benannt. Risikofaktoren für Krisen sind dort ein negatives Teamklima, eine negativ geprägte Einstellung gegenüber den Klient*innen, eine negative Stimmungslage der Assistent*innen sowie eine unprofessionelle Einstellung gegenüber den herausfordernden Verhaltensweisen der Klient*innen (van den Boogard, 2019). Die Notwendigkeit der fachlich geeigneten Assistenz für Menschen mit i. B. in Krisen gewinnt auch durch die Ergebnisse in dieser Studie an Bedeutung. Qualifizierte Assistenzleistungen können wesentliche Ressourcen im Umgang mit Krisen darstellen. In der vorliegenden Studie ermöglicht das Assistenzsystem die als hilfreich benannten Spaziergänge (v. a. auch bei ungenügender Verkehrssicherheit). Assistent*innen sind Gesprächspartner*innen, schützen die in Krise befindliche Person sowie andere Personen und kompensieren mangelnde Problemlösekompetenzen. Dies geht zum Teil mit einer erheblichen Gefährdung der Assistent*innen einher. Um die Kernressource „Assistenzleistungen“ zu stärken sind Schulungen des Personals im Umgang mit Krisen unumgänglich. Dies steht im Einklang damit, dass Interventionsstrategien bei herausfordernden Verhaltensweisen dann am wirksamsten sind, wenn die personelle Umwelt und die räumliche Umgebung des Personenkreises mit einbezogen werden (Heyvaert et al., 2010).

Eine geeignete räumliche Umgebung bedeutet den Ergebnissen dieser Studie zur Folge, dass in der Krise eine gefähderungsfreie Umgebung für sich und andere geschaffen bzw. aufgesucht werden kann. Auch die Möglichkeit zu haben, sich von Reizen abzuschirmen, sich abzulenken oder sich zu bewegen sind deeskalierende Anforderungen an die Umgebung. Damit decken sich diese Ergebnisse zum Teil mit den Ergebnissen der Studie von

van den Boogard et al. (2019), wonach eine gefährdungsfreie Umgebung autoaggressive Handlungen reduzieren könnte, aber auch ein geschlossenes Lebensumfeld Krisen begünstigt. Den, im Einzelfall möglicherweise komplexen, Anforderungen an eine geeignete Umgebung gerecht zu werden, erfordert kreative Lösungen und eines geschulten Bewusstseins auf Seiten der Kostenträger, der Leistungsanbieter und der Assistent*innen. Die Bereitstellung vielfältiger Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten und die bestmögliche räumliche und dem individuellen Bedarf angemessene Gestaltung der Lebensbereiche von Menschen mit i. B. ist nicht ohne finanziellen Aufwand zu bewerkstelligen. In Anbetracht jedoch des vorherrschenden und sich durch den demographischen Wandel weiter zuspitzenden Fachkräftemangels im sozialen Sektor sollte die Kernressource „Passende Umgebung“ im Umgang mit Krisen nicht brach liegen (Schneiders & Schönauer, 2022). Den Aussagen der Gesprächspartner*innen ist zu entnehmen, dass z.B. die Intervention von Rettungskräften als eines der letzten Mittel angesehen wird. Auch sind Assistent*innen notwendig, um andere Personen zu schützen. Das selbständige Aufsuchen einer sicheren, reizarmen oder gegebenenfalls zu körperlicher Aktivität anregenden Umgebung mag den Einsatz personeller Ressourcen zur Abwendung von Schaden reduzieren.

Auf der anderen Seite werden personelle Ressourcen als hilfreich benannt, um auch in nicht explizit gefährdungsfreier Umgebung Schaden zu vermeiden. Dabei punktieren die Ergebnisse dieser Studie die Bemühungen, die Teilhabebeschränkungen für Menschen mit i. B. weiter abzubauen. Die gefundenen Kernressourcen „Gesellschaftliche Teilhabe“ und „Persönliche Beziehungen“, u. U. sogar die Inanspruchnahme therapeutischer Angebote - ebenfalls eine Kernressource - können nur in der Mitte der Gesellschaft, nicht außerhalb von ihr, ausgebaut und gefördert werden. Die 27 Aussagen, die persönliche Beziehungen zu anderen Personen als eine Kernressource des integrativen Modells identifizieren, betonen erneut die Notwendigkeit, Menschen mit i B. den Zugang zu allen Lebensbereichen zu gewährleisten, um auch dadurch frei gewählte, persönliche Beziehungen aufbauen zu können.

Die Bedeutung sozialer Unterstützung für die psychische Gesundheit ist gut belegt. Dabei ist es trotzdem entscheidend, einen Unterschied zwischen professioneller Assistenz und persönlichen Beziehungen zu machen. Soziale Netze werden über die Art, Anzahl und Qualität der Beziehungen definiert (Kienle et al., 2011). Die Reziprozität

(Gegenseitigkeit) der sozialen Unterstützung ist dabei mitunter entscheidend, ob Hilfe gesucht oder angenommen wird (Taylor, 2011). Es werden verschiedene Arten der sozialen Unterstützung differenziert: die instrumentelle Unterstützung (praktische Unterstützung), emotionale Hilfe (Anteilnahme), informationelle Hilfe (Rat bei der Problembewältigung) sowie evaluative Hilfe (Feedback zum eigenen Verhalten) (Kienle et al., 2011). Instrumentelle Unterstützung wurde vor allem in Zusammenhang mit Assistenzleistungen als Ressource benannt. Informationelle Hilfe und evaluative Hilfe wurden sowohl den Assistent*innen als auch den persönlichen Beziehungen zugeschrieben. Wobei die Reziprozität in den Beziehungen zu Assistent*innen schon aus der professionellen Haltung als Dienstleister*innen ihre Grenzen hat. Bei den Äußerungen zu Freundschaften, Partnerschaften oder funktionierenden familiären Beziehungen wurde vor allem der Aspekt der emotionalen Unterstützung in Form von Akzeptanz und Anteilnahme deutlich. Dieser Aspekt der sozialen Unterstützung und die ohne Vorbehalt mögliche Reziprozität in persönliche Beziehungen bedingen einen nicht zu vernachlässigen Stellenwert der Kernressource „Persönlicher Beziehungen“. Ein Bewusstsein der professionellen Assistent*innen für die Bedeutung der Gegenseitigkeit im Kontext sozialer Unterstützung könnte dem vom Personenkreis beklagten und krisenbegünstigenden Machtunterschied bei van den Boogard et al. (2019) minimieren, wenn Assistent*innen ihr pädagogisches Geschick auch in diesem Punkt bedarfsgerecht und fachlich versiert einsetzen.

Dass auch externe akute Interventionen durch bspw. Rettungskräfte, externe akute Hilfsangebote oder angewandte Zivilcourage als Ressourcen durch 22 Textausschnitte in das Modell aufgenommen werden konnten, ist sowohl dem partizipativen Anspruch dieser Studie, aber auch den induktiven Möglichkeiten der qualitativen Inhaltsanalyse zu verdanken. Dies zeigt erneut, dass Menschen mit i. B. einen wertvollen Beitrag zu der Entwicklung von Modellen leisten können, die versuchen, ihr Erleben und Verhalten abzubilden. Der Aspekt der „Zivilcourage“ tauchte in keiner anderen der hier verwendeten im Zusammenhang mit psychischen Krisen oder Ressourcen stehenden Literatur auf. Auch dies spricht für die Beteiligung des Personenkreises zur Bereicherung der Forschung im gesamtgesellschaftlichen Kontext. Zivilcourage wird sozialpsychologisch als mutiges und prosoziales Verhalten gegenüber hilfloseren Personen definiert. Dabei dient das Verhalten dazu, allgemeingültige Normen zu verteidigen (Nummer-Winkler, Kap.2.5; Wegel, 2015). Der Wille zu helfen ist gesellschaftlich weit verbreitet. Es bestehen jedoch

Unsicherheiten in Bezug auf die eigene Handlungskompetenz in Notfällen (Wegel, 2015). Workshops zur Förderung der Zivilcourage erwiesen sich diesbezüglich als wirksam und sind damit nicht nur für Krisen von Menschen mit i. B. sinnvoll (Wegel, 2015).

Therapeutische Behandlungen wurden in dieser Studie sowohl als aktuelle Intervention, als auch im Sinne einer nachhaltigen Lernerfahrung als Ressource in Krisen wahrgenommen. Willutzki und Teismann (2013, S. 3) schreiben, dass die Psychotherapie selbst und die therapeutische Beziehung bereits Ressourcen in ressourcenorientierten Therapien im Leben der Patient*innen darstellen. Dabei spielen die subjektiv wahrgenommenen Ressourcen die entscheidende Rolle, da diese von Patient*innen systematisch für die Bewältigung von Anforderungen angewendet werden können (Willutzki & Teismann, 2013, S. 3). Hier bei der Bewusstmachung der eigenen Ressourcen zu unterstützen, sollte Teil eines therapeutischen Prozesses auch bei Menschen mit i. B. sein. Die Nennung therapeutischer Angebote als Ressource in Krisen in den Interviews stützen die in der Studienlage benannten Wirksamkeitsbelege für therapeutische Interventionen bei Menschen mit i. B. (u.a. Thompson Prout Brooke & Browning, 2011). Dieses Ergebnis untermauert, die Notwendigkeit, dem therapeutischen Versorgungsmangel durch die Kombination heilpädagogischer und psychologischer Handlungsansätze entgegenzuwirken. Gühne et al. (2019) fordern die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens, um „[...] *Modellprojekte zu wagen und so Schritte auf dem Weg zu einem Inklusion fördernden Hilfesystem zu gehen.*“ (Gühne et al., 2019, S. 410). Menschen mit i. B. und psychischer Erkrankung von Anfang an als Expert*innen ihrer selbst in die Entwicklung geeigneter therapeutischer Angebote einzubinden, hätte nach Auffassung der Autorin jenen innovativen Modellcharakter. Die Aufnahme der Kernressource „Therapeutische Behandlung“ in das integrative Ressourcenmodell spricht für eine Kostenübernahme (psycho-)therapeutischer Behandlungen, orientiert an ihren integrativen und bedarfsgerechten Methoden für Menschen mit i. B. (z.B. Musiktherapie, Kunsttherapie, Psychoedukation in Leichter Sprache) und nicht allein an Wirksamkeitsbelegen, einer bisher wenig inklusiven Forschung (Gühne et al., 2019, S. 405 ff.).

Die Notwendigkeit, inklusive gesellschaftliche Strukturen zu etablieren, wird nicht nur durch die 25 Antworten deutlich, die der Ressource „gesellschaftliche Teilhabe“ zugeordnet wurden. Der Anspruch auf und die Möglichkeit zu gesellschaftlicher Teilhabe ist

eng verbunden mit dem Begriff der Inklusion. Inklusion beinhaltet ein juristisches Recht auf Teilhabe - insbesondere beim Vorliegen einer Beeinträchtigung - sowie auf Selbstverwirklichung und Selbstbehauptung (Schwaab & Fingerle, 2013). Hierfür müssen u. a. individuelle Wahlmöglichkeiten für Menschen mit i. B. geschaffen werden. Sie sind ebenso qualifiziert wie Menschen ohne i. B., sich direkt - oder eben auch indirekt durch beispielsweise „herausfordernde Verhaltensweisen“ - dazu zu äußern, ob eine soziale und räumliche Umgebung die für sie geeigneten Strukturen, Assistenzleistungen und räumlichen Gegebenheiten bereithält. Eine gelungene Inklusion kann zudem ein positives Selbstverständnis des Personenkreises und damit die Resilienz des Personenkreises erhöhen (Schwaab & Fingerle, 2013).

7.4 Die entwicklungsbezogenen Kernressourcen

Stressreaktionen, und damit auch Krisen, gehen mit einer kognitiven Verschlechterung einher (Ernst et al., 2022.). Dies fand auch Erwähnung in den Interviews: „, Weil ich manchmal auch in der Krise auch so ein bisschen ahnungslos bin.“ (GP G. 354). Allein dieser Umstand, erfordert eine angemessene Anpassung der kognitiven Anforderungen an die Person in der Krise. Den Aussagen der Interviews ist zu entnehmen, dass eine reizärmere Umgebung sowie nachvollziehbare Erklärungen und Erinnerungen in der Krise als hilfreich empfunden werden. Doch müssen die kognitiven Anforderungen individuell abgestimmt werden. Folgendes Zitat einer interviewten Person unterstreicht diesen Aspekt: „Naja klar. Natürlich klar. Also, wenn sie mich mit Wattebällchen anfassen, da kann ich nicht, da kann ich nichts lernen.“ (GP. D., 212). Eine Überforderung der kognitiven Möglichkeiten ist ebenso zu vermeiden wie eine Unterforderung. Die fachliche Begleitung von Krisen bedeutet demnach, individuelle Konzepte zu entwerfen.

Dies zeigt sich auch in den Kernressourcen „Angemessene soziale Anforderung“ und „Berücksichtigung emotionaler Bedürfnisse“. Die unterschiedlich benannten Wünsche, wie die soziale Situation gestaltet werden sollte, zeigt auf, dass unterschiedliche sozio-emotionale Entwicklungsniveaus bei der Krisenintervention berücksichtigt werden müssen. So wird mitunter die gänzliche Vermeidung sozialer Anforderungen durch „allein sein“ als hilfreich von allen sieben Interviewpartner*innen benannt. Dies gilt allerdings nicht für jede Krise. Zum Teil wurde auch die Einladung zur Teilhabe an positiven Gemeinschaftserfahrungen, eine klare Eingrenzung durch Autoritätspersonen, oder ein unterstützendes Gespräch mit Bezugspersonen als entlastend empfunden. Hier wird erneut

offenbar, dass soziale und emotionale Kompetenzen und vor allem die, von der sozio-emotionalen Entwicklung abhängigen, emotionale Bedürfnisse eine klare Abgrenzung zwischen der sozialen und emotionalen Entwicklung erschweren. Es sind vor allem auf die soziale Umwelt ausgerichteten bzw. von dieser stark beeinflussten, psychischen Bedürfnisse, die mit der emotionalen Entwicklung einhergehen. Zum Beispiel ist es entwicklungstypisch für ein emotionales Entwicklungsalter von sieben bis achtzehn Monaten, Schutz und Trost bei einer Bezugsperson zu suchen, um die eigenen Affekte zu regulieren (Sappok et al., 2018). Bei einem emotionalen Entwicklungsalter von vier bis sieben Jahren gelingt es, mit der Unterstützung durch Bezugspersonen über die Ursachen und Folgen des eigenen aggressiven Verhaltens zu sprechen (Sappok et al., 2018). Ab einem emotionalen Entwicklungsalter von acht Jahren erfolgt die Emotionsregulation auch dadurch, dass die Unterstützung der Gruppe gesucht wird (Sappok et al., 2018). Die möglichen Diskrepanzen zwischen den Entwicklungsbereichen erfordern zwar eine umfangreiche Analyse der vorhandenen Ressourcen innerhalb der vier Aktivitätsbereiche der funktionalen Dimension. Es kann aber gerade im sozialen Gefüge u. U. sinnvoller sein, eher von sozioemotionalen Bedürfnissen zu sprechen, wie von Sappok und Zepperitz (2016) ursprünglich vorgeschlagen. Dies könnte alltagsnähere Lösungen durch qualifizierte Assistenz bei der Umsetzung eines „Entwicklungsgerechten Arbeitens in der Alltagsbegleitung“ (Zepperitz, 2022, S. 47 ff.) bedeuten, da Menschen mit i. B. noch immer häufig in nicht frei gewählten Gruppenkonstellationen leben und arbeiten (Anm. d. A.).

Dennoch unterstreichen die Aussagen der Interviewpartner*innen, dass die entwicklungsangemessene Befriedigung emotionaler Bedürfnisse in Krisen, wie von Došen (2018) Sappok (2019 b), Zepperitz (2022) (und anderen Autor*innen) beschrieben, geeignet ist, um maladaptive Verhaltensweisen zu unterbrechen. Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse sind maßgeblich für die psychische Gesundheit (Grawe, 2004). Grawe (2004, S. 183 ff.) benennt erstmals 1994 folgende psychologischen Grundbedürfnisse: das Bedürfnis nach Bindung (Sicherheit), nach Orientierung & Kontrolle (Autonomie), nach Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung (Zugehörigkeit und Wertschätzung). Dies hat weitreichende Implikationen für die Art einer bedarfsgerechten Assistenz, welche dann auch vom Personenkreis selbst als hilfreich wahrgenommen und somit in dieser Studie benannt werden konnte. Mehrmals wurde in den Interviews genannt, dass

Betreuer*innen oder Bezugspersonen „für“ die Person in der Krise „da“ sind. Krisen gehen mit einem hohen Maß innerer Hilflosigkeit²⁴ einher. Hier kann die Anwesenheit einer vertrauten oder kompetenten Person das Bedürfnis nach Sicherheit befriedigen. Die interviewte Person D. formulierte es direkt: *„Sie dann für dich da. Du fühlst dich sicher. (...) Also die machen dir schon verständlich; Du kannst jeder Zeit zu die hingehen.“* (GP. D, 202). Doch auch die Befriedigung des Bedürfnisses nach Bindung kann zur Unterbrechung maladaptiver Verhaltensweisen beitragen. Die Aussagen der Gesprächspartner*innen lassen erkennen, wie wichtig es mitunter ist, auch in der Krise das Bedürfnis befriedigt zu bekommen angenommen, akzeptiert und gemocht zu werden. Beispielhaft: *„Mir ist wichtig, dass man mich so akzeptiert, wie ich bin“* (GP. B., 121). Oder *„Der war für mich da gewesen. Der hat, der hat für mich viel getan, und er hat mir immer sehr viel geholfen.“* (GP. C, 141). Dass auch die Befriedigung des Bedürfnisses nach Anerkennung, selbst in Momenten der Krise wichtig ist, macht diese Aussage deutlich: *„Ja. Schon. Weil das sehr wichtig ist, weil in eine Krise, man denkt nur immer an das Böse (...) Und immer wieder kommen dann Menschen, und sagen "Du bist wichtig."“* (G.P. D, Nr.229).

8. Limitationen

Das in dieser Studie vorgestellte integrative Ressourcenmodell in psychischen Krisen kann nur einen ersten Entwurf, der auf der systematischen Auswertung der durchgeführten, begrenzten Studie beruht, darstellen. Die Ergebnisse sind weder in Quantität, möglicherweise aber auch nicht in der Qualität replizierbar.

8.1 Limitationen der Stichprobe

Die nur kleine Stichprobe von sieben Gesprächspartner*innen genügt nicht, um allgemeingültige Aussagen über die Gewichtung und Relevanz der Dimensionen und der darin enthaltenen Kernressourcen für die Zukunft zu treffen. Des Weiteren ist es möglich, dass eine andere Stichprobe weitere Kernressourcen offengelegt hätte. Auch ist die Auswahl der Interviewpartner*innen nicht als repräsentativ für den Personenkreis der Menschen mit i.B. und psychischer Erkrankung zu bezeichnen. Die Auswahl der Interviewpartner*innen erfolgte nicht randomisiert. Alle wohnen innerhalb einer Einrichtung

²⁴ Abgeleitet aus dem Stressmodell nach Lazarus und Folkman (1984), wonach Stress erst entsteht, wenn die wahrgenommenen zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen nicht mehr ausreichen. (Anm. d. A.).

der Eingliederungshilfe eines großen Trägers. Da diese spezifische Institution über langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit i. B. und psychischen Erkrankungen verfügt, ist es wahrscheinlich, dass die hier befragten Personen Lernerfahrungen mitbringen, die sich aus den Strukturen, Kompetenzen aber auch Grenzen dieser Einrichtung ergeben. Inwieweit das integrative Ressourcenmodell für Menschen mit einer schweren bis schwersten intellektuellen Beeinträchtigung Gültigkeit haben kann, kann durch diese Studie und die interviewten Personen nicht erschlossen werden.

Es war augenscheinlich, dass alle Personen dem Interview mit Freude und Neugier zugestimmt haben. Personen, die stärkere Vorbehalte gegen unbekannte Situationen und Personen haben, stimmen einem Interview eher nicht zu. Sie erleben aber u. U. auch gerade aus der Überforderung mit unbekannten Situationen Krisen und zeigen deshalb aversive Verhaltensweisen. Ob Personen mit solchen Voraussetzungen den „Einsatz externer Hilfen“ als Ressource betrachten würden, darf bezweifelt werden.

Es wurde dargestellt, welchen bedeutenden Einfluss das kognitive, soziale und emotionale Entwicklungsniveau bzw. auch die diesbezüglichen Diskrepanzen in der Entwicklung auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Krisen haben. Bei keinem/r der Interviewpartner*innen lag eine entsprechende Diagnostik vor. Hinzu kommt die Diversität der Symptomatik psychischer Erkrankungen bei Menschen mit i. B. (Došen, 2018). Sowohl die vorhandenen Kompetenzen in den Aktivitätsbereichen der funktionalen Dimension als auch die Symptome, die mit einer psychischen Erkrankung einhergehen können die Wahrnehmung von Ressourcen in Krisen maßgeblich beeinflussen. Hier bildet die geringe Anzahl der befragten Personen nur einen Bruchteil des Spektrums des interessierenden Personenkreises ab. Des Weiteren handelt es sich um eine Auswahl junger, erwachsener Menschen mit i. B. Personen eines höheren Lebensalters sind in noch stärker exkludierenden und defizitorientierten gesellschaftlichen Strukturen sozialisiert. Dies könnte Einfluss darauf haben, inwieweit Teilhabemöglichkeiten als Ressourcen und nicht als angstauslösende Anforderung betrachtet wird.

8.2 Limitationen durch die Untersuchende

Versuchsleiter*inneneffekte sind in dieser Studie wahrscheinlich. In der beruflichen Profession der Autorin sind ihr alle Interviewpartner*innen bereits vor dem Interview begegnet. Zu einer der interviewten Person besteht ein direktes professionelles Verhältnis und

eine stabile von gegenseitiger Wertschätzung geprägte Beziehung. Dieses Gespräch bezog die Voraussetzung ein, es gegebenenfalls aus der Analyse auszuschließen, wenn aus den Antworten dieser Person ersichtlich geworden wäre, dass eine verallgemeinernde Abstraktion erlebter Krisen nicht möglich gewesen wäre (z. B., in dem von persönlichen Erfahrungen mit der Autorin) berichtet worden wäre. Es ist dennoch nicht auszuschließen, dass diese/r Gesprächspartner*in in einer anderen gesprächsführenden Person andere Antworten gegeben hätte. Dieses Argument gilt allerdings für alle sieben Interviews.

Die langjährige Berufserfahrung der Autorin hat zu der Entscheidung geführt, Gesprächstechniken der validierenden Gesprächsführung anzuwenden. Diese Gesprächstechnik fördert eine vertrauensvolle Atmosphäre im Gespräch. Stress sollte für die Gesprächspartner*innen aufgrund der hohen Vulnerabilität dringend vermieden werden. Nachteilig ist allerdings dabei, dass die Interviewpartner*innen durch eine angenehme Gesprächsatmosphäre -mehr oder weniger bewusst- eventuell selbst um Sympathie warben. Eine vollstandardisiertes Interview könnte sowohl andere Ergebnisse hervorbringen, als auch mehr Vergleichbarkeit zwischen den Ergebnissen der Interviews ermöglichen. Die Durchführungsobjektivität ist auch dadurch beeinträchtigt, dass unterschiedliche Interviewsituationen nach den Wünschen der Interviewpartner*innen geschaffen wurden. Inwieweit es Einfluss auf die Aussagen der Gesprächspartner*innen hatte in welcher Umgebung sie das Interview gegeben haben, kann an dieser Stelle nicht ergründet werden.

Die Sprache der Interviewpartner*innen war zum Teil stark verwaschen und undeutlich. Eine automatische Transkription gelang zu einem Großteil nur für die Wortbeiträge der Interviewerin. So konnte die umfangreiche Nachbereitung aller Interviews nur gelingen, in dem die Interviewerin selbst die Audioaufnahmen transkribierte. Damit ist eine Verletzung der Auswertungsobjektivität wahrscheinlich. Die Antworten der interviewten Personen sollten so wenig wie möglich verfälscht werden, deshalb wurde sich aus diesem Grunde dafür entschieden, die grammatikalischen Fehler mit zu übernehmen. Eine andere untersuchende Person, hätte die Tonaufnahmen sehr wahrscheinlich anders transkribiert. Die deduktive Kategorisierung der qualitativen Inhaltsanalyse wurde gewählt, um bei der Analyse des Textmaterials eine größtmögliche Auswertungsobjektivität herzustellen. Doch bleibt die Zuordnung der gefundenen Textstellen zu den Kategorien ein subjektiver und interpretativer Vorgang (Mayring, 2022, S. 97). Im Rahmen dieser Masterarbeit

konnte nicht überprüft werden, ob die Definitionen und Kodierungsregeln mit jener Genauigkeit durch die Autorin festgelegt wurden, die eine vom Erfahrungsschatz der Autorin unabhängige, objektive Durchführung der Textanalyse gewährleisten hätte.

Qualitative Untersuchungen bergen häufig die Gefahr, das Gütekriterium der Objektivität zu verletzen. In dieser Studie ist dies auf unterschiedlichen Ebenen sehr wahrscheinlich. Für die Durchführungsobjektivität muss kritisch angemerkt werden, dass eine andere Person sicher alle sieben Interviews anders geführt hätte, unter Umständen einen anderen Kodierleitfaden entworfen hätte und so zu einem anderen Modellentwurf gekommen wäre. Außerdem hat die Autorin selbst sich auf jede Person individuell einstellen müssen, um die Gesprächspartner*innen zu Antworten zu befähigen, so dass die Interviewabläufe sich jedes Mal unterschieden. Dem gegenüber steht, dass gerade dadurch die Perspektive der Betroffenen erhoben werden konnte.

8.3 Limitationen der Methodik

Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring wird von Vertreter*innen qualitativer Methoden zum Teil für ihre Systematik und Kategorisierung kritisiert. Im Grunde sei sie deren Auffassung nach ein zu quantitativ ausgerichtetes Verfahren, um dem explorativen Charakter qualitativer Methoden gerecht zu werden (Mayring, 2022, S. 126). Vertreter*innen der quantitativen Methoden muss hingegen die mangelnde Generalisierbarkeit der hier gefundenen Ergebnisse kritisch auffallen. Dafür wäre eine Reliabilitätsangabe durch eine erneute Textanalyse durch eine unabhängige qualifizierte Person ein unterstützendes Moment gewesen. Die gewählte Methode kann außerdem nur für einen Teil des hier interessierenden Personenkreises angewendet werden. Für Menschen mit einer stärkeren intellektuellen Beeinträchtigung, deren intellektuelle Fähigkeiten nicht für ein selbstreflexives Denken ausreichen, oder die sich unter Umständen auch gar nicht verbal äußern können, hätten Fremdbeobachtungsverfahren angewendet werden müssen.

Im Falle der vorliegenden Studie wurde sich aus einer theoretischen Überlegung heraus dafür entschieden, die Häufigkeiten der Nennungen auch mit Doppelungen der benannten Ressourcen innerhalb eines Interviews abzubilden. Die dadurch ersichtliche Gewichtung der Dimensionen und dazugehöriger Kernressourcen unterliegt damit auch einer Fehleranfälligkeit durch die unterschiedlichen sprachlichen Kompetenzen der Interviewpartner*innen. Die Interpretation der Gewichtungen der Kernressourcen und

Dimensionen kann in dieser explorativen Studie lediglich als theoriegenerierend, aber nicht als theorieprüfend aufgefasst werden.

In dieser Studie wurde der Versuch unternommen, die wahrscheinlichen Verletzungen der Gütekriterien quantitativer Studien, durch die Berücksichtigung der Gütekriterien qualitativer Designs abzumildern. Zuverlässigkeit sollte durch die engmaschige Rücksprache mit den interviewten Personen und die nicht um Grammatikfehler korrigierte Transkription hergestellt werden. Die transparente und ausführliche Beschreibung sämtlicher Schritte des Forschungs- und Analyseprozesses soll die „Vertrauenswürdigkeit“ erhöhen. Das Ausmaß der „Übertragbarkeit“ dieser Ergebnisse kann in diesem ersten Entwurf des Modells noch nicht gefordert oder wissenschaftlich überprüft werden. Die dichten und offenen Beschreibungen des interviewten Personen können aber dazu beitragen, in anderen Forschungskontexten Vermutungen darüber anzustellen.

9. Fazit

Dank des engagierten Interesses von Forscher*innen und praktizierenden Personen und deren humanistischen Menschenbildern, stehen heute anwendbare und differenzierte Theorien sowie personenzentrierte Methoden zur Verfügung, um Menschen mit i. B. und psychischen Erkrankungen auch in Krisen zu behandeln bzw. zu begleiten. Diese Theorien, insbesondere der integrative Ansatz nach Došen (2018), spiegeln die Komplexität der psychologischen, psychiatrischen sowie heilpädagogischen Bedarfe des Personenkreises wider. Eine ressourcenorientierte Sicht auf diese Personen mit i. B. wird von vielen gefordert (Došen, 2018; McDonnell et al. 2015; Sappok et al., 2019; Theunissen; 2008a; van den Boogard, 2019). Das hier mit der Beteiligung von Menschen mit i. B. entworfene integrative Ressourcenmodell in psychischen Krisen ist als Ergänzung zur integrativen Behandlung psychischer Erkrankungen und als Bekräftigung des gesellschaftlichen Wandels zu mehr Partizipation und Teilhabe zu verstehen.

