

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Psychotherapie bei Menschen mit
intellektueller Beeinträchtigung

-

Mit spezieller Bezugnahme auf die Veränderung des
Selbstkonzepts

Verfasserin

Sabine Tiefenthaler

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Jänner 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: **A 297**

Studienrichtung lt. Studienblatt: **Pädagogik**

BetreuerIn: **Doz. Ao. Univ.- Prof. Dr. Ernst Berger**

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und keine als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen sind, habe ich in jedem Fall unter genauer Angabe der Quelle deutlich kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

INHALTSVERZEICHNIS

DANKSAGUNG

KURZZUSAMMENFASSUNG

1. EINLEITUNG	10
2. PSYCHOTHERAPIE UND INTELLEKTUELLE BEEINTRÄCHTIGUNG	11
2.1 INTELLEKTUELLE BEEINTRÄCHTIGUNG UND PSYCHISCHE STÖRUNGEN	12
2.1.1 FORSCHUNGSSTAND	12
2.1.2 TERMINOLOGISCHE UND KONZEPTUELLE VERÄNDERUNGEN.....	15
2.1.3 INDIKATION VON PSYCHOTHERAPIE	21
2.1.4 ENTSTEHUNG V. VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN UND PSYCH. STÖRUNGEN.....	24
2.1.5 PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNGSSITUATION	28
2.2 VERÄNDERUNGEN IN DER PSYCHOTHERAPIE	31
2.2.1 THERAPIEMOTIVATION BZW. VERÄNDERUNGSMOTIVATION.....	32
2.2.2 ABLAUF DER VERÄNDERUNG UND INDUKTION POSITIVER ERWARTUNGEN	34
2.2.3 VERÄNDERUNG DURCH KATHARSIS	35
2.3 KONZEPTE FÜR PSYCHOTHERAPIE BEI MENSCHEN MIT INTELLEKTUELLER BEEINTRÄCHTIGUNG UND DIE ROLLE DES SELBSTKONZEPTS	37
2.3.1 PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE.....	38
2.3.2 GESTALT THERAPIE.....	40
2.3.3 THERAPIESCHULENÜBERGREIFENDES KONZEPT	43
3. DAS SELBSTKONZEPT	45
3.2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN	46
3.2.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG	46
3.2.2 STRUKTURIERUNG VON SELBSTKONZEPTEN	50
3.2.3 DAS SELBSTKONZEPT ALS WISSENSSYSTEM.....	54
3.3 STABILITÄT UND VERÄNDERUNG DES SELBSTKONZEPTS	56
3.3.1 STABILITÄT DES SELBSTKONZEPTS.....	57
3.3.2 VERÄNDERUNG DES SELBSTKONZEPTS.....	58

3.4 SELBSTKONZEPT UND INTELLEKTUELLE BEEINTRÄCHTIGUNG	62
3.4.1 FORSCHUNGSSTAND	62
3.4.2 ENTWICKLUNG DES SELBSTKONZEPTS IN DEN VERSCH. ALTERSPHASEN.....	63
4. METHODISCHES VORGEHEN BEI ERHEBUNG UND AUSWERTUNG	68
4.1 FORSCHUNGSFRAGE UND FORSCHUNGSANNAHMEN	68
4.2 ERHEBUNGSMETHODE	70
4.2.1 DAS PROBLEMZENTRIERTE INTERVIEW.....	70
4.2.2 INTERVIEWS MIT MENSCHEN MIT INTELLEKTUELLER BEEINTRÄCHTIGUNG.....	72
4.2.3 DER INTERVIEWLEITFADEN	74
4.2.4 DIE AUSWAHL DER INTERVIEWPARTNERINNEN.....	75
4.2.5 UNTERSUCHUNGSDESIGN	76
4.3 AUSWERTUNG	78
4.3.1 DIE QUALITATIVE INHALTSANALYSE.....	78
4.3.2 KATEGORIENBILDUNG.....	79
5. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	82
5.1 VERÄNDERUNG DES EMOTIONALEN SELBSTKONZEPTS	82
5.2 VERÄNDERUNG DES KOGNITIVEN SELBSTKONZEPTS.....	87
5.3 VERÄNDERUNG DES SOZIALEN SELBSTKONZEPTS	91
5.4 THERAPIEMOTIVATION IN ZUSAMMENHANG MIT VERÄNDERUNG.....	96
5.5 RELEVANZ DER VERÄNDERUNG	99
6. ZENTRALE ERGEBNISSE UND DISKUSSION	104
7. PÄDAGOGISCHE RELEVANZ UND AUSBLICK	111
LITERATURVERZEICHNIS	116
ANHANG	129

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei einigen Personen bedanken, die mich auf dem Weg zur Entstehung dieser Arbeit unterstützt und begleitet haben.

In erster Linie gilt mein Dank, Herrn Professor Berger, welcher sich dazu bereit erklärt hat, mich beim Verfassen dieser Diplomarbeit zu betreuen. Vor allem seine Geduld und seine ständige Disponibilität wusste ich sehr zu schätzen.

Ein besonderer Dank gilt all' meinen Probandinnen, die sich dafür entschieden haben an den Interviews teilzunehmen. Nur durch ihre Bereitschaft wurde eine Durchführung der Untersuchung möglich.

Für die persönliche Unterstützung während des Verfassens der Diplomarbeit, aber auch der gesamten Studienzeit, bedanke ich mich herzlich bei meiner Familie. Ohne sie wäre mein Studium, nicht nur aus finanziellen Gründen, nicht möglich gewesen.

Auch möchte ich mich bei meinen Freundinnen und Studienkolleginnen für die tatkräftige Unterstützung, vor allem aber auch für die stets aufmunternden Worte bedanken.

Herzlich bedanken möchte ich auch noch bei meinem Freund, der mich stets motivierte und auf den ich mich in jeder noch so schwierigen Situation verlassen konnte.

Abschließend bedanke ich mich bei all' den hilfsbereiten Personen, vor allem auch den Psychotherapeutinnen, die mir bei der Kontaktknüpfung zur Durchführung der Interviews behilflich waren.

KURZZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Veränderung des Selbstkonzepts während des Psychotherapieverlaufs bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.

Im theoretischen Teil der Arbeit folgt eine Diskussion von Aspekten, die im Kontext des Themas und der Fragestellung der Diplomarbeit als relevant erscheinen und damit das theoretische Fundament für den empirischen Teil der Arbeit bilden.

Im empirischen Teil sollte durch problemzentrierte Interviews mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, welche sich seit mindestens 10 Monaten in Therapie befinden, herausgefunden werden, ob und welche Veränderungen im Selbstkonzept der Befragten während des Therapieverlaufs stattgefunden haben. Besonders Augenmerk wird dabei auf die emotionalen, kognitiven und sozialen Facetten des Selbstkonzept gelegt. Folgend werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit den im theoretischen Teil diskutierten Erkenntnissen in Verbindung gebracht und anschließend auf ihren pädagogischen Wert hin untersucht.

Anzumerken ist, dass in der vorliegenden Arbeit nur die weibliche Form verwendet wurde, um auf die Gender-Problematik aufmerksam zu machen. Die männliche Form wird dabei zwar mitgedacht, aber absichtlich nicht erwähnt, um eine Umkehrung des traditionellen, am generischen Maskulinum ausgerichteten, Schreibstils zu bewirken und auf dessen Problematik aufmerksam zu machen.

I THEORETISCHER TEIL

*„Wenn tatsächlich der Kranke die einzige Realität ist ,auf die wir uns zu beziehen haben, dann müssen wir uns eben gerade mit beiden Seiten dieser Realität befassen:
mit der, daß (sic!) er ein Kranker mit einer (dialektischen und ideologischen) psychopathologischen Problematik ist, und mit der anderen, daß (sic!) er ein Ausgeschlossener ist, ein gesellschaftlich Gebrandmarkter.“*

(BASAGLIA 1974)

1. EINLEITUNG

Der Großteil der psychischen Erkrankungen geht mit einer Störung im Selbstkonzept einher und gerade deswegen nimmt die Bearbeitung des Selbstkonzepts in den verschiedenen Therapieschulen eine wichtige Bedeutung ein. Die theoretische Einbettung und die praktische Vorgehensweise sind von Therapierichtung zu Therapierichtung jedoch sehr unterschiedlich. Es kann allerdings behauptet werden, dass vor allem in den humanistischen Therapieschulen die Konzeptualisierung eines positiven Selbstkonzepts als Indikator für psychische Gesundheit steht und somit als Therapieziel betrachtet werden kann. (Rudolph et. al 2008, S. 207ff)

Da gerade Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung drei bis viermal so häufig an psychischen Störungen leiden als die Allgemeinbevölkerung, jedoch noch wenige Forschungen, vor allem mit den Betroffenen selbst, durchgeführt wurden, scheint es interessant, zu betrachten, welche Selbstkonzeptfacetten sich im Laufe der Therapie verändern und wie sich diese Veränderungen aus Sicht der Betroffenen gestalten. (Lotz & Koch 1994, S. 9)

Laut Rudolph et. al (2008) erleben Menschen, die über ein negatives Selbstkonzept verfügen, zwar häufig negative Emotionen, haben jedoch Probleme darin, diese zu kommunizieren. Weiters fällt es ihnen besonders schwer ihre Stärken und Schwächen einzuschätzen – Probleme im kognitiven Selbstkonzept machen sich bemerkbar. Häufig treten zusätzlich noch Schwierigkeiten im sozialen Bereich auf – sei dies im Erleben von Kontaktfähigkeit, im Umgang mit Konflikten oder mit der Einbindung in das soziale Umfeld. (S. 214)

Forschungen zufolge geben sich Menschen vor allem mit Personen ab, die ihr eigenes Selbstbild bestätigen. Verfügt jemand über ein negatives Selbstkonzept, sucht dieser demnach Kontakt zu Personen, von denen er wiederum abgewertet wird. Dadurch kann ein Teufelskreis der Selbst- und Fremdadwertung in Gang gebracht werden, der meist erst durch die Hilfe von Professionellen unterbrochen werden kann. (Brockhaus Psychologie 2009, S. 677)

Die Forschungsfrage *„Wie gestalten sich Veränderungen des Selbstkonzepts bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung während des Therapieverlaufs?“* konnte durch die Analyse von den mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung durchgeführten Interviews beantwortet werden. Alle Probandinnen befanden sich seit mindestens zehn Monaten in Psychotherapie und meldeten sich freiwillig zur Teilnahme. Die Ergebnisse werden im empirischen Teil der Arbeit dargestellt.

2. PSYCHOTHERAPIE UND INTELLEKTUELLE BEEINTRÄCHTIGUNG

Die sozialpolitisch wichtigsten Veränderungen der letzten Jahre im Bereich der Arbeit mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung stellen die Deinstitutionalisierung und die Normalisierung der Wohn- und Arbeitsbedingungen dar. Im Laufe dieses Veränderungsprozesses wurde es möglich, intellektuelle Beeinträchtigung nicht mehr als „Krankheit“ zu betrachten, sondern sie als Daseinsform eines Menschen zu akzeptieren, welche erst im Kontext der Gesellschaft zur eigentlichen Behinderung werden kann. (Jantzen 1992, S. 18; Hennicke & Rotthaus 1993, S. 9, Berger 2006)

Wie auch bei Perrez & Baumann (1991) so sollte Psychotherapie in der vorliegenden Arbeit als eine Form von Intervention verstanden werden. Diese kann bei Einzelpersonen, als auch in Gruppen stattfinden. Sie beruht auf der Anwendung psychologischer Theorien und Methoden und kann bei Persönlichkeitsstörungen, psychischen Störungen und teils auch bei organischen Störungen zum Einsatz kommen. Diese Intervention wird von Fachleuten ausgeführt bzw. betreut. (Hettinger 1996, S. 174) Bei einer Psychotherapie sollte es vor allem um eine Veränderung „im Fühlen, Denken, Wollen und Handeln (gehen), damit der Patient eine adäquate Sicht seiner Selbst und seiner Umwelt erlangt“ (Dosen 1997, S. 107) Um eine Psychotherapie indizieren zu können, muss Aufschluss über die psychopathologische Diagnose, die Methode, den Behandlungsplan, als auch über die Zielsetzung der Therapie bestehen. (siehe Kapitel 2.1.3) Es ist weiters zu beachten, dass jede Methode einer Krankheits-

bzw. Störungslehre bedarf und die Effizienz dieser Methode sollte durch empirische Ergebnisse ausreichend belegt sein. In der Durchführung der Psychotherapie kann auf verschiedene Mittel (verbal, Körper, Bewegung, kreativ, usw.) zurückgegriffen werden. (Stumm & Pritz 2007, S. 569 f, Dosen 1997, S. 107) Die nun dargestellten Elemente, welche eine Psychotherapie definieren sind ebenfalls im „Bundesgesetz über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz)“) zu finden, welche sich an Definitionen von Strotzka (1978, S. 3), wie auch Wolberg (1967, S. 3) orientiert:

„(Psychotherapie ist) die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewußte (sic!) und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“ (BGB1. 361 / 1990).

Bevor auf die einzelnen Therapieschulen und die Rolle des Selbst (bzw. Selbstkonzepts) eingegangen werden kann, bedarf es zuerst der Erörterung des Themengebiets der psychischen Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und der Veränderungen während des Therapieverlaufs.

2.1 INTELLEKTUELLE BEEINTRÄCHTIGUNG UND PSYCHISCHE STÖRUNGEN

2.1.1 FORSCHUNGSSTAND

Da erst ab den 70er Jahren im deutschsprachigen Raum mit der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung begonnen wurde, gibt es zu diesem Themengebiet noch vergleichsweise wenig Forschungsergebnisse. Lange Zeit davor war man der Ansicht, dass Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wegen der intellektuellen Defizite grundsätzlich nicht möglich sei - sie galten als „untherapierbar“, da ihr auffallendes Verhalten dem Wesen der intellektuellen

Beeinträchtigung zugeschrieben wurde. Eine Überprüfung, ob es sich möglicherweise um die Manifestation einer psychischen Störung handeln könnte wurde nicht für nötig gehalten.(vgl. Badelt 1994, S. 141)

Erst innerhalb der letzten Jahre wurden zahlreiche neue Erkenntnisse über Psychotherapie mit diesem Personenkreis gewonnen (u.a. Lotz et al 1996, 1994). Ein Großteil der bisher erschienen Publikationen beschäftigt sich vor allem mit der Übertragbarkeit der einzelnen Therapieschulen auf die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (u.a. Badelt 1994, Hansen 1996, Redlin 1992, Gaedt 1994, Prouty 1998). (siehe Kapitel 2.3)

Ein Vergleich von 75 internationalen Studien zum Thema psychische Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung von Lotz & Koch (1994) zeigt auf, dass ca. 30 – 40 % des Personenkreises an psychischen Störungen leiden. Als häufigste Diagnosen stellten sich vor allem Verhaltensauffälligkeiten und psychotisches Verhalten heraus. Bei schwer intellektuell beeinträchtigten Menschen wurden schwerere psychische Störungen festgestellt als bei Menschen mit einer leichten intellektuellen Beeinträchtigung. Weiters stellte sich heraus, dass männliche Personen vorwiegend an Verhaltensauffälligkeiten sowie Persönlichkeitsstörungen leiden. Frauen hingegen erkranken vermehrt an affektiven, sowie depressiven Störungen. Berger (2007a) hat bei sexuell missbrauchten Frauen mit intellektueller Beeinträchtigung oftmals die gleichen Symptome betrachtet und diese als „Ophelia-Syndrom“, eine Form einer reaktiven psychischen Störung, zusammengefasst. Eine höhere Rate psychischer Störungen wurde weiters bei institutionalisierten Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung verzeichnet.

Zur Versorgungssituation von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und einer psychischen Störung in Österreich gibt Berger (2006a) an, dass in Wien ca. 4000 erwachsene Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung auf soziale Unterstützung angewiesen sind. Laut Berechnungen und Erfahrung ist davon auszugehen, dass ca. 30 % der Personen gelegentlich psychiatrische Hilfe brauchen und ca. 10 % im engeren Sinne als psychisch krank gelten (=Dual Diagnosis). Die erforderlichen psychiatrischen Betreuungsangebote müssten also so ausgelegt sein, dass eine Versorgung gesichert ist. Die heute vorhandenen Strukturen sind nur punktuell und nicht flächendeckend vorhanden. (siehe 2.1.5)

Die angeführten Zahlen beziehen sich auf die Angaben der Autorinnen – es ist jedoch zu beachten, dass epidemiologische Daten über intellektuelle Beeinträchtigung aus methodischen Gründen nur auf Schätzzahlen beruhen, da es bislang keine operationalisierbare Definition des Begriffs „intellektuelle Beeinträchtigung“ gibt. (siehe Kapitel 2.1.2)

Auch wenn sich die gängige Forschung eher als Forschung „über“ diese Menschen charakterisiert, gibt es dennoch bereits Untersuchungen in Zusammenarbeit mit den Betroffenen selbst. Ein für das Thema relevantes Forschungsvorhaben wurde von Buchner 2005 durchgeführt – 11 Klientinnen wurden hierbei über die subjektive Erlebniswahrnehmung der Psychotherapie befragt. Neun Probandinnen bezeichneten die Therapie als erfolgreich – als Faktoren für das Gelingen der Psychotherapie wurden die Art und Weise der Kommunikation, das Einhalten der Schweigepflicht und die Beziehung zur Therapeutin genannt. Eine intrinsische Motivation zur Therapie, als auch die Aneignung von Konfliktlösungsstrategien wurden ebenfalls als positive Aspekte für eine erfolgreiche Therapie genannt. (Buchner 2006, S. 74 ff)

Da es keine Untersuchungen dazu gibt, wie sich die Psychotherapie auf das Leben von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung auswirkt, wird folgend Bezug auf Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Psychotherapie bei Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigung genommen:

Wie sich die Psychotherapie auf die Betroffenen auswirkt, wurde zumeist aus der Expertinnenperspektive erfasst. Erst in jüngster Zeit kam es ebenfalls zur Berücksichtigung der Klientinnenperspektive, wobei auch die subjektiven Krankheitskonzepte und Gesundheitsvorstellungen der Betroffenen erfasst wurden. (zB. Kühnlein 2002)

Durch die Ergebnisse der 40ig-jährigen Effektivitätsforschung kann davon ausgegangen werden, dass zumindest die klassischen Therapieverfahren (Psychoanalyse, tiefenpsych. Verfahren, Personenzentrierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie) trotz ihrer unterschiedlichen Herangehensweisen gleich

wirksam sind. Verbesserungen sind bei den Symptomen der psychischen Störung, der Lebensqualität und im sozialen Umfeld zu verzeichnen. Weiters geht eine Reduktion der Kosten im Gesundheitswesen mit dem Therapieerfolg einher. (Grawe et. al. 1994, S. 57) Es ist jedoch kritisch anzumerken, dass mögliche Effekte nicht kausal mit der Behandlung zusammenhängen müssen. (Kühnlein 2002, S. 18)

2.1.2 TERMINOLOGISCHE UND KONZEPTUELLE VERÄNDERUNGEN

Die Terminologie rund um den Behindertenbegriff unterliegt einem stetigen Wandel innerhalb wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Diskurse. Viele der vorhandenen Paradigmen haben die wissenschaftliche Auseinandersetzung stark geprägt.

So wurde Ende der 50er-Jahre der Begriff „geistige Behinderung“ durch die Elternvereinigung „Lebenshilfe“ in die fachliche Diskussion eingebracht. Wurde der Begriff der Behinderung vorerst vor allem in schulrechtliche und sozialpolitische Regelungen integriert, so wurde er erst um 1970 durch Bleidicks Werk „Pädagogik der Behinderten“, in die wissenschaftliche Debatte eingeführt. Intention der Einführung eines neuen Terminus, war die Ablösung der Begriffe Idiotie, Schwachsinn, Blödsinn, Imbezillität oder Oligophrenie, die vor allem im psychiatrischen Kontext mit den Gräueltaten des Nationalsozialismus in Verbindung gebracht werden. (Schuppener 2005, S. 15)

Obwohl der Begriff „Behinderung“ in diesem Kontext erst seit einigen Jahrzehnten verwendet wird, entwickelten sich bereits zahlreiche unterschiedliche Definitionen. Auf all diese einzugehen, würde jedoch den Rahmen der Arbeit sprengen.