Es zeigte sich, dass eine rein medizinisch-biologistische Sichtweise und daraus abgeleitete Behandlungsstrategien, z. B. durch medikamentöse Interventionen, für den betroffenen Personenkreis zwar u. U. nützlich, aber häufig nicht entscheidend sind. Der Einsatz der eigenen funktionalen Ressourcen hält ein wesentlich breiteres Spektrum hilfreicher Interventionen bereit und bestätigt jene Bemühungen, Menschen mit i. B. zu einem selbstbestimmten und selbstwirksamen Leben zu befähigen. Dies schließt die Inanspruchnahme

von Assistenzleistungen nicht aus. Jedoch sollte das Assistenzsystem gerade im Umgang mit der Prävention von Krisen fachlich geschult sein. Eine angemessene und ressourcenorientierte Assistenz benötigt ein heilpädagogisches und entwicklungspsychologisches Grundwissen. Dieses Wissen ist notwendig, um in der Assistenz das therapeutische und pädagogische Handeln so zu gestalten, dass entwicklungsangemessene soziale, emotionale und kognitive Anforderungen gestellt werden. Krisen aufgrund von Überforderung an vorhandene funktionale Ressourcen gilt es zu vermeiden. Die psychologischen Grundbedürfnisse müssen anerkannt und durch eine professionelle Begleitung befriedigt werden können. Die zu erbringenden Assistenzleistungen sollten dabei eine höchstmögliche Selbstständigkeit und Selbstwirksamkeit fördern, um so die eigenen Kompetenzen und damit Ressourcen erfahrbar zu machen und auf diese Weise zur Stabilisierung und Förderung der psychischen Gesundheit beizutragen.

Letztendlich ist die Psychologie eine „Erfahrungswissenschaft“. Sie kann menschliches Erleben und Verhalten nur soweit beschreiben, wie die angewandten Methoden in der Lage sind, das Erfahrungsspektrum menschlichen Facettenreichtums abzubilden. Für diesen ersten Entwurf des vorliegenden integrativen Ressourcenmodells für Menschen mit i. B. in Krisen war es entscheidend, den hier interessierenden Personenkreis selbst zu Wort kommen zu lassen. Nur auf diese Weise konnte das aus der Theorie und Studienlage vorläufige Konstrukt hinsichtlich der Bedarfe und Wahrnehmungen von Menschen mit i. B. in psychischen Krisen für ein integratives Ressourcenmodell ausdifferenziert werden. Und so bleibt festzuhalten, dass die Anerkennung der Kompetenz von Menschen mit i. B. und ihrer Perspektiven nicht nur ihr juristisches Recht, sondern auch eine wertvolle Ressource für eine diverse und durch ein humanistisches Menschenbild verbundene Gesellschaft darstellt.

10. Ausblick

Als forschende, oft nicht betroffene und damit in gewisser Weise unwissende Personen müssen Psycholog*innen kreative Wege finden, jene vulnerablen Personenkreise zu befragen, für die sie ihren gesellschaftlichen Beitrag erbringen wollen und sogar müssen. Die auf den hier interessierenden Personenkreis abgestimmte Methode kann sich bezüglich ihrer Reliabilität sicher nicht mit vollstandardisierten, quantitativen Designs vergleichen. Sie ermöglicht jedoch wichtige Vervollständigungen, um die nicht zu

unterschätzenden Erfahrungen und Sichtweisen der angesprochenen Zielgruppe aufnehmen zu können. Die Forderung, Menschen mit i. B. auch künftig in die Entwicklung von Tools, Methoden und Modellen der Psychologie einzubinden, versteht sich von selbst.

Auch in diesem integrativen Modell kann nicht von einer klaren Abgrenzung zwischen den Dimensionen oder den gefundenen Kategorien ausgegangen werden. Modelle dienen immer nur einer vereinfachten Darstellung komplexer Sachverhalte. Die Komplexität der Interaktionen zwischen den hier gefundenen Kernressourcen und Dimensionen sowie deren Bedeutsamkeit ausdifferenzierter und aussagekräftiger zu erfassen, ist Aufgabe anschließender Forschung. Hierfür sollten Menschen mit i. B. weiterhin beteiligt werden. Ein künftig valides integratives Ressourcenmodell kann dann genutzt werden, geeignete standardisierte Erhebungsinstrumente für weiterführende Forschung zu entwickeln. Denkbar sind standardisierte Beobachtungsbögen auf der Grundlage des Modells, um die Nützlichkeit und Gültigkeit der hier benannten Kernressourcen auch bei Menschen mit schweren intellektuellen Beeinträchtigungen zu überprüfen. Gruppenvergleiche innerhalb der Population sollten angestrebt werden. Auch könnte untersucht werden, welche Faktoren zu unterschiedlichen Gewichtungen zwischen den Ressourcendimensionen führen, bspw. sensomotorischen Kompetenzen, das intellektuelle oder sozioemotionale Entwicklungsniveau sowie das biologische Alter.

Nicht zuletzt kann das vorgeschlagene Modell eine hohe praktische Relevanz haben, um mit dem Personenkreis im therapeutischen oder pädagogischen Prozess möglichst selbstbestimmt individuelle, ressourcenorientierte und transparente Kriseninterventionspläne standardisiert und damit möglichst umfassend zu erarbeiten. Spannend wäre die Frage, ob diese Pläne zu einem Abbau von Krisen führen bzw., welchen Einfluss die gezielte Stärkung bestimmter Kernressourcen auf die Frequenz herausfordernder Verhaltensweisen hätte.

Die Analyse geeigneter, dem Individuum zur Verfügung stehender und zur Verfügung gestellter Ressourcen kann ein Schritt in Richtung der Ermächtigung des Personenkreises bedeuten. Der Rechtsanspruch auf gesellschaftliche Teilhabe beinhaltet auch den Rechtsanspruch, vor Teilhabebeschränkungen geschützt zu werden. Da herausfordernde Verhaltensweisen häufig mit eben jenen Beschränkungen einhergehen (Emerson, 2001, S. 3), sollten Menschen mit i. B. in die Lage versetzt werden, ihre Bedarfe für ein hilfreiches

und angemessenes Krisenmanagement auch gegenüber den Kostenträgern der Assistenzleistungen durchzusetzen. Die Kompetenz der Interviewpartner*innen, geeignete Ressourcen in Krisen zu identifizieren zeigt, wie wertvoll die Erfahrungen betroffener Personen sind. Selbsthilfegruppen und Peer-Teaching-Programme sind nur zwei Ideen, diese wertvolle Ressourcen dieser Mitmenschen auch in einem erweiterten gesellschaftlichen Kontext spürbar zu machen.

Quellenverzeichnis

- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, *46*(4), 333–341. <https://doi/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Asisi, V. (2015). *Entwicklungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung: Chancen und Risiken in der Interaktion mit Mutter und Vater*. Springer.
- Babitsch, B. (2022). Gesundheitswissenschaften – eine Einführung. In R. Haring *Gesundheitswissenschaften* (S. 3-14). Springer.
- Barrett, B. F. (2019). Dialektisch-behaviorale Therapie - DBT. T., Sappok (Hrsg.), *Psychische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Behinderung* (1. Auflage, 370 - 378). Kohlhammer.
- Bienas, M., Gnass, I., Mayer, B., Radbruch, L., & Lukas, A. (2019). Herausfordernde Verhaltensweisen und Schmerz bei Demenz. *Der Schmerz*, *33*(3), 212-219. <https://doi.org/10.1007/s00482-019-0360-8>
- Bogner, A. & Menz, W., (2002). Das theoriegenerierende Experteninterview. In A. Bogner., B. Littig, & W. Menz (Hrsg.) *Das Experteninterview* (S. 33-70). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-93270-9_2
- Brown, J. F., Brown, M. Z., & Dibiasio, P. (2013). Treating individuals with intellectual disabilities and challenging behaviors with adapted dialectical behavior therapy. *Journal of mental health research in intellectual disabilities*, *6*(4), 280-303. <https://doi.org/10.1080/19315864.2012.700684>
- Brown, J. F., Hamilton-Mason, J., Maramaldi, P., & Barnhill, L. J. (2016). Exploring perspectives of individuals with intellectual disabilities and histories of challenging behaviors about family relationships: An emergent topic in a grounded theory focus group study. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, *9*(3), 133-156. <http://dx.doi.org/10.1080/19315864.2016.1181813>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2022). *Leichte Sprache – Ein Ratgeber*

- Burns, A. B., Brown, J. S., Sachs-Ericsson, N., Plant, E. A., Curtis, J. T., Fredrickson, B. L., & Joiner, T. E. (2008). Upward spirals of positive emotion and coping: Replication, extension, and initial exploration of neurochemical substrates. *Personality and Individual Differences*, 44(2), 360-370. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.08.015>
- Christ, O. (2005). *Die Überprüfung der transaktionalen Stresstheorie im Lehramtsreferendariat*. Philipps-Universität Marburg. <https://doi.org/10.17192/z2005.0197>,
- Conty, M. (2019). Der Low Arousal-Ansatz: Grundhaltung in der Begleitung von Menschen, die sich herausfordernd verhalten. In T. Sappok, (Hrsg.). *Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Ein Lehrbuch für die Praxis*. (1. Auflage). (S. 449-454). Kohlhammer Verlag.
- Conty, M., & Pöld-Krämer, S. (2019). »Behinderung« und ihre Feststellung – neue Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG). In T. Sappok, (Hrsg.). *Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Ein Lehrbuch für die Praxis*. (1. Auflage). (S. 473-487). Kohlhammer Verlag.
- Crocker, A. G., Mercier, C., Allaire, J. F., & Roy, M. E. (2007). Profiles and correlates of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(10), 786-801 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.00953.x>
- Davies, B., Griffiths, J., Liddiard, K., Lowe, K., & Stead, L. (2015). Changes in staff confidence and attributions for challenging behaviour after training in positive behavioural support within a forensic medium secure service. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(6), 847-861 <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2015.1072574>
- Došen, A. (2018). *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung: ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. (2. Auflage). Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.

- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American journal of community psychology*, 26(5), 775-802. <https://doi.org/10.1023/a:1022162015815>
- Ehret, A. M., & Berking, M. (2013). DSM-IV und DSM-5: Was hat sich tatsächlich verändert? *Verhaltenstherapie*, 23(4), 58-266. <https://doi.org/10.1159/000356537>
- Eichmann, B. (2014). Vorsicht ansteckend! Emotionen in Teams aus sozialpsychologischer Perspektive. *Soziologiemagazin*, 7(2), 11-12. <http://dx.doi.org/10.3224/soz.v7i2.17015>
- Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour: Analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1192/pb.26.8.319-b>
- Ernst, G., Franke, A., & Franzkowiak, P. (2022). Stress und Stressbewältigung. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*. doi:10.17623/BZGA:224-i118-2.0
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (196)*, 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Esbensen, A. J., & Benson, B. A. (2006). A prospective analysis of life events, problem behaviours and depression in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 248-258. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00816.x>
- Eysenck, M. W., & Keane, M. T. (2010). *Cognitive psychology: A student's handbook*. (6. Edition). Psychology Press.
- Feuerherd, T. (2019). Umgang in Krisensituationen – Krisenmanagement und Auswertung. In T. Sappok, (Hrsg.). *Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Ein Lehrbuch für die Praxis*. (1. Auflage). (S. 205 - 214). Kohlhammer.

- Fiedler, P., & Willutzki, U. (2022). Ressourcenorientierung in der Psychotherapie. In R. Frank & C. Flückiger (Hrsg.). *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. (4. Auflage). (S. 67-83). Springer.
- Flynn, A. G. (2012). Fact or faith?: on the evidence for psychotherapy for adults with intellectual disability and mental health needs. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(5), 342-347. <https://doi.org/10.1097/yco.0b013e328355e196>
- Gerber, M & Fuchs, R. (2022). *Stressregulation durch Sport und Bewegung - Wie Alltagsbelastungen durch körperliche Aktivität besser bewältigt werden können*. Springer Spektrum. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-29680-3>
- Gilbert, P. (2015). An evolutionary approach to emotion in mental health with a focus on affiliative emotions. *Emotion Review*, 7(3), 230-237. <https://doi.org/10.1177/1754073915576552>
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen. Hogrefe
- Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G., & Becker, T. (Eds.). (2019). *S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer.
- Halle, T. G., & Darling-Churchill, K. E. (2016). Review of measures of social and emotional development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 45, 8-18. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2016.02.003>
- Hammer, M., & Plöbl, I. (2020). *Irre Verständlich: Methodenschätze: wirksame Ansätze für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen*. Psychiatrie Verlag, Imprint BALANCE buch + medien Verlag.
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(1), 5-25. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0>
- Hartley, S. L., & MacLean, W. E. (2007). Staff-averse challenging behaviour in older adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(6), 519-528. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00354.x>

- Hejlskov Elvén, B. (2017). *Herausforderndes Verhalten vermeiden – Menschen mit Autismus und psychischen oder geistigen Einschränkungen positives Verhalten ermöglichen*. (2.Auflage). Sudhaus.
- Hennicke, K. (2008). *Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen? Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am: 09.07.2007 in Kassel. Materialien der DGSGB*. Band 17.
- Hennicke, K. (2015). *Zur Einführung: Stress und Trauma. Seelische Verletzung (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung, Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 14. November 2014 in Kassel. Band 33. Materialien der DGSGB (4-12.)*. Band 33
- Heyvaert, M., Maes, B., & Onghena, P. (2010). A meta-analysis of intervention effects on challenging behaviour among persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(7), 634-649. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01291.x>
- Hoyer, J., & Teismann, T. (2022). Wohlbefinden durch Verhaltensaktivierung–befriedigendes Handeln im Dienst persönlicher Werte. In R. Frank & C. Flückiger (Hrsg.). *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. (4. Auflage) (S. 167-176). Springer.
- Hopf, C. (1979). Soziologie und qualitative Sozialforschung. In C., Hopf & E. Weingarten (Hrsg.). *Qualitative Sozialforschung*. (S. 11-37). Klett-Cotta.
- Ito, T. A., Cacioppo, J. T., & Lang, P. J. (1998). Eliciting affect using the International Affective Picture System: Trajectories through evaluative space. *Personality and social psychology bulletin*, 24(8), 855-879. <https://doi.org/10.1177/0146167298248006>
- Janssen, C. G. C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(6), 445-453. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00430.x>

- Jones, S. M., Zaslow, M., Darling-Churchill, K. E., & Halle, T. G. (2016). Assessing early childhood social and emotional development: Key conceptual and measurement issues. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 45, 42-48. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2016.02.008>
- Junge-Hoffmeister, J. (2019). Prävention psychischer Störungen. In S. Schneider & J. Markgraf (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3: Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter*. (2. Auflage, Bd. 3) (S. 943 - 965). Springer.
- Kiefer, M. (2011). Bewusstsein. In J. Müsseller (Hrsg.). *Allgemeine Psychologie*. (2. Auflage). (S. 154-188). Springer.
- Kienle R., Knoll N., Babette Renneberg B. (2006), Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg, P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Springer Medizin Verlag Heidelberg. DOI 10.1007/978-3-540-47632-0_7, ©
- Kok, T. B., Post, W. J., Tucha, O., de Bont, E. S., Kamps, W. A., & Kingma, A. (2014). Social competence in children with brain disorders: A meta-analytic review. *Neuropsychology review*, 24(2), 219-235. <https://doi.org/10.1007/s11065-014-9256-7>
- Kraag, G., Zeegers, M. P., Kok, G., Hosman, C., & Abu-Saad, H. H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of school psychology*, 44(6), 449-472. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.07.001>
- Kurz, A., Stockhammer, C., Fuchs, S., & Meinhard, D. (2009). Das problemzentrierte Interview. In R. Buber & H. Holzmüller (Hrsg.). *Qualitative Marktforschung: Konzepte—Methoden—Analysen*. (S. 463-475). Gabler.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lohaus A., & Vierhaus M. (2019), *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59192-5_5

- Lutz, R. (2022). Euthyme Therapie und Salutogenese. In R. Frank & C. Flückiger (Hrsg.). *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. (4. Auflage) (S. 85-100). Springer.
- MacLean, P. D. (1982). On the origin and progressive evolution of the triune brain. In E. Armstrong & D. Falk. *Primate brain evolution: Methods and concepts* (S. 291-316). Springer.
- Maercker, A. (2011). Modelle der Klinischen Psychologie. In F. Petermann, A. Maercker, W. Lutz, & U. Stangier. *Klinische Psychologie–Grundlagen. Bachelorstudium Psychologie*. (S. 14-31). Hogrefe.
- Mason, J., & Scior, K. (2004). Diagnostic overshadowing amongst clinicians working with people with intellectual disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(2), 85-90. <https://doi.org/10.1111/j.1360-2322.2004.00184.x>
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities*, 32(2), 419-436. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*. (13. Auflage). Beltz.
- McDonnell, A. A., Waters, T., & Jones, D. (2002). Low arousal approaches in the management of challenging behaviours. In D. Allen (Ed.). *Ethical approaches to physical interventions: Responding to challenging behaviours in people with intellectual disabilities* (S. 104–113). BILD.
- McDonnell, A., McCreddie, M., Mills, R., Deveau, R., Anker, R., & Hayden, J. (2015). The role of physiological arousal in the management of challenging behaviours in individuals with autistic spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 311-322. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.09.012>

- Otsuka, S., Uono, S., Yoshimura, S., Zhao, S., & Toichi, M. (2017). Emotion perception mediates the predictive relationship between verbal ability and functional outcome in high-functioning adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *47*, 1166-1182. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3036-1>
- Petermann, F., & Ulrich, F. (2019). Entwicklungspsychopathologie. In S. Schneider & J. Markgraf (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3: Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter*. (2. Auflage, Bd. 3) (S. 23 - 41). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57369-3_2
- Piaget, J. (1953). *The child's construction of reality*. Routledge.
- Ramerman, L., de Kuijper, G., & Hoekstra, P. J. (2017). Adherence of clinicians to guidelines for the prescription of antipsychotic drugs to people with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, *11*(3), 110-125. <https://doi.org/10.1108/AMHID-02-2017-0005>
- Rattaz, C., Michelon, C., Munir, K., & Baghdadli, A. (2018). Challenging behaviours at early adulthood in autism spectrum disorders: topography, risk factors and evolution. *Journal of Intellectual Disability Research*, *62*(7), 637-649. <https://doi.org/10.1111/jir.12503>
- Retzlaff, R. (2014). Behinderte und chronisch kranke Kinder. In M. Cierpka (eds.). *Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. (2. Auflage). (S. 373-38). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-39602-1_26
- Riemann, D., Baum, E., Cohrs, S., Crönlein, T., Hajak, et al. (2017). S3-Leitlinie nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. *Somnologie*, *21*(1), 2-44. <https://DOI.10.1007/s11818-016-0097-x>

- Rittmannsberger, D., Yanagida, T., Weber, G., & Lueger-Schuster, B. (2020). The association between challenging behaviour and symptoms of posttraumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: A Bayesian mediation analysis approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(7), 538-550. <https://doi.org/10.1111/jir.12733>
- Roch, S., & Hampel, P. (2022). Modelle von Gesundheit und Krankheit. In R. Haring (Hrsg.). *Gesundheitswissenschaften* (S. 263-272). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-65219-0>
- Roth, G., & Strüber, N. (2014). Pränatale Entwicklung und neurobiologische Grundlagen der psychischen Entwicklung. In M. Cierpka. *Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. (2. Auflage). (S. 3-20). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-39602-1_26
- Sappok, T. (2019 a). Psychische Gesundheit und intellektuelle Entwicklung. In T. Sappok (Hrsg.). *Psychische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung*. (1. Auflage) (S. 22-27). Kohlhammer.
- Sappok, T. (2019 b). Emotionale Entwicklungsstörung. In T. Sappok (Hrsg.). *Psychische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung* (1. Auflage). (S. 205 - 214). Kohlhammer.
- Sappok, T., Budczies, J., Bölte, S., Dziobek, I., Došen, A., & Diefenbacher, A. (2013). Emotional development in adults with autism and intellectual disabilities: A retrospective, clinical analysis. *PloS one*, 8(9), e74036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074036>
- Sappok, T., Georgescu, D., & Weber, G. (2019). Intellektuelle Entwicklungsstörung – Überlegungen zur Begrifflichkeit. In T. Sappok (Hrsg.). *Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung: Ein Lehrbuch für die Praxis*. (S. 15-21). Kohlhammer.
- Sappok, T., Voß, T., Millauer, E., Schade, C., & Diefenbacher, A. (2010). Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. *Der Nervenarzt*, 81(7). <https://doi.org/10.1007/s00115-009-2917-8>

- Sappok, T., & Zepperitz, S. (2016). *Das Alter der Gefühle: über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung*. Hogrefe.
- Sappok, T., Zepperitz, S., Barrett, B. F., & Došen, A. (2018). *Skala der emotionalen Entwicklung–Diagnostik (SEED)*. Hogrefe.
- Schär, M., Flückiger, C., & Holtforth, M. G. (2012). Ressourcenorientierte Psychotherapie. Steinebach, C., Jungo, D., & Zihlmann, R. (Hrsg.) *Positive Psychologie in der Praxis: Anwendung in Psychotherapie, Beratung und Coaching*. (S. 129-137) Beltz.
- Schanze, C. (2019). Psychopharmakotherapie. T., Sappok (Hrsg.), *Psychische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Behinderung* (1. Auflage, 343 - 354). Kohlhammer.
- Schneiders, K., & Schönauer, A. L. (2022). Fachkräftemangel in der Sozialwirtschaft: Empirische Befunde zu Ursachen und Handlungsbedarfen. In *Zwischen gesellschaftlichem Auftrag und Wettbewerb: Sozialmanagement und Sozialwirtschaft in einem sich wandelnden Umfeld* (pp. 355-370). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-35381-0>
- Schuengel, C., de Schipper, J. C., Sterkenburg, P. S., & Kef, S. (2013). Attachment, intellectual disabilities and mental health: Research, assessment and intervention. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(1), 34-46. <https://doi.org/10.1111/jar.12010>
- Schulz, K. H., Meyer, A., & Langguth, N. (2012). Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 55(1), 55-65. <http://DOI.10.1007/s00103-011-1387-x>
- Schwab, S. & Fingerle, M. (2013). Resilienz, Ressourcenorientierung und Inklusion. In S. Schwab, M. Gebhardt, E. Ederer-Fick & B. Gasteiger-Klicpera (Hrsg.), *Theorien, Konzepte und Anwendungsfelder der inklusiven Pädagogik* (S. 97 – 108). Facultas. wuv.

- Shepherd, C., & Beail, N. (2017). A systematic review of the effectiveness of psychoanalysis, psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy with adults with intellectual and developmental disabilities: Progress and challenges. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 31(1), 94-117.
- Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G., & Voracek, M. (Eds.). (2016). *Krisenintervention und Suizidverhütung* (3. Auflage). UTB: Facultas. Wien
- Sovner, R., & Hurley, A. D. (1986). Four factors affecting the diagnosis of psychiatric disorders in mentally retarded persons. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*. 5(9), 45–49
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. *The Oxford handbook of health psychology*, 1, 189-214.
- Theunissen, G. (2008a). Positive Verhaltensunterstützung—ein pädagogisch-therapeutisches Konzept zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit intellektueller Behinderung. *Heilpädagogik online - Die Fachzeitschrift im Internet*. 01/08, 21-52.
- Theunissen, G. (2008b). Positive Verhaltensunterstützung. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 9(02), 144-147. <http://DOI: 10.1055/s-2008-1067391>
- Theunissen, G. (2019). Positive Verhaltensunterstützung. T., Sappok (Hrsg.), *Psychische Gesundheit bei Menschen mit intellektueller Behinderung*. (1. Auflage, 379 - 386). Kohlhammer.
- Thompson Prout Brooke, H., & Browning, B. K. (2011). Psychotherapy with persons with intellectual disabilities: a review of effectiveness research. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5(5), 53-59. <https://doi.org/10.1108/20441281111180673>
- Tremblay, R. E., Japel, C., Perusse, D., McDuff, P., Boivin, M., Zoccolillo, M., & Montplaisir, J. (1999). The search for the age of ‘onset’ of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9(1), 8-23. <https://doi.org/10.1002/cbm.288>

- van den Bogaard, K. J. H. M., Lugtenberg, M., Nijs, S., & Embregts, P. J. C. M. (2019). Attributions of people with intellectual disabilities of their own or other clients' challenging behavior: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 12(3-4), 126-151. <https://doi.org/10.1080/19315864.2019.1636911>
- van den Bogaard, K. J. H. M., Nijman, H. L., Palmstierna, T., & Embregts, P. J. (2018). Characteristics of aggressive behavior in people with mild to borderline intellectual disability and co-occurring psychopathology. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 11(2), 124-142. <https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1408726>
- Victor, P. P., Schürmann, J., Muermans, M. M., Teismann, T., & Willutzki, U. (2019). Wittener Ressourcenfragebogen (WIRF) – Ein mehrdimensionales Instrument zur subjektiven Ressourceneinschätzung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. (3) <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000388>
- Voß, T., Schade, C., Kaiser, H., & Jeschke, C. (2008). Und es geht doch! - Stationäre Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 9(02), 132-137. DOI: 10.1055/s-2008-1067389
- Weltgesundheitsorganisation, W. H. O. (1994). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, 10. Revision. Springer.
- Weltgesundheitsorganisation, (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Geneva: WHO.
- Weltgesundheitsorganisation (2020) Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/de, (abgerufen am 26.10.2023)
- Wenzel, T., & Morfeld, M. (2016). Das biopsychosoziale Modell und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 1125-1132. DOI 10.1007/s00103-016-2401-0

Willutzki, U., & Teismann, T. (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.

Wittchen, H. U., Knappe, S. & Hoyer, J. (2020). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. Hoyer, J. & Knappe, S. (Hrsg.) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, 3-28. Springer-Verlag.

Anlagenverzeichnis

Anlage A Tabelle 5 - Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung und psychosoziale Entwicklung	ii
Anlage B: Tabelle 6 - Definitionen der Kategorien und Kategorisierungsregeln des ersten Entwurfs des Kodierleitfadens.....	iii
Anlage C: Tabelle 7 - Reduziertes Transkript aller sieben Interviews	vi
Anlage D: Tabellen des überarbeiteten Kodierleitfadens	xxxiii
Anlage E: Einverständniserklärung in Leichter Sprache.....	xxxix
Anlage F: Interviewfragen in Leichter Sprache.....	xlii
Anlage G: Tabellen mit den gefundenen Textausschnitten zu den gefundenen Kategorien	xliii

Anlage A

Tabelle 5

Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung und psychosoziale Entwicklung.

Schwerste i. B.; IQ < 20, Entwicklungsalter < Jahre2		
<u>kognitiv</u> - Handlungen primär - Denken sekundär - Entwicklung von Erinnerung	<u>sozial</u> - Entwicklung von Bindungsverhalten - Suche nach Struktur, Ort und Person	<u>emotional</u> - Probleme mit Veränderungen - mit dem eigenen Körper oder dem Körper anderer beschäftigt - primäre Emotionen: Lust, Unlust, Verstimmung, Wut, Erregung und Entspannung - Aggressionen vornehmlich gegen die eigene Person gerichtet
Schwere i. B.: IQ = 20-35, Entwicklungsalter = 2-4 Jahre		
<u>kognitiv</u> - Erfahrungen im Hier und Jetzt, - Vermengung verschiedener Gedankeninhalte	<u>sozial</u> - Orientierung an wichtigen primären Bezugspersonen - wenig Interesse an anderen Personen.	<u>emotional</u> - ertragen keinen Aufschub von Lust - Wut und Aggression sind nach Außen gerichtet - Weitere Emotionsdifferenzierung: - Angst, Glück und Trotz
Mittlere i. B.; IQ = 35 – 50, Entwicklungsalter = 4 – 7 Jahre		
<u>kognitiv</u> - egozentrisches Denken - expressiver Sprachgebrauch - Vorausdenken möglich	<u>sozial</u> - Gerichtet auf direkte Umgebung - und Altersgenossen - Identifikation mit und Bindung zu wichtigen Anderen	<u>emotional</u> - Gefühl von Allmächtigkeit - Impulskontrolle eingeschränkt - Weitere Emotionsdifferenzierung: Glück, (Versagens-)Angst, Scham, Kummer - noch keine Empathie oder Schuldgefühl - Aggression auf wichtige Andere gerichtet
Leichte i. B.: IQ = 50 – 70, Entwicklungsalter = 7-12 Jahre		
<u>kognitiv</u> - Logisches Denken - Sprechen über konkrete Situationen - Probleme mit verstehen komplexer und abstrakter Inhalte	<u>sozial</u> - Gebunden an wichtige Bezugspersonen - Regelverständnis, schwache soziale Verantwortlichkeit - loyal gegenüber wichtigen anderen Personen.	<u>emotional</u> - Will sozial akzeptiert und kompetent sein, - Probleme mit Aggressionsregulation, - Vergangenes kann aktuelles emotionales Erleben beeinflussen - erweiterte Emotionsdifferenzierung: Kummer, Glück, Liebe, Hass, Vertrauen, Misstrauen, Selbstwert - noch weniger gut entwickelt: Gewissen, körperliche Liebe, Empathie

Anmerkung. Eigene zusammengefasste Darstellung *Psychische Störung und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung*, A Došen, 2018, Kapitel IV, S. 231 ff.)