Die Einführung des bio-psycho-sozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat jedoch zu einer ausschlaggebenden Veränderung der Betrachtung des Begriffs „Behinderung“ geführt und wird deshalb noch genauer erörtert.

2001 wurde das defizitorientierte Konzept der ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities, Handicaps) durch das Modell ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) abgelöst, welches versucht das medizinische, sowie das soziale Erklärungsmodell von Behinderung zu

berücksichtigen. Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte Konzept verfolgt das Ziel, eine einheitliche und standardisierte Kommunikation über Gesundheit bzw. gesundheitliche Versorgung innerhalb der verschiedenen Disziplinen und Wissenschaften im internationalen Kontext zu ermöglichen.

Es versteht sich als bio-psycho-soziales Modell, welches die Dimensionen Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) beinhaltet. Die Domänen die in der ICF enthalten sind, können also als „*Gesundheitsdomänen* und *mit Gesundheit zusammenhängende Domänen*“ (DIMDI 2005, S. 9, Format. wie im Orig.) betrachtet werden.

Als funktional gesund wird demnach eine Person bezeichnet, wenn, „vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren -

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen)“ (DIMDI 2005, S. 4)

Der Behinderungsbegriff fungiert dabei als Oberbegriff für Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Teilhabe. Diese drei Dimensionen stehen in enger Wechselwirkung zueinander und beeinflussen sich bidirektional. Das heißt, dass durch Beeinträchtigungen der Aktivität und der Teilhabe auch Schäden, sowie gesundheitliche Probleme entstehen können.

Dadurch werden im Gegensatz zum ICIDH nicht nur die körperlichen, sondern ebenso die sozialen Faktoren einer Beeinträchtigung sichtbar gemacht. (Theiß 2005, S. 27)

In Bezug auf eine intellektuelle Beeinträchtigung wird durch die „beschriebene Abkehr von eindeutig medizinischen defektorientierten Denkmodellen [...] die geistige Behinderung eines Menschen als komplexer Zustand unter dem Einfluss sozialer Faktoren“ (ebd., S. 27) hervorgehoben.

Es ist weiters zu beachten, dass der ICF nicht als Klassifikation funktionaler Diagnosen verwendbar ist, sondern vor allem die Folgeerscheinungen von Krankheiten und Behinderungen, welche in der ICD-10 klassifiziert sind, darstellt:

„Die ICD-10 stellt eine „Diagnose“ von Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder anderen Gesundheitszuständen zur Verfügung, und diese Information wird mit zusätzlichen Informationen zur Funktionsfähigkeit, welche die ICF liefert, erweitert. Informationen über Diagnosen (ICD-10) in Verbindung mit Informationen über die Funktionsfähigkeit (ICF) liefern ein breiteres und angemesseneres Bild über die Gesundheit von Menschen oder Populationen, welches zu Zwecken der Entscheidungsfindung herangezogen werden kann“ (DIMDI 2005, S. 10, Format. wie im Orig.)

In der ICD-10 wird geistige Behinderung unter der Kategorie „Intelligenzminderung“ näher beschrieben und anhand eines Intelligenztests operationalisierbar gemacht und dadurch in drei Grade eingeteilt. Eine derartige Einteilung stellt sich jedoch, vor allem im pädagogischen Kontext, als wenig hilfreich heraus, wenn nicht zusätzlich Informationen bezüglich der Beeinträchtigung der Aktivität und der Teilhabe laut ICF mitberücksichtigt werden. (Mühl 2006, S. 128)

In letzter Zeit kam es immer wieder zur Diskussion des Begriffs „geistige Behinderung“, da die ursprünglich positiv gemeinten Konnotationen im Laufe der Jahre vor allem von Stigmatisierungen geprägt wurden. Ein Vorwurf bezieht sich auf den Mangel der menschlichen und individuellen Dimension – die Wahl des Begriffs „Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“ scheint daher im Rahmen des Forschungsvorhabens passender, da dadurch die menschliche Komponente in den Mittelpunkt rückt. Warum eine Abwendung vom Behindertenbegriff sinnvoll erscheint, fasst Primig-Eisner (1998) treffend zusammen: „Die Einteilung in „behindert“ und „nicht behindert“ beschwört Erinnerungen an die Einteilung in „lebenswertes“ und „lebensunwertes“ Leben herauf“ (S.6, Format. wie im Orig.). Weiters ist ebenso von den Selbstvertreterinnen des Vereins WIBS People 1st die Verwendung des Terminus „geistig behindert“ nicht erwünscht. Eine Neutralität des Begriffs finden sie ist nicht möglich, da damit eher eine Unfähigkeit zu etwas ausgedrückt wird. (Rauchberger et. al 2005, S. 12)

Definitionen zum Terminus „intellektuelle Beeinträchtigung“ variieren je nach Verwendungskontext des Begriffs und eine Diskussion dieser erscheint hier nicht angemessen. Wichtig scheint jedoch zu erwähnen, dass innerhalb der letzten Jahre ein Paradigmenwechsel erkennbar geworden ist – ausgehend von der Betrachtung der Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten und Handlungskompetenzen, orientiert man sich heute an einer eher bedürfnisorientierten Ansichtweise. Laut der „American Association on Intellectual and Developmental Disabilities“ (AAIDD) wird demnach unter intellektueller Beeinträchtigung „erst dann gesprochen, wenn neben einer signifikant niedrigen Intelligenz (zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert) gleichzeitig auch Mängel in drei sozial-adaptiven Kompetenzbereichen – konzeptionelle, soziale und praktische Fähigkeitsbereiche – beobachtet werden können“ (Weber, Rojahn 2009 S. 352).

Zusammenfassend ist erkennbar, dass sich in der Literatur eine Vielzahl von Definitionen finden lassen - das Phänomen intellektuelle Beeinträchtigung (bzw. geistige Behinderung) eindeutig zu definieren bleibt demnach unvollkommen. Speck (2005) merkt an, dass eindeutige Definitionen zu bilden sich als äußerst schwierig und gleichzeitig auch sinnlos erweist. Es sollte versucht werden, „nur so viel spezifisch zu umschreiben, was im Sinne einer hinreichenden Verständigung und Unterscheidung für einen bestimmten sinnvollen Zweck notwendig ist und zugleich die soziale Situation und die pädagogische Förderung am wenigsten belastet“ (S. 52).

Für die vorliegende Arbeit erfolgt demnach eine Orientierung an einer Definition, welche sich vor allem durch seine Ressourcenorientierung auszeichnet. Der Mensch mit intellektueller Beeinträchtigung wird somit, „als individuelle Persönlichkeit angesehen, bei der das Positive betont, die Kompetenzen hervorgehoben sowie der sonderpädagogische Förder- und Lernbedarf gestärkt werden soll. Defekte und Defizite werden dabei weniger berücksichtigt, auf Intelligenzeinschätzungen über den IQ wird gänzlich verzichtet. Pädagogisch betrachtet kommt es hierbei darauf an, nicht an individuellen Defekten oder Defiziten, sondern in erster Linie an positiven Fähigkeiten, an individuellen Bedürfnissen, Kompetenzen und Potentialen anzuknüpfen (Fornfeld, 2002; Holtz,

1994; Speck 1993; Strasser, 1994; Theunissen, 2000, 2003a, 2003b; Von Gontrad, 1999; Wendler, 1993)“. (Theiß 2005, S. 32)

Im Kontext der Forschung erscheint eine psychiatrisch-nihilistische Erörterung des Umgangs mit dem Phänomen „intellektuelle Beeinträchtigung“ besonders relevant. Durch einen Blick in die Geschichte ist unschwer zu erkennen, dass es lange Zeit die Regel war Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung für „Kranke“ zu halten. Mit dieser Ansicht gingen Zuschreibungen wie „Bildungsunfähigkeit und Unheilbarkeit“ einher, welche psychische Störungen als Wesensmerkmal der intellektuellen Beeinträchtigung legitimierten. (Theunissen 2006, S.187)

Dieses „traditionelle Paradigma“ steht in der Tradition biologistischer Konzepte, die alle wesentlichen psychischen Eigenschaften des Menschen als unmittelbar biologisch begründbar darstellen“ (Berger 2006a, Format. wie im Orig.). Eine intellektuelle Beeinträchtigung war dieser Ansicht nach mit einer psychischen Störung gleichzusetzen, welche durch bestimmte Symptome zum Ausdruck kam und mit abwertenden diagnostischen Begriffen, wie „Pfropfschizophrenie“ tituiert wurde. Durch diese biologische Sichtweise wurden unter dem Deckmantel der Psychiatrie theoretische Grundlagen gebildet, welche einen großen Einfluss auf die nationalsozialistischen Vernichtungsaktionen behinderter Menschen hatten.

Erst durch einen Paradigmenwechsel wurde es möglich, psychische Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als solche zu betrachten. Das „moderne Paradigma“ orientiert sich an den bereits diskutierten Richtlinien der ICF (2005), wobei „Behinderung“ als Ergebnis einer Wechselwirkung von psychischen, biologischen und sozialen Faktoren verstanden wird. Auf diesem Hintergrund gilt eine intellektuelle Beeinträchtigung lediglich als Risikofaktor für die Entstehung von psychischen Störungen (=Vulnerabilitätskonzept). Unter Vulnerabilität wird „im allgemeinen eine individuell erhöhte Empfindlichkeit oder Bereitschaft, psychische Erkrankungen zu entwickeln“ (Fingerle 2000, S. 287) verstanden. Zu den psychosozialen Vulnerabilitätsfaktoren wird unter anderem ein negatives Selbstkonzept erwähnt, was besonders im Kontext der Untersuchung interessant erscheint und im Laufe der Arbeit noch genauer diskutiert wird. (Berger 2006a, Fingerle 2000, S. 290)

Gründe für eine erhöhte Vulnerabilität bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sieht Theunissen (2000) in der Schwierigkeit Wünsche durchzusetzen zu können, was wiederum dazu führt, dass psychosozialen Belastungen nur beschränkte Selbsthilfemöglichkeiten gegenüberstehen. (S. 48) Berger (2006a) betont, dass für das Verständnis des Zusammenhangs von psychischen Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vor allem die spezifischen Lebensbedingungen, wie bereits von Theunissen (2000) angedeutet wurde, beachtet werden müssen: „Menschen mit intellektueller Behinderung sind den belastenden Einflüssen des Alltagslebens häufig relativ schutzlos ausgeliefert, da ihre Möglichkeiten, diese Bedingungen zu kontrollieren, eingeschränkt sind: sie haben weniger Möglichkeiten, ihre Arbeits- oder Wohnplatz oder ihr persönliches Umfeld zu verändern und sind häufiger Gewalterlebnissen (einschließlich sexueller Gewalt) ausgesetzt.“

Die Ansicht der „neuen Psychiatrie“, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung – wie alle anderen Menschen auch – psychisch krank werden können, wird unter dem Begriff „Dual Diagnosis“ zusammengefasst. Diese, vor allem im angloamerikanischen Raum geläufige Etikettierung, beschreibt eine Konzeption, welche auf zwei ICD-Diagnosen hinweist. Einerseits kann dies in der Behindertenpsychiatrie als Fortschritt ausgewiesen werden, da dadurch eindeutig hervorgehoben wird, dass auch Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung psychisch krank werden können. Auf der anderen Seite kritisiert Berger (2006a) dass es sich bei Dual Diagnosis bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung um einen Widerspruch handelt, „da intellektuelle Behinderung zwar in der ICD-10 (nicht mehr in der DSM) noch eine eigene Diagnosekategorie ist, aber heute nicht mehr als eingeständige psychiatrische Störung verstanden wird.“ Theunissen (2000) wirft dem Konzept der Dual Diagnosis vor, dass es „in Gefahr steht, eine neue „Medizinierung“ von Menschen mit geistiger Behinderung zu befördern“ (S. 54, Format. wie im Orig.).

Die Diagnostik von psychischen Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung erfolgt aufgrund der Kriterien der ICD-10.

Das ICD-10, sowie das amerikanische DSM-IV haben sich vom Krankheitsbegriff abgewendet um die multifaktorielle Genese psychischer Störungen zu betonen und sich somit auf den Begriff „Störung“ (engl. mental disorder) geeinigt.

Probleme die sich bei der Diagnose bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ergeben, gehen vom erschwerten psychiatrischen Interview bis zur „Überformung“ von Symptomen. Eine Diagnose stellt sich als großes Problem heraus, da teilweise die relevanten Symptome, für beispielsweise Schizophrenie, trotz sorgfältigster Untersuchung, bestenfalls durch Beobachtungen von Bezugspersonen erschlossen werden können. Eine Zusammenfassung über die Probleme bei der psychiatrischen Diagnostik von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung kann beispielsweise bei Sturmey (1999) nachgelesen werden. Dass dadurch Probleme für die Indikation von Psychotherapie entstehen können, ergibt sich von selbst. (Berger 2006a, Seidel 2005, S. 315)

2.1.3 INDIKATION VON PSYCHOTHERAPIE

Unter dem Begriff Indikation wird in der Medizin verstanden, warum ein bestimmtes Heilverfahren bei einem bestimmten Grund angewendet werden sollte. Der Indikationsbegriff wird dabei „zur Ursache des Leidens (indicatio causalis), zur Krankheit (indicato morbi), zu den Symptomen (indicatio symptomatica) und zur Bedrohung für das Individuum, die durch die Erkrankung hervorgerufen wird (indicatio vitalis)“ (Schneider 1990, S. 15) in Verbindung gesetzt.

Für den Bereich der Psychotherapie lässt sich diese Definition jedoch nicht übertragen, da es sich bei Krankheitsbildern in diesem Bereich oft um multikonditional ausgelöste Prozesse handelt. Weiters fehlt die Berücksichtigung der individuellen Lebenswelten der Klientinnen, welche im psychotherapeutischen Setting eine wichtige Rolle einnehmen. Bei der Indikation in der Psychotherapie geht es vor allem darum, eine geeignete Therapieform für eine spezifische Störung bei einer bestimmten Klientin zu finden.

Seidenstücker & Baumann (1979) spezifizieren Indikation mit der Beantwortung folgender Frage: „Bei welchem Patienten mit welcher Problematik/psychischen Störung ist welche Behandlungsmaßnahme bzw. welche Sequenz von

Behandlungselementen durch welche Therapeuten zu welcher Zielsetzung wie angemessen, wie effektiv und wie effizient?“ (S. 379)

Durch diese Definition wird sichtbar, dass es sich bei der Indikationsstellung um ein Zusammenwirken der Faktoren, Patientin, Störung, Therapeutin und Therapieform handelt. Die Indikation vollzieht sich zusätzlich im gesellschaftlichen Zusammenhang, wobei sowohl individuelle Merkmale, die Strukturierung von Krankheitskonzepten und Behandlungsmodellen, als auch die konkreten ökonomischen und institutionellen Bedingungen der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden müssen. (Schneider 1990, S. 15ff.)

Die psychotherapeutische Indikationsentscheidung wird größtenteils von Laien übernommen, welche ein auffälliges bzw. verändertes Verhalten an einer Person vernehmen. Vor allem bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung übernehmen Angehörige, Betreuer, Begleiter und persönliche Assistentinnen eine hohe Verantwortung, da Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ihren Leidenszustand zumeist nur indirekt mitteilen können. (Hennicke 2005, S. 352)

Nachdem die Entscheidung für eine Psychotherapie gefallen ist, können die weiteren Fragen mittels unterschiedlicher Strategien beantwortet werden. Bei der „selektiven Indikation“ wird ein geeignetes Therapieverfahren für bestimmte Patientinnen ausgewählt. Bei der „adaptiven Indikation“ wird das Therapieverfahren an die Patientin angepasst. Dies passiert meist während des Therapieprozesses und wird daher auch „prozessuale Indikation“ genannt. Geht es um die Entscheidung eines geeigneten Therapieverfahrens, handelt es sich um eine Aufgabe der „differentiellen Indikation“. Als wesentliche Faktoren der differentiellen Indikation werden die Patientinnen-, Störungs-, Therapeutinnen-, Behandlungs- und Settingvariablen betrachtet. (Margraf 2000, S. 146f)

Vor allem der Beginn der Indikationsforschung in den 60er-Jahren war davon geprägt, dass versucht wurde herauszufinden, welche Kriterien für die Indikationsstellung einer bestimmten Therapieform relevant erscheinen. Setzt die Psychoanalyse vor allem auf die Fähigkeiten und Persönlichkeitsmerkmale der Patientinnen, so steht in der Verhaltenstherapie die Störung, der Prozess der Diagnostik und die Therapieplanung im Mittelpunkt. Da die Verhaltenstherapie

über eine Vielzahl von verschiedenen Therapietechniken verfügt, „bildeten Erwägungen im Sinne des adaptiven Indikationsmodells sehr früh einen Schwerpunkt der Indikationsfrage“ (Schneider 1990, S. 22).

Da in der Gesprächstherapie einer diagnostizierenden Haltung der Therapeutin vorgebeugt werden sollte, wird diese nicht als Therapie für spezielle Symptome verstanden, sondern als Möglichkeit der Unterstützung in der Entwicklung der Persönlichkeit betrachtet. Indikationsstellungen wurden von Biermann-Ratjen und Eckert (1982) in Bezug auf die Therapiemotivation thematisiert. (Schneider 1990, S. 19ff.)

Zu den am häufigsten vorkommenden klinischen Indikationsbereichen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zählen laut Berger (2007) vor allem Belastungsreaktionen und Autonomiekrisen. Die Diagnose einer Störung kann vor allem für die weiteren Fragen der Indikation ausschlaggebend sein. So wird eine Behandlung von reaktiven Störungen anders angelegt sein, als eine Therapie bei psychischen Störungen im engeren Sinne.

Belastungsreaktionen können den reaktiven Störungen zugeordnet werden, da diese in einem zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen entstehen. Zwischen 20 - 40 % (je nach Literaturangabe) der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung brauchen aufgrund primärer reaktiver Störungen gelegentlich psychiatrische Hilfe. Posttraumatische Belastungsstörungen (F 43.1) entstehen als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ (ICD-10, 2006) Als Beispiele können im Zusammenhang mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung beispielsweise der Verlust von Bezugspersonen oder das Erleben von Gewalt (auch sexueller Gewalt) genannt werden. Auch Angststörungen (F 43.2) können derselben Diagnosegruppe (F 43) zugeordnet werden und es handelt sich hierbei „um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer

entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten.“ (ICD-10 2006)

Da Jugendliche oder junge Erwachsene mit intellektueller Beeinträchtigung oft in einem überbehüteten Umfeld aufwachsen, entsteht dabei ein gewisser Widerspruch zu ihrer eigenen Gefühlswelt welche von dem Bedürfnis nach Autonomie und Selbstständigkeit geprägt ist. Dieser Widerspruch wird häufig „über psychopathologische Syndrombildungen (häufig mit Symptomen der Fremd- und Autoaggression, der Regression, der Handlungsstereotypie) oder über somatische Symptome zum Ausdruck“ (Berger 2007, Format. wie im Orig.) gebracht. Autonomiekrisen (F 92) zählen somit ebenfalls zum derzeitigen Einsatzschwerpunkt in der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. (Berger 2007)

2.1.4 ENTSTEHUNG VON VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN UND PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Bevor näher auf die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen eingegangen werden kann, bedarf es zuerst einer Annäherung an diese Begriffe.

Gerade bei der Definition von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung treten gewisse Schwierigkeiten auf. Da keine Einigkeit darüber besteht, welches Verhalten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als „normal“ betrachtet werden kann, ist eine objektive wissenschaftliche Definition nicht möglich. Im Folgenden wird der Begriff im Sinne der zitierten Autorin verwendet.

Eine psychische Störung kann sich auf verschiedene Facetten der Persönlichkeit beziehen. Unter anderem können diese Störungen das Denken (Denkstörungen), den Willen (Willensstörungen), die Gefühle (Gefühlsstörungen), usw. betreffen. Die Diagnose einer psychischen Störung kann gestellt werden, sobald eine Störung einer oder mehrerer Aspekte auftritt. Eine genaue Definition kann im ICD-10 oder im DSM-IV nachgeschlagen werden. Auch beim Begriff der psychischen

Störung wird an die Definition im Sinne der zitierten Autorin angebunden. (Dösen 1997, S. 32 ff.)

Dösen (1997) weist darauf hin, dass psychische Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vor allem entweder durch eine abweichende bzw. blockierte sozio-emotionale Entwicklung, durch aktuelle Lebensbedingungen oder durch eine erworbene Prädisposition entstehen. Die Unterscheidung ist vor allem für die therapeutische Behandlung von großem Interesse. Im Folgendem sollte vor allem die erste und zweite Variante näher erläutert werden, da diese im pädagogischen Kontext relevanter erscheinen.

Vor allem Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sind erschwerten Bedingungen ausgesetzt. Viel häufiger kommt es vor, dass sie mit Situationen konfrontiert werden, die sie psychisch belasten und Stress erzeugen können. Als Beispiele können vermehrte Krankenhausaufenthalte und Schwierigkeiten im Aufbau der primären Beziehungen oder in Ablösungsphasen genannt werden. Auch die gesellschaftliche Ablehnung und die geringe Mobilität können als problematisch gelten. (Lingg & Theunissen 1997, S. 97ff.)

Aus psychoanalytischer Sicht sind die ersten Erfahrungen als Säugling ausschlaggebend für die weitere Entwicklung des Problemlösungsverhaltens. Vester (1976) nimmt an, dass Kinder, „die nicht die Möglichkeit haben, an einem lustbetonten Objekt wie der liebevollen und nahrungsspendenden Mutter (als ein erstes Erkenntnis zugängliches und damit „interessantes“ Objekt) ihre Umwelt zu genießen, werden auch ihr weiteres Interesse an dieser Umwelt nur schwerlich ausbilden.“ (S. 71, Format. wie im Orig.) Die ersten Erfahrungen von Geborgenheit, Wertschätzung und Anerkennung scheinen für die Entwicklung von emotionaler Stabilität und psychischen Wohlbefinden grundlegend zu sein. (Vester 1976, S. 61ff) Doch bereits die Geburt eines Kindes, bei welchem ein Risiko für die Entwicklung einer intellektuellen Beeinträchtigung besteht, hat meist negative Auswirkungen auf den Prozess der frühen Bindungs- und Beziehungsentwicklung. Den Eltern fällt es besonders schwer den Säugling zu akzeptieren und in weiterer Folge, als „handelndes Subjekt mit individuellen Ressourcen und eigener Verantwortlichkeit“ (Hennicke u. Rotthaus 1993, S. 11) zu betrachten. Wie bereits

erwähnt, hat gerade die Beziehung zwischen Eltern und Säugling eine ausschlaggebende Bedeutung für die weitere psycho-soziale Entwicklung des Kindes. (Hennicke & Rotthaus 1993, S. 11, Bonfranchi 1995, S. 63) Dabei ist zu beachten, dass zwischen dem biologischen Risiko (prä-, peri-, postnatale Folgen) und den negativen Interaktionserfahrungen bzw. soziokulturellen Einflussfaktoren unterschieden werden muss. Eine gegenseitige Wechselwirkung kann als weiterer Risikofaktor gelten:

Säuglinge mit einer hirnorganischen Schädigung weisen oftmals eine Verzögerung in der Entwicklung der sensorischen und motorischen Kompetenzen auf und dadurch treten teilweise Störungen bei der Nahrungsaufnahme auf. Das Kind zeigt Unregelmäßigkeiten beim Stillen, motorische Unruhe oder schreit unaufhörlich, ohne einen besonderen Grund erkennen zu können. Die Reaktion der primären Bezugsperson ist meist von Unsicherheit, Angst oder sogar Gefühlen der Ablehnung (welche wiederum Schuldgefühle nach sich ziehen) geprägt. „So misslingt bereits häufig der erste, für die Ich-Entwicklung wichtige Schritt von der autistischen Phase (MAHLER) zur Phase der symbiotischen Verschmelzung mit der Mutter.“ (Gaedt et. al 1989, S. 6) Die mangelnde Symbiosebildung kann als wesentliche Grundstörung der psychischen Entwicklung im Zusammenhang mit intellektueller Beeinträchtigung betrachtet werden. (Gaedt et. al 1989, S. 6)

Viele Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wachsen bereits unter problematischen Sozialisationsbedingungen auf, die sich schlussendlich oft negativ auf die psychische Entwicklung auswirken. So ergaben Studien (Dösen 1988, 1989), dass bei Kindern mit intellektueller Beeinträchtigung der kognitive Bereich besser ausgebildet ist, als der soziale und der emotionale. Eine Stagnation der sozio-emotionalen Entwicklung geht in weiterer Folge mit dem Aufkommen bestimmter Symptome einher. Bei nur 19 % der Kinder mit intellektueller Beeinträchtigung konnte keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Bei den restlichen 81 % konnte entweder eine abweichende (26 %) oder gar eine blockierte (33 %) sozio-emotionale Entwicklung nachgewiesen werden, die eine Vielzahl an Symptomen mit sich trug. Kommt es hingegen in der gleichen Entwicklungsphase ebenfalls zu einer Stagnation der kognitiven Entwicklung, kann nicht von einer psychischen Störung ausgegangen werden, sondern vielmehr von

einem bestimmten Grad der intellektuellen Beeinträchtigung. (Dösen 1997, S. 64 ff.)

Verhaltensauffälligkeiten können oft sinnvoll, manchmal sogar lebensrettend erscheinen. Ein Individuum, welches sich beispielsweise aggressiv gegenüber seiner Umwelt verhält, sichert sich dadurch Aufmerksamkeit und Zuwendung, auf die es sonst verzichten müsste. Es ist also zu bemerken, „daß (sic!) die Verhaltensweisen des Einzelnen Ausdruck herrschender Bedingungen sind“ (Stahl 1993, S. 58).

Jantzen (1992) stellt die Annahme des Isolationskonzepts in den Mittelpunkt für das Entstehen von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Als Ausgangspunkt kann zwar eine biologische Schädigung berücksichtigt werden, aber in Folge ist es ausschlaggebend wie damit im Umfeld bzw. in der Gesellschaft umgegangen wird. Isolierende Bedingungen können zwar aufgrund eines organischen Defekts entstehen und dadurch aber vor allem auf sozialer Ebene zu einem Ausschluss führen. (S. 107) Unter Isolationsbedingungen werden einem Individuum Bedingungen vorenthalten, "die die Auseinandersetzung zwischen ihm und seiner Umwelt, seinen Bedürfnissen und Fähigkeiten angemessen gestalten könnten. Sein Abbild der Umwelt, seine emotionale Beziehung zu ihr und seine Persönlichkeitsentwicklung sind dann im wesentlichen als Resultat der isolierenden Bedingungen zu betrachten und nicht allein durch die körperliche Schädigung determiniert. (...) Verhaltensauffälligkeiten (...) sind unter isolierenden Bedingungen entwicklungslogisch und erscheinen erst im Bezug auf die gesellschaftliche Normalität als auffällig“ (Busch & Mannhaupt 1994, S. 257).

Laut Stenzing (1986) stellt ein reduziertes Selbstwertgefühl das Bindeglied zwischen den verschiedenen Verursachungsaspekten von Verhaltensstörungen dar. Er geht davon aus, dass bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung großteils ein reduziertes Selbstwertgefühl angenommen werden kann. „Gerade wenn sich ein behinderter Mensch als wertvoll akzeptiert, hilfreich oder relativ erfüllt empfindet, besteht hier weniger die Notwendigkeit, „Verhaltensauffälligkeiten“ zur Verbesserung des Selbstwertgefühls einzusetzen.“ (Stahl 1994, S. 61, Form. wie im Orig.) Die Aufgabe der Psychotherapie stellt daher eine Veränderung des

Selbstkonzepts dar, „indem eine Verschiebung der Gewichtungen in dem Selbstsystem eintritt“ (Deusinger 1987, S. 262).

Um Verhaltensauffälligkeiten vorzubeugen wird von einigen Autoren (zb. Brandt 1987, Bradl 1993, Bonfranchi 1995) das Prinzip der Normalisierung vorgeschlagen. Humanere Lebensbedingungen, welches ein strukturiertes Netz von Hilfen wie Krisenplätze, mobiles Team für Hausbesuche, Fachberatung, usw. miteinschließt können hier als wichtige Maßnahme genannt werden. Laut Bonfranchi (1995) würde ein derart gestaltetes Netz individuelle Auffälligkeiten eher auffangen können und dadurch der Bedarf an Psychotherapie zurückgehen. Die Lebensumstände bzw. Sozialisationsbedingungen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu verändern, könnte somit bereits zu einem Rückgang der Dual Diagnosis führen. (S. 65 ff.)

2.1.5 PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNGSSITUATION

Bis Ende der 80er-Jahre wurden Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in den psychiatrischen Anstalten unfreiwillig „verwahrt“. Der dadurch entstandene soziale Ausschluss und die Isolation wurden von der Psychiatrie Jahrzehnte lang hingenommen, ohne diese Situation jemals öffentlich zu diskutieren. (Berger 1996) Durch die Einführung des Unterbringungsgesetzes von 1991 wurde die Unterbringung in den psychiatrischen Abteilungen grundsätzlich geregelt. Laut Gesetz darf im geschlossenen Teil einer Anstalt nur ein Mensch untergebracht werden, welcher „(1). an einer psychischen Krankheit leidet und (2.) im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet und wer (3.) nicht anderweitig, d.h. insbesondere außerhalb einer Anstalt, angemessen ärztlich behandelt oder betreut werden kann.“ (Lingg & Theunissen 1997, S. 13) Nur wenn all diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist eine Unterbringung rechtmäßig. Sinn und Zweck dieses Unterbringungsgesetzes war der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung, mit der Intention die Individualrechte einer Person zu schützen.

Wie aus dem Gesetz ersichtlicht wird, darf Intellektuelle Beeinträchtigung nicht als psychische Krankheit betrachtet werden und die psychiatrische Einrichtung sollte nicht als Lebensraum, sondern nur als unterstützendes Angebot fungieren.

1996 waren noch etwa 150 behinderte Menschen in psychiatrischen Krankenhausstationen, mit einer durchschnittlichen Hospitalisierungsdauer von 24 Jahren, untergebracht. Durch das „Wiener Deinstitutionalisierungsprojekt“ konnte die Voraussetzung für die Enthospitalisierung von diesen Menschen geschaffen werden. Durch die Veränderung der Lebensbedingungen, wurde gleichzeitig eine Verringerung der Isolation als auch eine Verbesserung der Lebensqualität festgestellt. Ein weiteres, vor allem im Kontext der Arbeit, zentrales Ergebnis, war die nachweisbare Reduktion der psychiatrischen Symptome. Durch diese Veränderung muss sich auch die psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgung an die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung anpassen.

Wie es scheint, ist es dem psychiatrischen Bereich besser gelungen, sich auf diese Veränderungen einzustellen als dem der Psychotherapie. Für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung werden zumindest in Wien spezielle Dienste, in Form von ambulanter, als auch stationärer psychiatrischer Betreuung angeboten. (Berger 1996)

Zur aktuellen psychotherapeutischen Versorgungssituation in Österreich von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gibt es hingegen nur wenige Informationen.

Wie aus dem Tagungsbericht der Caritas (2007) zum Thema „Die Institution Geistige Behinderung aus psychotherapeutischer Sicht“ ersichtlich ist, stellen besonders die Aspekte Kosten, Ausbildung und Angebot die Diskussionsschwerpunkte dar:

Kostenfrage:

Um eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, gibt es verschiedene Möglichkeiten der Finanzierung. Psychotherapie kann zum Beispiel aus *eigenen Mitteln* bezahlt werden. Dies ist gerade für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung besonders schwierig, da sie ohnehin schon über ein geringes „Einkommen“ verfügen. Nach Diagnosestellung durch eine eingetragene Psychotherapeutin ist es möglich eine Teilrefundierung durch die Krankenkasse zu beantragen. Der *Krankenkassenzuschuss* beträgt derzeit 21,80 €.

Es gibt zwar keinen Gesamtvertrag für Psychotherapie, aber trotzdem ist es möglich durch Vereinslösungen einer gewissen Zahl an Klientinnen eine *vollkommene Übernahme der Psychotherapiekosten* anzubieten. Die Plätze variieren je nach Bundesland. Einzelne Psychotherapeutinnen haben die Möglichkeit zwei bis vier Kassenplätze anzubieten. Aufgrund der großen Nachfrage kann es hier zu mehreren Monaten Wartezeit kommen.

Interessant sind für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung auch Psychotherapeutinnen die *Sozialtarife* anbieten. Der genaue Tarif ist im Einzelfall mit den Psychotherapeutinnen auszuhandeln. Weiters gibt es noch die Möglichkeit *Beratungsstellen* aufzusuchen, welche über ein beschränktes Kontingent an kostenfreien Psychotherapieplätzen verfügen.

Da es oft vorkommt, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung von Gewalt betroffen sind bzw. waren, erscheint die Möglichkeit der „*Hilfefürsorgeleistung für Verbrechenopfer*“ noch erwähnenswert. Menschen, die von Gewalt betroffen waren oder sind, können die Kosten für Psychotherapie vom Bundessozialamt zurückbekommen. (siehe http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Renten_&_Entschaedigungen/Verbrechen_sopfer)

Da Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung meist nicht eigenständig zur Therapie kommen können, ergibt sich auch hinsichtlich des Transportes ein weiteres Problem der Kostenfrage. Eine Übernahme der Transportkosten ist bis dato noch nicht geregelt.

Ausbildung:

Es gibt in Österreich keine Ausbildung zur Psychotherapeutin für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Zusatzqualifikationen können meist durch den Besuch schwerpunktmäßiger Seminare erworben werden. Die Arbeitsgruppe „Psychotherapie und Behinderung“ beim Niederösterreichischen Landesverband für Psychotherapie stellte fest, dass „das Thema derzeit nur dann Gegenstand der Ausbildung ist, wenn ein Teilnehmer selbst eine Behinderung hat oder ein Seminarleiter oder ein Ausbildner davon betroffen ist.“ (Mayrhofer-Dornauer 2007, S. 54) Gefordert wird von Mayrhofer-Dornauer (2007) eine spezifische Ausbildung

bzw. Fortbildung von Therapeutinnen die sich für die Zusammenarbeit mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung interessieren. (S. 55)

Angebot:

Eine Liste von Psychotherapeutinnen, welche bereits Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung haben, kann auf der Homepage des Vereins NINLIL heruntergeladen werden. Weiters gibt es eine Liste vom Niederösterreichischen Landesverband, auf der alle in Niederösterreich niedergelassenen Psychotherapeutinnen angegeben sind, die bereit sind, mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zusammenzuarbeiten. Auf der Homepage www.psyonline.at kann bei dem Unterpunkt Fachgebiet, nach Therapeutinnen gesucht werden, welche mit Menschen mit Behinderungen arbeiten.

Weiters gibt es noch verschiedene Beratungsstellen, wie das Gesundheitszentrum für Psychotherapie oder das Caritas Familienzentrum, wo kostengünstig oder teilweise auch unentgeltlich eine Psychotherapie in Anspruch genommen werden kann.

2.2 VERÄNDERUNGEN IN DER PSYCHOTHERAPIE

Ausgangspunkt einer jeden Psychotherapie ist mit Veränderungen verbunden. Jeder Mensch der sich in eine Psychotherapie begibt, ist mit der derzeitigen Situation unzufrieden und hofft durch die Hilfe einer Therapeutin auf eine Veränderung dieser. Relevante Veränderungen vollziehen sich vor allem auf der emotionalen, der kognitiven und der sozialen Ebene – diese drei Bereiche können als unterschiedliche Selbstkonzeptfacetten betrachtet werden. (Kühnlein 2002, S. 135)

Wie aus Forschungen bekannt ist, skizzieren sich Menschen mit einer psychischen Störung mit weniger günstigen (weniger sozial erwünschten) Merkmalen als psychisch gesunde Personen. Durch eine Psychotherapie kann zumindest teilweise eine Verbesserung des psychischen Zustands verzeichnet werden und unabhängig von den verschiedenen Therapieschulen eine

Veränderung der verschiedenen Bereiche des Selbstkonzepts, nach Abschluss einer Psychotherapie, wahrgenommen werden. (Deusinger 1987, S. 267ff.)

Da in diesem Bereich jedoch noch kaum Forschungsergebnisse betreffend Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vorhanden sind, muss hier größtenteils auf Erkenntnisse zurückgegriffen werden, die die Zielgruppe nicht direkt betreffen. Erst in der Diskussion der Ergebnisse wird sich herausstellen, ob sich die Forschungserkenntnisse auch auf Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung übertragen lassen. Jede Psychotherapieschule verfügt über eigene Theorien des Veränderungsprozesses. Da es sich jedoch in der vorliegenden Arbeit nicht um eine Untersuchung einer spezifischen Therapiemethode handelt, wird davon abgesehen und es folgt eine Erläuterung von schulenübergreifenden bzw. schulenunabhängigen Veränderungsprozessen.

2.2.1 THERAPIEMOTIVATION BZW. VERÄNDERUNGSMOTIVATION

Der Begriff der Therapiemotivation ist zwar in der Literatur nicht einheitlich definiert, aber dennoch lassen sich laut Heckhausen (1980) mindestens sechs verschiedene Auffassungen anführen, die darin übereinstimmen, dass „intrinsisches Verhalten um seiner selbst oder eng damit zusammenhängender Zielzustände willen erfolgt“ (S. 608). Davon lässt sich ableiten, dass extrinsisch motiviertes Verhalten dann zum Tragen kommt, wenn nicht die Tätigkeit selbst im Vordergrund steht, sondern das Verhalten nur als Mittel zum Zweck (zB. Therapie um Betreuer zufrieden zu stellen) dienen sollte.

Merkmale die eine Therapie als intrinsisch motiviert geltend machen lässt, sind beispielsweise, dass die Therapie den eigenen Interessen entspricht und aus eigenem Antrieb fortgesetzt wird. Nimmt sich eine Person selbst als Urheber einer Handlung wahr, kann dies ein Erleben von Autonomie und Selbstbestimmung nach sich tragen. (Heckhausen 1980, S. 608 ff.)

Gerade bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung kommt es häufig vor, dass eine Psychotherapie aufgrund des Drucks von Außenstehenden begonnen wird. Es wurde jedoch beobachtet, dass sich diese vorerst hauptsächlich extrinsische Motivation im Laufe der Therapie in eine intrinsische umwandelt

(siehe z.B Buchner 2006). Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass eine Veränderung der Therapiemotivation aufgrund der erlebten Veränderungen im Therapieprozess stattfindet. Ein Rückgang der Symptomatik, sowie das Erlernen von Bewältigungsstrategien, oder der Aufbau einer gelungenen therapeutischen Beziehung können hier als Beispiele genannt werden. (Veith 1997, S. 103, S.185 ff.)