Anlage B

Tabelle 6

Definitionen der Kategorien und Kategorisierungsregeln des ersten Entwurfs des Kodierleitfadens

Kategorien und Definition	Kodierungsregel
<p>Bio 1: Neuronale Voraussetzungen Spezifische als hilfreich erachtete Funktionen des zentralen Nervensystems</p>	Um dieser Kategorie zugeordnet zu werden muss deutlich werden, dass Basiskompetenzen der neuronalen Verarbeitung als Ressource wahrgenommen werden.
<p>Bio 2: Körperliche Gesundheit guter allgemeiner Gesundheitszustand (keine Schmerzen, keine somatischen Erkrankungen, keine physischen Verletzungen, subjektiv wahrgenommene körperliche Fitness)</p>	Beschreibungen über die psychische Gesundheit fallen explizit nicht unter somatische Erkrankungen und sind für die Kategorisierung nicht dem körperlichen Gesundheitszustand zuzuordnen.
<p>Bio 3: Medikamentöse Intervention Die (psychiatrische oder somatische) Medikation wird als hilfreich empfunden.</p>	Hierunter werden alle Medikamente gefasst, die als hilfreich aufgefasst werden. Unabhängig davon, ob sie das Erregungsniveau sinken lassen oder gegen Krisenauslöser (z. B. Schmerzen, Ängste, suizidale Gedanken etc.) helfen.
<p>Fun 1: Sensomotorische Kompetenzen Motorische Fähigkeiten, die die Integration sensorischer Reize voraussetzen.</p>	Alle Bewegungsabläufe, die willkürlich und zielgerichtet sind und als Kompetenz wahrgenommen werden. Dabei liegt der Fokus eindeutig auf dem Ausführen von Bewegungen (z. B. "Schreiben", "Malen", weil die Bewegung an sich als hilfreich wahrgenommen wird.)
<p>Fun2: Kognitive Kompetenzen Intellektuelle Fähigkeiten wie die Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeit, Erinnerungs-, Lern- und Planungsfähigkeit, Kreativität, Orientierung, Vorstellungskraft oder Willenssteuerung.</p>	Hierunter fallen auch Kulturtechniken sofern der Fokus auf die dahinterliegenden intellektuellen Fähigkeiten gerichtet ist (z. B. "Schreiben" um Gedanken zu Papier zu bringen; Malen, um Gefühle auszudrücken)
<p>Fun 3: Soziale Kompetenzen Fähigkeiten, die eine notwendige Voraussetzung für die Bewältigung sozialer Interaktionen darstellen.</p>	Umfasst Fähigkeiten, die den Umgang mit sich selbst (z. B. Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl, Selbstdisziplin), den Umgang mit anderen (z. B. Einfühlungsvermögen, Respekt, Toleranz, Hilfsbereitschaft, Kommunikationsfähigkeit, Kritikfähigkeit), die Zusammenarbeit (z. B. Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Kooperationsbereitschaft)

	oder die Menschenführung (z. B. Verantwortungsgefühl, Motivationsfähigkeit, Überzeugungskraft) betreffen.
Fun 4: Emotionale Kompetenz Die Fähigkeit eigene Gefühle und die Gefühle Anderer zu erkennen sowie mit den eigenen Gefühlen umzugehen und diese auszudrücken	Emotionale Kompetenzen und soziale Kompetenzen liegen eng beieinander und gehen zum Teil ineinander über. Ein Beispiel hierfür ist Empathie. Bei der Entscheidung für die Zuordnung zu einer Kategorie soll als Kriterium; die Anwendung der Empathie in sozialen Situationen herangezogen werden. In diesem Fall wird Empathie den sozialen Kompetenzen zugeordnet.
Soz 1: Assistenzleistungen konkrete Tätigkeiten der Mitarbeitenden während der Krise, die als hilfreich wahrgenommen werden.	Die Beziehungsebene zur assistierenden Person spielt hierbei keine Rolle. Hinweise für die Zuordnung könnte der Grad der Verallgemeinerung bieten, wenn eher die Berufsgruppe, weniger der Name einer Person genannt wird.
Soz 2: Familiäre Anbindung Regelmäßiger positiver Kontakt zu Angehörigen	Hierunter können Besuche, Telefonate, privater Schriftverkehr gezählt werden.
Soz 3: Freundschaften Auf gegenseitiger Zuneigung beruhende Beziehung zu einer anderen Person.	Die Beziehung zu der Person fußt nicht auf einem Dienstleistungsverhältnis, oder andersartiger in erster Linie professioneller Kontakte. Zu der Person besteht kein familiäres Verhältnis.
Soz 4: Gesellschaftliche Teilhabe Gestaltungsmöglichkeiten innerhalb der Gesellschaft. Dies beinhaltet die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und umfasst u. a. das politische Leben, kulturelle Aktivitäten sowie bezahlte und unbezahlte Arbeit.	Diese Kategorie wird gewählt, wenn allgemeine, die Partizipation betreffende, der Umwelt zuordnbare Faktoren genannt werden. Es wird nicht explizit die Beziehung zu bestimmten Personen benannt.
Soz 5: Passende Umgebung Dingliche Faktoren innerhalb der Räumlichen Umwelt.	Die Umgebung auf der Sachebene beschreibende Äußerungen. Die Anwesenheit und Abwesenheit anderer Personen kann in diese Kategorie eingeordnet werden, wenn der gesellschaftliche Bezug oder die soziale Beziehung nachrangig ist.

<p>Ent 1: Angemessene kognitive Anforderungen</p> <p>Die, das kognitive Entwicklungsniveau berücksichtigende Anpassung an die Situation</p>	<p>Für diese Kategorie muss deutlich werden, dass die Person selbst oder andere Personen eine bewusste, u. U. auch situative Veränderung ihres eigenen Verhaltens oder der Umgebung vornehmen, um die kognitiven Kompetenzen der Person weder zu über- noch zu unterfordern.</p>
<p>Ent 2: Angemessene soziale Anforderung</p> <p>Die, das soziale Entwicklungsniveau berücksichtigende Anpassung an die Situation.</p>	<p>Für diese Kategorie muss deutlich werden, dass die Person selbst, oder eine andere Person eine bewusste, u.U. auch situative Veränderung ihres eigenen Verhaltens oder der Umgebung vornehmen, um die sozialen Kompetenzen weder zu Über- noch zu Unterfordern.</p>
<p>Ent 3: Berücksichtigung emotionaler Bedürfnisse</p> <p>Befriedigung entwicklungsangemessener emotionaler Bedürfnisse</p>	<p>Für diese Kategorie ist u. U. die Qualität der Beziehung zu anderen von Bedeutung. Es spielt dabei keine Rolle, ob die anwesende Person in einer professionellen oder privaten Beziehung zu der Peron in Krise steht. Wesentlich ist lediglich, ob emotionale Bedürfnisse von einer anderen Person befriedigt werden.</p> <p>Dieser Kategorie können auch Aussagen zugeordnet werden, die die eigene Befriedigung entwicklungsentsprechender psychologischer Bedürfnisse beinhalten.</p>

Anlage C

Die Nachfolgende Tabelle enthält die reduzierte Transkription der Interviews.²⁵ In dieser Tabelle sind die Aussagen der Gesprächspartner*innen in anonymisierter Form mit den dazugehörigen Zeitstempel enthalten. Aussparungen sind mit „(...)“ notiert. Ergänzende Hinweise, die zur Herstellung eines Sinnzusammenhanges wesentlich sind, sind in Klammern gesetzt. Die Nummerierung erfolgte automatisch und Absatzweise anhand der auf *QCAmap* als Worddokument hochgeladenen Transkription.

Tabelle 7

Reduziertes Transkript aller sieben Interviews

Nr.	Transkription der Aussagen der Gesprächspartner*innen
1.	GP. A: Meistens spazieren gehen und Fahrradfahren, mit Leuten in Kontakt sein, das hilft mir sehr. #00:00:25-5#
2.	GP. A: Spaß haben. #00:00:27-9#
3.	GP. A: Und viel Musik hören. #00:00:36-5#
4.	GP. A: Spazieren gehen, mit den Betreuern reden, Hilfe suchen. Das hilft. #00:00:50-5#
5.	GP. A: Ja, ich weiß das, aber manchmal vergesse ich das auch. (<i>Assistent*in, Bezugsperson</i>) zum Beispiel hat mich immer daran erinnert, spazieren zu gehen und mit ihr zu reden darüber. #00:01:10-8#
6.	GP. A: Und wir sind dann auch immer spazieren gegangen. #00:01:26-6#
7.	GP. A: Weil sie mich daran erinnert hat und mit mir darüber redet und auch viel Zeit nimmt. #00:01:39-6#
8.	GP. A: Und auch zuhört. #00:01:43-1#
9.	GP. A: (<i>gute Beziehung</i>) Wenn das Verhältnis auch passt. Wenn die zum Beispiel auch mit Fahrrad fährt oder dieselbe Meinung -nicht ganz- aber ein bisschen auch akzeptiert, dann passt es auch gut zusammen. #00:02:44-3#
10.	GP. A: Und dass man halt andere auch akzeptiert und respektiert. #00:03:03-0#
11.	GP. A: Nee beide Seiten #00:03:12-9#
12.	GP. A: Ja, bei meinen Veranstaltung habe ich sehr viele gute Beziehungen, mit denen ich gut verstehe. #00:04:25-0#
13.	GP. A: Ja. Also von der Friedensbewegung. #00:04:34-0#
14.	GP. A: (...) Da habe ich auch mit den Personen gute Beziehung, aber da bin ich ein bisschen vorsichtig. #00:05:13-6#
15.	GP. A: (...) aber ich gehe halt raus, schaue mir die Natur an. #00:05:47-8#

²⁵ Die Tabelle dient lediglich dem Nachweis. Alle den Kategorien zugeordneten Textpassagen sind der Anlage G zu entnehmen.

16. GP. A: (...) mache ich mit den Betreuern was. Fahr Fahrrad oder treff mich beim Kiosk mit den Leuten. Beim Bäcker bin ich meistens auch. Da habe ich auch gute Beziehungen zu denen. #00:06:19-0#
-
17. GP. A: In diese Krise mache ich das nicht, weil das ist ja ein Geschäft und die anderen sollen ja auch sich wohlfühlen dort. #00:06:29-7#
-
18. GP. A: Und da gehe ich da nicht hin, weil will ja nicht andere mit reinziehen mit meinem Problem. Meistens bin ich dann halt alleine. #00:06:39-9#
-
19. GP. A: Wenn halt Leute schnell reagieren. Bevor was passiert. #00:07:10-2#
-
20. GP. A: Betreuer oder auch Leute, die rumlaufen, wenn sie das sehen, dass es gefährlich wird, dass sie schnell dann die Notruf tätigen. #00:07:19-3#
-
21. GP. A: Das hilft mir sehr. #00:07:22-7#
-
22. GP. A: Das dann halt mir und auch andere nichts passiert. #00:07:29-5#
-
23. GP. A: Dass sie mit mir ein Gespräch suchen, warum ich so schlecht gelaunt bin oder so in der Krise bin. Sowas hilft mir auch. Dass ich das dann erkläre, warum der Grund ist. #00:07:51-2#
-
24. GP. A: Meistens hat auch was mit meiner Krise, auch mit Ängsten, zu tun. Ja! #00:07:57-4#
-
25. GP. A: Eigentlich kann jeder mich fragen. Ich bin offen. #00:08:09-2#
-
26. GP. A: Ich bin halt ein freundlicher Mensch, der halt andere akzeptiert. Ich mag Menschen, die Natur. Ich mag Tiere. Ich bin für Freundschaft interessiert. Ja, ich bin für Frieden. Mag Sport. So sehe ich mich. #00:09:13-2#
-
27. GP. A: Sport. #00:09:26-4#
-
28. GP. A: Fahrrad fahren oder rausgehen. In die Menschenmenge gehen. #00:09:42-9#
-
29. GP. A: Weil man, man ist dann abgelenkt und die Krise verschwindet dann und du denkst nicht mehr feste drüber nach, weil du dann mit anderen in Kontakt bist und das hilft auch sehr. Oder Fahrrad fahren, wenn man automatisch andere Leute sieht, die Fahrrad fahren, oder man überholt sich gegenseitig, und man sieht sich dann zweimal, dreimal. Das finde ich dann witzig. #00:10:18-2#
-
30. GP. A: Und das geht dann die Krise halt weg, weil du bist dann in andere Gedanken. #00:10:22-2#
-
31. GP. A: (...) Weil man vergisst ja dann vieles, aber wenn man das merkt und rechtzeitig reagiert, dann könnte es helfen. #00:10:52-3#
-
32. GP. A: Mit Betreuern Gespräch und schon Spaziergang. #00:11:13-9#
-
33. GP. A: Oder auch Tabletten. Wenn man bei Bedarf Tabletten, dass man ruhiger wird. Da ist man entspannter #00:11:26-7#
-
34. GP. A: (*ausführliche Beschreibung einer Krise mit starker Selbst und Fremdgefährdung*)
-
35. GP. A: Ich wollte ihn nicht verletzen, nicht töten (*hat damit vorab gedroht*), aber wegen meinen Wut, hab Kontrolle halt verloren, (*weitere Beschreibungen*) und dann ist halt (*Assistent*in, Bezugsbetreuerin*) immer hinter mir gegangen, und

ohne, also ohne Betreuer, hätte ich es vielleicht getan. Mit Betreuern will ich das nicht machen. Wegen den Schock. (...) Da haben sie alle abgebremst und da ist ein Mann ausgestiegen. Hat zu mir gesagt: "geh mal weg, Brauchst Hilfe! Das ist eine Straße." (...) bin dann auf die Straßenbahn los und hat mich dann da weg, und da habe ich angefangen zu weinen. Und dann kam halt die Polizei. Da war alles noch in Ordnung. (Bezugsbetreuer*in) hat gesagt: "Ist alles gut!" Die Bewohner haben Sorgen gemacht. Leute. Alle Paare standen, die darum gelaufen sind. Jugendlichen sogar darunter, haben gefragt, ob alles okay ist, und dann hat (Assistent*in Bezugsperson) gesagt: Ob ich bereit bin, ob ich wieder zurück in WG, (...) Und dann kam die Polizei (...) Ja, und dann ein Krankenwagen, wurde dann gerufen und hat mich mit Krankenwagen dann in die Psychiatrie, in die Geschlossene. #00:18:36-0#

-
36. GP. A: Naja, dass die Betreuer halt dann richtig reagiert haben. #00:19:28-9#
-
37. GP. A: Und die Polizei verständigt hat, (Assistent*in), und dass (Assistent*in) und den Bewohner weggezogen hat. #00:19:36-1#
-
38. GP. A: Das war gute Reaktion, erst mal. Und die Tür zuzumachen. #00:19:41-6#
-
39. GP. A: Zuzumachen, weil der weiß, wenn man in der Krise ist, ob einem das überhaupt bewusst ist, was man tut mit Messer. #00:19:48-5#
-
40. GP. A: Und da könnte auch sehr schlimme Sachen passieren, wenn man die Kontrolle verliert. Und das hatten ich ja dann auch. Wo die die Tür zugemacht haben, kam ich dann zu mir und hab das Messer gesehen, -auch weggeworfen. (...)
-
41. GP. A: Und dann halt, dass (Assistent*in) nämlich mich halt gerettet, vor den Gefahren. #00:20:12-6#
-
42. "Wie ich mit Messer? Ich bin für Frieden. Was soll der scheiß? Ich haben mal verteidigt vor diesem Gewalt. (...) „Hä? Ick?“ äh nee. Auf jeden Fall nicht! Und da war ich selber erschrocken. #00:20:54-5#
-
43. IP: Hm! #00:20:55-1#
-
44. GP. A: Und dann gab es ein Gespräch nochmal mit mir und (Assistent*in) (...)
-
45. GP. A: Das mit der Polizei, dass sie gekommen sind, das war auch von Erzählung, (...) Das hat mir erst mal nicht interessiert, und so richtig erinnern könnte ich mir auch nicht. #00:21:39-5#
-
46. GP. A: Da wo der Tatort ist - erstmal verlassen, und dass man erstmal dort weg ist und wieder zu sich kommt, und das erstmal nachdenken, was man getan hat. #00:22:55-0#
-
47. GP. A: Zu den Leuten gehen, mit den Reden, also Gespräch führen, Kontakte. #00:23:22-4#
-
48. GP. A: Das ist das wichtigste, dass man halt erst mal von den Gedanken, was passiert ist, wegkommt. #00:23:35-6#
-
49. GP. A: Bevor was extrem wird, ja! Verlasse ich das. Zum Beispiel, (...), versuche ich dann halt, raus erstmal zu gehen und wenn es halt nochmal, immer noch laut

ist, dann halt die Polizei. Verstehen sie? Also auch den Krise darf man nicht zulassen, also dass es so weit kommt. #00:24:24-9#

-
50. GP. A: Ähm, was draußen passiert, ist ja egal, das macht mir keinen Stress! #00:24:47-9#
-
51. GP. A: Ne, aber wenn es im Haus ist und du willst Ruhe jetzt haben. Also, ich kann das Lärm nicht die ganze Zeit aushalten. (...) Wenn es aber ab und zu mal laut wird im Haus - ist halt laut. Kann man nichts machen, dann geht man halt raus. #00:25:06-7#
-
52. GP. A: Ja. Mein Lieblingsort ist halt (...) aber da nur mit Fahrrad, weil wenn da Gefahr ist, kann ich da schneller weg oder aus den Gefahr gehen, als zu Fuß.
-
53. GP. A: Manchmal laufe ich auch zu Fuß bis (...). Da ist auch mein Lieblingsort oder dazu (...) In meinen Bereiche, wo ich gerne bin, da sehen mich auch öfters immer dieselben Leute. #00:26:30-3#
-
54. GP. A: Ja! Und auch Klinikgarten, da bin ich auch sehr gerne, weil die haben so einen eigenen Patientengarten und halt ganz großes Gelände. und da halte ich mich auch auf. #00:26:50-5#
-
55. GP. A: Das ist halt kein öffentlich Platz und eigentlich privat, aber es kommen halt Leute rein. Ist nicht gerne gesehen, aber es wird akzeptiert. Und das gefällt mir. #00:27:03-1#
-
56. GP. A: Da ist Basketballplatz, da ist eine Tischtennisplatte. Man hat Blumen. Das andere Klima. #00:27:17-5#
-
57. GP. A: Ja, und das gefällt mir sehr dort. #00:27:21-6#
-
58. GP. A: Man sieht Leute. #00:27:30-1#
-
59. GP. A: Richtig, man kann sich austauschen mit den Leuten, die in Behandlung sind. #00:27:36-9#
-
60. GP. A: Es gibt ja verschiedene Krisen. #00:27:44-3#
-
61. GP. A: Ja, nicht nur das eine. #00:27:46-9#
-
62. GP. A: Also, dass ist dann nur, wenn ich alleine bin. Dann kommt mir diese Angst. Wenn ich aber zwischen Leute bin oder irgendwo im Gespräch oder so, dann denke ich nicht nach, weil ich dann halt "auf uns zukommen" denken kann, wenn ich nicht allein bin. Aber allein, dann denke ich immer so, "Na, wie weit sind die? Was passiert jetzt?" #00:30:43-1#
-
63. GP. A: Ich hab jetzt was rausgefunden. Und zwar; ich gucke mir die Nachrichten an und dann schalte ich da weg und schau was anderes an. Was die Jugendlichen halt machen mit Body Building. Oder Fahrradfahren. Manchen Jugendlichen springen ja auch mit dem Fahrrad rum. Mountain Bike. Das gucke ich mir an. Oder ab und zu mal K11 über YouTube. #00:31:21-7#
-
64. GP. A: Das nicht Thema Krieg und Politik. Sich informieren lassen, ist okay, aber dass man dann auch Abstand nimmt davon. Manchmal übertreibe ich selber dann. #00:31:42-3#
-
65. GP. A: Und ich höre sehr viel Musik. #00:31:49-8#

66. GP. A: Ähm, ich höre dann halt Bandbreite. Oder Peace nur. Das sind halt Friedensaktivisten, also Band, die dann halt rappen über die Politik, zum Beispiel, die rappen dann halt "Die Mafia". Damit ist halt die Politik gemeint. Oder "Was ist los in diesem Land?" #00:32:30-1#
-
67. GP. A: Ja, aber ich höre dann nicht nur diese Musik, sondern ich tausche auch um, dass ich dann halt auch weg bin von der Politik, dann Rap oder Schlager oder amerikanische Musik, russische Musik, viel deutsche Musik auch. Dass man auch das hört, was man auch versteht. #00:32:59-2#
-
68. GP. A: Und das hilft dann auch sehr. #00:33:03-5#
-
69. GP. A: (Thema Gesundheit) Wenn ich gut drauf bin. Gut gelaunt. #00:33:31-5#
-
70. GP. A: Hmm. Satt. #00:33:34-5#
-
71. GP. A: Viel spazieren gegangen, dass man erschöpft ist, oder Fahrrad gefahren. #00:33:42-5#
-
72. GP. A: Ja. Dann weiß ich, ich bin jetzt gesund. Gesunde Zeichen! #00:33:51-4#
-
73. GP. A: Wenn man lustig drauf ist, zum Beispiel. #00:33:58-6#
-
74. GP. A: Glücklich. #00:34:05-3#
-
75. GP. A: Man ist halt fröhlich. Man lacht viel. Man macht Scherze. Manchmal macht man auch so Scherzen mit Selbstgespräche. #00:34:25-4#
-
76. GP. A: In Bewegung sein! #00:35:06-5#
-
77. GP. A: Das hilft am meisten. #00:35:12-0#
-
78. GP. A: Musik hören, sich abzuschalten von allen. Sich ausruhen. #00:35:20-9#
-
79. GP. A: Unter Menschen (...), das ist das Wichtigste, dass man halt Menschen hat, mit denen man über alles reden kann, mit ihnen was unternehmen kann. Das ist das Wichtigste. #00:36:03-5#
-
80. GP. A: Ja das Wichtigste. Unter jungen Menschen, auch. Weil die die jungen Menschen... #00:36:10-3#
-
81. GP. A: Weil die Jugendlichen sind, halt so ein bisschen offener, als die Älteren. Und die Älteren sind dann so: "Ich weiß nicht, was mit dir los ist" und so. Aber die Jugendlichen verstehen das mehr als die Älteren. #00:36:24-3#
-
82. GP. A: Fragen dann, was ist los und machen sich viel Sorgen. #00:36:36-4#
-
83. GP. A: Die reden mit einem. Die sagen: "Was ist los? Du kannst über alles reden." Und die sind halt immer lustig drauf. Und die bringen mich halt zum Lachen? Und dann vergisst Du automatisch, was überhaupt passiert ist! Weil du bist mit denen in Kontakt und redest mit denen. #00:37:50-8#
-
84. GP. A: Und das ist halt bei den Jüngeren sehr schnell, das das funktioniert als mit den Älteren. #00:37:57-1#
-
85. GP. A: Zum Beispiel mit einer (älteren) Nachbarin funktioniert das schon. Die wohnt da drüben in Haus glaube ich, (...). Und wir sitzen Bäckerei. Wir reden. Quatschen. Und da. Bei ihr funktioniert es, da ist sofort die Krise weg oder die Ängste. #00:38:20-4#

86. GP. A: Aber bei manchen älteren Leute ist es sehr schwierig, das da gar nicht funktioniert. Die gucken dich an und sage: Und jetzt? Was soll ich jetzt machen? #00:38:30-8#
-
87. GP. A: Ja. Das man halt das Vertrauen hat. #00:38:34-3#
-
88. GP. A: Also nicht bei allen funktioniert es. Meistens bei Jugendlichen, weil sie sind halt sportlich, so wie ich. Und es geht dann automatisch, dass man dann halt direkt offener ist dann und lacht und redet über alles. Und deshalb will ich auch sehr viele junge Leute haben, um mich rum. Um mit den Freunde zu sein. #00:39:02-9#
-
89. GP. A: Man ist öfters mit denen in Kontakt, unternimmt was, zusammen. Hat Spaß! #00:39:32-8#
-
90. GP. A: Ja, mein Wunsch ist aber auch, dass ich Freunde habe, dass, falls ich so eine Krise wiederbekomme oder Ängste, dass ich dann halt zu meinen Freunden wenden kann und mit denen reden kann oder auch mein Frust rauslassen kann. #00:40:25-6#
-
91. GP. A: Weil das mit den Leuten, die ich rede, oder mit den ich treffe. Man weiß ja nicht, wie man reagiert. Man kennt sich nicht so gut. #00:40:45-8#
-
92. GP. A: Und da ist man dann ein bisschen vorsichtiger. Man redet halt mit seine Probleme, wie es ist, aber nicht alles. Ja. Deshalb ist Freundschaft immer sehr wichtig. #00:40:59-9#
-
93. GP. A: Und Bekanntschaft, dass man sich gegenseitig auch gut kennt, wie tickt der andere oder wie ich, das ist sehr wichtig. #00:41:11-0#
-
94. GP. A: Also (*Assitent*in Bezugsperson*) kenn ich sehr gut, weil ich sehr viel mit ihr zu tun hatte. Aber mit den anderen Betreuer. Die machen schon ihre gute Arbeit, aber ein bisschen zu langsam. Also, man könnte es noch schneller machen, dass man schneller halt die Polizei verständigt, die Feuerwehr. #00:41:51-6#
-
95. GP. A: (...), dass die Polizei dann auch mit den einen reden kann oder dass, wenn es eskaliert direkt die Polizei kommt, dass sie das dann verhindert oder stoppt, und das ist auch mein Wunsch, dass sie Betreuer bisschen schneller reagieren als das, was passiert. Sie haben schon gut reagiert, aber dass es ein bisschen schneller auch passiert, #00:42:16-2#
-
96. GP. A: Deshalb hab ich auch sehr viel Vertrauen an die Betreuer. #00:42:25-3#
-
97. GP. A: Das kann man auch einfach sagen, weil der andere lockerer ist. Nicht so streng. #00:43:41-3#
-
98. GP. A: Und zuhört und dann nochmal die Situation erklärt, ohne dass man zu streng ist. #00:43:48-1#
-
99. GP. A: Und die anderen Betreuern: "Willst Du mitessen? Wir haben gekocht." oder "Sollen wir zusammen essen?" #00:44:20-8

100. Reduziertes Transkript - Interview 2

-
101. GP. B: „Wenn ich es Skills mache, also Fähigkeiten, damit es nicht zur Krise kommt. Zum Beispiel so eine Massage Gürtel, das Ding mit dem man so den Kopf grault, Igelball, manchmal ein schönes Bad.“ #00:00:45-1#
-
102. GP. B: Skills sind Fähigkeiten, die dabei helfen, ruhig zu bleiben. #00:01:59-6#
-
103. GP. B: Die helfen zum Beispiel das Kopfgraul-Ding, weil da kribbelt der ganze Körper. Und man muss sich auf das Kribbeln konzentrieren. Schon wird man ruhiger. #00:02:31-4#
-
104. GP. B: Also in der Krise, da braucht man so ein Hard-Skill, das Intensive. #00:03:18-9#
-
105. GP. B: Zum Beispiel Pfeffer durch die Nase hochziehen, dass man niest, das muss brennen in der Nase. #00:04:01-5#
-
106. GP. B: Manchmal sauren Zitronensaft schlucken. #00:05:18-7#
-
107. GP. B: Wenn ich an Ingwer rum kauen, so bitter schmeckt. #00:05:51-0#
-
108. GP. B: Ja, dass man sich mit dem Menschen versteht. #00:07:23-4#
-
109. GP. B: Ich habe viele Betreuer, die mich unterstützen und mir helfen und eine gesetzliche Betreuerin, die sich um Amtssachen kümmert. #00:08:19-7#
-
110. GP. B: Und dann meine Mitbewohner, Mitbewohnerinnen, mit denen ich mich gut verstehe, Mitbeschäftigten bei der Arbeit. #00:08:51-1#
-
111. GP. B: Na, wenn ich gut auf bin. #00:09:08-0#
-
112. GP. B: Wenn ich entspannt bin. #00:09:26-7#
-
113. GP. B: Ja. Wenn ich Krise habe, beleidigt ich nur alle, und das macht mich traurig. #00:09:48-8#
-
114. GP. B: Mir ist wichtig, dass ich Mitmenschen habe, weil, weil ich möchte mich nicht einsam fühlen. Nicht so viel alleine Zimmer rumsitze, das tut, das tut dann nicht gut. #00:10:58-2#
-
115. GP. B: Eigentlich helfen sie (*die Beziehungen*) mir sehr gut, (...) was ich für schönes Leben habe, schöne Mitmenschen. So ist das. #00:11:44-7#
-
116. GP. B: Zum Beispiel, wenn ich große Krise habe und drohe mir selbst was anzutun, oder anderen, da rufen die Mitmenschen immer Krankenwagen und ich komme ins (*für das Wohngebiet zuständige Versorgungs Krankenhaus*²⁶). Weil die wollen damit nur helfen. #00:12:31-3#
-
117. GP. B: Ja. Sie machen das ganz gut, dass sie mir helfen. #00:13:23-3#
-
118. GP. B: Mein Betreuer und Betreuerinnen. Denen es sehr wichtig ist, dass es mir gut geht. #00:13:36-8#
-
119. GP. B: Nein. Nicht so gut. Eigentlich wollen sie, dass es mir gut geht, weil sie mich gernhaben. #00:13:55-8#
-
120. GP. B: Und ich habe die Menschen auch sehr gerne. (...) #00:14:21-1#

²⁶ Berlin ist bezüglich der psychiatrischen Notfallversorgung nach Wohngebieten unterteilt

121. GP. B: Ich bin eine kluge und intelligente junge Frau und es gibt vieles, was ich sehr gut kann. Sowas wie basteln, malen, bin sehr kreativ, konzentrieren, hab eine schöne Fantasie und hab ein schönes Leben, (...). Ich hab schöne Fähigkeiten. Mir ist wichtig, dass man mich so akzeptiert, wie ich bin, was meine Eltern nicht tun. #00:16:05-1#
-
122. GP. B: Wenn ich in der Krise war, dann tue ich so fiese Sachen, greife irgendwelche Menschen an, schreie rum. #00:17:54-1#
-
123. GP. B: Komme gut aus der Krise, wenn ich mitmache und die Hilfe annehme, die mir angeboten wird. #00:18:07-2#
-
124. GP. B: Wenn ich stark angespannt bin und kurz unter Krise stehe, rechtzeitig Skills, die Fähigkeiten mache und werde ich entspannter (...) das hilft. #00:18:42-8#
-
125. GP. B: Indem, das mir geholfen wird und ich die Hilfe annehme. #00:20:00-1#
-
126. GP. B: Ich versuche, daran zu denken, was ich kann und was ich habe. #00:20:15-6#
-
127. GP. B: Ich versuche immer, was Schönes zu denken. Daran an Fantasiegeschichte zu denken, die mir helfen, nicht neidisch zu sein. #00:20:33-7#
-
128. GP. B: Es gibt da Ort da ist so ein kleiner Snoezelen Raum. Da sind so beruhigende Lichter an der Wand, diese pieksige Matte, die ist gut für Durchblutung und Gewichtsdecke. #00:21:57-5#
-
129. GP. B: In meiner Arbeit ist mir wichtig, wenn es ruhig ist und leise. Weil mich laute Geräusche so aufregen. #00:22:42-7#
-
130. GP. B: Ja, manchmal denke ich darüber nach in der Krise. #00:23:19-9#
-
131. GP. B: Das Orte sehr wichtig sind. In meinem Zimmer, da kann ich schöne Filme gucken, mit denen ich mich ablenke. #00:24:05-6#
-
132. GP. B: Na, wenn ich putzmunter bin und gut drauf bin. Und wenn ich keine Schmerzen habe. #00:25:27-4#
-
133. GP. B: Und das hilft auch in der Krise, wenn ich daran denke. #00:26:12-2#
-
134. GP. B: Das ich mich dann so leicht fühle und frei. #00:26:38-0#
-
135. GP. B: Ja. #00:26:41-5#
-
136. GP. B: In dem ich sage zu mir: "Du bist frei oder du bist entspannt, du bist leicht. Sowas Sagen. #00:27:24-0#
-
137. GP. B: Dann ist der Körper angespannt. Zuerst die Hände und mein Herz rast und manchmal hab ich auch Schmerzen. Und nach der Krise fühle ich mich immer so müde und so schwach. #00:28:01-7#
-
138. GP. B: In dem ich mir sage, sei damit zufrieden, was du hast. #00:29:42-2#
-