Ziel der Therapiemotivation ist laut Veith (1997) Hilfe für die Bewältigung seiner Probleme zu finden und in weiterer Folge die Linderung von Symptomen bzw. die Veränderung von Erlebens- und Verhaltensweisen. Veith (1997) gibt an, dass es schlussendlich „nicht um die Therapie sondern um die Veränderung, nicht um die Therapiemotivation sondern um Veränderungsmotivation“ (S. 17) geht. Zusammenfassend lässt sich behaupten, dass mit der Veränderungsmotivation Prozesse beschrieben werden, die eine Klientin veranlassen, bestimmte Aspekte ihres Verhaltens oder ihrer Lebenswelt zu verändern. (Veith 1997, S. 16 f., S. 65)

Grawe (1997) stellt dabei zwei Auslöseprozesse der Therapiemotivation bzw. Veränderungsmotivation gegenüber:

Es gibt Menschen die von einer seelischen Störung betroffen sind und zunächst meist selbst versuchen mit ihren Beschwerden fertig zu werden. So kann es sich dabei beispielsweise um die Trennung vom Partner handeln, welche eine depressive Verstimmung auslösen kann. Die Person wird versuchen alle möglichen Strategien anzuwenden, die ihr in bisherigen schwierigen Situationen geholfen haben. Wird durch die angewendeten Methoden keine Verbesserung der Symptome bemerkt, wird eine Therapeutin aufgesucht und es kann also von einer Nichtveränderung als Ausgangspunkt für die Psychotherapie gesprochen werden.

Andererseits gibt es auch Personen die nicht von plötzlich auftretenden psychopathologischen Erscheinungen betroffen sind, sondern die gerade eben an Problemen leiden die sie schon lange Zeit begleiten. Als Beispiel wäre hier der Wunsch nach einer partnerschaftlichen Beziehung zu nennen. Versucht man immer wieder eine Beziehung zu einem Menschen einzugehen, wird dabei aber stets enttäuscht oder zurückgewiesen, kann dies einen enormen Leidensdruck erzeugen, auch ohne dass psychopathologische Symptome zum Tragen kommen.

Das Problem hierbei ist, dass sich die Person stets auf bereits bekannten Gefilden bewegt und keine Möglichkeit findet neues Terrain zu betreten. Ein Erlernen neuer Verhaltens- und Erlebnisweisen fällt gerade Personen dieser Gruppe besonders schwer. Also kann auch hier als Therapiemotivation ein Zustand der Nichtveränderung bemerkt werden. (S. 16 f.)

2.2.2 ABLAUF DER VERÄNDERUNG UND INDUKTION POSITIVER ERWARTUNGEN

Forschungen zufolge treten bereits in den ersten Sitzungen ausschlaggebende Veränderungen ein. Howard et. al (1986) führten eine Studie mit über tausend Patientinnen durch und konnten feststellen, dass bereits nach kurzer Zeit deutliche Verbesserungen des Wohlbefindens seitens der Patientinnen bemerkt wurden. Eine Aussage über die Qualität der Veränderung kann anhand dieser Forschung zwar nicht gemacht werden, aber dennoch gibt sie Aufschluss darüber, dass bei einer Vielzahl von Klientinnen ganz unterschiedlicher Therapierichtungen gleich zu Therapiebeginn Besserungen erkennbar sind. Bemerkte wurde auch, dass Menschen die aufgrund psychopathologischer Erscheinungen in die Therapie kommen, durchaus schneller Veränderungen wahrnehmen, als jene die aufgrund stagnierender negativer Erlebnis- und Verhaltensweisen einen erhöhten Leidensdruck empfinden.

Weitere empirische Befunde (Howard et. al, 1992) belegen, dass Besserungen verschiedener Aspekte nicht parallel erfolgen, sondern zeitlich verschoben. Studien haben ergeben, dass zuerst eine Verbesserung des Wohlbefindens, dann eine Besserung der Symptomatik und zuletzt eine Verbesserung der psychosozialen Anpassung erfolgt. Die verschiedenen Veränderungen sind abhängig voneinander – so ist davon auszugehen, dass eine Verbesserung der psychosozialen Anpassung erst dann eintritt wenn bereits eine Besserung im Wohlbefinden und der Symptomatik verzeichnet worden sind.

Rasche Veränderungen die bereits zu Beginn der Therapie seitens der Patientinnen wahrgenommen werden, lassen sich laut Frank (1982) durch therapieformunabhängige Wirkfaktoren erklären. Ein Mensch begibt sich in

Psychotherapie, da ihm diese aus dem Zustand der Hoffnungslosigkeit und Demoralisierung helfen sollte. Die positiven Erwartungen auf Besserung erwecken in der Klientin Zuversicht und Glauben an eine bessere Zukunft. Als Wirkfaktoren werden die Beziehung zwischen qualifizierter Therapeutin und hilfeschender Klientin, ein Setting, welches einen gewissen institutionellen Rahmen darstellt, eine Behandlungsrationale, sowie bestimmte Behandlungsrituale bzw. vorgehen, genannt. Diese vier Faktoren werden von jeder anerkannten Psychotherapie erfüllt und sind verantwortlich für das Zustandekommen der raschen Verbesserungen kurz nach Therapiebeginn.

Fish (1973) hat ableitend von den vier Wirkprinzipien Franks ein Konzept zur Therapiedurchführung mit dem Namen „Placebo-Therapie“ ausgearbeitet. Hierbei geht es vor allem um die Induktion positiver Erwartungen. „Wenn es gelingt, auch beim Patienten positive Erwartungen auf wirksame Hilfe und baldige Besserung zu induzieren, wird er sich wieder etwas zuversichtlicher fühlen und mit mehr Mut, Schwung und Vertrauen an die Dinge herangehen.“ (Grawe 1997, S. 24) Durch diesen Rückkopplungsprozess, welcher auf der Wechselwirkung zwischen Klientin und Therapeutin basiert, kann eine vertrauenswürdige Beziehung entstehen, welche wiederum ausschlaggebend für die Erhöhung der Veränderungsbereitschaft der Klientin ist. Durch die ersten Erfolgsergebnisse der Klientin wird gleichzeitig auch das Engagement der Therapeutin erhöht und diese ermuntert in weiterer Folge die Klientin zu weiteren Fortschritten im Therapieprozess. Empirische Ergebnisse von Orlinsky, Grawe & Parks (1994), sowie Schulte (1996) liefern Belege für die tatsächliche Wirkung der Induktion positiver Erwartungen. (Grawe 1997, S. 19 ff)

2.2.3 VERÄNDERUNG DURCH KATHARSIS

Das Wort „Katharsis“ kommt aus dem griechischen und bedeutet Reinigung. Bereits Hippokrates verwendete den Begriff bezogen auf den Körper – Platon und Aristoteles hingegen brachten die Katharsis mit einer Abreaktion bzw. Verwandlung von verdrängten Affekten in Verbindung. (Stumm & Pritz 2000, S. 341) Aber erst Breuers Studien zur Hysterie zwischen 1880 – 1882 können

sozusagen als Geburtsstunde der kathartischen Methode in einem psychologischen Kontext betrachtet werden.

Breuer und Freud definierten Katharsis dabei als eine Reaktion auf ein traumatisches Ereignis die das Ziel hat, Affekte, welche bei dem Erlebnis entstanden waren, zu entladen. Als Mittel dafür, stehen der Person eine Reihe von willkürlichen und unwillkürlichen Reflexen zur Verfügung. Diese reichen laut Breuer und Freud (1895) „vom Weinen bis zum Racheact (sic!)“ (Breuer & Freud 1895, S. 8).

Im Laufe der Zeit hat die Katharsis auch in anderen Psychotherapieschulen eine wichtige Rolle eingenommen. Kathartische Effekte werden dabei unterschiedlich herbeigeführt und gewichtet. (Stumm & Pritz 2000, S. 341) Durch die empirische Psychotherapieforschung konnte festgestellt werden, dass der emotionale Ausdruck (affective experiencing) als einer der wichtigsten Wirkfaktoren betrachtet werden kann. So ergab eine Untersuchung von Yalom et. al (1992), dass erfolgreich therapierte Patientinnen die Katharsis auf den zweiten von zwölf Plätzen der wichtigsten Heilfaktoren reihten. Ebenfalls wurde von Orlinsky und Howard (1986) herausgefunden, dass das Erleben, sowie der Ausdruck negativer Gefühle zu Beginn einer Therapie häufig mit positiven therapeutischen Erfolgen in Verbindung gebracht werden kann. (Tiefenbrunner 2003, S. 33)

Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung kann in diesem Zusammenhang auf die Studie Buchners (2006) verwiesen werden, welcher in seiner Untersuchung die Wichtigkeit der Emotionalität bestätigt. So meint er, dass die gesteigerte Kommunikationsfähigkeit, erworben im Zuge der Psychotherapie, als „*Schlüsselkompetenz für die Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten*“ (S. 84, Form. wie im Orig.) betrachtet werden kann.

In der psychotherapeutischen Praxis ist es die Aufgabe der Therapeutin ein geeignetes Setting zur Verfügung zu stellen, in welchem der Klientin Raum zum Ausleben von Gefühlen ermöglicht wird. Die unterschiedlichen Therapieschulen können zahlreiche kathartische Techniken nennen, um die Katharsis zu fördern. Als Beispiele können der „heiße Stuhl“, Nachspielen konflikthafter Situationen und freies Assoziieren, genannt werden. Welche Technik geeignet ist, muss

ausgehend von der Persönlichkeit und der Problemstellung der Klientin entschieden werden.

Die tatsächliche Abfuhr von bislang unterdrückten Gefühlen ist über mehrere Kanäle möglich. Es wird von unterschiedlichen Möglichkeiten (Weinen, Schreien, Verbalisieren, körperliche Aktionen, usw.) ausgegangen, welche getrennt voneinander aber auch in Kombination untereinander vorkommen können.

Für das Anerkennen der eigenen, großteils negativen, Gefühle sollte eine akzeptierende Haltung der Therapeutin angebracht sein. Durch die Akzeptanz einer anderen Person erfährt die Klientin, dass ihre Affektäußerungen angenommen werden und erleichtert somit ebenso eine Selbstakzeptierung.

Aspekte die durch die Katharsis verändert werden können sind zahlreich in der Literatur zu finden. Überblicksmäßig werden nur jene erwähnt, die im Zusammenhang mit der Forschungsfrage als relevant erscheinen:

Steigerung des Wohlbefindens, verschwinden negativer Gefühle, Objektivere Vorstellungen der eigenen Person, Änderung des Problemlösungsverhaltens, usw.. (Tiefenbrunner 2003, S. 36f.)

2.3 KONZEPTE FÜR PSYCHOTHERAPIE BEI MENSCHEN MIT INTELLEKTUELLER BEEINTRÄCHTIGUNG UND DIE ROLLE DES SELBSTKONZEPTS

In den letzten Jahren gab es zahlreiche Bemühungen verschiedener psychotherapeutischer Schulen einen Zugang zu Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu finden. In allen Ansätzen wird davon ausgegangen, dass intellektuelle Beeinträchtigung keinen behandlungsbedürftigen Zustand darstellt, obwohl diese im Diagnosesystem DSM-IV der American Psychiatric Association, sowie in der ICD-10 der WHO (Weltgesundheitsorganisation) als psychiatrische Diagnose gilt. (Lotz & Koch 1994, S. 14)

Exemplarisch werden anschließend die Personenzentrierte Psychotherapie, die Gestalttherapie, sowie ein therapieschulen-übergreifendes Therapiekonzept vorgestellt und auf die Rolle des Selbstkonzepts in den jeweiligen Therapieschulen eingegangen.

2.3.1 PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE

In der Personenzentrierten Psychotherapie bemühten sich vor allem Prouty (1998), Badelt (1994) und Pörtner (2003, 2004) um eine Differenzierung des klientenzentrierten Ansatzes, um damit die Gesprächstherapie auch Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zugänglich zu machen. Da sich die Personenzentrierte Psychotherapie an einem humanistischen Menschenbild orientiert, geht sie von einem ressourcenorientierten Konzept des Menschen aus, das grundsätzlich jedem eine Fähigkeit zur Entwicklung und Veränderung des Selbst zuspricht. (Schmid & Keil 2001, S. 15) Der psychische Kontakt zwischen Therapeutin und Klientin wird dabei als eine der notwendigsten Bedingungen für das Zustandekommen von Therapie genannt – Erst Prouty hat diesen Kontakt genauer definiert und methodische Hilfen, im Sinne von sogenannten „Reflexionen“, entwickelt um diesen auch zu Personen mit Kontaktschwierigkeiten herstellen zu können.

In der personenzentrierten Psychotherapie wird Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung die selbe therapeutische Haltung entgegengebracht, wie Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigung. Ausschließlich die Bedingungen stellen andere dar, da die therapeutische Vorgehensweise an diese Rahmenbedingungen angepasst werden muss und nicht einfach eins zu eins übertragen werden kann. (Pörtner 2001, S 305) Badelt (1994) wie auch Pörtner (2001) haben diese differenziellen Aspekte genauer beleuchtet. Beide plädieren für die Anwendung der Prä-Therapie. Durch dieses Modell wird ein therapeutischer Zugang zu Menschen mit einer schweren intellektuellen Beeinträchtigung, welche an einer psychischen Störung leiden, durch beispielsweise die Wiederholung von Wörtern oder Satzteilen, ermöglicht. Es geht dabei vor allem um die Kontaktaufnahme zur Klientin. Die Wirksamkeit dieser „Vorphase“ wurde durch zahlreiche empirische Untersuchungen belegt (u.a. Prouty & Carnwall 1990, Van Werde 1990). (Prouty et al 1998, S. 9ff)

Weiters muss sich die Therapeutin viel aktiver in den Dialog einbringen und Spiegelungen der non-verbalen Äußerungen nehmen einen größeren Stellenwert ein. Dadurch sollte ein besonderer Ausdruck von einfühelndem Verstehen

vermittelt werden. Badelt betont besonders die Einbeziehung der Bezugspersonen in den Therapieprozess. (Badelt 1994, S. 145ff, Pörtner 2001, S. 306ff)

Die Klientenzentrierte Entwicklungstheorie ist im Grunde eine Theorie der Entwicklung des Selbstkonzepts bzw. des Selbst. Diese Entwicklung wird von der Aktualisierungstendenz bestimmt und diese wird von Biermann-Ratjen (2006) wie folgt beschrieben:

„Allem menschlichen Verhalten, dem gesunden wie dem pathologischen, liegt von allem Anfang der Entwicklung an eine Aktualisierungstendenz zu Grunde. Sie bezeichnet die Tendenz des Organismus, alle seine Möglichkeiten und Fähigkeiten so zu entwickeln, dass sie ihn erhalten und weiterentwickeln, und alle seine Erfahrungen im Hinblick darauf zu bewerten, ob sie solche der Förderung oder der Behinderung sind.“ (S. 75)

Im Klientenzentrierten Konzept wird die Entwicklung des Selbst auch Selbstaktualisierung genannt – man geht also von einer Selbstaktualisierungstendenz aus. Biermann-Ratjen (1996) beschreibt sie als „Tendenz, sich seiner Erfahrung und seiner selbst als Erfahrender bewusst zu sein und aus diesen Erfahrungen ein Selbstbild zu entwickeln.“ (S.13)

Rogers (1973) spricht „von der Tendenz des Organismus, sich in Richtung auf Reife zu bewegen. Dies beinhaltet Selbstaktualisierung oder Selbstverwirklichung“. (S. 422) Durch die Fähigkeit zur Reflexion und der Bewusstwerdung der eigenen Person entwickelt der Mensch Vorstellungen von sich selbst – ein Selbstkonzept entsteht. Durch die Erfahrungen von sich selbst in Beziehung mit den bedeutsamen Anderen ergibt sich für das Selbst (wird in der Personenzentrierten Psychotherapie mit dem Selbstkonzept gleichgesetzt) die Möglichkeit zur Entwicklung und Veränderung. (Schmid 2001, S. 67)

Unter Selbst wird „die Ganzheit der Wahrnehmungen des „Ich“, der Wahrnehmungen der Beziehungen des „Ich“ zu seiner Umgebung (besonders zur sozialen Umwelt, zu den anderen) und der damit verbundenen Bewertungen.“ (ebd, Form. wie im Orig.) verstanden.

Wie sich eine Person selbst sieht, wie sie glaubt auf andere Menschen zu wirken und welche Bedeutung sie den Erfahrungen mit sich selbst und der Umwelt zuschreibt bzw. wie sie sich auf diese Bewertung hin verhält, charakterisiert das Selbst bzw. Selbstkonzept. Dieses kann bewusste und unbewusste Anteile in sich

tragen – es fungiert aber in jedem Fall als konstanter Bezugspunkt für eine Person. Ist es dem Menschen möglich seine Erfahrungen auf positive Weise in das Selbstkonzept zu integrieren, wird es als kongruent bezeichnet. Werden die Erfahrungen nicht in das Selbstkonzept integriert, spricht man von einem inkongruenten Selbst. Das heißt, die Erfahrungen werden abgewehrt bzw. nur selektiv ins Bewusstsein aufgenommen oder für bedeutungslos erklärt. Die Unvereinbarkeit von Selbst und Erfahrung erzeugt durch die ständige Gefahr der Bewusstwerdung bestimmter Anteile eine gewisse andauernde Spannung – Es erfordert einen immensen Aufwand, Erfahrungen, die das Selbstkonzept gefährden könnten, abzuwehren. (Schmid 2001, S. 67ff)

Als ein Ziel der Therapie wird definiert, „dem Klienten eine positive Veränderung seines Selbstkonzeptes zu ermöglichen, die ihn in die Lage versetzt, mit sich selbst im Einklang zu leben (Kongruenz von Selbst und Erfahrung)“ (Lieb et al 2008, S. 109, Format. wie im Orig.).

2.3.2 GESTALT THERAPIE

Auch die Gestalttherapie orientiert sich an einem humanistischen Menschenbild, welches durch vorbehaltlose liebevolle Zuwendung und den Glauben an die dem Menschen innewohnenden positiven Kräfte gekennzeichnet ist. Wie die personenzentrierten Psychotherapie, so richtet auch die Gestalttherapie ihren Blick auf die Ressourcen einer Person und „vertraut darauf, daß (sic!) jeder Organismus im Rahmen seiner anthropologisch vorgegebenen Möglichkeiten in Auseinandersetzung mit seinen ökologischen Umgebungs determinanten wachsen und reifen kann.“ (Hansen 1992, S. 49)

Die Suche nach Befriedigung elementarer Bedürfnisse, der Wunsch nach Zugehörigkeit und sozialer Anerkennung, das Streben nach schöpferischer Selbstentfaltung, sowie die Tendenz zur Integration neuer Erfahrungen und Aufrechterhaltung der inneren Ordnung können als vier innere Antriebe eines jeden Menschen verstanden werden. Diese wohnen einem jeden Menschen inne, egal ob eine intellektuelle Beeinträchtigung vorliegt oder nicht. (Bühler & Allen 1983, S. 54) Eine gestalttherapeutische Arbeit mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung heißt vorwiegend, ihn in der Realisierung dieser Antriebe zu begleiten und zu unterstützen.

Das Entstehen von psychischen Störungen wird in der Gestalttherapie auf eine Blockade des natürlichen Rhythmus zurückgeführt. „Der nicht neurotische Organismus befindet sich in einem homöostatischen Austauschprozeß (sic!) mit seinem ökologischen Umfeld, in dem sich Phasen des Kontakts rhythmisch-harmonisch mit Phasen des Rückzugs abwechseln.“ (Hansen 1992, S. 50). Wird dieser Rhythmus blockiert, kommt es zu der Bildung von neurotischen Symptomatiken und erstarrten Handlungsmustern.

Wie durch eine Vielzahl von empirischen Untersuchungen nachgewiesen wurde, wachsen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung unter erschwerten Bedingungen auf. (siehe Kapitel 2.1) Aufgrund dieser besonderen Gefährdungen kommt es gerade bei diesem Personenkreis besonders häufig zu einer Blockade im Reifungsprozess. Diese Blockaden treten vor allem dann auf, wenn Gefühlsregungen abgespalten und nicht bzw. unzureichend in das Selbst integriert werden können.

In der Praxis der Gestalttherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung unterscheidet sich bereits die Kontaktaufnahme zwischen Therapeutin und Klientin. Um einen Kontakt herstellen zu können, muss flexibler und unkonventioneller vorgegangen werden. Die Konzentration auf körperliche, parasprachliche und energetische Ausdrucksformen kann oft eine wichtigere Rolle einnehmen, als eine Konzentration auf sprachliche Äußerungen. Da sich die Gestalttherapie relativ offen gestalten lässt, bietet sie sich laut Hansen (1993) besonders als Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung an. Durch diese Offenheit wird ein gleichberechtigter Therapieprozess möglich. Die Therapeutin fungiert nicht als professionelle „Behandlerin“, sondern es steht vor allem die Ich-Du-Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin im Mittelpunkt. Anhand des Unterstützungsprinzips ist zu erkennen, dass echte Unterstützung durch die Therapeutin, deren Achtung vor der Person und das Verständnis für die individuelle Gestaltung des Lebens geprägt ist. Diese Sichtweise lässt einen gleichberechtigten Prozess zwischen Therapeutin und Klientin zu und stellt gerade für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oft eine neue Erfahrung dar. (S. 52 ff.)

Das Kennenlernen der eigenen Grenzen nimmt in der Gestalttherapie eine wichtige Position ein, da diese als Quellen des Wachstums beschrieben werden können. Erst durch den Kontakt mit den eigenen Grenzen kann Erfahrung und Veränderung stattfinden. Der Begriff „Kontakt“ wird verwendet für Berührung mit Objekten, wobei diese sinnlicher, als auch motorischer Natur sein können. Doch gerade Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung fällt es schwer Grenzen zu entwickeln und diese kennenzulernen, da sie von dauernden Grenzverletzungen beeinflusst sind. Die Abgrenzungsbemühungen in der Kindheit wurden oft von Seiten der Eltern blockiert, da entweder eine vernachlässigende-abweisende oder eine penetrierend-überbehütete Position eingenommen wurde. Die Aufgabe der Therapeutin besteht darin, die Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung möglichst sanft an seine eigenen Grenzen zu führen und diese kennenzulernen. (Hansen 1993, S.55 ff.)

Ein wichtiges Anliegen der Gestalttherapie ist die Erweiterung der Bewusstheit der Klientin. Dadurch wird ein Veränderungsprozess ausgelöst der die Klientin Unterstützungsmöglichkeiten im Selbst und im Umweltfeld wahrnehmen und kreativ nutzen lässt. Durch die Aktivierung der Selbstheilungskräfte kommt es zu persönlichem und gemeinschaftlichem Wachstum. (Stumm & Pritz 2000, S. 246) Das System der Kontaktprozesse, wird in der Gestalttherapie „Selbst“ genannt. Es wird immer dann aktiv, wenn Interaktionen an der Grenze stattfinden. Eine Interaktion vollzieht sich zwischen Organismus und Umwelt; der Organismus tritt dabei mit der Umwelt in Kontakt. (Perls et. al 2006, S. 21 ff., S. 209 ff.)

Das Selbst bringt drei voneinander unterscheidbare Strukturen hervor. Die Es-Funktion beinhaltet Körperprozesse, kreative Prozesse und diffuse Wahrnehmungen die vor allem zu Beginn des Kontaktes eine wichtige Rolle spielen. Die Ich-Funktion ermöglicht ein aktives Zugehen auf das Umweltfeld und ein bewusstes Handeln. Sie ist von gerichtetem Bewusstsein begleitet. Die Persönlichkeitsfunktionen agieren als Verantwortungsstruktur. Es stellt das verbale Abbild (Antwort auf „Wer bist du?“) des Selbst dar.

Die Aufgaben der Therapie bestehen in der Stärkung der Selbstunterstützung und der Selbstverantwortung und darin, eingeschränkte Selbstfunktionen zu aktivieren. (Stumm & Pritz 2000, S. 620)

2.3.3 THERAPIESCHULENÜBERGREIFENDES KONZEPT

Grawe (1998) plädiert allgemein, also nicht nur im speziellen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, für eine therapieschulenübergreifende Psychotherapie die sich an Ergebnissen der empirischen Psychologie orientieren sollte. Die Psychologie und Psychotherapieforschung sind im Laufe der letzten Jahrzehnte zu vielen wichtigen Ergebnissen gekommen die bis dato jedoch kaum Beachtung in der Psychotherapieausbildung bzw. Praxis gefunden haben. Ein striktes Festhalten an den unterschiedlichen Therapieschulen wird nach wie vor bevorzugt. Laut Grawe (1998) wäre eine Orientierung an den empirisch zahlreich belegten allgemeinen Wirkfaktoren eine gute Basis für eine „allgemeine Psychotherapie“.

Ling & Theunissen (2000) plädieren in der Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung für ein ganzheitliches Vorgehen. Eine übliche psychiatrische Diagnostik reicht nicht aus, um zu einer Einschätzung der Problemlage zu gelangen. Ein multidimensionales Assessment, welches sich der „verstehenden Diagnostik“ bedient, muss angewendet werden. Eine Einbeziehung von Beobachtungen, Explorationsgesprächen und Aussagen zentraler Bezugspersonen sollten einen weiteren Beitrag zum Verständnis der Problematik und der daraus resultierenden Änderung der aktuellen Lebenssituation leisten. Pädagogische und therapeutische Hilfen sollen daher nicht voneinander isoliert angewendet werden, sondern auf ein gemeinsames Gesamtkonzept abgestimmt werden. (S. 112)

Auch Berger (2007) schlägt ein schulenübergreifendes Vorgehen vor, welches sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren sollte. Als Kernproblem der Behinderung nennt er, angelehnt an Jantzen, vor allem die isolierenden Bedingungen und den Prozess der Isolierung. Die isolierenden Bedingungen können auf sozialer, biologischer und psychischer Ebene zum Tragen kommen und die menschliche Entwicklung beeinflussen. Durch sie können pathoplastische, phasenspezifische oder pathogene Symptome entstehen, die in weiterer Folge einen Risikofaktor für die Bildung einer stabilen Ich-Identität darstellen. Welche

Auswirkungen jedoch tatsächlich zu erwarten sind, hängt von der Summe der Entwicklungsbedingungen ab. Als Voraussetzung für die Psychotherapie gilt dementsprechend eine „individuelle biographisch geleitete *Analyse der konkreten Ausformung von Isolation*“ (Berger 2007, S. 17; Format. wie im Orig.)

Für die therapeutische Praxis lassen sich dabei folgende Leitlinien ableiten:

Als primäres Ziel der Psychotherapie wird die Unterstützung der Bildung der Ich-Identität beschrieben. Die Therapeutin muss über spezifische methodische Kenntnisse im Bereich der nonverbalen Kommunikation verfügen und ein angemessenes Setting (Raum, Material, usw.) bereitstellen können. Besonders betont wird ebenso die Einbeziehung der Bezugspersonen bzw. das „Netz der Helfer“, sowie der dialogische Prozess. Zur Kommunikation kann man sich an verbalen wie auch kreativ-gestalterischen Elementen aus diversen Schulen bedienen.

Themen werden aufgrund der klinischen Diagnostik und entsprechend der Konflikte in der aktuellen Lebenswelt gewählt und meist direkt von der Therapeutin als „semidirektiver Vorschlag“ in die Therapie gebracht. (Berger 2007, S. 11 ff)

Bei der Rolle des Selbst in der „Psychologischen Therapie“ orientiert sich Grawe (1998) an der „persönlichen Realitätstheorie“ des Selbst nach Epstein. Wird das Selbst als Realitätstheorie betrachtet, wird es im Laufe der ontogenetischen Entwicklung des Menschen herausgebildet und fungiert als, die im Gedächtnis gespeicherte Summe aller unbewusster und bewusster Bereitschaften und Erwartungen. Das Selbst ist also keine psychische Instanz, sondern eine persönliche Theorie, welche ein Individuum zur Erfüllung seiner Grundbedürfnisse entwickelt hat.

Aufgabe der Therapie ist es, das implizite Selbst so zu verändern, dass es Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten hat und somit auch das Selbstbild der Klientin auf eine positive Art und Weise verändert. (S. 381 f.)

Da nun das Thema Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung eingehend erläutert wurde, bedarf es einer Erörterung des zweiten wichtigen Teilbereichs. Die Erörterung des Selbstkonzepts sollte einen

weiteren theoretischen Grundstein darstellen, um die Fragestellung beantworten zu können.

3. DAS SELBSTKONZEPT

Die Frage nach dem Selbst einer Person beschäftigt die Menschheit schon seit tausenden von Jahren. Welchen Einfluss die Umwelt auf die Persönlichkeitsentwicklung hat, interessierte bereits Aristoteles. Er setzte sich mit den körperlichen und seelischen Merkmalen des Menschen auseinander und somit kann die Suche nach dem Seelenbegriff als Ausgangspunkt für die Selbstkonzeptforschung betrachtet werden. Der Begründer der Subjekt-Philosophie, Rene Decartes, stellte die Fähigkeit des Menschen über sich selbst nachzudenken und sein Verhalten sowie sein Handeln zu reflektieren in den Mittelpunkt seiner Theorie. (Mummendey 2006, S. 26) Die Sichtweise des Selbstkonzepts und dessen Beforschung hat sich im Laufe der Jahre ständig weiterentwickelt. Vor allem in der Philosophie, der Psychologie und der Soziologie ist die Auseinandersetzung mit dem Selbstkonzept zu einem wichtigen Bestandteil geworden. (Filipp 1984, S. 9) Als Vorläufer in der Beforschung des Selbstkonzepts sind vor allem James (1890), Charles Horton Cooley (1902) und Georg Herbert Mead (1934) zu nennen. Ihre Theorien haben die gegenwärtige Selbstkonzeptforschung weitgehend geprägt und beeinflusst. (Mummendey 2006, S. 27)

Neben der Philosophie widmet sich vor allem die Psychologie dem Bereich der Selbstkonzeptforschung. In den Bildungswissenschaften ist erst innerhalb der letzten Jahre ein Interesse an diesem Thema zu verzeichnen. Auf Forschungen in diesem Bereich, die in einem sonderpädagogischen Kontext als besonders wertvoll angesehen werden, wird im Laufe der Arbeit noch speziell Bezug genommen. Sicher ist jedoch, dass die Forschungen auf diesem Gebiet in der Sonder- und Heilpädagogik noch große Lücken aufweisen. Wurden Untersuchungen durchgeführt, dann meist zum Selbstkonzept bei Kindern in Sonderschulen (zBsp. Evans 1998, Pior 1998). Besonders die Sichtweise von

Erwachsenen Menschen mit speziellen Bedürfnissen wird in den Untersuchungen oft nicht als Gegenstand der Forschung betrachtet.

Um anschließend noch tiefergehend das Thema Selbstkonzept erläutern zu können, bedarf es vorher einiger Begriffsbestimmungen. Danach kann auf die theoretischen Grundlagen und das Thema Selbstkonzept und intellektuelle Beeinträchtigung eingegangen werden.

3.2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

3.2.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG

Die aktuellen Forschungen zum Thema „Selbstkonzept“ sind geprägt durch eine Heterogenität differenzierter Modelle und theoretischer Akzentuierungen. Oft wird der Begriff synonym mit Begriffen wie Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Selbstakzeptanz etc. verwendet und auch eine Abgrenzung zum Begriff „Identität“ erweist sich als problematisch. (Schuppener 2005, S. 65) Für das Verständnis der vorliegenden Arbeit wird im folgendem dennoch versucht den Begriff „Selbstkonzept“ mit seinen Inhalten zu konkretisieren.

Die Abgrenzung der Begriffe „Identität“ und „Selbstkonzept“ wird von vielen Autoren aus unterschiedlichen Blickwinkel betrachtet:

Laut Frey & Hausser (1987) ist das Selbstkonzept als reflexiver Anteil der gesamten Identität zu verstehen. Das Selbstkonzept wird neben dem Selbstwertgefühl und der Kontrollüberzeugung als weiteres Element der Identität dargestellt. Es ist als Ergebnis von Generalisierungs- und Spezifizierungsprozessen im Rahmen der Identitätsentwicklung und –veränderung zu sehen. Es entwickeln sich stabile Selbstkonzepte, die sich über die Zeit zu einem globalen Selbst weiterentwickeln. Hausser (1995) definiert das Selbstkonzept als „kognitiven Begriff einer Generalisierung von Selbstwahrnehmungen“. (S. 27) Das Selbstkonzept wird also als rein kognitives Element von Identität betrachtet.

Mummendey (2006) hingegen orientiert sich an einer anderen Definition des Selbstkonzepts und sieht von einer auf die kognitive Komponente verkürzten

Betrachtungsweise ab. (siehe weiter unten) Weiters bestehen für ihn auch kaum Unterschiede zwischen den Begriffen Identität und Selbstkonzept. Es kann von einer sozialen, politischen, religiösen Identität die Rede sein, als auch von einem sozialen, politischen, religiösen Selbstkonzept. Beide Aussagen beziehen sich darauf, dass der Mensch in unterschiedlichen Situationen verschiedene Rollen einnimmt, aber dennoch gleichzeitig über ein mehr oder weniger stabiles Konzept von der eigenen Person verfügt. (S. 85f)

Epstein (1984) betont, dass das Selbstkonzept als eher unbewusste Konstruktion fungiert und dass jedes Individuum eine Theorie über sich selbst manifestiert. Auch Rogers (1985) geht von der Annahme aus, dass Selbstkonzepte zwar nicht bewusst entstehen, dem Bewusstsein aber stets zugänglich gemacht werden können.

Schuppener (2005) erläutert, dass bei der Selbstkonzeptentwicklung nicht wie bei der Entwicklung der Identität von einem teilweise zu hohen Bewusstseinsanspruch ausgegangen werden kann. Es ist hingegen erwiesen, dass jede Person imstande ist ein Selbstkonzept zu entwickeln, welches gezielt ins Bewusstsein gerufen werden kann. (S.67f)

Der Begriff „Selbstkonzept“ wird von dem lateinischen Wort „concupere“ abgeleitet, was soviel wie *zusammenfassen, sich etwas vorstellen* bedeutet. Im Wörterbuch der Pädagogik von Schaub und Zenke (1995) wird das Selbstkonzept wie folgt definiert: „Der Begriff bringt die Tatsache zum Ausdruck, dass jeder Mensch über ein inneres Bild der eigenen Person und seiner Beziehungen zur Umwelt verfügt. (...) Das S. kann folglich auch als Ergebnis der laufenden Verarbeitung der bisherigen Selbsterfahrung angesehen werden.“ (S. 503; Abkürzung wie im Original)

Bei dem Versuch Selbstkonzepte allgemein zu klassifizieren, lassen sich laut Filipp (1980) und folgend auch Pior (1998) vier Kategorien bilden:

Selbstkonzepte können als individuelle Ausgestaltung des Person-Umwelt-Bezugs gesehen werden. Hierbei geht es vor allem um die Erkenntnis einer Person, dass sie in der Interaktion mit der Außenwelt und von dieser abgehoben existiert.

Weiters können Selbstkonzepte als Gesamtheit der Sichtweisen, die eine Person von sich hat, betrachtet werden. Im Mittelpunkt steht dabei, mit welchen Attributen, Merkmalen, Kategorien, usw. sich die Person selbst definiert und welche Selbstschemata sie besitzt bzw. von welcher Art und Qualität diese selbstbezogenen Kognitionen sind. Eine Dominanz dieser deskriptiven Inhalte ist beispielsweise bei Markus (1977) und Cloerkes (2001) zu finden. Markus (1977) operiert mit dem Begriff Selbstschemata und expliziert diese als kognitive Generalisierungen über das Selbst. Für Cloerkes (2001) stellt die Selbstwahrnehmung die wichtigste kognitive Komponente bei der Ausformung des Selbstkonzepts dar.

Nach den 40er und 50er Jahren wurde nach Keith et al. (1996) der Begriff des Selbst ausgedehnt und das Selbstkonzept als kognitives und affektives Konstrukt betrachtet. Es kam zu einer weiteren Definition von Selbstkonzepten, wobei ausschließlich die affektive-evaluative Komponente im Mittelpunkt des Interesses stand. Bei einer Betrachtung des Begriffs unter diesen Blickwinkel wird das Selbstkonzept mit Selbstwertschätzung und Selbstakzeptanz gleichgesetzt. Cook (1976) wie auch Shavelson (1976) orientieren sich an dieser Definition und sehen vor allem die externen Einwirkungen als große Einflussfaktoren auf das Selbstkonzept.

Pior (1998) übernimmt die Einstellung Filipp's und fügt noch eine vierte Kategorie hinzu, bei deren Definition Selbstkonzepte als Einstellungen gegenüber der eigenen Person gesehen werden. Selbstkonzepte bestehen hier aus einer kognitiven, einer affektiven, einer konativen und einer entwicklungsbezogenen Komponente.

Ähnlich sieht es auch Mummendey (2006), indem er *„das Selbstkonzept einer Person (als) (...) die Gesamtheit (die Summe, das Ganze, der Inbegriff usw.) der Einstellungen zur eigenen Person“* (S. 38; Hervorhebung wie im Original) definiert. Diese Selbstkonzeptdefinition beinhaltet die kognitive Komponente (wie man sich wahrnimmt und über sich denkt), als auch die affektive (Selbstbewertung) und konative Komponente (Ziele, Motivationen). Ergebnisse dieser kognitiven, affektiven und konativen Prozesse bezeichnet Mummendey als Einstellungen

(ebd.) Man könnte das Selbstkonzept also als eine Form von sozialen Einstellungen betrachten, dessen „sozialer Gegenstand gewissermaßen die eigene Person ist“ (Mummendey 1999, S. 35) Subjekt und Objekt sind also identisch und das Wissen über sich selbst kann als Produkt der Erfahrungen gesehen werden.

Nach Greve (2000) kann das Selbstkonzept als dynamisches Konstrukt betrachtet werden, welches „einerseits auf die jeweilige Person bezogene Überzeugungs- und Erinnerungsinhalte in hochstrukturierter Form und andererseits die mit diesen Inhalten und Strukturen operierenden Prozesse und Mechanismen umfasst.“ (S.17)

Diese Unterscheidung zwischen „self as process“ und „self as product“ ist bereits bei James (1890) und Mead (1934) zu erkennen. Die Doppelrolle des Selbst, also Selbst als Subjekt und Objekt der Betrachtung, wird dadurch deutlich. Dies bedeutet, dass das Selbst, die eigene Wahrnehmung und Handlung beeinflusst und gleichzeitig wird das Selbst aber auch von Rückwirkungen aus diesen Prozess beeinflusst. (Greve 2000, S. 17)

Greve (2000) geht von einer dreidimensionalen Taxonomie des Selbstkonzepts aus: „Inhalte und Prozess des Selbst können aus kognitiver, affektiver und motivationaler Sicht betrachtet werden und haben auch auf allen drei Ebenen Auswirkungen.“ (S.18)

So unterschiedlich die Begriffsbestimmungen auch erscheinen mögen, lassen sich trotzdem Gemeinsamkeiten erkennen, welche nun noch kurz zusammenfassend dargestellt werden sollen:

Im Gegensatz zu Filipp (1980; 1984), stellen Mummendey (2000; 2006) als auch Greve (2000) das Selbstkonzept nicht nur als kognitive Repräsentation der eignen Person dar, sondern sie berücksichtigen ebenso die affektive, sowie konative (motivationale) Komponente als Bestandteile des Selbstkonzepts.

Bei allen drei Autoren ist das Wissen über die eigene Person ein Produkt der eigenen Erfahrungen und das Selbst hat die Doppelrolle als Subjekt und Objekt der Betrachtung inne.

Greve (2000) als auch Mummendey (2000; 2006) betonen die Dynamik des Selbstkonzepts, durch welche Veränderungen im Laufe der Jahre möglich sind.

In der durchgeführten Forschung sollte vor allem die kognitive Komponente des Selbstkonzepts im Mittelpunkt der Untersuchung stehen. Die Interviewpartnerinnen sollten reflektieren, wie sich ihre Wahrnehmung in Bezug auf verschiedene Bereiche (soziales Selbstkonzept, emotionales Selbstkonzept, kognitives Selbstkonzept) im Zeitraum der Psychotherapie verändert hat. Eine Bewertung (affektive Komponente) dieser Veränderung als auch Zukunftsvorstellungen (kognitive, motivationale Komponente) wurden zwar nicht explizit erfragt, sind jedoch in vielen Interviews angesprochen worden. Eine explizite Erforschung der Selbstwertschätzung wurde aus persönlichen Bedenken nicht durchgeführt, da es sich bei den befragten Personen teilweise um Persönlichkeiten handelt, die sich in einer psychisch labilen Verfassung befinden und sich durch Fragen in diese Richtung bedroht fühlen könnten.