139. Reduziertes Transkript - Interview 3

140. GP. C: Klassik, Entspannungsklassik, Musik hören oder auf dem Bett, mich entspannen. Und Nordic Walken. Wenn man wütend ist, wenn man kurz vorm Ausrasten ist, hilft es, ne Runde zu drehen, mit den Nordic Walking Stöckern um den

Haus also und im Park herum. Ansonsten kann auch helfen, ne Sportart zu finden, wo man, wo man die Wut an den Sportart auslassen kann. Und wo... und besonders helfen hatte mir mal geholfen, ein früherer damaliger Betreuer, wo ich vorher gewohnt habe, wo ich mal kurz beim Ausrasten und und Wutanfall und Wutanfall hatte, da ist der mit dem Box- oder Sandsack zu mir ins Zimmer gekommen, hat vor mir mit dem Sandsack Box gehalten, und ich sollte kräftig rauf boxen und solange rauf boxen, bis ich nicht mehr kann. #00:01:20-1#

141. GP. C: Auch das. Also, mir haben damalige (...) Bezugsbetreuer mir auch sehr viel geholfen. Also, und zwar, der hatte viel Arbeit mit mir gehabt. Der war, der hat mir, er hatte viel arbeiten mit mir gehabt, der war für mich da gewesen. Der hat, der hat für mich viel getan, und er hat mir immer sehr viel geholfen. #00:02:04-6#

142. GP. C: Ich weiß, dass ich eine gute Zusammenarbeit mit meinem damaligen Betreuer hatte, und der hat sich Mühe gegeben mein damaliger Bezugsbetreuer. Und mein anderer damaliger Betreuer hat mit mir mit den Sandsack mit dem Boxsack geholfen. Und ich hatte auch eine damalige Bezugsbetreuerin, die, die auch mit mir was Schönes unternommen hat. #00:02:28-1#

143. GP. C: Eigentlich habe ich mich mit allen Betreuern verstanden. Abgesehen - mein - zwar waren einige Bezugsbetreuer ziemlich streng gewesen, und die hatten einen strenge Ansagen gemacht, aber die haben mir auf der anderen Seite geholfen. #00:03:28-5#

144. GP. C: Ja, wie ich mit meinen damaligen Bezugsbetreuer bin ich mal früher auf der Reise, auf der Gruppenreise, in Geisigen Catching gegangen, und da haben wir ne Runde im Wald gedreht. Das mal wichtig ne Runde im Wald zu drehen. Entweder mit Nordic Walking Stöcker oder ohne Stöcker. Oder zu Catching zu gehen ist es auch eine gute Ablenkung. Ich kenne zwar dieses Wort Catching nicht, aber es gibt ein Spiel, (...). So wie meine, wie meine damaligen Betreuerin, die die hat mit mir auch ne Runde gedreht, die ist mit mir spazieren und war dann gegangen auf meine damalige Bezugsbetreuer (...). #00:05:34-7#

145. GP. C: Ja, und und oder das hilft auch, wenn man mit einem Sandsack oder mit dem Boxsack vor mir hält, und ich kann darauf boxen. Und Nordic Walking und da auspowern und eine Sportart suchen. (...) sich auspowern, das tut auch gut. #00:06:00-0#

146. GP. C: Meistens, meistens, wenn ich mal alleine bin, und ich weiß nicht weiter, dann rufe ich den Krisendienst an und unterhalte mich mit dem Seelsorger. #00:06:21-3#

147. GP. C: Hm! Und mit dem Krisendienst. #00:06:28-6#

148. GP. C: Ja. Wenn, (...) Und und hab ihr das wegen meiner Mutter erzählt. Ich habe auch mit der gesetzlichen Betreuerin von meiner Mutter telefoniert und mit der Heimleiterin von meiner Mama im Pflegeheim. Und ich habe auch einen Brief an meine Mutter und an die Heimleitung geschrieben und mit der

Sozialarbeiterin von meiner Mutter gesprochen. Und da ich, da ich auch, da ich auch mich selber schützen will vor meiner eigenen Mutter, gehe ich nur ab und zu mal, einmal im Monat oder alle zwei Monate meine Mutter besuchen. Und und einmal im Monat oder alle zwei Monate telefonier ich sehr kurz, paar Minuten mit meiner Mutter. Und ich, und ich besuche paar Minuten, meine Mutter auch. #00:07:31-4#

149. GP. C: Ja, ich war mal früher bei der Psychologie. Und ich war früher bei einer Psychologin, also bei (...). Da habe ich zwei Jahre lang Psychoverhaltens- Psychotherapie gehabt, Gesprächsverhalten, Psychotherapie gehabt. Ich bin zwar ruhiger geworden, entspannter geworden. Aber ich habe dann über dieselben Themen gesprochen, und ich habe mich nur noch im Kreis gedreht. (...), weil ich habe ihr immer mehr über dieselben Themen, über Familienverhältnisse und über die Vergangenheit gesprochen. Und ich habe meistens mich nur im Kreis gedreht. Und es hat mir nicht weitergeholfen. Ich bin bloß ruhiger geworden. Auch wenn ich, aber es hat nicht meine Probleme richtig gelöst. #00:08:36-0#

150. GP. C: (*Was Probleme nun besser löst?*) Ja, ich hätte, ich hätte von Anfang an ein Schlussstrich ziehen sollen. Wegen mein Vater, wo mein Papa zu mir mal damals den Kontakt abgebrochen hat. Hätt' ich einen Schlussstrich ziehen sollen. Und und es mich abfinden sollen. Und ich bin für viel zu viele Jahre mein Papa hinterhergerannt. Bis er verstorben ist. #00:09:02-2#

151. GP. C: Auf jeden Fall hilft also malen, Buch lesen, Tagebuch schreiben. Wenn ich niemanden zum Reden habe, damit ich niemanden mit meinen Privatproblemen und mit meinen Privatgeschichten Geschichten belästige. Und auch nicht nerve, schreibe ich öfter Tagebuch. Das hilft auch. Also Tagebücher schreiben hilft besonders. Weil da kann ich also in den, in den Tagebüchern reinschreiben, was ich denk, was ich denke, was was in meinem Kopf abspielt. Was in meinem Kopf vorgeht und was ich denke und was ich fühle und wie es in mir aussieht. #00:09:50-9#

152. GP. C: Damit ich mir meine Arbeitskollegen und meine Mitbewohner und meine Freunde Bekannten, nicht mit (...) Probleme nerve, schreibe ich auch Tagebücher. #00:10:07-9#

153. GP. C: Also, mein Verhältnis ist so. Mit manchen Freunden verstehe ich mich gut, mit manchen Freunden auch nicht, also meistens. (...) Also die meisten Freunde können mir sowieso nicht helfen. Die haben mit sich selber zu tun. Die haben ihre eigenen Probleme, ihre eigenen Sorgen. Und ich kann nur mal ab und zu mal mit Arbeitskollegen unterhalten, die mich verstehen können und dasselbe durchmachen. #00:11:45-8#

154. GP. C: Die das durch gemacht haben, durchmachen. Und aber die meisten, die meisten Freunde können dir sowieso nicht helfen. #00:11:55-9#

155. GP. C: Also ich, ich kann meistens mit meinen Betreuern sprechen. Meine Betreuer können mir meistens helfen, mir meine Betreuer und auch einen

Mitbewohner. Mit den kann ich mich sehr gut unterhalten. Meine Betreuer und meine Mitbewohner. Meine Betreuer haben mir meistens geholfen. #00:12:28-1#

156. GP. C: Weil mein einer Mitbewohner hat ja auch viel Scheiße (...) der hat fast das ähnliche durchgemacht, und der kann mir auch Tipps geben, wie er damit umgeht. #00:12:48-0#

157. GP. C: Weil die Betreuer kennen mich besser, verstehen. Die helfen, können mir besser helfen, weil sie Fachkräfte sind, weil sie, weil sie nämlich studiert haben und einen Beruf dazu gehabt haben. Außerdem meine, meine Freunde, können mir nicht richtig helfen. #00:13:09-5#

158. GP. C: Also, ich bin eine, die sehr viel quatscht. (...)

159. GP. C: Auf jeden Fall helfe ich gerne in der Küche. Ich helf öfter in der Hauswirtschaft, Kraft die aus und arbeite im Garten. Landschaftspflege, Garten, Landschaftsbau, Garten, Werkstattgarten, Landschaftspflege, und ja, (...) Aber ich bin hilfsbereit, ich bin lustig, man kann mit mir viel unternehmen. #00:15:29-1#

160. GP. C: Also, wenn ich ganz alleine bin oder ich weiß nicht weiter, dann rufe ich nach der Arbeit Krisendienst an. Und dann gehe ich nach, nach der, nach der Arbeit ein Eis essen oder gehe in den Park und erhole mich in der Nähe von der Werkstatt in den Park. Und dann telefoniere ich mit dem Krisendienst, auch ab und zu mal und auch mit dem Seelsorger, auch in meinen Urlaub. Und und und ansonsten spreche ich auch mit dem Betreuer darüber. #00:16:44-0#

161. GP. C: Ähm, ich überleg mal. Also, wenn ich mal nicht genug ausgepowert bin, wenn ich wirklich mal wütend oder aggressiv werde, weil nicht ausgebaut bin, dann suche ich ne Sportart wie Nordic Walking, wie Flamenco -Tanzkurs, und da kann ich mich auspowern. #00:17:46-3#

162. I P: Finden sie das, dass sie das tun, etwas mit ihrem Charakter zu tun hat? #00:17:51-7#

163. GP. C: Ja. Und war ich auch, oder wenn ich in der Krise bin, dann muss Betreuer mit dem Sandsack kommen, mit dem Boxsack. #00:18:01-2#

164. GP. C: Ja, auspowern, dass Sie einfach eine Sportart suchen, wo ich mich auspowere, wo ich äh #00:18:17-5#

165. GP. C: Das meiste schreib ich auch im Tagebuch darüber über meine Gefühle (...) was ich denke, was ich fühle und was in meinem Kopf abspielt (...). Wenn ich mich hineinfresse und ich habe niemanden zum Reden, dann hole ich ein Tagebuch. Da hol ich ein leeres Buch, wo man reinschreiben kann, und dann kann mir, schreibe ich rein, was ich denke, was ich fühle. #00:19:14-8#

166. GP. C: Also, wenn ich irgendwo auf der Bank sitze und mir ein Eis holen und Eis esse, dann dann und mal telefoniere, (...) wo ich mal alleine, wenn ich alleine auf der Bank (...) im Park (...) mit dem Krisendienst. #00:20:44-4#

167. GP. C: Entweder im Zimmer in der Nacht. Oder draußen auf der Bank im Park oder in der Nähe gegenüber von einem Eiskaffee auf der Bank. #00:20:56-6#

168. GP. C: Ja, wenn ich mal alleine irgendwo, wenn ich irgendwie abschalten will, und ich hab mal Zeit, da gehe ich gegenüber in der Nähe von der von der Werkstatt in dem Park oder fahre direkt zum Park (...) und telefoniere. #00:22:22-7#
-
169. GP. C: In der Werkstatt dann da muss ich arbeiten, da habe ich eine halbe Stunde Pausenzeit, aber ich mach das auch am besten nach dem Feierabend. #00:22:45-9#
-
170. GP. C: Auf der Straße, da muss ich aufpassen, dass mich kein Auto überrollt, dass ich keinen Verkehrsunfall habe, weil da bin ich abgelenkt, und da kann ich mich nicht auf den Verkehr konzentrieren. Und im Park ist es so, wenn ich, wenn ich mich, wenn ich in den Park gehe, Ruhe genieße, dann kann ich in Ruhe mit irgendwelchen Leuten telefonieren, auch mit dem Krisendienst. Weil, wenn ich auf die Bank setze in der Nähe von der Straße, dann kann ich in Ruhe telefonieren, und dann kann ich auch abschalten, da kann ich auch meine Ruhe genießen. #00:23:32-4#
-
171. GP. C: Meistens telefoniere ich entweder in meinem Zimmer oder irgendwo im Park draußen auf der Bank. #00:23:49-1#
-
172. GP. C: Im Zimmer telefoniere ich auch generell mal mit dem Krisendienst oder mit der Seelsorge, oder ich telefoniere auch draußen im Park oder an der Straßenbahnhaltestelle oder irgendwo in der Nähe von der Werkstatt mit dem Krisendienst oder oder am besten im Park oder so, dass nicht jeder mithören muss. #00:24:23-4#
-
173. GP. C: Manchmal telefoniere ich auch in der Straßenbahn. #00:24:30-6#
-
174. GP. C: Aber in der Straßenbahn ist es echt blöd. #00:24:34-3#
-
175. GP. C: Ja. Wo äh... Entweder im Park oder im Zimmer, oder wenn ich Bahnhof (...) aussteige, dann gehe ich mir also, da ich da gehe, ich auf einer Bank, setze mich auf ne Bank hin, und. #00:24:57-7#
-
176. GP. C: (*in Bezug auf die Gesundheit*) Also, wenn ich, wenn ich wieder fit bin, wenn ich wieder durcharbeiten kann, wenn ich durchstarten kann und wenn ich, wenn ich nicht überarbeitet bin, wenn ich nicht überarbeitet bin und wenn ich wieder fit bin. #00:25:55-8#
-
177. GP. C: Also, wenn ich auf 180 bin, ich nehme, ich nehme abends also (*angesetztes Neuroleptikum*) wegen meiner Psyche und die Antibabypille und und danach nach Bedarf als Bedarfsmedikament, nämlich dann eine zweite (...) -tablette, wenn es schlimmer wird, nämlich eine dritte (...) -tablette. #00:26:43-4#
-
178. GP. C: Ja, und bei mir ist es so. Bei mir hilft auch Entspannung und bisschen auspowern. Übung mit Sportübungen und auspowern. Wenn ich genug mich ausgepowert habe und und auch entspannt habe, dann fühle ich mich auch sehr wohl. #00:26:58-6#
-
179. GP. C: Ja, da mache ich Entspannungsmusik, (...), weil, wenn ich Zeit habe, schreibe ich auch ein Tagebuch. Aber ansonsten, wenn ich in der Nacht bin, wenn

- ich, wenn ich, wenn, wenn ich also Zeit habe, und weil, wenn ich Angst in der Krise bin und Unruhe habe, dann ruf ich die Krisendienst an. #00:27:38-4#
-
180. GP. C: Ja, da steht auch extra Zettel drauf an die Tür, wenn uns nicht gut geht, da sollen wir den Krisendienst anrufen. #00:27:52-2#
-
181. GP. C: In der Küche, an der Tür, an der Küche. #00:27:58-5#
-
182. GP. C: Ja, das ist sehr wichtig für die ganzen, für die ganzen Mitbewohner. Weil es gibt, es gibt manche Bewohner. Ich bin zwar nicht die Einzige, die Krise, eine Krise hat, aber aber es gibt auch andere Mitbewohner, die eine Krise haben. Und bei mir ist es so, ich brauche einen ruhigen Ort, wo ich in Ruhe telefonieren kann und wo ich ein Tagebuch schreiben kann und wo ich für mich sein kann, also einen ruhigen Ort, wo ich für mich sein kann, für mich alleine sein kann. #00:28:43-0#
-
183. GP. C: Ja, es ist so, dass das, dass meine Betreuer hier auch mit mir viel Arbeit haben werden, wenn ich auch in der Krise bin, und ich bin auf einem guten Weg. Seitdem ich hier eingezogen bin, hab ich hier gute, gute Fortschritte gemacht, und mir helfen auch die Betreuer bei Krisen, und mir hilft auch der Krisendienst. (...) #00:29:24-4#
-
184. GP. C: Also, die (*Betreuer*) reden auch mit mir darüber, und ich habe auch den Krisendienst angerufen, und. #00:29:33-4#
-
185. GP. C: Also auf jeden Fall, wenn, wenn ich Gesprächsbedarf habe, rufe ich die Betreuer an und möchte mit denen reden. Ich habe Gespräch, Gesprächsbedarf, und dann rede ich mit den Betreuern darüber, und dann hör ich deren Meinung an. Was sie zu sagen haben. Und auch die Betreuer, die haben auch ihre Meinungen dazu, und dann höre ich auch deren Meinungen an. #00:30:11-4#
-
186. GP. C: Ja, und ich bin auch mein damaligen Betreuern in (*Wohn Einrichtung*), wo ich vorher gewohnt habe, bin ich sehr dankbar, (...). Also, die waren für mich da gewesen, (...). #00:30:52-5#
-
187. GP. C: Ja, bei mir ist es so. Wie soll ich nicht sagen? Ich bin auf dem besten Weg und zur Richtung betreutes Einzelwohnen, aber erst mal brauche ich lange Zeit. Ich bleibe erstmal noch hier, ein paar Jahre in der (...). #00:31:53-0#
-
188. GP. C: Ja, ein Ziel auch. Oder erst mal auch, Zeit zu lassen, Zeit zu lassen, dass ich erstmal, bevor ich später in betreutes Einzelwohnen ziehe, dass ich später ein paar Jahre, dass ich erst mal ein paar Jahre lange lange wohnen bleibe, (...). #00:32:34-0#
-
189. GP. C: Wichtig ist dazu, dass ich also manche Sachen, viele Sachen noch dazulerne. Also, ich will noch erst mal noch vor betreutes Einzelwohnen, noch mir Zeit lassen, aber ich brauche auf der anderen Seite ja noch erst mal Zeit, um noch was, ein paar Dinge zu lernen. Und und wie man mit meinem Wutanfälle, wie ich mit meinem Wutanfällen umgehe. #00:33:25-2#
-
190. GP. C: Und zwar, ich hab öfter Wutanfälle, und das kann ich nicht im betreutes Einzelwohnen auslassen. Und und und da brauche ich auch Zeit, weil ich brauche

bei manchen Sachen auch Hilfe wie hier. Wie ich mit meinen Wutanfällen umgehen kann, mit meiner Aggressivität umgehen kann. Und zwar, ich hab, ich, hab, ich hab ne Absprache mit meinen beiden Gruppenleiterinnen auf Arbeit, wenn ich zum Beispiel in der Kantine, in der Werkstatt kurz vorm Ausrasten bin und und auf 180 bin und dann auch kurz vorm Ausrasten bin oder auf 180 bin, dass ich aus der Werkstatt, aus der Kantine rausgehe und noch um den Block, um die Werkstatt, im Garten, Runde im Gelände, ne Runde drehe und und ja, im Garten Unkraut ziehe für mich alleine. #00:34:30-0#

191. GP. C: Ich brauch, ich, brauch, wie mir mein*e (*Bezugsbetreuer*in*) und einen Mitbewohner ein Tipp gegeben hat, einen Knoten in den Handtuch rein zu rein zu machen und mit den Knoten um den Handtuch auf dem Bett zu schlagen oder oder in der Runde drehen im Garten, also immer auszupowern. #00:35:50-3#

192. IP: Das tun sie ja schon, das machen sie ja schon gut. #00:35:55-3#

193. Reduziertes Interview - Interview 4

194. GP. D: Ja, Entspannung. Also, ich gehe oft ins Kino, gehe spazieren, rede viel mit meiner Freundin, also mit meiner Verlobten, und ja und gehe oft weg. das, was auch im Rahmen meine Möglichkeit ist. Fahre gerne in Urlaub ohne den Betreuer. Ja, Entspannung ist schön! Also ich probiere, das zu machen, was ich zu machen habe. Also probiere, die Natur zu, so weit, wie es geht, zu kennenzulernen. Verreise gerne, war schon ganz weit weg auf der Welt: Marokko, Ägypten. Mich interessiert die arabische Welt. Ja. Ansonsten bin ich sehr fußballverrückt. Also setzen ich mich ein, mich ein für Menschen mit Handicap. Dadurch, dass die Weltspiele, waren dieses Jahr. War für mich sowieso wunderschön. #00:01:26-9#

195. GP. D: In der Krisensituation da hilft mir also meine Verlobte ganz viel. Sie redet ganz viel und baut mich auf, meinen Kumpel und die Betreuer. Aber ganz wichtig, und dass ist..., dass ich das auch ganz schön finde, dass es das KEH (*Behandlungszentrum für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und psychischer Erkrankung*) in Berlin gibt für Menschen mit Beeinträchtigung überhaupt so was gibt, weil sowas gibt's nicht überall. Also die Ansprechpartner, die einen so nehmen, wie es ist. Und das ist für mich auch wichtig. (...), weil KEH macht wirklich sehr viel mit Menschen. Die nehmen einen auf und und bauen dann wieder auf, und sie geben ihr ganzes Herzblut in diese in die Klinik rein. #00:03:10-5#

196. GP. D: Ja, wie soll ich sagen? Also dadurch, dass ich Borderliner bin, habe ich kein Vertrauen. Aber ich muss mir mein Vertrauen erarbeiten, und ganz wichtig ist gerade für mich aber auch dadurch, dass ich Borderliner bin ist (*Verlobte*) und manche Betreuer und manche Psychologen sehr sehr wichtig, weil gerade in der Krise ist halt wichtig das Bezugsmenschen, also Menschen die einen Bezug für dich haben, weil, wenn du in der Krise bist, suchst Du dir eigentlich Hilfe. Aber nicht jeder kann dir helfen. Aber schon gerade die Betreuer probieren für dich da zu sein, obwohl es für die auch schwer ist. (...) in der Krise ist, glaube ich, die

engsten, also die engsten Leute, die Du um Dich haben musst, das sind entweder deine Familie oder deine Freunde. Also Familie. (...) für mich ist das meine Freundin, mein Kumpel und diese Menschen, die auf die Station sind, weil die Dich aufbauen und auf Dich aufpassen. #00:04:56-4#

197. GP. D: (...) Die Schwestern sind jeden Tag jederzeit für Dich da, die sprechen, die sehen, wenn es Dir schlecht geht. #00:05:23-4#

198. GP. D: Woran ich das merke? Das ist eine schwierige Frage. Woran ich das merke? Indem sie für mich da ist. Also sie sieht - also meine Freundin, also meine Kathi, die Verlobte, sieht sofort, wenn es mir schlecht geht. Man sieht das an die Blicke und die ja, die Betreuer auch. (...)

199. GP. D: Ja, ich kann ihnen einfach nur so sagen, dass sie mit einem reden. Zum Beispiel die Betreuer hier gehen auf die Menschen zu. Und gehen mit ihnen spazieren. Die Betreuer, gerade die Ärzte, also gerade die psychologischen Ärzte gehen da mit einem ganz anderes Gefühl, weil wie soll ich das sagen? (...) Aber die Schwestern, die sind da, die kennen das und die gehen ganz anders mit dir um. Also, die reden mit dir, du kannst zu sie gehen. Sie sind für dich da. Die Ärzte. Also gerade Schwestern und Ärzte. (...) Also Betreuer im Alltag, und immer wieder muss ich sagen, find ich das schön, dass es das KEH gibt. Ne? Weil das (*Versorgungskrankenhaus*), (...), weil die völlig überfordert sind. Zum Beispiel das KEH ist für mich wichtig, dass du da auch... Menschen wie wir sind da und so, dass für die kranke Menschen mit doppelte Behinderung da einfach aufgenommen werden, und das ist ganz wichtig. Was das (*Versorgungskrankenhaus*), nicht ist. Weil du wirst dann... also nur von mir... ich bin dann auf ner Suchtstation gelandet, ja. Obwohl ich Depression hatte und musste damit klarkommen, und die kamen nicht mit mir klar, weil normale Menschen immer - leider Gottes für mich - irgendwie stehen geblieben sind, weil die damit nicht klarkommen. #00:07:46-6#

200. GP. D: Ich hoffe das ist nicht böse oder so? #00:07:49-2#

201. GP. D: Naja, also, wenn ich in der Klinik gehe, dann wegen Gesundheit, indem ich das und dann wieder schlafen kann. Indem ich das Vertrauen zu mir selber hab. Also ich geh ja dann, wenn ich Krise hab. Ich da raus mit mit vielen Sachen. Man ist gestärkt, man hat sich Hilfe geholt. (...) Ich hab mir in einer schweren Krise Hilfe gesucht und das macht nicht Jeder. Und das zeigt mir Stärke. (...) #00:09:43-2#

202. GP. D: (*In Bezug auf Schlaf*) Ja, man fühlt sich sicher. Schlaf ist schon wichtig, (...) (*In Bezug auf Schlaf im Krankenhaus*) Du fühlst sich sicherer und kannst jederzeit in eine Notfall Tablette holen. Du kannst jederzeit hin gehen und quatschen und reden mit die. Sie dann für dich da. Du fühlst dich sicher. (...) Also die machen dir schon verständlich; Du kannst jeder Zeit zu die hingehen. (...) wichtig, dass die Schwachen, manchmal in KEH hinten runterfallen, weil es wirklich viele viele Menschen sind, nochmal schwerer behindert (...) wo die Schwestern gesagt haben; "Zum Glück (*GP. D.*) sind Sie da." Und wo wir

geholfen haben. Also es ist ein Geben und ein Nehmen, Ein Geben und Nehmen von den Schwestern. Weil die Schwestern, die sind für uns da, aber wenn es zu viel oder die nicht da sind, dann sind wir die Starken und passen da eben auf und unterstützen die Schwestern. #00:11:22-4#

203. GP. D: Ja. Sozialen Fähigkeiten das ist wichtig, aber ich sag immer so zu mir, ich find das schon cool, wenn die Schwestern einen sagen, zu mir sagen; "Oh cool. (GP. D), Dankeschön. (...)