3.2.2 STRUKTURIERUNG VON SELBSTKONZEPTEN

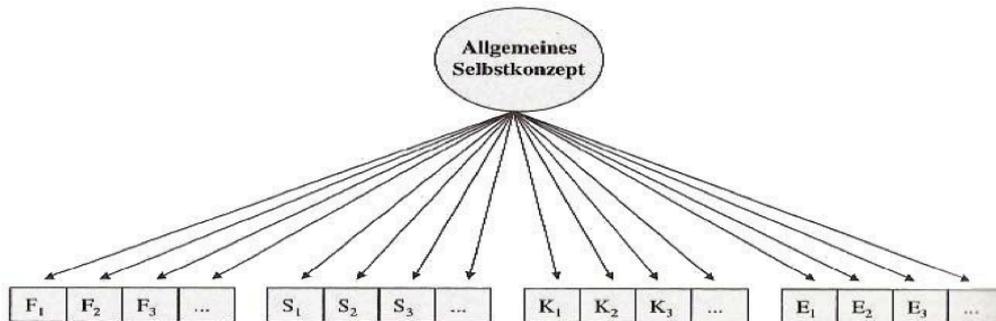
Die im letzten Kapitel erläuterten Definitionsversuche des Begriffs „Selbstkonzept“ lassen erkennen, dass auch hinsichtlich dessen Struktur unterschiedliche Modelle in der Forschung verwendet werden. An welcher Struktur sich die Forscherin orientiert, hängt vor allem mit dem verwendeten Messinstrument zur Selbstkonzeptforschung zusammen.

Eindimensionale Modelle

Das Selbstkonzept besteht hier aus aneinandergereihten und nebeneinander stehenden einzelnen Selbstkonzeptbereichen, die durch ihre Addition zu einer Dimension, dem globalen Selbstkonzept, führen. Dadurch werden eigene spezifische Bereiche wie soziale, emotionale, schulische, usw. Fähigkeiten durch einen gemeinsamen Faktor erklärbar. (siehe Abbildung)

Diese Sichtweise wurde vor allem bei der Messung des Selbstwerts verwendet - beispielsweise bei den häufig eingesetzten Selbstkonzeptskalen von Rosenberg (1965). Obwohl sich diese Betrachtungsweise noch am ehesten für die Messung des Selbstwerts eignet, ist laut Marshie & Hattie (1996) eine Mehrdimensionalität

bereits in mehreren Untersuchungen nachgewiesen worden. (Mummendey 2006, S. 205 - 206)



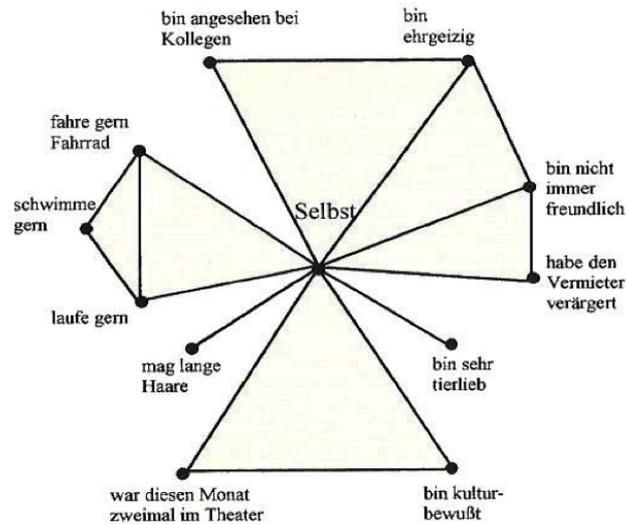
(Abb.: Mummendey, 2006, 206) Eindimensionales Selbstkonzept

Mehrdimensionale Modelle

Mummendey (2006) meint in Bezug auf mehrdimensionale und hierarchische Selbstkonzeptmodelle, „dass es (sich) bei dem allgemeinen Selbstkonzept um einen Faktor höherer Ordnung handelt, der multiple, bereichsspezifische Selbstkonzepte umfasst, die, obgleich sie korreliert sind, als getrennte, eigenständige Konstrukte aufgefaßt (sic!) werden können.“ (S. 207) Wie diese Teilbereiche gegliedert sind, hängt vom Forschungsinteresse ab. Mummendey (2000) geht auf drei Modelle ein, die folgend näher erläutert werden:

Netzwerkartige Struktur von Selbstkonzepten

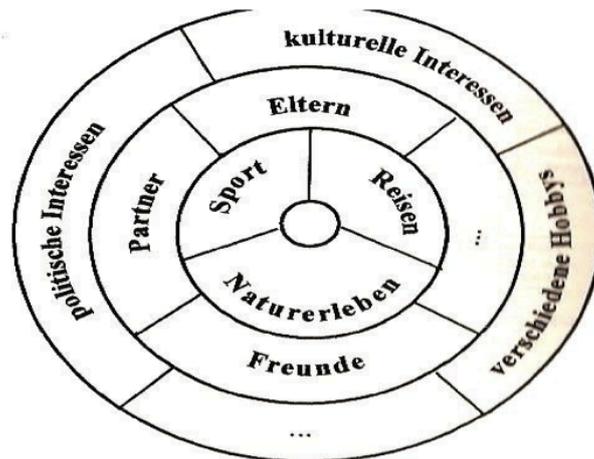
Bei dieser Betrachtungsweise wird davon ausgegangen, dass Selbstkonzepte in einer Art Netzwerkstruktur angeordnet sind. Die unterschiedlichen individuellen Kognitionen sind dabei assoziativ miteinander verbunden. Dadurch entsteht eine Art Netzwerk, in dessen Mittelpunkt das Selbst steht. (Mummendey 2000, S. 24)



(Bild: Mummendey 2000, 25)

Zentrale und periphere Selbstkonzeptbereiche

Bei dieser Sichtweise gliedert sich das Selbstkonzept in primäre (zentrale) und sekundäre (periphere) selbstbezogene Kognitionen. Das Zentrum bildet auch hier das allgemeine Selbstkonzept, um welches herum die verschiedenen Bereiche, je nach Wichtigkeit und Relevanz für das Individuum, angeordnet sind.

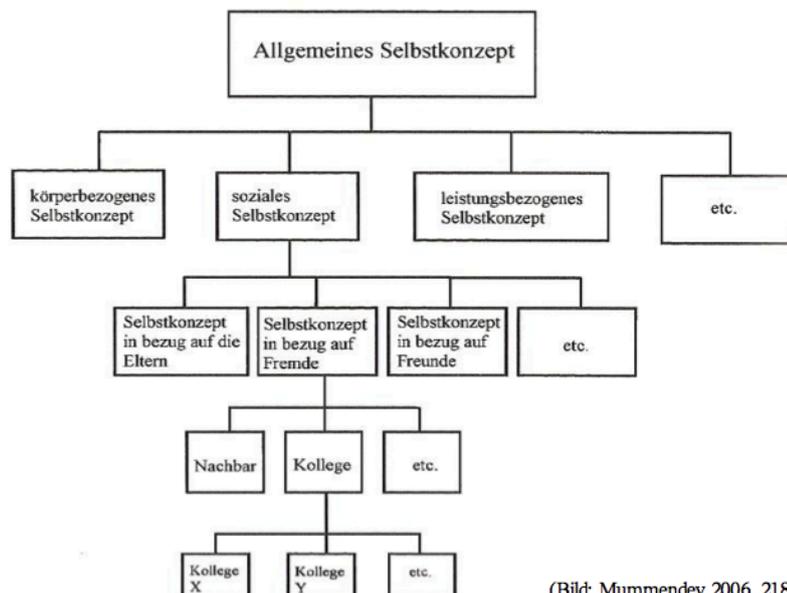


(Bild: Mummendey 2000, 27)

Hierarchische Selbstkonzeptstruktur

Das Modell des hierarchischen Selbstkonzepts geht auf Shavelson, Hubner & Stanton (1976) zurück und geht davon aus, dass verschiedene bereichsspezifische Selbstkonzepte einem globalen Selbstkonzept untergeordnet sind. (S. 413) Dieses von den meisten Autorinnen favorisierte Modell, kann unterschiedlich differenziert werden. Bereichsspezifische Selbstkonzepte können beispielsweise, das körperbezogene, das soziale sowie das leistungsbezogene Selbstkonzept sein. Diese lassen sich wiederum in weitere Subkategorien unterteilen. In der Literatur findet sich eine Vielzahl von unterschiedlichen Differenzierungen. (Mummendey 2000, S. 27) Um das allgemeine Selbstkonzept verändern zu können, müssen mehrere darunter liegende Selbstkonzeptbereiche verändert werden. Die Darstellung der Hierarchisierung hängt mit entwicklungsbedingten und/oder kulturellen Aspekten zusammen – in empirischen Studien wurden aber die wesentlichen Merkmale dieses Modells immer wieder bestätigt (Mummendey 2006, S.208).

In der vorliegenden Untersuchung erfolgt eine Gliederung in das soziale, das emotionale, sowie das kognitive Selbstkonzept, da meist eine Veränderung dieser Bereiche mittels der Psychotherapie angestrebt wird. Eine genauere Erläuterung der Bereiche folgt im empirischen Teil dieser Arbeit.



3.2.3 DAS SELBSTKONZEPT ALS WISSENSSYSTEM

Das Selbstkonzept ist laut Filipp & Mayer (2005) als Gesamtheit des selbstbezogenen Wissens einer Person definiert. Wie das Wissen über andere Objekte, so besteht ebenso das selbstbezogene Wissenssystem aus verschiedenen Elementen unterschiedlicher Quellen, die auf spezifische Weise miteinander verknüpft sind.

Um all die Informationen, aus denen sich das Wissen über die eigene Person konstituiert, zu systematisieren, erfolgt eine Differenzierung in *direkte*, *indirekte*, *komparative*, *reflexive* und *ideationale* Quellen.

Bei der *direkten* Merkmalszuschreibung wird das selbstbezogene Wissen in Form von Aussagen durch andere Personen (z.B.: „Du bist lieb“) vermittelt. Hingegen bei der *indirekten* Merkmalszuschreibung, schließt die Person vom Verhalten des Gegenübers darauf, was andere über sie denken.

Eine weitere Möglichkeit Wissen über sich selbst zu erhalten, besteht aus sozialen Vergleichen, bei denen die Person ihre Einstellungen, Fähigkeiten und Eigenschaften zu denen anderer Mitmenschen in Beziehung setzt. (*komparative Merkmalszuschreibung*)

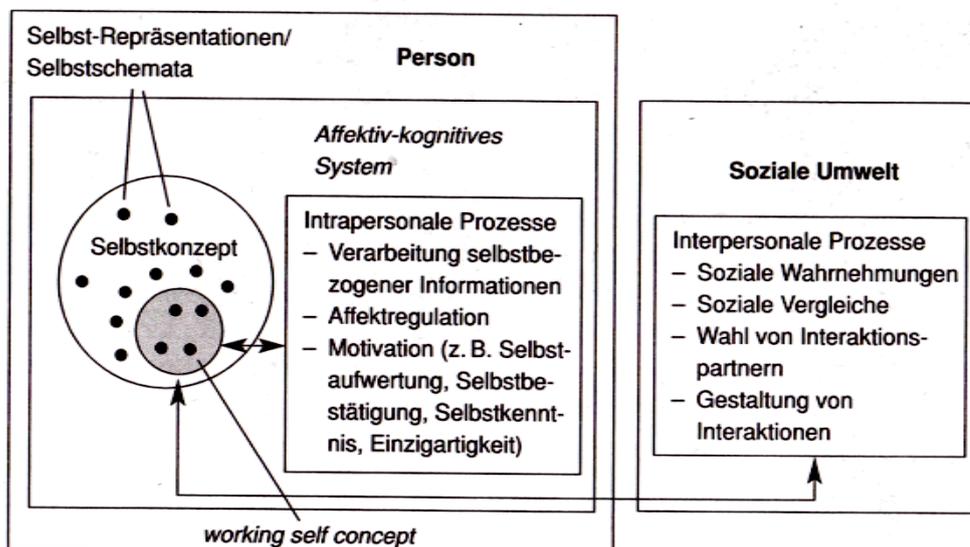
Durch die Selbstbeobachtung und die Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen gelangt die Person durch ein *reflexives Bewusstsein* zu weiterem Wissen über sich selbst. Mit den Jahren kann sich die Person immer mehr selbst dafür entscheiden, welcher Mensch sie sein möchte und wird daher durch Selektion der Informationen zu einem immer selbstständigeren Architekten seines Selbstkonzepts. Man wählt die Interaktionspartner selbst und gestaltet seine Erfahrungsspielräume durch das Aufsuchen gezielter selbstbezogener Informationen. (*ideationale Merkmalszuweisung*) (Filipp & Mayer 2005, S. 266f.)

Die zeitliche Dimension des Selbstkonzepts ist für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung. Da das Selbst in die persönliche Erfahrungsgeschichte eingebettet ist, ist es möglich durch autobiographisches Erinnern das aktuelle Selbstkonzept zu vergangenen Selbstkonzepten („past selves“, Markus & Wurf, 1987) in Beziehung zu setzen. Obwohl die verschiedenen Selbstkonzepte mit ihren Wertvorstellungen „zwar nicht immer unbedingt bewusst sind, [können sie] dem Bewusstsein aber zugänglich gemacht werden“. (Schuppener 2005, S. 68-69)

Dadurch kann ein Vergleich zwischen dem heutigen und dem früheren Selbstkonzept angestellt werden und somit auf Veränderungen geschlossen werden. (Filipp & Mayer 2005, S. 269)

Darüber hinaus entwickeln Menschen mehr oder weniger genaue Vorstellungen darüber, wie sie in Zukunft sein möchten (Ideal-Selbst), „wie sie zu werden sich erhoffen („hoped –for selves“) oder befürchten („feared selves“) und wie sie aus Sicht wichtiger Bezugspersonen sein sollten („normatives Selbst“ resp. „ought self“; Higgins, 1987)“. (Filipp & Mayer 2005, S. 269, Format. wie im Original)

Die Annahme eines dynamischen Selbst besagt, dass die Gesamtheit der Selbstkonzepte zwar relativ zeitstabil ist, in bestimmten Situationen treten aber immer nur bestimmte Aspekte des Selbstkonzepts in den Vordergrund. Abhängig von der jeweiligen Situation ist demnach immer nur ein bestimmter Teil des selbstbezogenen Wissenssystems aktiviert. Dieses aktuelle Selbstkonzept wird als Arbeitsselbstkonzept („working self concept“; Markus & Wurf, 1987) bezeichnet. (Filipp & Mayer 2005, S. 266, Hannover 2005)



Das dynamische Selbst (Markus & Wurf 1987)

Generalisierende Selbstaussagen (zB: „Ich bin faul“) werden von Markus (1977) als Selbstschemata (siehe Abb.) definiert. Es handelt sich dabei um relativ stabile, überdauernde und differenzierte semantisch-abstrakte Wissens Elemente. Diese Selbstschemata entstehen durch zahlreiche Erfahrungen in einem Bereich – so

kommt eine Person, die morgens gerne länger ausschläft und die im Vergleich zu anderen Personen in ihren sozialen Umfeld eher weniger arbeitet zu dem Selbstschemata, sie sei faul. Die Person glaubt mit der Zeit also tatsächlich, dass sie faul sei und geht mit dieser Einstellung durch das Leben. Diese Einstellungen und Erwartungen beeinflussen die Wahrnehmung der selbstbezogenen Informationen, sodass schlussendlich vor allem jene Informationen aufgenommen werden (selektive Wahrnehmung), die das Selbstschemata „ich bin faul“ bestätigen und sich stabilisieren. (Filipp & Mayer 2005, S. 270f.) (siehe Kapitel 3.3)

Auf den Prozess wie sich Selbstkonzepte (und Selbstschemata) stabilisieren bzw. verändern können, wird im nächsten Kapitel näher eingegangen.

3.3 STABILITÄT UND VERÄNDERUNG DES SELBSTKONZEPTS

Empirische Untersuchungen zur Selbstkonzeptveränderung bei Erwachsenen wurden lange Zeit vernachlässigt, da in der Forschung vor allem das Kindes- und Jugendalter als auch das höhere Erwachsenenalter im Zentrum der Aufmerksamkeit standen. Grund dafür war die Annahme, dass das Selbstkonzept im Erwachsenenalter von Stabilität und Konstanz geprägt sei. Mit der Zeit manifestierte sich aber auch die Annahme eines flexiblen, variablen Selbst und es kam immer mehr Forschungsinteresse an diesem Bereich auf. (Mummendey 2006, S. 104f)

Die Frage inwiefern ein Selbstkonzept überhaupt veränderbar ist, beschäftigt die Wissenschaft bereits seit Jahren. Heute existieren zur Veränderung bzw. Stabilität des Selbstkonzepts zwei gegensätzliche Positionen. Einerseits wird von einem dynamischen Selbst (siehe Kapitel 3.2.2) ausgegangen, welches besagt, dass das Selbstkonzept je nach Kontext ständigen Veränderungen ausgesetzt ist (zB: Gergen 1984, Hannover 2005). Andererseits wird hingegen die Stabilität des Selbstkonzepts betont, wobei dieses nur durch gravierende Einflüsse von außen oder durch eine psychische Verarbeitung, zum Beispiel durch eine Psychotherapie, verändert werden kann (zB: Epstein 1984, Hausser 1993).

3.3.1 STABILITÄT DES SELBSTKONZEPTS

Epstein argumentiert für die Stabilität des Selbstkonzepts, da eine Selbsttheorie seiner Meinung nach nur dann Sinn hat, wenn sie auch aufrechterhalten werden kann. Sinnvolle Handlungsentscheidungen und konsistentes Verhalten können sich nur dann dauerhaft manifestieren, wenn der Mensch das Selbstkonzept vor Bedrohungen bzw. Zerstörung schützt. (Epstein 1984, S. 20f)

Das Selbstkonzept wird also als Orientierungshilfe für das eigene Handeln und Verhalten betrachtet. Erfahrungen werden somit immer auch selektiv wahrgenommen und dadurch kommt es zu Generalisierungen von Erwartungen und Denkweisen. Wird ein Kind beispielsweise von seinen Eltern stets als „brav“ bezeichnet, so richtet es sein Verhalten und auch seine Erwartungen nach dieser Prädikatszuschreibung aus. Dadurch wird die Wahrnehmung und Bewertung der selbstbezogenen Informationen (siehe Kapitel 3.2.2) beeinflusst und an das vorhandene Selbstkonzept angepasst. Informationen, die nicht in das vorhandene Selbstkonzept passen, werden entweder vermieden, abgewertet oder so interpretiert, dass sie sich ins Selbstkonzept integrieren können. So wird beispielsweise eine Erfahrung, die nicht in das bestehende Selbstkonzept passt, als Ausnahme abgetan.

Zu den selbstbezogenen Informationen werden aber nicht nur jene aus der Außenwelt gezählt, sondern auch jene aus der Innenwelt eines Menschen. Somit werden auch Gefühle, die nicht in das bisher etablierte Selbstkonzept passen, nicht integriert, verzerrt wahrgenommen oder verleugnet. Geschieht dies über längere Zeit, kann es zu Neurosenbildungen kommen. Erst mit Hilfe einer Psychotherapie können diese verleugneten und verzerrten Gefühle wieder wahrgenommen werden und ins Selbstkonzept integriert werden. (Laskowski 2000, S.22f, S.153ff)

Welches Wissen bezogen wird, hängt demnach von der Wechselbeziehung zwischen Umwelt und Person ab. Eine Untersuchung Gregens (1984) konnte einen Zusammenhang zwischen der Stabilität der Umwelt und der Stabilität des Selbstkonzepts feststellen. Bleiben die äußeren Lebensbedingungen, wie Wohnsituation, Beruf, Partnerschaft, usw., stabil, so ist auch das Selbstkonzept von Stabilität gekennzeichnet. Selbstkonzeptveränderungen wären somit häufiger nach situativen Veränderungen zu erwarten. (S. 86)

Auch Filipp (1980) behauptet, dass eine Stabilisierung erst dann möglich ist, wenn die Person in ein „semi-stabiles Beziehungsgefüge zu ihrer Umwelt eingebettet ist und sie die Relation zwischen sich und ihrer Umwelt als hinreichend invariant konstruiert hat“ (S. 122).

3.3.2 VERÄNDERUNG DES SELBSTKONZEPTS

Wie Selbstkonzeptveränderungen betrachtet werden, hängt vor allem von der Betrachtungsweise des Selbstkonzepts ab – orientiert man sich an einer Selbstkonzeptdefinition die sowohl die kognitive, affektive und konative Komponente berücksichtigt, gibt es mehrere Erklärungsmöglichkeiten für eine Modifikation im Selbstkonzept (zB: Mummendey 2000, 2006, Greve 2006). Wird hingegen das Selbstkonzept nur durch rein kognitive Prozesse definiert, muss bei Selbstkonzeptveränderungen auf komplexe kognitivistische Theorien zurückgegriffen werden, um diese Veränderungen erklären zu können (zB: Hausser 1993, Cloerkes 2006)

Im Folgenden wird speziell auf jene Veränderungsmöglichkeiten des Selbstkonzepts eingegangen, welche vor allem im Kontext einer Psychotherapie als besonders relevant betrachtet werden können.

Veränderung durch den Kontakt mit der eigenen Person

Schuppener (2005) betont vor allem die Kontakthypothese als zentrale Variable für Einstellungsänderungen. Findet ein Kontakt mit sich selbst statt, kann dies zu Veränderungen im Selbstkonzept führen. „Der Kontakt mit der eigenen Person – als sozialem Objekt der Einstellung – in Form von *Erfahrungen mit dem eigenen Verhalten* kann demnach (selbst)einstellungsverändernd wirken.“ (Schuppener 2005, S. 77; Format. wie im Original)

Studienergebnisse (zB Cloerkes 1985; Yucker 1988) konnten zeigen, dass eine (positive) Einstellungsänderung vor allem von der Art und der Qualität des Kontakts abhängt. Somit ist nicht von einer grundsätzlichen Veränderung durch den Kontakt mit der eigenen Person auszugehen, sondern es kommt hingegen auf die Form dieses Kontakterlebens an. Mummendey (2000) betont, dass der Kontakt der eigenen Person Einstellungsveränderungen mit sich ziehen kann, die

nicht nur auf der rein kognitiven Ebene (durch Selbstreflexion) stattfinden, sondern meist ebenso auf der emotionalen (bzw. sozialen) Ebene. Erhält eine Person beispielsweise eine qualitätvolle Rückmeldung über das eigene Verhalten, so ist eine Differenzierung zwischen positiven und negativen (bzw. selbstkonzeptverbessernden und selbstkonzeptverschlechternden) Verhalten möglich und wirkt sich so auf das Selbstkonzept der Person aus. (Schuppener 2005, 77f; Mummendey 2000, 32f)

Da in der Psychotherapie vor allem auf der kognitiven und der emotionalen (bzw. sozialen) Ebene gearbeitet wird, könnte die Kontakthypothese für Veränderungen in der Psychotherapie eine große Rolle spielen.

Veränderung durch kritische Lebensereignisse

Eine weitere Möglichkeit der Veränderung des Selbstkonzepts, stellt das Erleben und Bearbeiten von kritischen Lebensereignissen dar. Filipp & Aymanns (2010) geben an, dass ein Konsens in der Betrachtung von kritischen Lebensereignissen dahingehend besteht, dass diese „weit außerhalb des normalen Erwartungs- und Erfahrungshorizonts und jenseits des Alltags von Menschen liegen und dass sie von heftigen Emotionen begleitet sind“ (S. 16). Gravierend verändernde Lebensereignisse können beispielsweise der Verlust einer geliebten Person (durch Tod oder Trennung), Krankheit, Vertreibung aus der Heimat, usw. sein. Aber auch selbst initiierte Situationen wie Heirat, Umzug, Geburt eines Kindes, Berufswechsel, usw. können als kritische Lebensereignisse verstanden werden. Dabei ist zu beachten, dass das „kritische“ einer Situation erst durch die Betrachtung des Individuums mit seinen vorhandenen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten ausgemacht werden kann. (Filipp & Aymann 2010, S. 16f.)

Oft kommt es vor, dass kritische Lebensereignisse mit einer depressiven Reaktion, wie Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, usw. einhergehen. Meist gelingt es jedoch diese Emotionen zu überwinden und die neue Situation zu akzeptieren. Reichen die Bewältigungs- und Handlungsmöglichkeiten einer Person nicht aus, kommt es zu einer chronischen depressiven Verstimmung. Studien (zB: Brown et al, 1978) haben erwiesen, dass

bei 60 bis 90 Prozent der Personen die von einer depressiven Störung betroffen sind, ein kritisches Lebensereignis vorangegangen war. Filipp & Aymann (2010) nehmen an, dass „die Auslösefunktion kritischer Lebensereignisse für depressive Erkrankungen in einer Vielzahl von Studien belegt und eine klare zeitliche Koinzidenz von Ereignisbelastung und depressiver Symptomatik unbestritten sei“ (S. 89).

Nicht nur Depressionen können aus kritischen Lebensereignissen entstehen, auch eine breite Masse von Gefühlen des Unwohlseins, wie Selbstzweifel, Identitätsverlust bis zu Suizidgedanken, können dadurch ausgelöst werden und sich mit der Zeit chronifizieren. Manche Menschen versuchen diese Situationen durch Bewältigungsstrategien zu überwinden, die sich vor allem auf die unerwünschten Gefühle kurzfristig positiv auswirken – dies geschieht meist mittels Verleugnung, Vermeidung, Projektion, Intellektualisierung oder Suchtmittelmissbrauch. Wird dies über längere Zeit betrieben, kann es zur Manifestierung von psychischen Störungen kommen. Es bedarf somit in diesen Situationen meist professionelle Hilfe um aus dieser Verzweiflung und Not einen Ausweg zu finden.

Gelingt die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen, kann sich dies positiv auf das Selbstkonzept auswirken, da sich der Handlungsspielraum der Person vergrößert und die Wahrnehmung ihrer eigenen Kompetenz erhöht wird.

Misslingt die Bewältigung dieser Ereignisse kann dies zu negativen Veränderungen im Selbstkonzept führen. Diese Einstellungs- bzw. Selbstkonzeptveränderung kann durch die Beobachtung des eigenen Verhaltens in Vergleich zum Verhalten aus vorherigen Zeitabschnitten festgestellt werden (siehe Selbstwahrnehmungstheorie, Bem 1984).

Bis jetzt wurde vor allem auf die Auslöser für Veränderungen im Selbstkonzept eingegangen – auf den Prozess wie sich eine Veränderung der Selbstschemata, die einen zentralen Aspekt des Selbstkonzepts darstellen, gestaltet, wird im nächsten Abschnitt näher eingegangen. (Filipp & Aymanns 2010, 88 ff., 313ff., Lazarus 1981, S.216ff, Mummendey 1981, S. 254)

Veränderung der Selbstschemata

Selbstschemata sind „stabile Selbstrepräsentationen, die es einer Person erleichtern, schnell und ohne viel nachzudenken, schemakongruente Information zu akzeptieren und schemainkongruente Informationen zurückzuweisen“ (Mummendey 2006, S. 127). Diese Selbstschemata sollen der Person helfen, sich selbst und sein Verhalten besser zu verstehen. Sie werden vor allem für jene Bereiche kreiert, die für die betroffene Person als besonders wichtig gelten.

Jene Selbstschemata bleiben so lange stabil, „wie sie den nie endenden Strom selbstbezogener Informationen zu assimilieren vermögen; sie verändern sich in dem Maße, wie sie angesichts abweichender, nicht assimilierbarer Informationen an diese akkomodiert werden“ (Filipp 1984, S. 143).

Wie der Ablauf der Veränderung von Selbstschemata vonstatten geht, fasst Irene Kühnlein (2002) aus den bereits bestehenden Annahmen über die Veränderung der Selbstschemata von Grawe (1987), Stiles (1999), Piaget (1976) und anderen zusammen. Sie versucht die Stufenmodelle miteinander zu verknüpfen und dadurch den Veränderungsprozess in fünf voneinander unterscheidbaren Stufen einzuteilen.

Die letzte Stufe gilt dabei gleichzeitig als Endpunkt einer Äquilibration, als auch als Ausgangspunkt für weitere Entwicklungen. Der Prozess verläuft nicht geradlinig und es kann in jeder der Phasen zu Stagnationen kommen, die dauerhaft aber auch kurzfristig sein können.

Um Assimilationen neuer Informationen zu ermöglichen, bedarf es vielfältiger Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsfähigkeiten. Werden neue Informationen nicht assimiliert bleiben die Schemata unverändert und dadurch tendenziell dysfunktional. Unangenehme Empfindungen bzw. Handlungen behindern die Entwicklung des Individuums und können in einer Störung münden. Laut empirischen Ergebnissen (Kühnlein & Mutz 1996, 2002) kommt es durch eine Psychotherapie vor allem zu Veränderungen der kognitiven und emotionalen Schemata, sowie der Schemata welche die Handlungsfähigkeit einer Person betreffen. (Kühnlein 2002, S. 29 ff., 134 f.)

3.4 SELBSTKONZEPT UND INTELLEKTUELLE BEEINTRÄCHTIGUNG

3.4.1 FORSCHUNGSSTAND

Die Selbstkonzeptforschung für Personen mit intellektueller Beeinträchtigung ist bis dato noch wenig fortgeschritten. Vor allem das Selbstkonzept von erwachsenen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wurde in der Forschung kaum berücksichtigt.

Um dennoch einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu geben wird folgend auf einige wichtige Ergebnisse eingegangen:

Anhand der vorhandenen Forschungsergebnisse lässt sich feststellen, dass in der frühen Kindheit noch keine gravierenden Unterschiede in der Selbstkonzeptentwicklung zwischen Kindern mit und ohne intellektueller Beeinträchtigung bemerkbar sind (u.a. Cicchetti, Pogge-Hesse 1982). Die Selbstkonzeptforschung im Bereich der Sonderpädagogik und der Sonderpädagogischen Psychologie konzentriert sich hierbei vorwiegend auf Kinder in Sonderschulen (u.a. Wocken 1983, Moser 1986, Eberwein 1996). Erst ab der Adoleszenz werden negative Selbstkonzeptentwürfe bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nachgewiesen (u.a. Evans 1998, Widaman et al 1992, Levy-Shiff et al 1990).

Zu Beginn der 60er-Jahre widmete sich Zigler (1973), als einer der Ersten dieser Thematik. Etwas später wurde von Zigler & Balla (1982) und auch Hodapp (1966) eine entwicklungspsychologische Theorie entwickelt, die laut Hoffmann (2001) erfolgreich bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung angewendet wurde. Dabei ist zu beachten, dass sich Kinder mit intellektueller Beeinträchtigung dahingehend von Kindern ohne intellektueller Beeinträchtigung unterscheiden, dass sie ein weniger differenziertes Selbstkonzept ausbilden und ein niedrigeres Idealselbst aufweisen. Ob und inwiefern diese Ergebnisse auch auf das Erwachsenenalter übertragen werden können, ist bislang unbeantwortet. Auf die Entwicklung von Selbstkonzepten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wird im folgendem Kapitel noch näher eingegangen werden.

Zum Selbstkonzept von Erwachsenen mit intellektueller Beeinträchtigung gibt es kaum repräsentative Forschungsergebnisse – Eine der wenigen Untersuchungen stellt die Forschung Hofmanns et al. (1996) dar. Durch quantitative und qualitative Gesprächsanalysen wurde das Selbstbild von sieben Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung erforscht. Die Ergebnisse zeigten vor allem ein Spannungsverhältnis zwischen sozialer und emotionaler Abhängigkeit und dem Bedürfnis nach Normalität.

Julius (2000) untersuchte 1997 das Selbstkonzept und die Identität von vier Personen mit intellektueller Beeinträchtigung mittels Interviews. Alle Befragten waren mit ihrer Lebenssituation durchaus zufrieden und es konnte ein positives Selbstbild festgestellt werden. Zwar hatten alle Probandinnen bereits Erfahrungen mit Stigmatisierung von außen aufgrund ihrer Behinderung gehabt, haben diese aber nicht ihr Selbstbild integriert.

Auch Schuppener (2005) setzte sich mit dem Selbstkonzept von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung auseinander, indem sie 114 Untersuchungspersonen mittels quantitativer und qualitativer Methoden beforschte und zu dem Ergebnis kam, dass „insgesamt positive Selbstbilder sowie kategoriale und geschlechtsbezogene Differenzen innerhalb der geäußerten Selbstkonzepte“ (Schuppener 2005a, S. 166) deutlich wurden. Schuppener (2005) war es ein besonderes Anliegen, die intellektuell beeinträchtigten Menschen in alle Forschungsschritte miteinzubeziehen und dabei dem personenzentrierten Ansatz zu folgen, indem die Betroffenen selbst als Ausgangspunkt der zu gestaltenden Forschung und Theoriebildung galten. (S. 166, 175)

3.4.2 ENTWICKLUNG DES SELBSTKONZEPTS IN DEN VERSCHIEDENEN ALTERSPHASEN

Wie bereits erwähnt sind ebenso Forschungen zur Entwicklung von Selbstkonzepten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung rar. Fasst man die wenigen Ergebnisse zusammen lässt sich folgendes feststellen:

In der frühen Kindheit konnte man keine gravierenden Unterschiede in der Selbstkonzeptentwicklung zwischen Säuglingen und Kleinkindern ohne und mit intellektueller Beeinträchtigung feststellen.

Im Schulalter geht man aber bereits von Entwicklungsverzögerungen aus, da Kinder mit intellektueller Beeinträchtigung überhöhte und verzerrte Selbstäußerungen tätigten, die sonst vorwiegend bei Vorschulkindern ohne intellektuelle Beeinträchtigung zu finden sind.

Negative Selbstkonzeptentwürfe werden bei Personen mit intellektueller Beeinträchtigung erst ab der Adoleszenz nachgewiesen.

Der folgende Teil sollte nun näher die Entwicklungsphasen des Selbstkonzepts bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung beleuchten, wobei hier vor allem die Erkenntnisse von Evans (1998) einen wichtigen Bezugspunkt darstellen.

Frühe Kindheit

Nach Evans (1998) gibt es in der frühen Kindheit keine Unterschiede bei der Selbstkonzeptentwicklung von Kindern mit und ohne intellektueller Beeinträchtigung. Kinder mit Down-Syndrom zeigen ähnliche affektive Verhaltensantworten und Organisationsprozesse wie Kinder ohne intellektuelle Beeinträchtigung auf der gleichen kognitiven Entwicklungsstufe. Dies lässt darauf schließen, dass Kinder mit intellektueller Beeinträchtigung zwar Unterschiede im Entwicklungsniveau vorweisen, ihre sozialen und affektiven Prozesse hingegen aber dem Niveau ihres chronologischen Alters angemessen zu sein scheinen. (S.467f.)

Aus psychoanalytischer Sicht ist die Gefahr den Wunsch nach Symbiose zu entwickeln besonders bei Kindern mit intellektueller Beeinträchtigung relativ groß. Dieser wird durch gestörte Interaktionsprozesse erzeugt und ist laut Sarimski (1986) bei Säuglingen und Kindern mit dem Risiko zur Entwicklung einer intellektuellen Beeinträchtigung besonders häufig der Fall. (siehe Kapitel 2.1.4) Diese frühen Beeinträchtigungen der ersten Dialoge des Kindes mit der Außenwelt können eine positive Selbstbildgenese beeinträchtigen, wobei die Konsequenzen zumeist erst Jahre später sichtbar werden. (Schuppener 2005, S. 105)

Vorschul- und Schulzeit

Vorschulkinder sind in der Selbstkonzeptforschung generell kaum beachtet worden – zu Vorschulkindern mit intellektueller Beeinträchtigung liegen bis dato überhaupt keine Forschungsergebnisse vor. (Hofmann 2001, S. 320)

Harter & Pike (1984) fanden heraus, dass Kinder ohne intellektuelle Beeinträchtigung im Alter zwischen 3 und 6 Jahren meist eine überhöhte Selbsteinschätzung vorweisen. Sie können ihre Kompetenzen noch nicht richtig zuordnen und ihre Selbstäußerungen entsprechen eher einem Ideal- als einem Realselbst. Laut Evans (1998) lässt sich aufgrund der fehlenden Forschungen nicht sagen, ob diese Erkenntnisse auch auf Vorschulkinder mit intellektueller Beeinträchtigung umgemünzt werden können. Dennoch kann man vermuten, dass das Selbstkonzept von Schulkindern mit intellektueller Beeinträchtigung dem von Vorschulkindern ohne intellektuelle Beeinträchtigung entspricht – Fine & Caldwell (1967) fanden heraus, dass das Selbstbild von Kindern mit intellektueller Beeinträchtigung zwischen 9-13 Jahren „*inaccurate, inflated and unrealistic*“ (Evans 1998, S. 468, Hervorhebung im Original) im Vergleich zu den Einschätzungen der Lehrerinnen erschiene. (Evans 1998, S. 468 f.)

Die Adoleszenz

Ein realistisches Selbstkonzept, wie es bei nicht intellektuell beeinträchtigten Kindern in der mittleren Kindheit zu finden ist, konzipiert sich bei Kindern mit intellektueller Beeinträchtigung erst im Jugendalter. Aufgrund von Forschungen kommt Evans (1998) zur Annahme, dass Jugendliche mit intellektueller Beeinträchtigung durchwegs negative Selbstkonzeptualisierungen in unterschiedlichen Selbstkonzeptbereichen vorweisen. Sie gaben an ihr Leben für uninteressant zu halten und äußerten Gefühle von Leerheit, Frustration und Inadäquatheit.

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung bemühen sich oft ab der Adoleszenz wie nicht-beeinträchtigte Menschen zu wirken – dies lässt darauf schließen, dass sich Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung durchaus über die Alters-Rollen-Erwartung bewusst sind. (S. 473 ff.)

II EMPIRISCHER TEIL

*„Der Schlüssel zum Verstehen eines Menschen
liegt in seinem persönlichem Erleben“*

(PÖRTNER 2003)

4. METHODISCHES VORGEHEN BEI ERHEBUNG UND AUSWERTUNG

Um die unten angeführte Forschungsfrage beantworten zu können, wird qualitativ vorgegangen. Die Erhebung erfolgte mittels des problemzentrierten Interviews (Witzel 1982).

Die Auswertung wird mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) vorgenommen. Auf das methodische Vorgehen wird nun näher eingegangen.