204. GP. D: Ja, wenn ich jetzt selber in der Krise bin, ist meine Stärke, dass ich für mich da bin und für andere. Mein Motto ist immer so, sagt einer für alle... nicht einer schafft was, sondern alle für einen. (...) man sieht auch teilweise in der Station, dass es den anderen schlechter geht als mir. Zum Beispiel bei mir, wenn ich sage; mir geht's scheiße, dass Du dann auf Station kommst und sagst: "Alter den geht's ja noch schlechter, als mir." Und das ist, wo ich sage zu mir, daran sehe ich; kann ich noch sagen: Gut. Ich kann selber raus gehen. Sind ja auch Menschen da, teilweise die von Richtern da sind und die gar nicht wollen und die aus Einrichtung rausgeschmissen werden und die dann zwei, drei, vier Jahre, fünf, sechs, sieben Monate da leben, (...) Aber das Schöne ist einfach mal, ja, du bist da drinne und und lenkst dich ab, wenn du in der Krise bist. Was willst da machen? Da kommen die Schwestern auf dich zu. Die andern Patienten auf Dich zu. (...) Dann backen wir zusammen, oder wir kochen zusammen, oder wir machen mal zusammen Salat, oder wir spielen Mensch ärger Dich nicht. Die lenken Dich schon ziemlich gut ab von deiner eigenen Krise. Selbst wir unter einander, wo wir auch unter einander sprechen viel. (...) Du sollst ja gesund werden. Sollst nicht immer nur dasitzen und sagen; ist alles scheiße, ist alles Mist, also, Du musst schon mitarbeiten. (...) #00:14:05-2#

205. GP. D: Ja, meine Aufgabe ist da einfach so, ich bin jetzt mal ganz ehrlich, ich bin hier vor drei Jahren eingezogen und viele Betreuer sagen zu mir oder viele Menschen, mit denen ich zu tun habe, dass ich schon verbessert hab, weil die Aggressivität. Ich raste nicht bei jedem Bisschen aus, sondern nur ein bisschen, und nehme mich schon meine Eigenschaften an. Ne! #00:14:39-6#

206. GP. D: Also, meine Stärke ist also, meine Stärke ist, ich bin ein ehrlicher Mensch. Ich rede über meine Behinderung. Also gerade bei Ärzten oder draußen, wenn jemand nicht weiß, (...) jeder Mensch, ich kann ja einfach nur sagen, sollte zu sich stehen. Weil ich sage so, ich bin ganz offen zu den Ärzten und zu dem zu den Polizisten auch. Gerade draußen, bin ich so, dass ich sage, dass ich von Anfang an sage, ich bin Borderliner und ich kann für manche Situation nicht. (...) Also ich geh mit meine Behinderung offen um und mit meine Aggressivität. Ja, klar. Kommt nicht jeder klar. Aber ich finde schon, dass jeder wissen soll, was der Mensch hat, damit dann nicht sagen kann: "Ey! Was ist denn mit den nicht!". Sondern, wir sind alle Menschen. Wir sind Menschen, die Eigenschaften haben. Wir sind Menschen, wir gehören dazu. Und leider. Und leider Gottes muss ich sagen, wir leben in so ner kaputten Welt, dass - ich sag jetzt mal ehrlich, du

gehörst zwar nicht dazu, aber man muss das wissen, dass behinderte Menschen und Schwule und Lesben immer noch nicht dazugehören, und dass gerade auch schwerbehinderte Menschen nicht dazu gehören. Und das ist, wo ich sage, das kann ich nicht verstehen. #00:15:56-7#

207. GP. D: Es ist schwierig, aber ich werde, also ich hol mir das immer wieder. Weil das ist meine Stärke. Also meine Stärke ist, in der Krise zu lernen. Also mit der Krise umzugehen und zu sagen, was ich kann. Weil immer wieder meine Freundin, wir stundenlang darüber reden und wir wir uns stundenlang unterhalten und darüber die Betreuer... #00:16:40-9#

208. GP. D: Ja, also in dem ich in der Krise für andere da bin, ein offenes Ohr hab auch in dem ich sage, können zu mir kommen, obwohl ich selber in der Krise bin. Natürlich gibt es Dinge, die mir zu nahe gehen, aber er sagt dann immer Stopp (...) Wir helfen uns gegenseitig in der Krise. dass wir sagen; "Ey, kann ich mich dazusetzen, oder lasst uns doch alle zusammensetzen und irgendwie reden“, weil ich finde das schlimm. (...) #00:17:51-9#

209. GP. D: ich hab gar keinen Kontakt zu meiner Familie. (...) Familie versteht es teilweise nicht, und es ist für uns schwer, und wir denken, (...) wir denken immer, dass unsere Eltern uns verstehen müssen. Und jeder psychisch kranke Mensch bringt ja auch was mit. Der bringt ja auch seine Geschichte mit, aber ich find es schon wichtig, dass du einen engeren Kreis haben musst, (...). #00:19:00-2#

210. GP. D: Ja, ich sage mal, ich nehme mir dann nochmal das Krankenhaus, (...) für mich war es einfach nur cool, dass Du Menschen hattest, die Dich so akzeptieren, wie Du bist, die auf Dich zugekommen sind (...) #00:19:59-5#

211. GP. D: (*In Bezug auf Orte*) Sicherheit muss er geben. Also ruhig ausstrahlen. Also bei uns in KEH ist das so cool, dass wir keine Fernseher im Zimmer haben. Er muss Sicherheit geben. Und dass die Station manchmal zugeschlossen ist, ist es manchmal gut. Weil Du in manchen Krisen ja echt nicht einschätzen kannst, was Du machst. Und die Schwestern, die auch klipp und klar waren: hier ist die Grenze, also wenn du jetzt nicht aufhörst, wirst du fixiert -also du kannst halt nicht mehr fixiert werden- Aber die sagen immer zu Dir, „Hier ist die Grenze und hier jetzt nicht weiter“ und das ist schon, das ist für mich, wo ich sage, das ist für mich, wo ich sage, fühl ich mich sicher, weil ich sage mal einfach so, die Schwester kommen auf einen zu und sagen: Junge, kriegt dich mal ein. Oder dann: "Es ist nicht richtig, was du da grad machst.". Natürlich jede Schwester redet, auch genau was ich noch dazu sagen würde: jeder Schwester, jede, jeder Patient hat, der wird anders behandelt. Also, es gibt Menschen, die so wie ich, die offener sind, die stärker sind. Aber es gibt auch Menschen, die schwächer sind. Also jeder, jeder Arzt und jede Schwester redet mit ihnen anders, weil es gibt... schon wichtig, also zum Beispiel hab ich festgestellt, dass wir Starken strenger behandelt werden, als die Schwachen (...) #00:22:37-6#

212. GP. D: Naja klar. Natürlich klar. Also, wenn sie mich mit Wattebällchen anfassen, da kann ich nicht, da kann ich nichts lernen. Also tut mir leid. Ja ist so. Also ich hab das DB TOP Programm gemacht, und da waren die schon knallhart. #00:22:51-5#
-
213. GP. D: Ich hab das DB TOP Programm gemacht. Wegen Borderline Persönlichkeitsstörung im KEH. (...) Also, ich kann ja Dinge erzählen, die haben mich einfach mal während der, also die haben mich angerempelt und Du solltest mit der Situation umgehen. Die haben einfach mal gesagt; "Halt das Maul, Du Penner." und haben Dich... Also die wissen also schon... Richtig krass! Und die Therapie... schon, wo Du Dir denkst so: puuhhhh. #00:23:18-5#
-
214. GP. D: (...) ich raste, aus, aber ich such danach das Gespräch bei dem Betreuer und bei den Menschen. Also ich weiß, dass ich mich manchmal falsch verhalte. Und was mir geholfen hat, ist, dass ich ruhiger geworden bin und respektvoller, respektvoller mit den Frauen umgehe. (...) (*Betreuerinnen*) zu mir gesagt hat: "So redest du nicht!" oder "Halten Sie doch mal jetzt die Klappe!", dachte ich so: "Okay, die meint es ernst." Die kommt raus und die kommt und die diskutiert mit dir. Was ich ja früher nicht kennengelernt hab. (...) hier auf der (*belebter Kiez*), wenn du da jemand mal sagst, du hast nen geilen Arsch, der kommt wirklich und knallt Dir eine. Ja, nein, muss ich sagen, das habe ich gelernt. Ich bin zwar nicht perfekt, aber ich habe nen s, nen ganz andres Denken von den Frauen, muss ich Ihnen sagen. Und das hab ich in DBTop gelernt. Ich war in DBTop Programm der einzige Mann. Ich hatte mit vier verschiedene Frauen zu tun. (...) von Schwerstbehinderung bis zu sehr sensibel und das war nicht einfach. #00:25:02-9#
-
215. GP. D: (...) ich mache, ich mache meine Skills. Also es gibt Skill-Listen, (...) Also es gibt Protokolle. Und ich habe zum Beispiel auch gedacht, man kann ne Mülltüte zerreißen. (...) Ich habe auch gedacht, ich kriege das hin. Ich hab's nicht hingekriegt. #00:25:57-1#
-
216. GP. D: Naja Skills ist laute Musik hören und reden, das ist ganz wichtig. Immer reden bevor, also bevor, bevor Druck kommt. (...) und die, die Gespräche einfordern. Also wirklich zu sagen: Mir geht's scheiße, ich brauche jetzt das Gespräch. (...) Aber ich gucke, bevor ich das überkocht, such ich mir schon Hilfe. #00:26:38-4#
-
217. GP. D: (...) man muss Hilfe annehmen. #00:27:12-8#
-
218. GP. D: Ich gehe mit dem Betreuer spazieren. Ich gehe, also ich muss meine Skills sind spazieren und reden. Also (...) der darf dann nicht reden, weil ich mich auskotze. Aber ansonsten reden, ganz viel reden und bevor du dir irgendwas antust, Hilfe holen! Also ich hol mir Hilfe! (...), wenn ich wütend bin, ich fang an, mich weh zu tun und suche mir Hilfe, und ich stehe da und sag: "Ich brauch Hilfe." Und wenn die Betreuer dann sehen, dass meine Arme bluten angefangen haben, also gerade bei uns Borderlinern, da ist das so; (...) ich rede von mir, wenn ich in der Krise bin, dann muss ich mir selber wieder tun. Also ich muss merken, ich

muss mir selber weh tun, damit ich auf den Boden der Realität runterkomme, weil ich sonst nicht runterkomme. Weil ich Angst habe, den Menschen weh zu tun, und ich habe Kräfte in mein Körper und mein Umfeld, wo ich denke, wo ich andere schützen muss, und zwar zwar ist das auch blöde, wenn man sich die Arme schlitzen muss, aber ich sag so, in diesem Moment hilfreich anstatt, wenn ich das an die Möbel und andere Menschen auslasse. Also für mich ist wichtig, zwar Hilfe zu holen, aber wenn ich zwar so bin, dann bin ich eigentlich zurückgezogen, weil ich dann nicht die Realität mehr finde. Also für mich ist schwer, (...) und ich brauche Betreuer, Umfeld, die mich runterholen, (...) mich betrifft das den ganzen Tag, (...) und belastet mich und ich such dann mehrere Gespräche, obwohl ich das gar nicht muss, weil ich das nicht verarbeiten kann. Also, meine Gefühlslage ist so, und ich bin auch nach so ein Ausraster total platt. Also ich bin total geschwächt, und geschlafen und ich brauche meine Ruhe, weil ich, weil ich leider Gottes, die Impulse sind so krass (...) #00:29:37-6#

219. GP. D: Okay: Naja also also, wir nehmen dann Beruhigungsmedikamente oder mach Skills. Weil wir Power-Skills haben, die uns also, die wir dann... Spazieren, laufen, brüllen. (...)

220. GP. D: In dem ich hier, hier im Umfeld, in (*belebter Kiez*) ist das ziemlich schwierig. Also ich gehe raus und die Betreuer laufen mir hinterher. Die quatschen mich nicht an, aber sie müssen mich schützen. Und hier in (*belebter Kiez*) (*Die Betreuer*innen*) Sie passen auf die anderen auf, weil hier in (*belebter Kiez*) Du gehst dahinten in Park und probierst da runter zu kommen (...) #00:31:47-2#

221. GP. D: Der Park ist schon besser. #00:31:50-5#

222. GP. D: Du probiert runter zu kommen. Du hast grün, (...) du kommst weg von das Laute. (...)

223. GP. D: (...) was ich auch cool finde, ihr merkt, wenn es die Menschen schlecht geht, gerade auch die Leute von (anderes Leistungsangebot), die auch nichts mit uns zu tun haben, dass die Stärke, dass die auf uns zu kommen und fragen: "Was ist los? Wollen wir miteinander reden", obwohl sie gar nichts mit uns zu tun haben. Und da muss ich sagen, ist auch zum Beispiel total klasse, weil in andern Einrichtung sind das immer Bezugsbetreuer und so und hier ist schon offener. Also, hier kommen auch gleich vom (anderen Leistungsangebot) an und sagen: "Hey, bleib mal ruhig" und "Wir verstehen dich ja." Obwohl sie sich in Gefahr bringen, obwohl sie, finde ich schon, sich schon sich in Gefahr bringen, strahlen sie ne Ruhe aus. (...), weil für mich auch wichtig, gerade auch so fremde Menschen sind. Wir kennen euch zum Beispiel nicht, also wir kennen auch die Betreuer, aber zum Beispiel auch die Leute bei der (andere Klient*innen). (...) #00:35:09-5#

224. GP. D: Und ich muss auch sagen, dass ich ganz toll finde, dass auch (*Leitungsperson A*) immer, wenn wir eine Krise haben oder so, und man ihn fragt, dass er auch Tipps, wie man sich verhalten muss, macht auch nicht jeder. (*Leitungsperson A*) hat gesagt; „es wäre mal besser, GP. D. wenn sie mal, sollte man einfach

mal ins Zimmer gehen und darüber einfach weg aus der Situation gehen und ist dann auch...“ Er ist ja nicht für uns zuständig, aber ich find auch so krass auch (*Leitungsperson B*), dass sie uns anspricht. Also auch die ist ja auch so eine, das find ich cool, dass auch (*Leitungsperson B + C*), dass wir die Leute nicht egal sind, also obwohl sie nichts mit uns zu tun haben. #00:35:58-3#

225. GP. D: Aber aber die aber auf eine höhere Ebene sind. Also, es gibt auch Einrichtungen, die interessieren sich dafür überhaupt nicht. (...)

226. GP. D: Genau, und dass du den Leuten nicht scheißegal sind, dass du also, dass Dich auch ansprechen, wenn du falsch machst. Aber auch die Stärken angesehen. Also wirklich sagen, cool, Herr GP. D. (...), dass die einfach mal eine Ruhe ausstrahlen. Also gerade (*Leitungspersonal C*), wenn er hierherkommt, was wir manchmal für Krisen haben, er setzt sich trotzdem hier hinsagt, lachend und der sitzt da: "Morgen. Wollen wir GP. D miteinander reden, wie können wir das besser machen?" und so wie (*Leitungspersonal D*), dass sie Ideen finden. (*Leitungspersonal B*) "Sie brauchen hier nicht so kumpelhaft reden.“ Sie meint so: „wir sind alle Menschen. Wir haben eine schwere Nachbarschaft“ (...) Aber sie kamen dann raus und dann hab ich so gefragt, so, jetzt war ich Kumpeline oder irgendwie so hab ich gefragt und dann hat sie so gesagt, auch so "Herr GP. D. machen sie doch einfachmal die Mucke leiser einfach mal die oder die Nachbarn beschweren sich bei mir, wir machen es auf die nette Art oder wir können auch sagen; du, du, du." Und wir haben uns gefunden, also gesprochen miteinander und auf einer Wellenlinie. #00:38:00-3#

227. GP. D: Ja, in der kleinen Gesellschaft ist so, aber ich meine das, was (*Träger*) überhaupt. Wir haben die Bewohnerbeirat, und also wir haben Schulungen, und die, (...) -diese Betreuer haben das super gemacht- (...) (*Leitung A +C*) kamen, die sind hergekommen nachts und haben uns gedankt und sind aber ruhig geblieben. Wobei anders, wo "Scheiße!" "Geht nicht!" und die sind trotzdem abends hierhergekommen und haben sich für uns interessiert. (...) #00:39:55-5#

228. GP. D: Das sagen, das sagen sie mir, weil ich immer in einer Krise sage; "Ey, warum wirft ihr mich nicht raus?" oder "Warum darf ich mich nicht umbringen?", Und die immer da sind für mir. (...) wichtig sind für uns, zum Beispiel, dass "Sie anerkennen." und "Wir brauchen Sie." und auch auch, wenn wir das manchmal nicht sehen, die sind, die mögen uns. Sie sind für einen ja da, sonst würden sie ja mit uns nicht reden und (*Leitung C*) sagt selber, sonst nicht hier einziehen lassen könne und (*Leitung C*) hat selber gesagt, er hat sich die Leute hier ausgesucht und gut #00:40:51-6#

229. GP. D: Ja. Schon. Weil das sehr wichtig ist, weil in eine Krise, man denkt nur immer an das Böse (...) Und immer wieder kommen dann Menschen, und sagen "Du bist wichtig." (...) Mitbewohner zu mir und sagen also... und selbst drüben die Leute zum Beispiel (...) die Leute von drüben, einmal, die meinten zu mir, du musst Wohnerrat bleiben. Du bist cool. Du arbeitest mit uns zusammen.

230. GP. D: Die erinnern einen auch in der Krise. auch von Leuten, wo du gar nicht mit rechnet. Zum Beispiel (*Name*) hat mir, wo ich in der Krise war, seine Wohnung gezeigt, also kann man nicht sagen. Ich hab mit den Tischtennis gespielt und auch auch die ältere Dame, die türkisch war, türkisch geredet hat, hat plötzlich mit mir angefangen zu reden. "Hi GP. D.." "Und, wie gehts dir und so?" Und. #00:42:02-6#

231. GP. D: Genau genau. Ja, das hilft einen schon aus die Krise, weil man bei so, wie (*Name*) (...) er macht das auf seine Art, dass man das er, wenn er in der Krise fällt, meinte er so, er sucht sich Hilfe. Also ne... Also, man kann, kann von ihm von ihm lernen.

232. Reduziertes Transkript - Interview 5

233. GP. E: Mir hilft leise, gechillt, alleine sein, im Zimmer Fernseher gucken. Sowas! Hobbys. #00:00:48-9#

234. GP. E: Fußball spielen. #00:01:15-4#

235. GP. E: Dann lenkt ich mich ab. #00:01:59-7#

236. GP. E: (*In Bezug auf Beziehungen*) ein bisschen gut vielleicht. #00:02:44-9#

237. GP. E: Immer. #00:02:54-8#

238. GP. E: Gut. #00:03:18-2#

239. GP. E: Die sind nett und so. #00:03:22-1#

240. GP. E: Reden, einkaufen gehen, die begleiten mich, wenn ich einkaufen gehe. Ausflüge. #00:03:42-4#

241. GP. E: Am Montag gehen wir reisen für fünf Tage. #00:03:45-2#

242. GP. E: Der, die reden mit mir. #00:04:12-9#

243. GP. E: Die helfen (*unverständlich*) #00:04:15-7#

244. GP. E: Die helfen mich PIA bringen, in Krankenhaus, wenn ich (*schwer verständlich*) Probleme hab. #00:04:21-4#

245. GP. E: Krieg ich Tabletten, kann ich (*Unverständlich*). #00:04:37-9#

246. GP. E: kann ich mit 'nem Psychologen reden. #00:04:43-7#

247. GP. E: (*In Bezug auf Menschen, die in der Krise helfen*) Meine Eltern, meine Schwestern. #00:05:15-9#

248. GP. E: Gut. #00:05:28-4#

249. GP. E: Die reden mit mir. #00:05:32-5#

250. GP. E: Beruhigt mich. #00:05:55-1#

251. GP. E: Ganz kurz (*unverständlich*). #00:05:56-9#

252. GP. E: Die helfen (*unverständlich*). #00:06:26-5#

253. GP. E: Ich bin im Charakter sehr gut. #00:07:24-7#

254. GP. E: Ich bin nett! #00:07:48-6#

255. GP. E: Dass ich helfen möchten. #00:08:08-9#

256. GP. E: Ich bin manchmal laut und so. #00:08:42-1#

257. GP. E: Und das nervt auch. #00:08:43-9#

258. GP. E: Ja. #00:08:48-1#
-
259. GP. E: Nicht gut. #00:08:56-2#
-
260. GP. E: Entschuldige mich. #00:09:02-0#
-
261. GP. E: (*In Bezug auf gute Orte*) In der WG. #00:09:48-9#
-
262. GP. E: Krankenhaus einfahren. #00:10:07-8#
-
263. GP. E: Da sind sie abgelenkt im Krankenhaus. #00:10:21-2#
-
264. GP. E: Mit... Meistens. #00:10:32-6#
-
265. GP. E: Mit Tabletten und so. #00:10:38-4#
-
266. GP. E: Gut. #00:10:45-3#
-
267. GP. E.: Die Beschäftigung. #00:11:17-2#
-
268. GP. E: Basteln. Sport. Sowas. #00:11:25-1#
-
269. GP. E: Andere kranke Menschen. #00:11:47-6#
-
270. GP. E: Ja #00:11:53-9#
-
271. GP. E: Die Gesunde. #00:12:08-2#
-
272. GP. E: Die lenken mich ab. #00:12:21-4#
-
273. GP. E: Mit Aufgaben und so reden. #00:12:21-4#
-
274. GP. E: Draußen. #00:12:54-6#
-
275. GP. E: Einfach nur laufen. #00:13:45-2#
-
276. GP. E: Alleine. #00:13:59-2#
-
277. GP. E: ruhigen Ort laufen. #00:14:40-3#
-
278. GP. E: Allein. #00:15:06-0#
-
279. GP. E: (*Die Betreuer*) Die gehen dann weg #00:15:35-0#
-
280. GP. E: Kommen wieder. #00:15:39-7#
-
281. GP. E: Dann schrei ich rum. #00:15:54-7#
-
282. GP. E: Die haben Angst. #00:16:04-6#
-
283. GP. E: I P: Polizei rufen. #00:16:15-0#
-
- 284. Reduziertes Transskript – Interview 6**
-
285. GP. F.: Also, ich gehe immer spazieren, ich höre Musik dabei oder rede darüber mit meinen Freunden darüber, oder denke selber darüber nach, was ich falsch gemacht habe? Ja. #00:01:08-0#
-
286. GP. F.: Ich versuch das meistens darüber zu reden oder so. Hilft manchmal. Wenn gestresst ist oder so, rede ich mit dem Betreuer. Erstmal denke ich mich selber nach, und entschuldige mich bei den Betreuern oder bei den Freunden und versuch das selber zu klären, auch wenn es schwer ist, das eigene selber zu klären, weil es manchmal zu Gewalt und Konflikten geben kann, zu Meinungsverschiedenheiten. #00:02:02-1#
-
287. GP. F.: (*In Bezug auf Beziehungen*) Wenn die nett sind, wenn wir was zusammen machen, wie Spaziergehen und uns kennenlernen, ja! #00:03:05-2#
-
288. GP. F.: Es geht immer mit den raus und spazieren, fahren mit der U-Bahn oder so. #00:03:22-7#

289. GP. F.: Die sind, wenn ich mit der Bahn fahre, sind die anderen unfreundlich, und ich höre da gar nicht hin, weil ich versuche das zu ignorieren, ist schwer, aber ich rede dann mit den Betreuern darüber, ja. #00:03:56-8#
-
290. GP. F.: Ich soll einfach nicht hinhören. Einfach weiterlaufen. #00:04:09-0#
-
291. GP. F.: (*In Bezug auf Freunde*) Die hilft, wenn ich Probleme habe, wenn er Probleme hat. Dann reden wir da drüber zusammen. #00:04:33-4#
-
292. GP. F.: Versuchen mit mir darüber zu reden. Wenn ich das, wenn ich Krisen habe oder so, gehe ich mit dem Betreuer spazieren oder versuche eine Lösung zu finden. #00:05:46-5#
-
293. GP. F.: Versuchen, dass meistens mit einen anderen Betreuer darüber zu reden. #00:06:13-6#
-
294. GP. F.: Nee die Betreuer reden mit die Betreuer, was passiert ist. Dann geht der Betreuer nochmal zu mir und erzählt das mir, was genau passiert ist. #00:06:25-2#
-
295. GP. F.: Mhm. Und dann kommen sie zu mir. #00:06:28-7#
-
296. GP. F.: Und sagen, was, was die nicht gut fand und dann sage ich den Betreuern, was ich zum Beispiel nicht an denen gut fand. #00:06:37-9#
-
297. GP. F.: Ja. Oder wenn ich jetzt nicht mit der Person reden kann mit der ich sauer bin, dann holt ein anderer Betreuer einen anderen Betreuer, dass du versuchst da das zu reden, meistens zu reden. Das ist aber auch nicht immer so, nicht immer so. #00:07:28-9#
-
298. GP. F.: (*In Bezug auf Freunde*) Die gehen dann manchmal zu der Person, mit der ich Streit haben und versuchen es selber zu klären, oder wir klären das meistens zu dritt oder gehen, holen uns Hilfe von den Betreuern. Oder er klärt das erstmal alleine mit dem. Und dann sitzen zu Dritt oder wenn es nicht klappt, dann läuft es zu Polizei. #00:08:39-9#
-
299. GP. F.: Ich helfe viel. Ich helfe sehr gerne, freundlich, hilfsbereit. #00:10:01-2#
-
300. GP. F.: Ja. helfe anderen Leuten, wenn die Hilfe brauchen. #00:10:16-9#
-
301. GP. F.: Weil die das noch nicht so gut gelernt haben, oder weil die einfach nur Hilfe brauchen dabei. Die unterstützen. #00:10:33-8#
-
302. GP. F.: Weil ich den gern hab, die Personen. #00:10:45-5#
-
303. GP. F.: Weiß ich nicht, die... Wenn ich Krisen habe, dann beschäftigt mich denen. Ich gehe mit ihnen raus. #00:12:10-0#
-
304. GP. F.: Rausgehen. #00:14:31-4#
-
305. GP. F.: Musik hören. #00:14:40-9#
-
306. GP. F.: Das entspannt mich manchmal. #00:14:49-5#
-
307. GP. F.: Ab und zu höre ich Entspannungsmusik. Wenn ich merk, dass ich sauer bin, dann versuche ich, was Ruhiges an zu machen. Das ist aber nicht immer so. Also es kommt auf die Situation an, also was für ein Konflikt gerade gewesen ist. Wenn so richtig schlimm ist, dann geh ich in mein Zimmer und will am liebsten nur für mich alleine sein, dass kein Betreuer da ist, oder ich geh raus, denke

draußen nach. Geh dann mit den Betreuer zu reden und dann brauch er seine Zeit darüber nachzudenken. #00:15:37-3#

-
308. GP. F.: Ich merke das manchmal auch an mir selber. #00:15:53-1#
-
309. GP. F.: Wenn ich mich aufrege in Ton vergreife. Meistens meinen Willen durchsetzen und denke: ich setzt mein Kopf durch und kann machen, was ich will. Und komme zu spät. Ja. So 'ne Sachen. #00:16:17-6#
-
310. GP. F.: Ja. Sie sind enttäuscht, weil ich mich nicht an Verabredung gehalten hab. Und dann brauchen wir ein bisschen und am nächsten Tag bereden wir das und versuchen das zu klären. #00:16:36-2#
-
311. GP. F.: (*Im Zimmertelefonieren*), Weil ich da mit Freunden darüber rede, was passiert ist. #00:17:11-0#
-
312. GP. F.: Sag ich dem das. #00:17:16-7#
-
313. GP. F.: Gar keine, also gar keine Stimmen zu hören. Also keine Stimmen von den Betreuer. Was noch...? Ja. #00:17:46-4#
-
314. GP. F.: Ich gehe ne Runde spazieren, höre dabei Musik. (*unverständlich*) #00:18:03-3#
-
315. GP. F.: Ich geh meistens in Park. #00:18:25-4#
-
316. GP. F.: Der Park ist so: Da bin ich meistens alleine. Da habe ich meine Ruhe, setzt mich auf die Wiese oder setze mich auf eine Bank und denk darüber nach. #00:18:56-1#
-
317. GP. F.: Meistens höre ich das Wasser zu. Höre die Vögel, das Wasser. Wenn ich da gestresst bin, gehe ich da hin, hör da Musik, und hör das, wie es plätschert. Ja. #00:19:19-2#
-
318. GP. F.: Seit ich diesen Park hier kennengelernt hab. #00:19:28-5#
-
319. GP. F.: Was ich ab und zu auch mache, wenn ich in der Krise bin, gehe ich unter die Dusche und mach einmal kaltes Wasser über meinen Kopf und dann geht es mir auch wieder besser. #00:19:42-9#
-
320. GP. F.: Nein. Ich hab da, ich hab da, mit Betreuer die Idee gehabt und seitdem mach ich das, wenn ich sauer bin. #00:19:53-1#
-
321. GP. F.: Weil das kühlt und man da schneller runterkommt. #00:20:16-4#
-
322. GP. F.: Ja, weil der Kopf dann warm wird, Du wirst dann zitterig oder dir wird warm. Gehst Du unter die Dusche und kühlst das ab. #00:20:36-0#
-
323. GP. F.: (*In Bezug auf die Gesundheit*) Ausgeschlafen, gut durch den Tag kommen, Spaß haben! #00:21:57-7#
-
324. GP. F.: Rausgehen. Gleich nach, gleich, wenn ich gleich rausgehe, fahre ich gleich mit der S - Bahn, fahr ich bis (*Ort*) und dann besuch ich meine alte Wohngruppe, wo ich früher gewohnt habe. #00:22:13-0#
-
325. GP. F.: Ach so! Nicht weh tun. #00:22:49-0#
-
326. GP. F.: Sich nicht ritzen. #00:22:55-5#

327. GP. F.: Zwar, wenn ich sauer bin, wenn ich so wütend bin, will ich nicht die Erzieher verletzen. Dann habe ich mir selber die Schmerzen, meistens. #00:23:40-2#
-
328. GP. F.: Ganz gut. Oder ich haue mit meine Faust gegen Tür. Gegen Kanten. Das tut manchmal weh, aber... #00:23:51-6#
-
329. GP. F.: Geht's meistens besser. #00:24:15-4#
-
330. GP. F.: Das mache ich, wenn ich allein bin, also ich mache das im Zimmer, da wo ich bin. #00:24:36-4#
-
331. GP. F.: Ich hab das schon; mit Schlüssel hab ich das schon gemacht (unverständlich) auch benutzt. #00:24:58-3#
-
332. GP. F.: Ja. Rasierer. Das war. Das war's. #00:25:11-3#
-
333. GP. F.: Meine Betreuer finden das nicht gut, aber das ist mir da egal, wenn ich mir selber Schmerzen zufüge. #00:25:29-6#
-
334. GP. F.: Ich muss die Schmerzen aushalten, die Betreuer... #00:25:40-0#
-
335. GP. F.: Ja, wenn ich merke, ich will irgendwo raufhauen, will ich nicht auf die Betreuer raufhauen, wie neulich (*Assistent*in*), weil war er/sie, war einfach aus Reflex gewesen, habe ich nicht richtig kontrolliert, habe ich nicht richtig gestoppt und dann hab ich das aus Reflex gemacht, wo ich merke: Du hättest Dir vorher weh tun sollen. #00:26:06-3#
-

336. Reduziertes Transkript - Interview 7

337. GP. G: Also, was bei mir zur Entspannung hilft, ist, wenn ich jetzt, wenn ich Sport gemacht habe. Wenn ich Sport gemacht habe, bin ich danach einfach auch von der Energie einfach dann auch fertig und dann kann ich mich auch besser dabei entspannen. #00:00:53-7#
-
338. IP: Okay. Sport gibt es da verschiedene Sportarten, die Sie entspannen. #00:01:14-5#
-
339. GP. G: Ähm, na ja, also ich mache, spiel sehr viel Basketball. Das ist so mein Sport, was ich gerne mache und was mir auch sehr Spaß macht. Und ja! #00:01:31-4#
-
340. GP. G: Weil, weil man einfach das alles dann rauslassen kann beim Sport, weil man halt Krisen hat. #00:01:53-8#
-
341. GP. G: Ich habe mich einfach auch mal, auch manchmal zurückgezogen in mein Zimmer. #00:02:40-2#
-
342. GP. G: Und hör Musik. #00:02:45-1#
-
343. GP. G: Ich hör eigentlich alles so querbeet? #00:03:06-1#
-
344. GP. G: Ich gehe meistens immer auf YouTube. Andere Leute benutzen Spotify, aber ich bin nur immer YouTube und guck mir auch immer Musikvideos an, so von verschiedenen Sängern, so. #00:03:19-8#
-
345. GP. G: Weil man, weil man einfach zu der Musik also... man hört, einfach die Musik und das entspannt einfach einen. Die Musik halt. Ich höre auch manchmal,

wenn ich müde bin, hör ich auch manchmal so Entspannungsmusik zum Einschlafen, gerade wenn es mal draußen heiß ist, kann man ja nicht schlafen!
#00:03:50-1#

346. GP. G: Ja halt, wenn ich jetzt eine Krise habe, dann dann bin ich auch genervt und alles und dann bin ich einfach in mein Zimmer ganz alleine, mit mir selber und einfach Musik. Und von der Außenwelt hör ich einfach nichts. Und das ist das, was mich dann einfach ablenkt, was mich dann auch wieder, wo ich einfach auch wieder runterkomme. #00:04:31-7#

347. GP. G: Genau. Sport! #00:04:55-9#

348. GP. G: Also, ich gehe meistens eigentlich immer mit meinen Betreuern raus und Basketball spielen, aber bisher war das nur einmal, dass ich rausgegangen bin und selber Baseball gespielt habe. #00:05:08-5#

349. GP. G: Ja, wenn die Zeit haben, dann gehe ich mit denen immer Basketball spielen! #00:05:15-4#

350. GP. G: Weil, weil das, weil man, weil man sich da einfach auspowert! #00:05:40-5#

351. GP. G: Die Bewegung ja! #00:05:43-3#

352. GP. G: Ja, weil man, also wenn ich jetzt zum Beispiel mit meinen Betreuern Basketball spiele, dann kann ich mich einfach, dann kann ich mich einfach auch über diese Krise unterhalten. #00:06:16-2#

353. GP. G: Halt über die Krise. Das was mich stört und das bereden wir. Darüber reden wir einfach und der Betreuer gibt mir einfach auch Ratschläge, was ich dann so machen könnte. #00:06:37-1#

354. GP. G: Weil ich manchmal auch in der Krise auch so ein bisschen ahnungslos bin. #00:06:45-0#

355. GP. G: Ja, wenn ich eine Krise habe und auch wenn wir nicht Basketball spielen, gehe ich einfach zu meinem Betreuer und dann rede ich auch über die Krise. Also, es ist ja meistens jetzt nicht so, dass ich jetzt immer nur, wenn ich eine Krise habe, Basketball spiele. Dass ich mit meinem Betreuer auch darüber rede. #00:07:42-6#

356. GP. G: Eigentlich meistens nur mit meinem Betreuer. #00:07:43-3#

357. GP. G: Weil die dann immer öfters da sind und die wissen halt mehr, was da genau los ist. #00:07:53-1#

358. GP. G: Wenn ich dann mal eine Krise habe, dann gehen wir auch in mein Zimmer, und dann besprechen wir immer alles. #00:08:17-5#

359. GP. G: Also, es ist schon bei paar auch, also schon bei vielen Betreuern, aber außer bei eine. #00:08:33-9#

360. GP. G: Naja, weil die halt, manche Betreuer können diese Dinge gut verstehen und manche können das nicht so richtig einschätzen. #00:09:50-4#

361. GP. G: Ja, meine Familie. #00:10:25-8#

362. GP. G: Na, wenn ich Krise hatte, habe ich auch meine Geschwister auch darüber geredet und die haben, die haben mir einfach Ratschläge gegeben, die besser, die gut sind, gerade meine Familie wissen, die wissen ja am besten, wie ich ja so bin. #00:11:23-0#
-
363. GP. G: Ja, das eigentlich das kommt immer auf die Krise drauf an, ob es Deine Geschwister sind, oder die Betreuer, es kommt auch drauf an, wo die Krise, also wo die Krise immer ist, ne? #00:11:45-6#
-
364. GP. G: Also, wenn ich jetzt bei meine Schwester bin und ich hab ne Krise, dann sehen sie ja die Krise und können sie das ja auch besser analysieren, als wenn ich jetzt hier bin, weil hier sehen mich meine Geschwister nicht. Dann sind halt hier die Betreuer, die die Krise sehen. #00:12:06-3#
-
365. GP. G: Einfach raus gehen! #00:12:51-9#
-
366. GP. G: Weil man diese, wenn man sich einfach von dieser, von diese ganze Dingen, dann erstmal entfernt. #00:13:06-4#
-
367. GP. G: Na ich geh erstmal raus und dann schau ich einfach, wo ich hingeh, also ich hab jetzt auch keine bestimmten Orte, wo ich jetzt dahingeh. #00:13:35-4#
-
368. GP. G: (*Eigene Stärken*) Ich, ich mach gern Musik. Ich spiele gern Schlagzeug und Klavier. #00:15:43-5#
-
369. GP. G: Beides! #00:15:43-5#
-
370. GP. G: Und ich spiele gern Basketball, ja sowas halt! #00:15:56-8#
-
371. GP. G: Klavier? #00:16:05-6#
-
372. GP. G: Schon sehr lange. ich bin auch früher, wo ich noch in (*Ort*) gewohnt habe, bin ich immer so zu Schlagzeugunterricht gegangen und dann habe ich noch Musiktherapie gemacht, und da habe ich Klavier gespielt. #00:16:20-9#
-
373. GP. G: Also ich hab, ich spiel nicht nach Noten, aber ich habe was gelernt in ... In der Musiktherapie habe ich was gelernt. Also war so ein bisschen. Und sonst spiele ich immer so just for fun, aber ich treffe immer die richtigen Töne. #00:16:57-7#
-
374. GP. G: Aber ich habe auch schon sehr lange keine Klavier mehr gespielt und auch kein Schlagzeug. #00:17:13-0#
-
375. GP. G: Na ich, ich habe einfach, ich hab's einfach gespielt und dann hab ich mich auch selber gefreut, dass mir das auch Spaß macht. #00:17:45-9#
-
376. GP. G: Ja, also, der Musiktherapeut hat mir auch, wie gesagt, der hat mir auch was gezeigt auf Klavier. Das habe ich dann auch gelernt. #00:18:56-7#
-
377. GP. G: Ich war alleine immer dort. #00:19:07-1#
-
378. GP. G: (*In Bezug auf körperliche Gesundheit*) Wenn ich Sport treibe. #00:21:37-6#

Anlage D

Dieser Anhang enthält den überarbeiteten Kodierleitfaden, welcher für die Analyse des gesamten Textmaterials verwendet wurde. Zugunsten der Übersichtlichkeit, wurden vier Tabellen entsprechend der Dimensionen angelegt.

Tabelle 8

Überarbeiteter Kodierleitfaden biologische Dimension

Name	Definition	Ankerbeispiele	Kodierungsregeln
Bio 0: Neuro- nale Vo- orausset- zungen	Spezifische als hilf- reich erachtete Funktionen des zentralen Nerven- systems	Erdachtes Beispiel: „Es hilft, dass ich Sprache ver- stehe. Sonst könnten die Be- treuer mir keinen Rat geben.“	Um dieser Kategorie zuge- ordnet zu werden muss deutlich werden, dass Ba- siskompetenzen der neuro- nalen Verarbeitung als Ressource wahrgenommen werden.
Bio-1: Körperli- ches Wohlbe- finden	Die körperliche Ge- sundheit ist gegeben und körperliche Grundbedürfnisse sind erfüllt	"Na, wenn ich putzmunter bin und gut drauf bin. Und wenn ich keine Schmerzen habe" "Dass ich mich dann so leicht fühle und frei"	Auch das Fehlen von kör- perlichen Krankheitssymp- tomen kann hier erfasst werden. Beschreibungen über die psychische Ge- sundheit werden explizit von der körperlichen Ge- sundheit abgegrenzt und fallen nicht in diese Kate- gorie
Bio-2: Medika- mentöse Interven- tion	Die (psychiatrische oder somatische) Medikation wird als hilfreich empfunden. den.	"Oder auch Tabletten. Wenn man bei Bedarf Tabletten, dass man ruhiger wird. Da ist man entspannter."	Hierunter werden alle Me- dikamente gefasst, die als hilfreich aufgefasst wer- den. Unabhängig davon, ob sie das Erregungsniveau sinken lassen oder gegen Krisenauslöser (z. B. Schmerzen, Ängste, suizi- dale Gedanken etc.) helfen.

Tabelle 9

Überarbeiteter Kodierleitfaden Funktionale Dimension

Name	Definition	Ankerbeispiele	Kodierungsregel
Fun-1: Kognitive Kompetenzen	Intellektuelle Fähigkeiten wie die Aufrechterhaltung und Lenkung von Aufmerksamkeit, Erinnerung-, Lern- und Planungsfähigkeit, Problemlösekompetenz, Kreativität, Orientierung, Vorstellungskraft oder Willenssteuerung.	"Ich hab jetzt was rausgefunden. Und zwar; ich gucke mir die Nachrichten an und dann schalte ich da weg (...)" "Also Tagebücher schreiben hilft besonders. Weil da kann ich also in den, in den Tagebüchern reinschreiben, was ich denk, was ich denke, was was in meinem Kopf abspielt. Was in meinem Kopf vorgeht und was ich denke und was ich fühle und wie es in mir aussieht."	Hierunter fallen auch Kulturtechniken sofern der Fokus auf die dahinterliegenden intellektuellen Fähigkeiten gerichtet ist (z. B. "Schreiben" um Gedanken zu Papier zu bringen Malen, um Gefühle auszudrücken oder sich abzulenken),
Fun-3: Soziale Kompetenz	Funktionale Fähigkeiten, die eine notwendige Voraussetzung für die Bewältigung sozialer Interaktionen darstellen.	"(...), mit den Betreuern reden, (...)" "Und dass man andere halt auch akzeptiert und respektiert. Nee beide Seiten." "In der Krise mache ich das nicht, weil das ist ja ein Geschäft und die anderen sollen ja auch sich wohlfühlen dort."	Umfasst Fähigkeiten, die den Umgang mit sich selbst (z. B. Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl), den Umgang mit anderen (z. B. Einfühlungsvermögen, Respekt, Toleranz, Hilfsbereitschaft, Kommunikationsfähigkeit, Kritikfähigkeit), die Zusammenarbeit (z. B. Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Kooperationsbereitschaft) oder die Menschenführung (z. B. Verantwortungsgefühl, Motivationsfähigkeit) betreffen. Kommunikative Fähigkeiten sind enthalten. Es ist entscheidend von wem die Kontaktaufnahme ausgeht. Gespräche mit anderen werden hier eingeordnet, wenn diese von der Person selbst ausgehen. Im Gegensatz dazu würde bspw.: "Die Betreuer reden mit mir." eher einer Assistenzleistung zugeordnet.

Name	Definition	Ankerbeispiele	Kodierungsregel
Fun-3: Emotionale Kompetenz	Fähigkeit eigene Gefühle und die Gefühle Anderer zu erkennen sowie die eigenen Gefühle zu regulieren und diese auszudrücken	"(...) und da hab ich angefangen zu weinen." "Na, wenn ich gut auf bin. Wenn ich entspannt bin." "Ich versuche immer, was Schönes zu denken. Daran an Fantasiegeschichte zu denken, die mir helfen, nicht neidisch zu seien." "In dem ich mir sage, sei damit zufrieden, was du hast."	Nicht immer von soz. Kompetenzen zu unterscheiden, da auch Emotionsdifferenzierung bei Anderen enthalten ist. Unterscheidung anhand der Anwendung. Empathie wird nicht hier zugeordnet, wenn sie in einer konkreten sozialen Situation angewendet wurde und dies als hilfreich benannt ist. In diesem Fall wird Empathie den sozialen Fähigkeiten zugeordnet
Fun-4: Sensomotorische Kompetenzen	Motorische Fähigkeiten, die die Integration sensorischer Reize voraussetzen.	"Fahrrad fahren." "In Bewegung sein. Das hilft am meisten." "Und Nordic Walking. Wenn man wütend ist, wenn man kurz vorm Ausrasten ist, hilft es, ne Runde zu drehen, mit den Nordic Walking Stöckern (...)"	Alle Bewegungsabläufe, die willkürlich und zielgerichtet sind und als Kompetenz wahrgenommen werden. Dabei liegt der Fokus eindeutig auf dem Ausführen von Bewegungen (z. B. "Schreiben", "Malen", weil die Bewegung an sich als hilfreich wahrgenommen wird.)
Fun-5: Sensokognitive Kompetenz	Bewusste, kognitive Integration sensorischer Reize	"Musik hören." "Die helfen zum Beispiel das Kopfgraul-Ding, weil da kribbelt der ganze Körper. Und man muss sich auf das Kribbeln konzentrieren. Schon wird man ruhiger."	Integration sensorischer Reize unter Anwendung kognitiver Ressourcen, z. B. der Aufmerksamkeitslenkung
Fun-6: Persönliche Interessen	Mit positiven Emotionen Aktivitäten und Themen	"Ich mag Menschen, die Natur. Ich mag Tiere." "(beim Fahrradfahren) oder man überholt sich gegenseitig, und man sieht sich dann zweimal, dreimal. Das finde ich dann witzig."	Persönliche Interessen setzen kog. und emot. Kompetenzen voraus. Inhalte können weitere sensomotorische, sensokognitive oder soz. Kompetenzen integrieren. Zuordnung hier, wenn Aktivitäten die Aussage positive Emotionen erkennen lässt und nicht lediglich der Ablenkung oder Krisenintervention dienen.

Tabelle 10

Überarbeiteter Kodierleitfaden soziale Dimension

Name	Definition	Ankerbeispiele	Kodierungsregel
Soz-1: Assistenzleistungen	Konkrete Tätigkeiten der Assistent*innen während der Krise, die als hilfreich wahrgenommen werden.	"(...) mache ich mit den Betreuern was." "Mit den Betreuern Gespräch und schon Spaziergang" "(...) und dann ist halt (Assistent*in) immer hinter mir gegangen, und ohne, also ohne Betreuer, hätte ich es vielleicht getan."	Die Beziehungsebene zur assistierenden Person spielt hierbei keine Rolle. Hinweise für die Zuordnung könnte der Grad der Verallgemeinerung bieten, wenn eher die Berufsgruppe, weniger der Name einer Person genannt wird.
Soz-2: Therapeutische Behandlung	Länger andauernde regelmäßige und durch qualifiziertes Fachpersonal begleitete Therapieangebote	"Ja, ich war mal früher bei der Psychologie. Und ich war früher bei einer Psychologin, also bei (...). Da habe ich zwei Jahre lang Psychoverhaltens- Psychotherapie gehabt, Gesprächsverhalten, Psychotherapie gehabt. Ich bin zwar ruhiger geworden, entspannter geworden."	Hier drunter werden jene therapeutischen Interventionen gefasst, die durch externe Fachkräfte begleitet werden und in erster Linie die psychoemotionale Stabilisierung beinhalten. Es handelt sich dabei nicht um die Unterstützung der Assistent*innen im privaten, oder beruflichen Umfeld.
Soz-3: Familiäre Anbindung	Regelmäßiger positiver Kontakt zu Angehörigen	"Und und einmal im Monat oder alle zwei Monate telefonier ich sehr kurz, paar Minuten mit meiner Mutter. Und ich, und ich besuche paar Minuten, meine Mutter auch."	Hierunter können Besuche, Telefonate, privater Schriftverkehr gezählt werden.
Soz-4: Freundschaften	Auf gegenseitiger Zuneigung beruhende Beziehung zu einer anderen Person.	"Und dann meine Mitbewohner, Mitbewohnerinnen, mit denen ich mich gut verstehe, Mitbeschäftigten bei der Arbeit." "Deshalb ist Freundschaft immer sehr wichtig."	Die Beziehung zu der Person fußt nicht auf einem Dienstleistungsverhältnis, oder andersartiger in erster Linie professioneller Kontakte. Zu der Person besteht kein familiäres Verhältnis.

Name	Definition	Ankerbeispiele	Kodierungsregel
Soz-5: Gesellschaftliche Teilhabe	Gestaltungsmöglichkeiten innerhalb der Gesellschaft. Dies beinhaltet die gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und umfasst u. a. das politische Leben, kulturelle Aktivitäten sowie bezahlte und unbezahlte Arbeit.	"(...) oder treff mich beim Kiosk mit den Leuten. Beim Bäcker bin ich meistens auch. Da habe ich auch gute Beziehungen zu denen." "Oder Fahrrad fahren, wenn man automatisch andere Leute sieht." "Zum Beispiel mit einer Nachbarin funktioniert das schon. Die wohnt da drüben in Haus glaube ich, (...). Und wir sitzen Bäckerei. Wir reden. Quatschen. Und da. Bei ihr funktioniert es, da ist sofort die Krise weg oder die Ängste."	Diese Kategorie wird gewählt, wenn allgemeine, die Partizipation oder Inklusion betreffende, der Umwelt zuordbare Faktoren genannt werden. Es wird nicht explizit die Beziehung zu bestimmten Personen benannt.
Soz-6: Zivilcourage	Unterstützende Handlungen von Passanten, um Gefahren abzuwenden oder zu minimieren.	"Dass sie mit mir ein Gespräch suchen, warum ich so schlecht gelaunt bin oder so in der Krise bin. Sowas hilft mir auch." "(...), da rufen die Mitmenschen (immer Krankenwagen.)"	Hierzu zählen das Ansprechen der Person in Krise oder konkrete Tätigkeiten zur Gefahrenverhütung.
Soz-7: Intervention durch externe Dienste oder Rettungskräfte	professionelle Intervention durch externe Dienste, die ansonsten in keinem persönlichen Kontakt zur Person stehen.	„(...) Und dann kam die Polizei (...) Ja, und dann ein Krankenwagen, wurde dann gerufen und hat mich mit Krankenwagen dann in die Psychiatrie, (...)“ „(...), wenn es halt nochmal, immer noch laut ist, dann halt die Polizei. Verstehen sie? Also auch den Krise darf man nicht zulassen, also dass es so weit kommt.“	Die Intervention verfolgt keinen therapeutischen Zweck und ist in der Regel kurzfristig erreichbar
Soz-8: Passende Umgebung	Dingliche als unterstützend/ positiv wahrgenommene Faktoren innerhalb der Räumlichen Umwelt.	"Das ist halt kein öffentlich Platz und eigentlich privat, aber es kommen halt Leute rein. Ist nicht gerne gesehen, aber es wird akzeptiert. Und das gefällt mir." "In meinem Zimmer."	Beschreibungen der Umgebung Die Anwesenheit und Abwesenheit anderer Personen kann in diese Kategorie eingeordnet werden, wenn der soziale Bezug nachrangig ist, z. B. um eine belebte Gegend von einer ruhigen Umgebung abzugrenzen.

Tabelle 11

Überarbeiteter Kodierleitfaden entwicklungsbezogene Dimension

Name	Definition	Ankerbeispiele	Kodierungsregel
Ent-1: Angemessene kognitive Anforderung	Eine, das kognitive Entwicklungsniveau und intellektuelle Bedürfnisse berücksichtigende Anpassung der Situation.	"(...) sich abzuschalten von allen. Sich ausruhen." "(...) nochmal die Situation erklärt." „Ich habe mich einfach auch nochmal, auch manchmal zurückgezogen“	Für diese Kategorie muss deutlich werden, dass die Person selbst oder andere Personen eine bewusste, u. U. auch situative Veränderung ihres eigenen Verhaltens oder der Umgebung vornehmen, um die kognitiven Kompetenzen der Person weder zu über- noch zu unterfordern. Rückzug kann hierunter gefasst werden, wenn es um Reizarmut geht.
Ent-2: Angemessene soziale Anforderung	Eine, das soziale Entwicklungsniveau und soziale Bedürfnisse berücksichtigende Gestaltung sozialer Anforderung.	"Und die anderen Betreuern: Willst Du mitessen? Wir haben gekocht." oder "Sollen wir zusammen essen?" "(...) zwar waren einige Bezugsbetreuer ziemlich streng gewesen, und die hatten einen strenge Ansagen gemacht, aber die haben mir auf der anderen Seite geholfen." „Alleine.“	Für diese Kategorie muss deutlich werden, dass die Person selbst oder andere Personen den sozialen Kontakt so gestalten oder ihr Verhalten so anpassen, dass die sozialen Kompetenzen positiv genutzt bzw. nicht überfordert werden. Rückzug kann hierunter gefasst wird, dass es um das Alleinsein geht.
Ent-4: Berücksichtigung emotionaler Bedürfnisse	Befriedigung entwicklungsangemessener emotionaler Bedürfnisse	"Mir ist wichtig, dass man mich so akzeptiert, wie ich bin." "(...) und der hat sich Mühe gegeben mein damaliger Bezugsbetreuer." "(...) und mit mir auch darüber redet und auch viel Zeit nimmt."	Es spielt keine Rolle, ob die anwesende Person in einer professionellen oder privaten Beziehung zu der Person in Krise steht. Wesentlich ist lediglich, ob emotionale Bedürfnisse von anderen Personen befriedigt werden. Die Aussagen sollten eine positive emotionale Valenz erkennen lassen.

Abbildung 15

Einverständniserklärung in Leichter Sprache Seite (2 von 3)

Einwilligung zur Teilnahme
An einer Studie
In Leichter Sprache

1. Worum geht es in meiner Studie?
Manchmal geht es Menschen schlecht.
Sie haben dann sehr schlechte Gefühle.
Menschen wissen dann oft nicht weiter.
Sie haben dann eine Krise.
Menschen verhalten sich dann manchmal falsch.



Beispiele:
Menschen werden sehr laut.
Menschen machen Dinge kaputt.
Menschen schlagen sich.
oder
Menschen schlagen andere Menschen.
Das machen Menschen wegen der Krise.



Ich glaube:
Menschen brauchen dann Hilfe.
Ich glaube auch:



Menschen haben immer Stärken.
Die Stärken helfen den Menschen.
Die Stärken helfen in der Krise.



Ich möchte wissen:
Welche Stärken haben Menschen in einer Krise?



Anmerkung: Alle Bilder © Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V., Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel, 2013

Abbildung 16

Einverständniserklärung in Leichter Sprache Seite (3 von 3)

Einwilligung zur Teilnahme
An einer Studie
In Leichter Sprache

2. Was möchte ich machen?

Ich möchte mit Menschen sprechen.
Ich möchte mit Menschen sprechen,
die manchmal Krisen haben.
Ich habe mir Fragen überlegt.
Ich stelle Ihnen die Fragen.
Sie dürfen antworten, was Sie wollen.
Es gibt keine falschen Antworten.
Ich möchte das Gespräch aufnehmen.



3. Was passiert mit der Aufnahme?

Die Aufnahme höre nur ich.
Das Gespräch wird ein Text.
Ich erforsche die Antworten.
Sie bleiben anonym.
Anonym ist ein schweres Wort.
Anonym spricht man anonüm
Es bedeutet:
Niemand weiß von wem die Antworten sind.
Alle Namen werden gelöscht.



Wenn Sie mir die Erlaubnis geben
unterschreiben Sie hier:



Anmerkung: Alle Bilder © Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V., Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel, 2013

Anlage F

Abbildung 17

Interviewfragen in Leichter Sprache.

Entspannung ist wichtig.

1. Was hilft Ihnen zu entspannen?
2. Hilft das in Krise?
3. Wie hilft das in einer Krise?



Bitte denken Sie an andere Menschen.

4. Wie helfen andere Menschen in der Krise?
5. Haben Sie gute Beziehungen zu anderen?
6. Wie helfen gute Beziehungen in der Krise?



Bitte denken Sie an sich selbst.

Es gibt viel was Sie ausmacht.

7. Wie beschreiben Sie sich?
8. Was davon hilft Ihnen in der Krise?



Bitte denken Sie an die Orte, wo Sie Krisen haben.

9. Was hilft an diesen Orten in einer Krise?
- Was davon wissen Sie in einer Krise?



Bitte denken Sie an Ihren Körper.

10. Wann fühlt sich ihr Körper gesund an?
11. Was davon hilft Ihnen in Krise?
12. Fällt Ihnen das in einer Krise ein?



Anmerkung. Eigener mit Berater*innen mit i. B. abgestimmter Entwurf. Alle Bilder © Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V., Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel, 2013

Anlage G

Diese Anlage enthält die Tabellen mit den gefundenen Textausschnitten zu den gefundenen Kategorien²⁷.

Tabelle 12

Körperliches Wohlbefinden – Textzuweisungen

GP	Körperliches Wohlbefinden - Auszug aus Transkript	Nr.
A	Hmm. Satt. (...) Viel spazieren gegangen, dass man erschöpft ist, oder Fahrrad gefahren. (...) Ja. Dann weiß ich, ich bin jetzt gesund. Gesunde Zeichen!	70-72
B	Na, wenn ich putzmunter bin und gut drauf bin. Und wenn ich keine Schmerzen habe.	132
B	Dass ich mich dann so leicht fühle und frei.	134
C	Also, wenn ich, wenn ich wieder fit bin, (...)	176
C	Wenn ich durchstarten kann und wenn ich, wenn ich nicht überarbeitet bin, wenn ich nicht überarbeitet bin und wenn ich wieder fit bin.	176
C	(...) und auch entspannt habe, dann fühle ich mich auch sehr wohl.	178
D	(...) dann wegen Gesundheit, indem ich das und dann wieder schlafen kann.	201
D	(In Bezug auf Schlaf) Ja, man fühlt sich sicher. Schlaf ist schon wichtig, (...)	202
D	geschlafen und ich brauche meine Ruhe,	218
F	bin ich danach einfach auch von der Energie einfach dann auch fertig und dann kann ich mich auch besser dabei entspannen.	337
F	Ausgeschlafen, gut durch den Tag kommen	323

Tabelle 13

Medizinische Intervention -Textzuweisungen

GP	Medizinische Intervention - Auszug aus Transkript	Nr.
A	Oder auch Tabletten. Wenn man bei Bedarf Tabletten, dass man ruhiger wird. Da ist man entspannter	33
C	Also, wenn ich auf 180 bin, ich nehme, ich nehme abends also (angesetztes Neuroleptikum) wegen meiner Psyche und die Antibabypille und und danach nach Bedarf als Bedarfsmedikament, nämlich dann eine zweite (...) -tablette, wenn es schlimmer wird, nämlich eine dritte (...) -tablette.	177
D	und kannst jederzeit in eine Notfall Tablette holen.	202
D	Naja also also, wir nehmen dann Beruhigungsmedikamente	219
E	Krieg ich Tabletten	245
E	Mit Tabletten und so. (...) Gut.	265

²⁷ GP = Gesprächspartner*innen; Die Nummern beziehen sich auf die Transkription, zu finden in der Anlage D.

Tabelle 14*Kognitive Kompetenzen - Textzuweisungen*

GP	Kognitive Kompetenzen - Auszug aus Transkript	Nr.
A	Hilfe suchen. Das hilft.	04
A	Dass ich das dann erkläre, warum der Grund ist.	23
A	Weil man vergisst ja dann vieles, aber wenn man das merkt und rechtzeitig reagiert, dann könnte es helfen.	31
A	Ich wollte ihn nicht verletzen, nicht töten	35
A	kam ich dann zu mir und hab das Messer gesehen, -auch weggeworfen.	40
A	und das erstmal nachdenken, was man getan hat.	46
A	dass man halt erst mal von den Gedanken, was passiert ist, wekommt.	48
A	weil ich dann halt "auf uns zukommen" denken kann,	62
A	Ich hab jetzt was rausgefunden. Und zwar; ich gucke mir die Nachrichten an und dann schalte ich da weg	63
A	Das nicht Thema Krieg und Politik. Sich informieren lassen, ist okay, aber dass man dann auch Abstand nimmt davon.	64
A	sondern ich tausche auch um, dass ich dann halt auch weg bin von der Politik,	67
B	konzentrieren	121
B	Ich bin eine kluge und intelligente junge Frau und es gibt vieles, was ich sehr gut kann.	121
B	rechtzeitig Skills, die Fähigkeiten mache und werde ich entspannter (...) das hilft.	124
B	Ich versuche, daran zu denken, was ich kann und was ich habe.	126
B	was Schönes zu denken. Daran an Fantasiegeschichte zu denken	127
B	mit denen ich mich ablenke.	131
B	In dem ich sage zu mir: "Du bist frei oder du bist entspannt, du bist leicht. Sowas Sagen.	136
C	Ich habe auch mit der gesetzlichen Betreuerin von meiner Mutter telefoniert und mit der Heimleiterin von meiner Mama im Pflegeheim. Und ich habe auch einen Brief an meine Mutter und an die Heimleitung geschrieben und mit der Sozialarbeiterin von meiner Mutter gesprochen. Und da ich, da ich auch, da ich auch mich selber schützen will vor meiner eigenen Mutter, gehe ich nur ab und zu mal, einmal im Monat oder alle zwei Monate meine Mutter besuchen.	148
C	Ja, ich hätte, ich hätte von Anfang an ein Schlusstrich ziehen sollen.	150
C	Auf jeden Fall hilft also malen	151
C	Buch lesen	151
C	Tagebuch schreiben. Wenn ich niemanden zum Reden habe, (...). Also Tagebücher schreiben hilft besonders. Weil da kann ich also in den, in den Tagebüchern reinschreiben, was ich denk, was ich denke, was was in meinem Kopf abspielt. Was in meinem Kopf vorgeht und was ich denke und was ich fühle und wie es in mir aussieht. (...) schreibe ich auch Tagebücher.	151
C	Das meiste schreib ich auch im Tagebuch darüber über meine Gefühle (...) was ich denke, was ich fühle und was in meinem Kopf abspielt (...).	165
C	weil, wenn ich Zeit habe, schreibe ich auch ein Tagebuch.	179
C	und wo ich ein Tagebuch schreiben kann	182

C	und ich bin auf einem guten Weg. Seitdem ich hier eingezogen bin, hab ich hier gute, gute Fortschritte gemacht,	183
C	Wichtig ist dazu, dass ich also manche Sachen, viele Sachen noch dazulerne.	189
D	Man ist gestärkt, man hat sich Hilfe geholt. (...) Ich hab mir in einer schweren Krise Hilfe gesucht und das macht nicht Jeder. Und das zeigt mir Stärke. (...)	201
D	Aber das Schöne ist einfach mal, ja, du bist da drinne und und lenkst dich ab, wenn du in der Krise bist. (...). Dann backen wir zusammen, oder wir kochen zusammen, oder wir machen mal zusammen Salat, oder wir spielen Mensch ärger Dich nicht. Die lenken Dich schon ziemlich gut ab von deiner eigenen Krise.	204
D	Es ist schwierig, aber ich werde, also ich hol mir das immer wieder. Weil das ist meine Stärke. Also meine Stärke ist, in der Krise zu lernen. Also mit der Krise umzugehen und zu sagen, was ich kann.	207
D	Ja, nein, muss ich sagen, das habe ich gelernt.	214
D	und ich stehe da und sag: "Ich brauch Hilfe." Und wenn die Betreuer dann sehen, dass meine Arme bluten angefangen haben,	218
D	Also für mich ist wichtig, zwar Hilfe zu holen	218
D	er macht das auf seine Art, dass man das er, wenn er in der Krise fällt, meinte er so, er sucht sich Hilfe. Also ne... Also, man kann, kann von ihm von ihm lernen.	231
E	Dann lenkt ich mich ab.	235
F	oder denke selber darüber nach, was ich falsch gemacht habe? Ja.	285
F	Erstmal denke ich mich selber nach,	286
F	und versuch das selber zu klären, auch wenn es schwer ist, das eigene selber zu klären,	286
F	und ich höre da gar nicht hin, weil ich versuche das zu ignorieren, ist schwer	289
F	oder versuche eine Lösung zu finden.	292
F	denke draußen nach	307
F	Ich merke das manchmal auch an mir selber.	308
F	und denk darüber nach.	316
F	Ja, wenn ich merke, ich will irgendwo raufhauen,	335
F	wo ich merke: Du hättest Dir vorher weh tun sollen.	335
G	Und das ist das, was mich dann einfach ablenkt, was mich dann auch wieder, wo ich einfach auch wieder runterkomme.	346
G	Das was mich stört und das bereden wir.	353
G	Also ich hab, ich spiel nicht nach Noten, aber ich habe was gelernt in ...	373

Tabelle 15

Soziale Kompetenzen - Textzuweisungen

GP	Soziale Kompetenzen - Auszug aus Transkript	Nr.
A	mit Leuten in Kontakt sein	01
A	mit den Betreuern reden	04
A	Und dass man halt andere auch akzeptiert und respektiert.	10
A	und die anderen sollen ja auch sich wohlfühlen dort. (...) Und da gehe ich da nicht hin, weil will ja nicht andere mit reinziehen mit meinem Problem.	07
A	und auch andere nichts passiert.	22

A	Ich bin offen.	25
A	Ich bin halt ein freundlicher Mensch, der halt andere akzeptiert.	26
A	weil du dann mit anderen in Kontakt bist und das hilft auch sehr.	29
A	Mit Betreuern will ich das nicht machen. Wegen den Schock.	35
A	Ich bin für Frieden.	42
A	Auf jeden Fall nicht! Und da war ich selber erschrocken.	42
A	Zu den Leuten gehen, mit den Reden, also Gespräch führen, Kontakte	47
A	Richtig, man kann sich austauschen mit den Leuten, die in Behandlung sind.	59
A	im Gespräch oder so, dann denke ich nicht nach	62
A	Ja. Das man halt das Vertrauen hat.	87
A	Man redet halt mit seine Probleme, wie es ist,	92
A	Also (Assitent*in Bezugsperson) kenn ich sehr gut, weil ich sehr viel mit ihr zu tun hatte.	94
B	Ja, dass man sich mit dem Menschen versteht.	108
B	Ja. Wenn ich Krise habe, beleidigt ich nur alle, und das macht mich traurig.	113
B	Eigentlich helfen sie (die Beziehungen) mir sehr gut, (...) was ich für schönes Leben habe, schöne Mitmenschen. So ist das.	115
B	Und ich habe die Menschen auch sehr gerne. (...)	120
B	wenn ich mitmache und die Hilfe annehme, die mir angeboten wird.	123
B	und ich die Hilfe annehme.	125
C	Eigentlich habe ich mich mit allen Betreuern verstanden.	143
C	Wenn, (...) Und und hab ihr das wegen meiner Mutter erzählt.	148
C	damit ich niemanden mit meinen Privatproblemen und mit meinen Privatgeschichten Geschichten belästige.	151
C	Damit ich mir meine Arbeitskollegen und meine Mitbewohner und meine Freunde Bekannten, nicht mit (...) Probleme nerve	152
C	Also, ich bin eine, die sehr viel quatscht. (...)	158
C	Auf jeden Fall helfe ich gerne	159
C	Aber ich bin hilfsbereit, ich bin lustig, man kann mit mir viel unternehmen.	159
C	Und und und ansonsten spreche ich auch mit dem Betreuer darüber.	160
C	und telefoniere.	168
C	dann kann ich in Ruhe mit irgendwelchen Leuten telefonieren,	170
C	Meistens telefoniere ich	171
C	wo ich in Ruhe telefonieren kann	182
C	Ich bin auf dem besten Weg und zur Richtung betreutes Einzelwohnen	187
C	Und zwar, ich hab, ich, hab, ich hab ne Absprache mit meinen beiden Gruppenleiterinnen auf Arbeit,	190
D	rede viel mit	194
D	Aber ich muss mir mein Vertrauen erarbeiten, und ganz wichtig ist gerade für mich aber auch dadurch, dass ich Borderliner bin ist (Verlobte) und manche Betreuer und manche Psychologen sehr sehr wichtig	196
D	Ich hoffe das ist nicht böse oder so?	200
D	Indem ich das Vertrauen zu mir selber hab.	201
D	Du kannst jederzeit hin gehen und quatschen und reden mit die.	202
D	Und wo wir geholfen haben. Also es ist ein Geben und ein Nehmen, Ein Geben und Nehmen	202

D	aber wenn es zu viel oder die nicht da sind, dann sind wir die Starken und passen da eben auf und unterstützen die Schwestern. (...) Ja. Sozialen Fähigkeiten das ist wichtig,	202
D	Ja, wenn ich jetzt selber in der Krise bin, ist meine Stärke, dass ich für mich da bin und für andere. Mein Motto ist immer so, sagt einer für alle... nicht einer schafft was, sondern alle für einen. (...) man sieht auch teilweise in der Station, dass es den anderen schlechter geht als mir.	204
D	Selbst wir unter einander, wo wir auch unter einander sprechen viel. (...)	204
D	meine Stärke ist, ich bin ein ehrlicher Mensch. Ich rede über meine Behinderung.	206
D	Gerade draußen, bin ich so, dass ich sage, dass ich von Anfang an sage, ich bin Borderliner und ich kann für manche Situation nicht. (...) Also ich geh mit meine Behinderung offen um und mit meine Aggressivität. Ja, klar. Kommt nicht jeder klar. Aber ich finde schon, dass jeder wissen soll, was der Mensch hat, damit dann nicht sagen kann: "Ey! Was ist denn mit den nicht!".	206
D	jeder Mensch, ich kann ja einfach nur sagen, sollte zu sich stehen.	206
D	Ja, also in dem ich in der Krise für andere da bin, ein offenes Ohr hab auch in dem ich sage, können zu mir kommen, obwohl ich selber in der Krise bin.	208
D	Wir helfen uns gegenseitig in der Krise. dass wir sagen; „Ey, kann ich mich dazusetzen, oder lasst uns doch alle zusammensetzen und irgendwie reden, weil ich finde das schlimm. (...).	208
D	Und jeder psychisch kranke Mensch bringt ja auch was mit.	209
D	ich raste, aus, aber ich such danach das Gespräch bei dem Betreuer und bei den Menschen.	214
D	Also ich weiß, dass ich mich manchmal falsch verhalte. Und was mir geholfen hat, ist, dass ich ruhiger geworden bin und respektvoller, respektvoller mit den Frauen umgehe.	214
D	(...) man muss Hilfe annehmen.	217
D	Weil ich Angst habe, den Menschen weh zu tun, und ich habe Kräfte in mein Körper und mein Umfeld, wo ich denke, wo ich andere schützen muss, und zwar zwar ist das auch blöde, wenn man sich die Arme schlitzen muss, aber ich sag so, in diesem Moment hilfreich anstatt, wenn ich das an die Möbel und andere Menschen auslasse.	218
E	Ich bin im Charakter sehr gut. (...) Ich bin nett! (...), Dass ich helfen möchten.	253
E	Entschuldige mich.	260
F	oder rede darüber	285
F	Ich versuch das meistens darüber zu reden oder so. Hilft manchmal.	286
F	rede ich mit dem Betreuer.	286
F	und entschuldige mich bei den Betreuern oder bei den Freunden	286
F	aber ich rede dann mit den Betreuern darüber	289
F	und dann sage ich den Betreuern, was ich zum Beispiel nicht an denen gut fand.	296
F	Ich helfe viel. Ich helfe sehr gerne, freundlich, hilfsbereit.	299
F	Ja. Hilfe anderen Leuten, wenn die Hilfe brauchen. (...) Weil die das noch nicht so gut gelernt haben, oder weil die einfach nur Hilfe brauchen dabei.	300-303

	Die unterstützen. (...) Weil ich den gern hab, die Personen. (...) Weiß ich nicht, die... Wenn ich Krisen habe, dann beschäftigt mich denen.	
F	Geh dann mit den Betreuer zu reden und dann brauch er seine Zeit darüber nachzudenken.	307
F	wenn ich so wütend bin, will ich nicht die Erzieher verletzen.	327
F	will ich nicht auf die Betreuer raufhauen, wie neulich (Assistent*in)	335
G	gehe ich einfach zu meinem Betreuer und dann rede ich auch über die Krise.	355
F	Dass ich mit meinen Betreuer auch darüber rede.	355

Tabelle 16

Emotionale Kompetenzen- Textzuweisungen

GP	Emotionale Kompetenzen - Auszug aus Transkript	Nr.
A	Spaß haben	02
A	und da habe ich angefangen zu weinen.	35
A	Wenn man lustig drauf ist, zum Beispiel. (...) Glücklich. (...) Man ist halt fröhlich. Man lacht viel. Man macht Scherze. Manchmal macht man auch so Scherzen mit Selbstgespräche.	73
B	Na, wenn ich gut auf bin. (...) Wenn ich entspannt bin.	111-112
B	Daran an Fantasiegeschichte zu denken, die mir helfen, nicht neidisch zu seien.	127
B	In dem ich mir sage, sei damit zufrieden, was du hast.	138
C	oder auf dem Bett, mich entspannen.	140
C	Und und es mich abfinden sollen.	150
C	Wenn ich mich hineinfresse und ich habe niemanden zum Reden, dann hole ich ein Tagebuch. Da hol ich ein leeres Buch, wo man reinschreiben kann, und dann kann mir, schreibe ich rein, was ich denke, was ich fühle.	165
D	Zum Beispiel bei mir, wenn ich sage; mir geht's scheiße,	204
D	dass Du dann auf Station kommst und sagst: "Alter den geht's ja noch schlechter, als mir." Und das ist, wo ich sage zu mir, daran sehe ich, kann ich noch sagen: Gut. Ich kann selber raus gehen.	204
D	Natürlich gibt es Dinge, die mir zu nahe gehen, aber er sagt dann immer Stopp (...)	208
D	Aber ich gucke, bevor ich das überkocht, such ich mir schon Hilfe.	216
D	und reden. Also (...) der darf dann nicht reden, weil ich mich auskotze. Aber ansonsten reden, ganz viel reden und bevor du dir irgendwas antust, Hilfe holen!	218
E	Die haben Angst	282
F	Spaß haben	323
F	Ja. Sie sind enttäuscht	310

Tabelle 17

Sensomotorische Kompetenzen - Textzuweisungen

GP	Sensomotorische Kompetenzen - Auszug aus Transkript	Nr.
A	spazieren gehen	01
A	Fahrradfahren	01
A	Spazieren gehen	04

A	spazieren zu gehen	05
A	Fahr Fahrrad	16
A	Sport. (...) Ja, dass man da austoben ausschreit. Das hilft.	28
A	Fahrrad fahren	29
A	In Bewegung sein! (...) Das hilft am meisten.	76-77
C	wo man, wo man die Wut an den Sportart auslassen kann.	140
C	Und Nordic Walken. Wenn man wütend ist, wenn man kurz vorm Ausrasten ist, hilft es, ne Runde zu drehen, mit den Nordic Walking Stöckern	140
C	Ansonsten kann auch helfen, ne Sportart zu finden,	140
C	da ist der mit dem Box- oder Sandsack zu mir ins Zimmer gekommen, hat vor mir mit dem Sandsack Box gehalten, und ich sollte kräftig rauf boxen und solange rauf boxen, bis ich nicht mehr kann.	141
C	Entweder mit Nordic Walking Stöcker oder ohne Stöcker.	144
C	und ich kann darauf boxen	145
C	Und Nordic Walking und da auspowern und eine Sportart suchen. (...) sich auspowern, das tut auch gut.	145
C	Also, wenn ich mal nicht genug ausgepowert bin, wenn ich wirklich mal wütend oder aggressiv werde, weil nicht ausgebaut bin, dann suche ich ne Sportart wie Nordic Walking, wie Flamenco -Tanzkurs, und da kann ich mich auspowern.	161
C	Ja, auspowern, dass Sie einfach eine Sportart suchen, wo ich mich auspowere	164
C	und bisschen auspowern. Übung mit Sportübungen und auspowern. Wenn ich genug mich ausgepowert habe	178
C	ne Absprache mit meinen beiden Gruppenleiterinnen auf Arbeit, wenn ich zum Beispiel in der Kantine, in der Werkstatt kurz vorm Ausrasten bin und und auf 180 bin und dann auch kurz vorm Ausrasten bin oder auf 180 bin, dass ich aus der Werkstatt, aus der Kantine rausgehe und noch um den Block, um die Werkstatt, im Garten, Runde im Gelände, ne Runde drehe und und ja, im Garten Unkraut ziehe für mich alleine.	190
C	und noch um den Block, um die Werkstatt, im Garten, Runde im Gelände, ne Runde drehe	190
C	einen Knoten in den Handtuch rein zu rein zu machen und mit den Knoten um den Handtuch auf dem Bett zu schlagen oder oder in der Runde drehen im Garten, also immer auspowern.	191
D	gehe spazieren	194
D	(...) ich mache, ich mache meine Skills. Also es gibt Skill-Listen, (...) Also es gibt Protokolle. Und ich habe zum Beispiel auch gedacht, man kann ne Mülltüte zerreißen. (...) Ich habe auch gedacht, ich kriege das hin. Ich hab's nicht hingekriegt.	215
D	Ich gehe, also ich muss meine Skills sind spazieren	218
D	oder mach Skills. Weil wir Power-Skills haben, die uns also, die wir dann... Spazieren, laufen, brüllen. (...)	219
E	Einfach nur laufen	275
E	laufen.	277
F	Also, ich gehe immer spazieren,	285
F	Einfach weiterlaufen	290
F	gehe ich mit dem Betreuer spazieren	292

F	Ich gehe ne Runde spazieren	314
G	Also, was bei mir zur Entspannung hilft, ist, wenn ich jetzt, wenn ich Sport gemacht habe. Wenn ich Sport gemacht habe	337
G	Weil, weil man einfach das alles dann rauslassen kann beim Sport, weil man halt Krisen hat.	340
G	Genau. Sport!	347
G	Weil, weil das, weil man, weil man sich da einfach auspowert! (...) Die Bewegung ja!	350
G	Wenn ich Sport treibe	378

Tabelle 18

Sensokognitive Kompetenzen - Textzuweisungen

GP	Sensokognitive Kompetenzen - Auszug aus Transkript	Nr.
A	und schau was anderes an. Was die Jugendlichen halt machen mit Body Building. Oder Fahrradfahren. Manchen Jugendlichen springen ja auch mit dem Fahrrad rum. Mountain Bike. Das gucke ich mir an. Oder ab und zu mal K11 über YouTube.	63
A	Und ich höre sehr viel Musik.	65
A	dann Rap oder Schlager oder amerikanische Musik, russische Musik, viel deutsche Musik auch	67
A	Musik hören	78
A	Musik hören	78
B	GP. B: - Wenn ich es Skills mache, also Fähigkeiten, damit es nicht zur Krise kommt. Zum Beispiel so eine Massage Gürtel, das Ding mit dem man so den Kopf grault, Igelball, manchmal ein schönes Bad. (...) Skills sind Fähigkeiten, die dabei helfen, ruhig zu bleiben. (...) Die helfen zum Beispiel das Kopfgraul-Ding, weil da kribbelt der ganze Körper. Und man muss sich auf das Kribbeln konzentrieren. Schon wird man ruhiger. (...) Also in der Krise, da braucht man so ein Hard-Skill, das Intensive. (...) Zum Beispiel Pfeffer durch die Nase hochziehen, dass man niest, das muss brennen in der Nase. (...) Manchmal sauren Zitronensaft schlucken. (...) Wenn ich an Ingwer rum kauen, so bitter schmeckt.	101-107
C	Klassik, Entspannungsklassik, Musik hören	140
B	Da sind so beruhigende Lichter an der Wand,	128
B	pieksige Matte, die ist gut für Durchblutung	128
B	Gewichtsdecke.	128
C	Ja, und bei mir ist es so. Bei mir hilft auch Entspannung	178
C	Ja, da mache ich Entspannungsmusik, (...)	179
D	laute Musik hören	216
E	im Zimmer Fernseher gucken.	233
F	ich höre Musik dabei	285
F	Musik hören. (...) Das entspannt mich manchmal. (...) Ab und zu höre ich Entspannungsmusik.	305-307
F	höre dabei Musik	314
F	Meistens höre ich das Wasser zu. Höre die Vögel, das Wasser. Wenn ich da gestresst bin, gehe ich da hin, hör da Musik, und hör das, wie es plätschert. Ja.	317

F	gehe ich unter die Dusche und mach einmal kaltes Wasser über meinen Kopf und dann geht es mir auch wieder besser.	319
F	Ja, weil der Kopf dann warm wird, Du wirst dann zitterig oder dir wird warm. Gehst Du unter die Dusche und kühlst das ab.	322
F	Dann habe ich mir selber die Schmerzen, meistens. (...) Ganz gut. Oder ich haue mit meine Faust gegen Tür. Gegen Kanten. Das tut manchmal weh, aber... (...) Geht's meistens besser. (...) Das mache ich, wenn ich allein bin, also ich mache das im Zimmer, da wo ich bin. (...) Ich hab das schon mit Schlüssel hab ich das schon gemacht (unverständlich) auch benutzt. (...) Ja. Rasierer. Das war. Das war's. (...) Meine Betreuer finden das nicht gut, aber das ist mir da egal, wenn ich mir selber Schmerzen zufüge. (...) Ich muss die Schmerzen aushalten, die Betreuer...	327-334
G	Und hör Musik.	342
G	Ich gehe meistens immer auf YouTube. Andere Leute benutzen Spotify, aber ich bin nur immer YouTube und guck mir auch immer Musikvideos an, so von verschiedenen Sängern, so. (...) Weil man, weil man einfach zu der Musik also... man hört, einfach die Musik und das entspannt einfach einen. Die Musik halt. Ich höre auch manchmal, wenn ich müde bin, hör ich auch manchmal so Entspannungsmusik zum Einschlafen,	344
G	und einfach Musik.	346

Tabelle 19

Persönliche Interessen- Textzuweisungen

GP	Persönliche Interessen Auszug aus Transkript	Nr.
A	Ich mag Menschen, die Natur. Ich mag Tiere. Ich bin für Freundschaft interessiert. Ja, ich bin für Frieden. Mag Sport. So sehe ich mich.	26
A	oder man überholt sich gegenseitig, und man sieht sich dann zweimal, dreimal. Das finde ich dann witzig.	29
B	Sowas wie basteln, malen, bin sehr kreativ, konzentrieren, hab eine schöne Fantasie und hab ein schönes Leben, (...). Ich hab schöne Fähigkeiten.	121
B	da kann ich schöne Filme gucken	131
D	Mich interessiert die arabische Welt.	194
D	Ansonsten bin ich sehr fußballverrückt.	194
E	Hobbys	233
E	Fußball spielen.	234
G	Ähm, na ja, also ich mache, spiel sehr viel Basketball. Das ist so mein Sport, was ich gerne mache und was mir auch sehr Spaß macht. Und ja!	339
G	Ich, ich mach gern Musik. Ich spiele gern Schlagzeug und Klavier.	368
G	Und ich spiele gern Basketball,	370
G	und da habe ich Klavier gespielt	372
G	Und sonst spiele ich immer so just for fun	373
G	Na ich, ich habe einfach, ich hab's einfach gespielt und dann hab ich mich auch selber gefreut, dass mir das auch Spaß macht.	375

Tabelle 20*Zivilcourage- Textzuweisungen*

GP	Zivilcourage - Auszug aus Transkript	Nr.
A	Wenn halt Leute schnell reagieren. Bevor was passiert.	19
A	Leute, die rumlaufen, wenn sie das sehen, dass es gefährlich wird, dass sie schnell dann die Notruf tätigen.	20
A	Dass sie mit mir ein Gespräch suchen, warum ich so schlecht gelaunt bin oder so in der Krise bin.	23
A	Da haben sie alle abgebremst und da ist ein Mann ausgestiegen. Hat zu mir gesagt: "geh mal weg, Brauchst Hilfe! Das ist eine Straße."	35
B	da rufen die Mitmenschen (immer Krankenwagen)	116

Tabelle 21*Externe (Rettungs-) Dienste - Textzuweisungen*

GP	Externe (Rettungs-) Dienste - Auszug aus Transkript	Nr.
A	Und dann kam die Polizei (...) Ja, und dann ein Krankenwagen, wurde dann gerufen und hat mich mit Krankenwagen dann in die Psychiatrie	35
A	wenn es halt nochmal, immer noch laut ist, dann halt die Polizei. Verstehen sie? Also auch den Krise darf man nicht zulassen, also dass es so weit kommt.	49
A	dass man schneller halt die Polizei verständigt, die Feuerwehr. (...), dass die Polizei dann auch mit den einen reden kann oder dass, wenn es eskaliert direkt die Polizei kommt, dass sie das dann verhindert oder stoppt, und das ist auch mein Wunsch	95
B	Zum Beispiel, wenn ich große Krise habe und drohe mir selbst was anzutun, oder anderen, da (rufen die Mitmenschen) immer Krankenwagen und ich komme ins (für das Wohngebiet zuständige Versorgungs Krankenhaus).	116
C	Also, wenn ich ganz alleine bin oder ich weiß nicht weiter, dann rufe ich nach der Arbeit Krisendienst an.	160
C	Und dann telefoniere ich mit dem Krisendienst, auch ab und zu mal und auch mit dem Seelsorger, auch in meinen Urlaub.	160
C	auch mit dem Krisendienst.	170
C	Im Zimmer telefoniere ich auch generell mal mit dem Krisendienst	172
C	Aber ansonsten, wenn ich in der Nacht bin, wenn ich, wenn ich, wenn, wenn ich also Zeit habe, und weil, wenn ich Angst in der Krise bin und Unruhe habe, dann ruf ich die Krisendienst an.	179
C	und mir hilft auch der Krisendienst. (...)	183
C	und ich habe auch den Krisendienst angerufen, und.	184
E	Krankenhaus einfahren.	262
E	Polizei rufen.	283
F	oder wenn es nicht klappt, dann läuft es zu Polizei.	298
C	Meistens, meistens, wenn ich mal alleine bin, und ich weiß nicht weiter, dann rufe ich den Krisendienst an und unterhalte mich mit dem Seelsorger. (...) mit dem Krisendienst.	146

Tabelle 22*Therapeutische Behandlung - Textzuweisungen*

GP	Therapeutische Behandlung - Auszug aus Transkript	Nr.
C	Ja, ich war mal früher bei der Psychologie. Und ich war früher bei einer Psychologin, also bei (...). Da habe ich zwei Jahre lang Psychoverhaltens- Psychotherapie gehabt, Gesprächsverhalten, Psychotherapie gehabt. Ich bin zwar ruhiger geworden, entspannter geworden.	149
D	Aber ganz wichtig, und dass ist..., dass ich das auch ganz schön finde, dass es das KEH (Behandlungszentrum für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und psychischer Erkrankung) in	123-195
D	weil KEH macht wirklich sehr viel mit Menschen. Die nehmen einen auf und und bauen dann wieder auf, und sie geben ihr ganzes Herzblut in diese in die Klinik rein.	195
D	Die Schwestern sind jeden Tag jederzeit für Dich da, die sprechen, die sehen, wenn es Dir schlecht geht.	197
D	Die Betreuer, gerade die Ärzte, also gerade die psychologischen Ärzte gehen da, mit ein ganz anderes Gefühl, weil wie soll ich das sagen? (...) Aber die Schwestern, die sind da, die kennen das und die gehen ganz anders mit dir um.	199
D	Die Ärzte. Also gerade Schwestern und Ärzte. (...) Also Betreuer im Alltag, und immer wieder muss ich sagen, find ich das schön, dass es das KEH gibt.	199
D	Weil die Schwestern, die sind für uns da	202
D	Also ich hab das DB TOP Programm gemacht, und da waren die schon knallhart.	212
D	Richtig krass! Und die Therapie... schon, wo Du Dir denkst so: puuhhhh.	213
D	Und das hab ich in DBTop gelernt.	214
E	in Krankenhaus, wenn ich (schwer verständlich) Probleme hab.	244
E	kann ich mit 'nem Psychologen reden.	246
E	Die Beschäftigung. (...): Basteln. Sport. Sowas. (...) Andere kranke Menschen. (...) Die Gesunde. (...) Die lenken mich ab. (...) Mit Aufgaben und so reden.	267-273
E	Da sind sie abgelenkt im Krankenhaus.	263
G	und dann habe ich noch Musiktherapie gemacht	372
G	In der Musiktherapie habe ich was gelernt.	373
G	Ja, also, der Musiktherapeut hat mir auch, wie gesagt, der hat mir auch was gezeigt auf Klavier. Das habe ich dann auch gelernt.	376

Tabelle 23*Familiäre Anbindung - Textzuweisungen*

GP	Familiäre Anbindung - Auszug aus Transkript	Nr.
C	Und und einmal im Monat oder alle zwei Monate telefonier ich sehr kurz, paar Minuten mit meiner Mutter. Und ich, und ich besuche paar Minuten, meine Mutter auch.	148
D	und wir denken, (...) wir denken immer, dass unsere Eltern uns verstehen müssen.	209

E	Meine Eltern, meine Schwestern. (...) Gut. (...) Die reden mit mir. (...) Beruhigt mich.	247-250
G	Ja, meine Familie. (...) Na, wenn ich Krise hatte, habe ich auch meine Geschwister auch darüber geredet und die haben, die haben mir einfach Ratschläge gegeben, die besser, die gut sind, gerade meine Familie wissen, die wissen ja am besten, wie ich ja so bin.	362
G	Also, wenn ich jetzt bei meine Schwester bin und ich hab ne Krise, dann sehen sie ja die Krise und können sie das ja auch besser analysieren	364

Tabelle 24

Freundschaften - Textzuweisungen

GP	Freundschaften - Auszug aus Transkript	Nr.
A	Wenn das Verhältnis auch passt. Wenn die zum Beispiel auch mit Fahrrad fährt oder dieselbe Meinung -nicht ganz- aber ein bisschen auch akzeptiert, dann passt es auch gut zusammen.	09
A	Nee beide Seiten (...) Ja, bei meinen Veranstaltung habe ich sehr viele gute Beziehungen, mit denen ich gut verstehe.	12
A	Da habe ich auch mit den Personen gute Beziehung	14
A	dass man halt Menschen hat, mit denen man über alles reden kann, mit ihnen was unternehmen kann. Das ist das Wichtigste.	79
A	Also nicht bei allen funktioniert es. Meistens bei Jugendlichen, weil sie sind halt sportlich, so wie ich. Und es geht dann automatisch, dass man dann halt direkt offener ist dann und lacht und redet über alles. Und deshalb will ich auch sehr viele junge Leute haben, um mich rum. Um mit den Freunde zu sein. (...) Man ist öfters mit denen in Kontakt, unternimmt was, zusammen. Hat Spaß! (...) Ja, mein Wunsch ist aber auch, dass ich Freunde habe, dass, falls ich so eine Krise wiederbekomme oder Ängste, dass ich dann halt zu meinen Freunden wenden kann und mit denen reden kann oder auch mein Frust rauslassen kann.	88-90
A	Deshalb ist Freundschaft immer sehr wichtig.	92
A	Und Bekanntschaft, dass man sich gegenseitig auch gut kennt, wie tickt der andere oder wie ich, das ist sehr wichtig.	93
B	Und dann meine Mitbewohner, Mitbewohnerinnen, mit denen ich mich gut verstehe, Mitbeschäftigten bei der Arbeit.	110
C	Und ich kann nur mal ab und zu mal mit Arbeitskollegen unterhalten, die mich verstehen können und dasselbe durchmachen.	153
C	und auch einen Mitbewohner. Mit den kann ich mich sehr gut unterhalten.	155
C	Weil mein einer Mitbewohner hat ja auch viel Scheiße (...) der hat fast das ähnliche durchgemacht, und der kann mir auch Tipps geben, wie er damit umgeht.	156
D	rede viel mit meiner Freundin, also mit meiner Verlobten,	194
D	In der Krisensituation da hilft mir also meine Verlobte ganz viel.	195
D	in der Krise ist, glaube ich, die engsten, also die engsten Leute, die Du um Dich haben musst, das sind entweder deine Familie oder deine Freunde. Also Familie. (...) für mich ist das meine Freundin, mein	196

	Kumpel und diese Menschen, die auf die Station sind, weil die Dich aufbauen und auf Dich aufpassen.	
D	Weil immer wieder meine Freundin, wir stundenlang darüber reden und wir wir uns stundenlang unterhalten	207
D	ich find es schon wichtig, dass du einen engeren Kreis haben musst,	209
F	meinen Freunden	285
F	Wenn die nett sind, wenn wir was zusammen machen, wie Spazierengehen und uns kennenlernen	287
F	(In Bezug auf Freunde) Die hilft, wenn ich Probleme habe, wenn er Probleme hat. Dann reden wir da drüber zusammen.	291
F	(In Bezug auf Freunde) Die gehen dann manchmal zu der Person, mit der ich Streit haben und versuchen es selber zu klären, oder wir klären das meistens zu dritt	298
F	Weil ich da mit Freunden darüber rede, was passiert ist.	311
F	und dann besuch ich meine alte Wohngruppe, wo ich früher gewohnt habe.	324

Tabelle 25

Gesellschaftliche Teilhabe- Textzuweisungen

GP	Gesellschaftliche Teilhabe - Auszug aus Transkript	Nr.
A	Ja. Also von der Friedensbewegung	13
A	treff mich beim Kiosk mit den Leuten. Beim Bäcker bin ich meistens auch. Da habe ich auch gute Beziehungen zu denen.	16
A	wenn man automatisch andere Leute sieht, die Fahrrad fahren,	29
A	Man sieht Leute.	58
A	Unter Menschen (...), das ist das Wichtigste	79
A	Ja das Wichtigste. Unter jungen Menschen, auch. Weil die die jungen Menschen... (...) Weil die Jugendlichen sind, halt so ein bisschen offener, als die Älteren. Und die Älteren sind dann so: "Ich weiß nicht, was mit dir los ist" und so. Aber die Jugendlichen verstehen das mehr als die Älteren.	81
A	Zum Beispiel mit einer (älteren) Nachbarin funktioniert das schon. Die wohnt da drüben in Haus glaube ich, (...). Und wir sitzen Bäckerei. Wir reden. Quatschen. Und da. Bei ihr funktioniert es, da ist sofort die Krise weg oder die Ängste.	85
B	Mir ist wichtig, dass ich Mitmenschen habe, weil, weil ich möchte mich nicht einsam fühlen. Nicht so viel alleine Zimmer rumsitze, das tut, das tut dann nicht gut.	114
C	Ich helf öfter in der Hauswirtschaft, Kraft die aus und arbeite im Garten. Landschaftspflege, Garten, Landschaftsbau, Garten, Werkstattgarten, Landschaftspflege, und ja,	159
C	Und dann gehe ich nach, nach der, nach der Arbeit ein Eis essen	160
C	In der Werkstatt dann da muss ich arbeiten, da habe ich eine halbe Stunde Pausenzeit, aber ich mach das auch am besten nach dem Feierabend.	169
C	wenn ich wieder durcharbeiten kann,	176
D	Also, ich gehe oft ins Kino	194

D	und ja und gehe oft weg. das, was auch im Rahmen meine Möglichkeit ist. Fahre gerne in Urlaub ohne den Betreuern. Ja, Entspannung ist schön! Also ich probiere, das zu machen, was ich zu machen habe. Also probiere, die Natur zu, so weit, wie es geht, zu kennenzulernen. Verreise gerne, war schon ganz weit weg auf der Welt: Marokko, Ägypten.	194
D	Also setzen ich mich ein, mich ein für Menschen mit Handicap.	194
D	Dadurch, dass die Weltspiele, waren dieses Jahr. War für mich sowieso wunderschön.	194
D	Sondern, wir sind alle Menschen. Wir sind Menschen, die Eigenschaften haben. Wir sind Menschen, wir gehören dazu.	206
D	(...) was ich auch cool finde, ihr merkt, wenn es die Menschen schlecht geht, gerade auch die Leute von (anderes Leistungsangebot), die auch nichts mit uns zu tun haben, dass die Stärke, dass die auf uns zu kommen und fragen: "Was ist los? Wollen wir miteinander reden, obwohl sie gar nichts mit uns zu tun haben. Und da muss ich sagen, ist auch zum Beispiel total klasse, weil in andern Einrichtung sind das immer Bezugsbetreuer und so und hier ist schon offener.	223
D	Ja, in der kleinen Gesellschaft ist so, aber ich meine das, was (Träger) überhaupt. Wir haben die Bewohnerbeirat, und also wir haben Schulungen, und die, (...) -diese Betreuer haben das super gemacht-	227
D	Mitbewohner zu mir und sagen also... und selbst drüben die Leute zum Beispiel (...) die Leute von drüben, einmal, die meinten zu mir, du musst Bewohnerrat bleiben. Du bist cool. Du arbeitest mit uns zusammen.	229
D	Die erinnern einen auch in der Krise. auch von Leuten, wo du gar nicht mit rechnet. Zum Beispiel (Name) hat mir, wo ich in der Krise war, seine Wohnung gezeigt, also kann man nicht sagen. Ich hab mit den Tischtennis gespielt und auch auch die ältere Dame, die türkisch war, türkisch geredet hat, hat plötzlich mit mir angefangen zu reden. "Hi GP. D." "Und, wie gehts dir und so?" Und. (...) Genau genau. Ja, das hilft einen schon aus die Krise,	131-230
D	Am Montag gehen wir reisen für fünf Tage.	241
F	Es geht immer mit den raus und spazieren, fahren mit der U-Bahn oder so.	288
F	Rausgehen. Gleich nach, gleich, wenn ich gleich rausgehe, fahre ich gleich mit der S - Bahn, fahr ich bis (Ort)	324
G	Schon sehr lange. ich bin auch früher, wo ich noch in (Ort) gewohnt habe, bin ich immer so zu Schlagzeugunterricht gegangen	372

Tabelle 26

Assistenzleistungen- Textzuweisungen

GP	Assistenzleistungen - Auszug aus Transkript	Nr.
A	und mit ihr zu reden darüber	05
A	Und wir sind dann auch immer spazieren gegangen	06
A	mache ich mit den Betreuern was	16
A	Mit Betreuern Gespräch und schon Spaziergang.	32
A	und dann ist halt (Assitent*in, Bezugsbetreuerin) immer hinter mir gegangen, und ohne, also ohne Betreuer, hätte ich es vielleicht getan.	35
A	Naja, dass die Betreuer halt dann richtig reagiert haben.	36

A	Und die Polizei verständigt hat, (Assistent*in)	37
A	und dass (Assistent*in) und den Bewohner weggezogen hat.	37
A	Und dann halt, dass (Assistent*in) nämlich mich halt gerettet, vor den Gefahren.	41
A	ein Gespräch nochmal mit mir und (Assistent*in)	44
A	Aber mit den anderen Betreuer. Die machen schon ihre gute Arbeit, aber ein bisschen zu langsam. Also, man könnte es noch schneller machen,	94
B	Ich habe viele Betreuer, die mich unterstützen und mir helfen und eine gesetzliche Betreuerin, die sich um Amtssachen kümmert.	109
A	dass sie Betreuer bisschen schneller reagieren als das, was passiert. Sie haben schon gut reagiert, aber dass es ein bisschen schneller auch passiert, (...).	95
B	Indem, dass mir geholfen wird	125
C	Und wo... und besonders helfen hatte mir mal geholfen, ein früherer damaliger Betreuer,	140
C	da ist der mit dem Box- oder Sandsack zu mir ins Zimmer gekommen, hat vor mir mit dem Sandsack Box gehalten,	140
C	Also, mir haben damalige (...) Bezugsbetreuer mir auch sehr viel geholfen.	141
C	Ich weiß, dass ich eine gute Zusammenarbeit mit meinem damaligen Betreuer hatte, und der hat sich Mühe gegeben mein damaliger Bezugsbetreuer.	142
C	Und mein anderer damaliger Betreuer hat mit mir mit den Sandsack mit dem Boxesack geholfen.	142
C	Und ich hatte auch eine damalige Bezugsbetreuerin, die, die auch mit mir was Schönes unternommen hat.	142
C	So wie meine, wie meine damaligen Betreuerin, die die hat mit mir auch ne Runde gedreht, die ist mit mir spazieren und war dann gegangen auf meine damalige Bezugsbetreuer (...).	144
C	Ja, und und oder das hilft auch, wenn man mit einem Sandsack oder mit dem Boxesack vor mir hält,	145
C	Weil die Betreuer kennen mich besser, verstehen. Die helfen, können mir besser helfen, weil sie Fachkräfte sind, weil sie, weil sie nämlich studiert haben und einen Beruf dazu gehabt haben.	157
C	Also ich, ich kann meistens mit meinen Betreuern sprechen. Meine Betreuer können mir meistens helfen, mir meine Betreuer	155
C	Ja. Und war ich auch, oder wenn ich in der Krise bin, dann muss Betreuer mit dem Sandsack kommen, mit dem Boxesack.	163
C	und mir helfen auch die Betreuer bei Krisen,	183
C	Also, die (Betreuer) reden auch mit mir darüber,	184
C	wie mir mein*e (Bezugsbetreuer*in) & (Betreuerin) und einen Mitbewohner ein Tipp gegeben hat	191
D	Zum Beispiel die Betreuer hier gehen auf die Menschen zu. Und gehen mit ihnen spazieren.	199
D	und reden, das ist ganz wichtig. Immer reden bevor, also bevor, bevor Druck kommt. (...) und die, die Gespräche einfordern.	216
D	Also wirklich zu sagen: Mir geht's scheiße, ich brauche jetzt das Gespräch.	216

D	Ich gehe mit dem Betreuer spazieren.	218
D	und ich brauche Betreuer, Umfeld, die mich runterholen, (...) mich betrifft das den ganzen Tag, (...) und belastet mich und ich such dann mehrere Gespräche	218
D	Also ich gehe raus und die Betreuer laufen mir hinterher. Die quatschen mich nicht an, aber sie müssen mich schützen. Und hier in (belebter Kiez) (Die Betreuer*innen) Sie passen auf die anderen auf, weil hier in (belebter Kiez)	129-220
D	obwohl sie, finde ich schon, sich schon sich in Gefahr bringen, strahlen sie ne Ruhe aus.	223
D	Wobei anders, wo "Scheiße!" "Geht nicht!" und die sind trotzdem abends hierhergekommen und haben sich für uns interessiert. (...).	227
E	Die sind nett und so. (...) Reden, einkaufen gehen, die begleiten mich, wenn ich einkaufen gehe. Ausflüge.	239-240
E	Die helfen (unverständlich) (...) Die helfen mich PIA bringen,	243-244
E	Der, die reden mit mir.	242
F	Versuchen, dass meistens mit einen anderen Betreuer darüber zu reden.	293
F	oder gehen, holen uns Hilfe von den Betreuern.	298
F	Ich hab da, ich hab da, mit Betreuer die Idee gehabt	320
G	Also, ich gehe meistens eigentlich immer mit meinen Betreuern raus und Basketball spielen	348
G	Ja, wenn die Zeit haben, dann gehe ich mit denen immer Basketball spielen!	349
G	Ja, weil man, also wenn ich jetzt zum Beispiel mit meinen Betreuern Basketball spiele, dann kann ich mich einfach, dann kann ich mich einfach auch über diese Krise unterhalten.	352
G	Eigentlich meistens nur mit meinen Betreuer. (...) Weil die dann immer öfters da sind und die wissen halt mehr, was da genau los ist.	356
G	Dann sind halt hier die Betreuer, die die Krise sehen.	364

Tabelle 27

Passende Umgebung- Textzuweisungen

GP	Passende Umgebung - Auszug aus Transkript	Nr.
A	gehe halt raus, schau mir die Natur	15
A	In diese Krise mache ich das nicht, weil das ist ja ein Geschäft	17
A	Oder rausgehen. In die Menschenmenge gehen. (...) Weil man, man ist dann abgelenkt.	28-29
A	Psychiatrie, in die Geschlossene.	35
A	Und die Tür zuzumachen. (...) Zuzumachen, weil der weiß, wenn man in der Krise ist, ob einem das überhaupt bewusst ist, was man tut mit Messer.	39
A	Bevor was extrem wird, ja! Verlasse ich das. Zum Beispiel, (...), versuche ich dann halt, raus erstmal zu gehen	49
A	Da wo der Tatort ist - erstmal verlassen, und dass man erstmal dort weg ist und wieder zu sich kommt,	46
A	Mein Lieblingsort ist halt (...) aber da nur mit Fahrrad, weil wenn da Gefahr ist, kann ich da schneller weg oder aus den Gefahr gehen, als zu Fuß.	52

A	Manchmal laufe ich auch zu Fuß bis (...). Da ist auch mein Lieblingsort oder dazu (...) In meinen Bereiche, wo ich gerne bin, da sehen mich auch öfters immer dieselben Leute.	53
A	Da ist Basketballplatz, da ist eine Tischtennisplatte. Man hat Blumen. Das andere Klima. Ja, und das gefällt mir sehr dort.	56-57
A	Ja! Und auch Klinikgarten, da bin ich auch sehr gerne, weil die haben so einen eigenen Patientengarten und halt ganz großes Gelände. und da halte ich mich auch auf.	54
A	Das ist halt kein öffentlich Platz und eigentlich privat, aber es kommen halt Leute rein. Ist nicht gerne gesehen, aber es wird akzeptiert. Und das gefällt mir.	55
B	Es gibt da Ort da ist so ein kleiner Snoezelen Raum.	128
B	In meiner Arbeit ist mir wichtig, wenn es ruhig ist und leise. Weil mich laute Geräusche so aufregen.	129
B	In meinem Zimmer,	131
C	um den Haus also und im Park herum.	140
C	und da haben wir ne Runde im Wald gedreht. Das mal wichtig ne Runde im Wald zu drehen.	144
C	oder gehe in den Park und erhole mich in der Nähe von der Werkstatt in den Park.	160
C	Also, wenn ich irgendwo auf der Bank sitze und mir ein Eis holen und Eis esse, dann dann und mal telefoniere, (...) wo ich mal alleine, wenn ich alleine auf der Bank (...) im Park (...)	166
C	Entweder im Zimmer in der Nacht. Oder draußen auf der Bank im Park oder in der Nähe gegenüber von einem Eiskaffee auf der Bank.	167
C	Ja, wenn ich mal alleine irgendwo, wenn ich irgendwie abschalten will, und ich hab mal Zeit, da gehe ich gegenüber in der Nähe von der von der Werkstatt in dem Park oder fahre direkt zum Park (...)	168
C	Auf der Straße, da muss ich aufpassen, dass mich kein Auto überrollt, dass ich keinen Verkehrsunfall habe, weil da bin ich abgelenkt, und da kann ich mich nicht auf den Verkehr konzentrieren. Und im Park ist es so, wenn ich, wenn ich mich, wenn ich in den Park gehe, Ruhe genieße,	170
C	Weil, wenn ich auf die Bank setze in der Nähe von der Straße, dann kann ich in Ruhe telefonieren, und dann kann ich auch abschalten, da kann ich auch meine Ruhe genießen.	120-170
C	Manchmal telefoniere ich auch in der Straßenbahn. (...) Aber in der Straßenbahn ist es echt blöd. (...) Ja. Wo äh... Entweder im Park oder im Zimmer, oder wenn ich Bahnhof (...) aussteige, dann gehe ich mir also, da ich da gehe, ich auf einer Bank, setze mich auf ne Bank hin, und.	173-175
C	Ja, da steht auch extra Zettel drauf an die Tür, wenn uns nicht gut geht, da sollen wir den Krisendienst anrufen. (...) In der Küche, an der Tür, an der Küche. (...) Ja, das ist sehr wichtig für die ganzen, für die ganzen Mitbewohner.	180-182
C	entweder in meinem Zimmer oder irgendwo im Park draußen auf der Bank.	171
C	oder ich telefoniere auch draußen im Park oder an der Straßenbahnhaltestelle oder irgendwo in der Nähe von der Werkstatt	172
C	oder am besten im Park oder so, dass nicht jeder mithören muss.	172

C	Und bei mir ist es so, ich brauche einen ruhigen Ort	182
C	Und zwar, ich hab öfter Wutanfälle, und das kann ich nicht im betreutes Einzelwohnen auslassen.	190
C	wenn ich zum Beispiel in der Kantine, in der Werkstatt kurz vorm Ausrasten bin und und auf 180 bin und dann auch kurz vorm Ausrasten bin oder auf 180 bin, dass ich aus der Werkstatt, aus der Kantine rausgehe	190
C	und und ja, im Garten Unkraut ziehe für mich alleine.	190
D	Ne? Weil das (Versorgungskrankenhaus), (...), weil die völlig überfordert sind. Zum Beispiel das KEH ist für mich wichtig, dass du da auch... Menschen wie wir sind da und so, dass für die kranke Menschen mit doppelte Behinderung da einfach aufgenommen werden, und das ist ganz wichtig. Was das (Versorgungskrankenhaus), nicht ist. Weil du wirst dann... also nur von mir... ich bin dann auf ner Suchtstation gelandet, ja. Obwohl ich Depression hatte und musste damit klarkommen, und die kamen nicht mit mir klar, weil normale Menschen immer - leider Gottes für mich - irgendwie stehen geblieben sind, weil die damit nicht klarkommen.	124-199
D	(In Bezug auf Orte) Sicherheit muss er geben. Also ruhig ausstrahlen. Also bei uns in KEH ist das so cool, dass wir keine Fernseher im Zimmer haben. Er muss Sicherheit geben. Und dass die Station manchmal geschlossen ist, ist es manchmal gut. Weil Du in manchen Krisen ja echt nicht einschätzen kannst, was Du machst.	211
D	Du gehst dahinten in Park und probierst da runter zu kommen (...)	220
D	Der Park ist schon besser	221
D	Du probiert runter zu kommen. Du hast grün, (...) du kommst weg von das Laute. (...)	222
E	Mir hilft leise,	233
E	(In Bezug auf gute Orte) In der WG.	261
E	Draußen.	274
E	ruhigen Ort	277
F	Ich gehe mit ihnen raus. (...) Rausgehen.	303
F	Wenn so richtig schlimm ist, dann geh ich in mein Zimmer	307
F	oder ich geh raus	307
F	Ich geh meistens in Park.	315
F	Da habe ich meine Ruhe, setzt mich auf die Wiese oder setze mich auf eine Bank	316
G	in mein Zimmer.	341
G	dann dann bin ich auch genervt und alles und dann bin ich einfach in mein Zimmer	346
G	Und von der Außenwelt hör ich einfach nichts.	346
G	Weil man diese, wenn man sich einfach von dieser, von diese ganze Dingen, dann erstmal entfernt. (...) Na ich geh erstmal raus und dann schau ich einfach, wo ich hingeh, also ich hab jetzt auch keine bestimmten Orte, wo ich jetzt dahingeh.	367-368
G	Wenn ich dann mal eine Krise habe, dann gehen wir auch in mein Zimmer,	258
G	Einfach raus gehen!	365

C	Ja, ein Ziel auch. Oder erst mal auch, Zeit zu lassen, Zeit zu lassen, dass ich erstmal, bevor ich später in betreutes Einzelwohnen ziehe, dass ich später ein paar Jahre, dass ich erst mal ein paar Jahre lange lange wohnen bleibe, (...).	188
---	---	-----

Tabelle 28

Angemessene kognitive Anforderung - Textzuweisungen

GP	Angemessene kognitive Anforderung - Auszug aus Transkript	Nr.
A	aber manchmal vergesse ich das auch. (Assistent*in, Bezugsperson) zum Beispiel hat mich immer daran erinnert	05
A	Dass man auch das hört, was man auch versteht.	67
	Weil sie mich daran erinnert hat	07
	sich abzuschalten von allen. Sich ausruhen	78
	nochmal die Situation erklärt	98
C	aber ich brauche auf der anderen Seite ja noch erst mal Zeit, um noch was, ein paar Dinge zu lernen. Und und wie man mit meinem Wutanfälle, wie ich mit meinem Wutanfällen umgehe.	189
C	Und und und da brauche ich auch Zeit, weil ich brauche bei manchen Sachen auch Hilfe wie hier. Wie ich mit meinen Wutanfällen umgehen kann, mit meiner Aggressivität umgehen kann.	190
D	Naja klar. Natürlich klar. Also, wenn sie mich mit Wattebällchen anfassen, da kann ich nicht, da kann ich nichts lernen.	212
D	was wir manchmal für Krisen haben, er setzt sich trotzdem hier hinsagt, lachend und der sitzt da: "Morgen. Wollen wir GP. D. miteinander reden, wie können wir das besser machen?"	130-226
E	gehillt	233
F	Ich soll einfach nicht hinhören	290
F	Nee die Betreuer reden mit die Betreuer, was passiert ist. Dann geht der Betreuer nochmal zu mir und erzählt das mir, was genau passiert ist.	294
F	Und sagen, was, was die nicht gut fand	296
F	Wenn ich merk, dass ich sauer bin, dann versuche ich, was Ruhiges an zu machen.	307
G	Ich habe mich einfach auch mal, auch manchmal zurückgezogen.	341
G	Darüber reden wir einfach und der Betreuer gibt mir einfach auch Ratschläge, was ich dann so machen könnte. (...) Weil ich manchmal auch in der Krise auch so ein bisschen ahnungslos bin.	353
G	Wenn ich dann mal eine Krise habe, dann gehen wir auch in mein Zimmer, und dann besprechen wir immer alles.	358

Tabelle 29

Angemessene soziale Anforderung - Textzuweisungen

GP	Angemessene soziale Anforderung - Auszug aus Transkript	Nr.
A	Meistens bin ich dann halt alleine.	18
A	Und die anderen Betreuern: "Willst Du mitessen? Wir haben gekocht." oder "Sollen wir zusammen essen?"	99

C	zwar waren einige Bezugsbetreuer ziemlich streng gewesen, und die hatten einen strenge Ansagen gemacht, aber die haben mir auf der anderen Seite geholfen.	143
C	alleine sein	182
C	und wo ich für mich sein kann, also einen ruhigen Ort, wo ich für mich sein kann, für mich alleine sein kann.	182
C	Also auf jeden Fall, wenn, wenn ich Gesprächsbedarf habe, rufe ich die Betreuer an und möchte mit denen reden. Ich habe Gespräch, Gesprächsbedarf, und dann rede ich mit den Betreuern darüber, und dann hör ich deren Meinung an. Was sie zu sagen haben. Und auch die Betreuer, die haben auch ihre Meinungen dazu, und dann höre ich auch deren Meinungen an.	185
D	Sollst nicht immer nur (<i>allein</i>) dasitzen und sagen	204
D	Und die Schwestern, die auch klipp und klar waren: hier ist die Grenze, also wenn du jetzt nicht aufhörst, wirst du fixiert -also du kannst halt nicht mehr fixiert werden- Aber die sagen immer zu Dir, - Hier ist die Grenze und hier jetzt nicht weiterund das ist schon, das ist für mich, wo ich sage, das ist für mich, wo ich sage, fühl ich mich sicher, weil ich sage mal einfach so, die Schwester kommen auf einen zu und sagen: Junge, krieg dich mal ein. Oder dann: "Es ist nicht richtig, was du da grad machst." ist alles scheiße, ist alles Mist, also, Du musst schon mitarbeiten. (...).	211
D	Also, ich kann ja Dinge erzählen, die haben mich einfach mal während der, also die haben mich angerempelt und Du solltest mit der Situation umgehen. Die haben einfach mal gesagt: "Halt das Maul, Du Penner."	213
D	(...) (Betreuerinnen) zu mir gesagt hat: "So redest du nicht!" oder "Halten Sie doch mal jetzt die Klappe!", dachte ich so: "Okay, die meint es ernst." Die kommt raus und die kommt und die diskutiert mit dir. Was ich ja früher nicht kennengelernt hab.	214
D	und sagen: "Hey, bleib mal ruhig"	223
D	Und ich muss auch sagen, dass ich ganz toll finde, dass auch (Leitungsperson A) immer, wenn wir eine Krise haben oder so, und man ihn fragt, dass er auch Tipps, wie man sich verhalten muss, macht auch nicht jeder.	224
D	(...), dass du also, dass Dich auch ansprechen, wenn du falsch machst.	226
D	(Leitungspersonal B) "Sie brauchen hier nicht so kumpelhaft reden. Sie meint so: - wir sind alle Menschen. Wir haben eine schwere Nachbarschaft (...) Aber sie kamen dann raus und dann hab ich so gefragt, so, jetzt war ich Kumpeline oder irgendwie so hab ich gefragt und dann hat sie so gesagt, auch so "Herr GP. D. machen sie doch einfachmal die Mucke leiser einfach mal die oder die Nachbarn beschweren sich bei mir, wir machen es auf die nette Art oder wir können auch sagen " du, du, du."	226
E	Alleine.	276
E	Allein. (Die Betreuer) Die gehen dann weg.	279
F	Ja. Oder wenn ich jetzt nicht mit der Person reden kann mit der ich sauer bin, dann holt ein anderer Betreuer einen anderen Betreuer, dass du versuchst da das zu reden, meistens zu reden.	297
F	und will am liebsten nur für mich alleine sein, dass kein Betreuer da ist	307

F	Und dann brauchen wir ein bisschen und am nächsten Tag bereden wir das und versuchen das zu klären.	310
F	Gar keine, also gar keine Stimmen zu hören. Also keine Stimmen von den Betreuer.	313
F	Da bin ich meistens alleine	316
G	ganz alleine, mit mir selber	346

Tabelle 30

Berücksichtigung emotionaler Bedürfnisse - Textzuweisungen

GP	Berücksichtigung emotionaler Bedürfnisse - Auszug aus Transkript	Nr.
A	mit mir darüber redet und auch viel Zeit nimmt. (...) Und auch zuhört.	07-08
A	(Bezugsbetreuerin) hat gesagt: "Ist alles gut!" Die Bewohner haben Sorgen gemacht. Leute. Alle Paare standen, die darum gelaufen sind. Jugendlichen sogar darunter, haben gefragt, ob alles okay ist, und dann hat (Assistent*in Bezugsperson) gesagt: Ob ich bereit bin, ob ich wieder zurück in WG,	35
A	Fragen dann, was ist los und machen sich viel Sorgen. (...) Die reden mit einem. Die sagen: "Was ist los? Du kannst über alles reden." Und die sind halt immer lustig drauf. Und die bringen mich halt zum Lachen? Und dann vergisst Du automatisch, was überhaupt passiert ist! Weil du bist mit denen in Kontakt und redest mit denen. (...) Und das ist halt bei den Jüngeren sehr schnell, das das funktioniert als mit den Älteren. (...)	82
A	Das kann man auch einfach sagen, weil der andere lockerer ist. Nicht so streng. (...) Und zuhört	97
A	ohne dass man zu streng ist.	98
A	Deshalb hab ich auch sehr viel Vertrauen an die Betreuer.	96
B	Mein Betreuer und Betreuerinnen. Denen es sehr wichtig ist, dass es mir gut geht.	118
B	Nein. Nicht so gut. Eigentlich wollen sie, dass es mir gut geht, weil sie mich gernhaben.	119
B	Mir ist wichtig, dass man mich so akzeptiert, wie ich bin	121
C	der war für mich da gewesen. Der hat, der hat für mich viel getan, und er hat mir immer sehr viel geholfen.	141
C	Ja, und ich bin auch mein damaligen Betreuern in (Wohneinrichtung), wo ich vorher gewohnt habe, bin ich sehr dankbar, (...). Also, die waren für mich da gewesen, (...).	186
D	Sie redet ganz viel und baut mich auf, meinen Kumpel und die Betreuer.	195
D	Also die Ansprechpartner, die einen so nehmen, wie es ist. Und das ist für mich auch wichtig. (...),	195
D	weil gerade in der Krise ist halt wichtig das Bezugsmenschen, also Menschen die einen Bezug für dich haben, weil, wenn du in der Krise bist, suchst Du dir eigentlich Hilfe. Aber nicht jeder kann dir helfen. Aber schon gerade die Betreuer probieren für dich da zu sein, obwohl es für die auch schwer ist. (...)	196
D	Woran ich das merke? Indem sie für mich da ist. Also sie sieht - also meine Freundin, also meine Kathi, die Verlobte, sieht sofort, wenn es mir schlecht geht.	198
D	Also, die reden mit dir, du kannst zu sie gehen. Sie sind für dich da.	199

D	Sie dann für dich da. Du fühlst dich sicher. (...) Also die machen dir schon verständlich; Du kannst jeder Zeit zu die hingehen.	202
D	wo die Schwestern gesagt haben; "Zum Glück (GP. D.) sind Sie da."	202
D	aber ich sag immer so zu mir, ich find das schon cool, wenn die Schwestern einen sagen, zu mir sagen; "Oh cool. (GP. D), Dankeschön. (...)	203
D	viele Betreuer sagen zu mir oder viele Menschen, mit denen ich zu tun habe, dass ich schon verbessert hab,	205
D	für mich war es einfach nur cool, dass Du Menschen hattest, die Dich so akzeptieren, wie Du bist, die auf Dich zugekommen sind (...)	210
D	Natürlich jede Schwester redet, auch genau was ich noch dazu sagen würde: jeder Schwester, jede, jeder Patient hat, der wird anders behandelt. Also, es gibt Menschen, die so wie ich, die offener sind, die stärker sind. Aber es gibt auch Menschen, die schwächer sind. Also jeder, jeder Arzt und jede Schwester redet mit ihnen anders, weil es gibt... schon wichtig, also zum Beispiel hab ich festgestellt, dass wir Starken strenger behandelt werden, als die Schwachen (...).	211
D	und "Wir verstehen dich ja."	223
D	Also auch die ist ja auch so eine, das find ich cool, dass auch (Leitungsperson B + C), dass wir die Leute nicht egal sind, also obwohl sie nichts mit uns zu tun haben.	224
D	Genau, und dass du den Leuten nicht scheißegal sind, (...). Aber auch die Stärken angesehen.	226
D	Und wir haben uns gefunden, also gesprochen miteinander und auf einer Wellenlinie.	126
D	Das sagen, das sagen sie mir, weil ich immer in einer Krise sage; sind für mir. (...) wichtig sind für uns, zum Beispiel, dass "Sie anerkennen." und "Wir brauchen Sie." und auch auch, wenn wir das manchmal nicht sehen, die sind, die mögen uns. Sie sind für einen ja da, sonst würden sie: "Ey, warum wirft ihr mich nicht raus?" oder "Warum darf ich mich nicht umbringen?", Und die immer da ja mit uns nicht reden	228
D	Ja. Schon. Weil das sehr wichtig ist, weil in eine Krise, man denkt nur immer an das Böse (...) Und immer wieder kommen dann Menschen, und sagen "Du bist wichtig."	229
F	Naja, weil die halt, manche Betreuer können diese Dinge gut verstehen	360

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen und dem Internet) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht physisch oder elektronisch veröffentlicht.

Berlin, 23.11.2023, Maria Feske

Ort, Datum, Name