4.1 FORSCHUNGSFRAGE UND FORSCHUNGSANNAHMEN

Mummendey (2006) definiert das Selbst als „die Gesamtheit (die Summe, das Ganze, der Inbegriff usw.) der Einstellungen zur eigenen Person“. (S. 38; Fromat. wie im Orig.) Diese Selbstkonzeptdefinition beinhaltet die kognitive Komponente (wie man sich wahrnimmt und über sich denkt), als auch die affektive (Selbstbewertung) und konative Komponente (Ziele, Motivationen). (ebd.) In Anlehnung an Shavelson, Hubner und Staton (1976) kann von einem hierarchisch multidimensionalen Modell zur Strukturierung von Selbstkonzepten ausgegangen werden. Hierbei werden verschiedene bereichsspezifische Selbstkonzepte einem globalen Selbstkonzept untergeordnet. (siehe Kapitel 3.2.1)

In wissenschaftlichen Untersuchungen eignet sich die Orientierung an einem hierarchischen Modell besonders, da dadurch eine bestmögliche Spezifizierung einzelner Selbstkonzeptaspekte möglich ist. Im Gegensatz zu Evans (1998) Beschreibungen, ist laut Schuppener (2005) von einer Differenzierungsfähigkeit bereichsspezifischer Selbstkonzepte bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung auszugehen. (S. 84f) Daher soll auch im Rahmen des angestrebten Forschungsvorhabens das hierarchisch mehrdimensionale Modell zur Strukturierung der Veränderungen des Selbstkonzeptes als Grundlage dienen. Da laut Kühnlein (2002) in der Psychotherapie vor allem eine Veränderung auf emotionaler, kognitiver und sozialer Ebene stattfindet, können diese Bereiche als unterschiedliche Selbstkonzeptdimensionen betrachtet werden. (S. 135) Basierend auf diesem theoretischem Hintergrund sollte mittels problemzentrierten Interviews mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung folgende Forschungsfrage beantwortet werden können:

„Wie gestalten sich Veränderungen des Selbstkonzepts bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung während des Therapieverlaufs?“

Wie in Kapitel 2.1.1 beschrieben wird, gibt es zwar bereits Untersuchungen zu dem Themengebiet der Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung - die Veränderung des Selbstkonzepts während des gesamten Therapieverlaufs wurde aber bis dato noch nicht als Forschungsvorhaben realisiert. Ein weiteres Versäumnis im sonderpädagogischen Bereich stellt die Forschung mit den Betroffenen selbst dar – zumeist finden Forschungen über sie statt, es wird die Fremdperspektive erfasst. Das Erleben der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wird dabei meist nicht berücksichtigt.

Der Blickwinkel aus der Sicht der Betroffenen sollte aber besonders hilfreich sein, um die Bedürfnisse für eine positive Veränderung des Selbstkonzepts von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung im therapeutischen Setting besser wahrnehmen zu können bzw. diese Bedürfnisse als theoretische Grundlage für die therapeutische als auch für die pädagogische Praxis mitzudenken.

In dem geplanten Forschungsvorhaben sollte es jedoch nicht um die Wirksamkeit einzelner Therapiemethoden gehen, sondern vielmehr sollte das subjektive Empfinden in Bezug auf die Veränderung des Selbstkonzept im Mittelpunkt stehen.

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurden folgende Forschungsannahmen aufgestellt:

Forschungsannahme 1 (H1):

Während des Therapieprozesses findet eine Veränderung des emotionalen Selbstkonzepts bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung statt.

Forschungsannahme 2 (H2):

Während des Therapieprozesses findet eine Veränderung des kognitiven Selbstkonzepts bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung statt.

Forschungsannahme 3 (H3):

Während des Therapieprozesses findet eine Veränderung des sozialen Selbstkonzepts bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung statt.

Forschungsannahme 4 (H4):

Wird die Therapie nicht aus intrinsischer Motivation begonnen, kommt es entweder zu keiner oder zur einer negativen Veränderung im (emotionalen/sozialen/kognitiven) Selbstkonzept.

Forschungsannahme 5 (H5):

Kommt es zu Veränderungen in einem Bereich des Selbstkonzepts, das für den/die Betroffene/n besonders wichtig erscheint, kommt es zu einer Veränderung des globalen Selbstkonzepts.

4.2 ERHEBUNGSMETHODE

Das problemzentrierte Interview von Witzel (1982), kann zu den Leitfadeninterviews gezählt werden. Warum gerade diese Methode gewählt wurde und auf welchem theoretischen Hintergrund das Interview aufgebaut ist wird im ersten Unterpunkt genauer erläutert. Da es bei der Interviewführung mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung einige Aspekte gibt, die besondere Berücksichtigung verdienen, werden diese im zweiten Unterpunkt genauer erörtert. Die Entstehung des Interviewleitfadens und seine Aufgabe kann im dritten Unterpunkt nachvollzogen werden. Die Beschreibung der Stichprobe sowie die Arbeitsschritte der Erhebung können in Punkt vier und fünf nachgelesen werden.

4.2.1 DAS PROBLEMZENTRIERTE INTERVIEW

Da in dem durchgeführten Forschungsvorhaben die subjektiven Sichtweisen der Interviewten im Mittelpunkt stehen sollten, eignet sich das problemzentrierte Interview besonders als Erhebungsinstrument. Trotz ihrer Strukturierung bleibt für Offenheit und subjektive Bedeutungen noch genügend Spielraum.

Witzel's (1982) drei Grundpositionen des problemzentrierten Interviews sollten folgend näher erläutert werden und mit der vorliegenden Forschung in Verbindung gebracht werden:

Die *Problemzentrierung* verlangt eine vorherige Auseinandersetzung mit der Thematik des zu behandelnden Problemfelds. Erst durch die eingehende Recherche der Themen Selbstkonzept und Psychotherapie in Verbindung mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist ein professionelles Arbeiten gewährleistet worden.

Die Forderung nach einer *Gegenstandsorientierung* bedeutet, dass die Methoden am Gegenstand orientiert entwickelt werden. Um die Fragestellung nach der Gestaltung der Veränderungen des Selbstkonzepts bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung während des Therapieverlaufs zu beantworten, konnte hierbei die Methode so modifiziert werden um zu einer bestmöglichen Interviewsituation zu gelangen. Als Beispiel ist hier der flexible Einsatz der Gesichtsskalen oder die Anpassung an das individuelle Rede- und Pauseverhalten der Probandinnen zu nennen.

Als letzter Punkt wird von Witzel (1982) die *Prozessorientierung* genannt. Dabei geht es schließlich „um die flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfelds, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, wobei Zusammenhang und Beschaffenheit der einzelnen Elemente sich erst langsam und in ständigen reflexiven Bezug auf die dabei verwandten Methoden herauschälen“ (Witzel 1982, S. 72).

Welche Besonderheiten bei Interviews mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung berücksichtigt werden sollen, wird folgend noch eingehender erläutert. (Witzel 1982, S. 65ff, Mayring 2008, S. 68f.)

4.2.2 INTERVIEWS MIT MENSCHEN MIT INTELLEKTUELLER BEEINTRÄCHTIGUNG

Buchner (2008) beschreibt die ethnischen, methodologischen und praktischen Aspekte der Durchführung von qualitativen Interviews mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die ebenso bei der Entwicklung und Durchführung der vorliegenden Untersuchung berücksichtigt wurden:

Bevor auf Elemente wie Setting oder Kommunikation bei Interviews mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung eingegangen wird, sollte vorerst noch der *ethische Aspekt* der Forschung mit dieser Zielgruppe diskutiert werden.

Als wichtigster Punkt wäre zu nennen, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung niemals Nachteile aus einer Forschungsteilnahme ziehen dürfen. Um dies zu gewährleisten, wird gleich zu Beginn eine Einverständniserklärung (siehe Anhang) von der Befragten eingeholt. Darin wird das Forschungsvorhaben noch genauer erläutert und auf die Rechte der Teilnehmer hingewiesen.

Einen wichtigen Aspekt stellt die *Anonymisierung der Daten* dar. Die Teilnehmer sollten selbst entscheiden können, ob ihre persönlichen Informationen veröffentlicht werden oder nicht. Vor allem bei inklusiven Forschungsprojekten kommt es vor, dass sich die Teilnehmer bewusst gegen eine Anonymisierung der Daten entscheiden. Oftmals kommt es aber auch vor, dass gerade die Anonymisierung einen wichtigen Faktor für eine Teilnahme darstellt.

Auch sollte schon zu Beginn *Charakter und Dauer der Beziehung* geklärt werden. Geschieht dies nicht, können unter Umständen falsche Erwartungen (z.B. dauerhafte Freundschaft, usw.) geweckt werden.

Um einen direkten Kontakt zu den Probandinnen zu ermöglichen, wird ein *„information drop“* (siehe Anhang) ausgearbeitet. Darin sind alle wichtigen Informationen über das Forschungsvorhaben zu finden und es kann direkt an die potenziellen Teilnehmerinnen ausgehändigt werden. Dadurch wird unter anderem auch ermöglicht, dass sich interessierte Menschen aus eigenem Antrieb an den Forschungsleiter wenden können, ohne dass eine Kommunikation über Dritte nötig wäre.

Das *Setting* der Interviewdurchführung sollte sich so natürlich wie möglich gestalten. Die Räumlichkeiten werden von den Teilnehmerinnen selbst ausgesucht und sollten nur die Bedingung erfüllen, dass sie sich dort wohl und ungestört fühlen können.

Um sozial erwünschte Antworten zu reduzieren, sollte darauf geachtet werden, dass das Interview in einem separaten Raum und wenn möglich ohne die Anwesenheit von Dritten durchgeführt wird.

Die *Kommunikation* bei Interviews mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung stellt hohe Anforderungen an die Forscherin, da diese von einem hohen „*Maß an Sensibilität, Spontaneität und Einfühlungsvermögen*“ (Buchner 2008, S. 521, Format. wie im Orig.) geprägt sein sollte. Eine strikte Abarbeitung eines Leitfadens empfiehlt sich bei diesem Personenkreis nur wenig. Stattdessen sollte auf ein eher offenes Interviewkonzept zurückgegriffen werden, indem die Fragen ständig an den Gesprächsverlauf angepasst werden. Dadurch ist es möglich der Probandin einen gewissen Spielraum zu geben, um ihre Sichtweise der Dinge in den Mittelpunkt des Interviews zu stellen.

Als Gesprächseinstieg, eignen sich vorerst Themen wie etwa das Wetter, um Nervosität und Spannung der Interviewpartnerinnen abzubauen und eine angenehme und natürliche Atmosphäre zu erzeugen. Auch eine Erklärung des Tonbandgeräts kann sich ebenfalls günstig auf den Verlauf des Interviews auswirken. Als letzter, aber wichtiger Punkt, wäre noch die Verwendung einer nachvollziehbaren, verständlichen Sprache zu nennen, um somit Kommunikations- und Verständnisproblemen aus dem Weg zu gehen. (Buchner 2008, 516ff)

All diese Aspekte wurden auch in der vorliegenden Forschung beachtet und werden teilweise im Kapitel 4.1.5 Untersuchungsdesign noch genauer erläutert.

4.2.3 DER INTERVIEWLEITFADEN

Bevor ein Leitfaden entwickelt werden kann, muss eine Analyse des Problems durchgeführt werden, um dadurch die zentralen Aspekte für den Interviewleitfaden zu erkennen. Der Leitfaden sollte vor allem als Gedächtnisstütze dienen und ein eventuelles Vergessen von wichtigen Aspekten vermeiden.

Da bei der vorliegenden Untersuchung die Veränderungen im Selbstkonzept während der Psychotherapie erfragt werden sollten, orientierte sich der Leitfaden vor allem an den verschiedenen Facetten des Selbstkonzepts. Um zusätzlich noch Raum für weitere Interpretationen zu schaffen, wurden außerdem noch Fragen zu weiteren Aspekten formuliert. Diese werden im Kapitel 4.2.2 noch genauer erläutert. (Leitfaden siehe Anhang)

Wie im vorherigen Kapitel bereits erwähnt wurde, gibt es bei Interviews mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung einige Elemente die besondere Berücksichtigung verdienen. Je nach Reflexivität und Eloquenz der Befragten kann die Interviewerin adäquat reagieren, indem sie sich an der Interviewpartnerin orientiert. Zwar ist es jeder der Befragten ermöglicht worden, frei über den Untersuchungsgegenstand zu erzählen, aber dennoch wurden zusätzlich detaillierte Fragen entwickelt um dadurch zu mehr Informationen, die zur Beantwortung der Fragestellung dienen, zu gelangen.

Durch ein Probeinterview wurde der Leitfaden getestet und anschließend modifiziert. Des Weiteren ist ein Probeinterview auch dahingehend notwendig, um zu lernen sich auf die Interviewsituation einzustellen, was besonders bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als sehr wichtig gewertet werden kann. (Mayring 2008, S.69, Flick 2009, 210f.)

Als Ergänzung zu den Fragen wurde auf eine visuelle Analog-Skala in Form von lächelnden/neutralen/traurigen Gesichtern zurückgegriffen. Die Gesichter wurden dem "Personal Wellbeing Index for People with intellectual disability" (Cummins 2003) entnommen und sollten es den zu Interviewenden erleichtern, auf schwierigere Fragen antworten zu können. Den Interviewpartnerinnen wurde es freigestellt ob sie auf die Gesichtsskala zurückgreifen wollen oder nicht:



Abb.: Analog-Skala in Form von Gesichtern

Die Analog-Skala erwies sich insbesondere bei Menschen die Schwierigkeiten in der Konzentration und der Reflexivität auswies als sehr hilfreich. Eine Befragung ohne den Einsatz der Gesichtsskala wäre bei einigen Probandinnen nicht möglich gewesen. Andere wiederum verzichteten komplett auf die Einbeziehung der Karten in das Interview. Im Großen und Ganzen erwies sich der Einsatz der Analog-Skala als sehr flexibles und hilfreiches Erhebungsinstrument.

4.2.4 DIE AUSWAHL DER INTERVIEWPARTNERINNEN

Die Stichprobe setzte sich aus fünf Probandinnen zusammen, davon drei Männer und zwei Frauen. Die befragten Personen waren zwischen 40 und 53 Jahre alt. Zwei der Befragten wohnen in einer eigenen Wohnung, zwei in einer betreuten Wohngemeinschaft und einer in einer teilbetreuten Wohngemeinschaft. Vier der Interviewpartnerinnen arbeiten in einer betreuten Werkstatt (Beschäftigungstherapie) und eine Person befindet sich bereits im Pensionsalter. Alle fünf Interviewpartnerinnen waren mindestens 10 Monate in einer Psychotherapie. Aktuell besuchen zwei davon eine Personenzentrierten Psychotherapie, zwei Psychodrama und eine Befragte besucht eine integrative Gestalttherapie. Es ist anzumerken, dass drei der Befragten bereits mehrere unterschiedliche Therapien besucht haben.

Als Grund für die Psychotherapie wird bei zwei der Probandinnen auf physische Beschwerden verwiesen, wobei diese bei einer Interviewpartnerin auf Angstzustände und Panik zurückgeführt werden können. Bei drei Probandinnen

werden Probleme im sozialen Umfeld als Gründe für die Psychotherapie genannt. Diese beziehen sich auf soziale Beziehungen und Konfliktlösungsverhalten. Zwei der Probandinnen leiden unter Angststörungen. Bei vier der Interviewpartnerinnen kann eine primär reaktive Störung angenommen werden, die durch die traumatischen Erlebnisse im Laufe des Lebens ausgelöst wurde. Durch die schwierigen lebensgeschichtlichen Zusammenhänge ist es möglich, dass sich aufgrund dieser Erlebnisse ebenfalls psychische Störungen im engeren Sinne entwickelt haben.

4.2.5 UNTERSUCHUNGSDESIGN

Die Kontaktaufnahme geschah entweder durch die Ausschreibung des Forschungsvorhabens in bestimmten Institutionen (betreute Wohngemeinschaften, Werkstätten, Club 21, Selbstvertretungsorganisationen usw.) oder durch die direkte Kontaktierung von Psychotherapeutinnen (eingetragen in die Psychotherapeutenliste gemäß § 17 Abs. 5 in Verbindung mit § 12 Psychotherapiegesetz, BGBl.Nr. 361/1990) die bereits mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zusammengearbeitet haben, um nach Klientinnen zu fragen, die eventuell Interesse an einem Gespräch zu diesem Thema haben könnten.

Um eine direkte Kommunikation zwischen Forscherin und potenzieller Probandin zu ermöglichen, wurde an die Institutionen und an die Psychotherapeutinnen ein „information ‚drop““ (Griffin/Balandin 2004) (siehe Anhang) gesendet. Dieses umfasst Informationen verfasst in „leichter Sprache“ die über das Forschungsvorhaben aufklären sollten und direkt an die Betroffenen weitergereicht werden kann.

Nachdem sich einige potentielle Interviewpartnerinnen entweder persönlich oder über eine Bezugsperson gemeldet haben, wurde ein Termin für ein Erstgespräch vereinbart. In diesem sollte das Forschungsvorhaben genauer erläutert und etwaige Fragen geklärt werden. Da es sich bei den Interviewpartnerinnen vor allem um Personen handelte, die sich in einer psychisch eher labilen Verfassung

befanden, war ein Vorabkennlernen ebenso für den Aufbau von Vertrauen, sowie für den Abbau von diversen Befürchtungen notwendig.

Bei dem Erstgespräch wurde gemeinsam eine von mir verfasste Einverständniserklärung (siehe Anhang) durchgegangen. Darin wurde nochmals darauf hingewiesen, dass die Daten, sofern erwünscht, anonymisiert werden, die Interviewpartnerin jederzeit das Recht hat, sich von dem Forschungsvorhaben zurückzuziehen, sowie, dass eine Auskunft über die Forschungsergebnisse jederzeit möglich ist. Jede Interviewpartnerin unterschrieb diese Einverständniserklärung doppelt. Weiters wurde auf die Option hingewiesen, dass eine kommunikative Validierung der Ergebnisse im Zuge eines dritten Treffens in Anspruch genommen werden kann.

Die Interviewpartnerinnen konnten entscheiden wo das Kennenlern-Treffen, sowie das Interview durchgeführt werden sollte. Bei den Kennenlern-Treffen wollten zwei der Probandinnen eine Betreuerin mit dabei haben. Das Interview wurde jedoch nur in Anwesenheit der Probandin und der Forscherin durchgeführt und auf Tonband aufgenommen.

Zu Gesprächsbeginn wurde versucht eine Atmosphäre von Vertrauen und Entspannung zu schaffen, indem vorerst über Allgemeinplätze wie Wetter gesprochen wurde. Erst nach einigen Minuten wurde auf das eigentliche Thema übergeleitet und abgewartet bis die Probandin zur Durchführung des Interviews bereit war. Ob die Interviewteilnehmerin mit „du“ oder „Sie“ angesprochen werden sollte, wurde vorab geklärt. Zwei der Probandinnen wünschten ausdrücklich eine Anrede mit „du“, die restlichen wurden mit „Sie“ angesprochen. Wie bereits erwähnt, wurden die Fragen in einer einfachen, aber verständlichen Sprache formuliert und nach jeder Frage wurde ausreichend Zeit zum Überlegen gegeben. Hatte die Forscherin das Gefühl, eine Probandin hat das Gesagte nicht vollkommen verstanden, wurde die Frage in andere Worte verfasst, oder einzelne Wörter genauer erklärt.

Je nach Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer der Probandinnen variierte die Dauer der Interviews zwischen 15 und 50 Minuten. Zu erwähnen gilt auch, dass den Befragten bereits vor Interviewbeginn die Möglichkeit einer Pause während

des Interviews angeboten wurde – diese wurde von keiner der Probandinnen in Anspruch genommen.

Nach dem Interview wurde darauf hingewiesen, dass ein drittes Treffen zu Zwecken der kommunikativen Validierung gerne in Anspruch genommen werden kann. Dabei wurden die Resultate des Interviews zusammengefasst und mit der Probandin rückbesprochen. Diese Möglichkeit wurde von zwei der fünf Befragten genutzt. Dabei wurden die Forschungsergebnisse insgesamt bzw. pro Person in „leichte-Sprache“ übersetzt und gemeinsam mit den Interviewpartnerinnen durchgegangen. Kam es zu Änderungen wurden diese in den weiteren Prozess eingebunden. Dadurch sollten Fehlschlüsse seitens der Forscherin eliminiert werden und der Probandin die Möglichkeit gegeben werden, den Forschungsprozess mitzubestimmen.

4.3 AUSWERTUNG

Die Auswertung der fünf Interviews wurde mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) vorgenommen. Im ersten Punkt wird auf die für die vorliegende Forschung gewählte strukturierende inhaltliche Analyse näher eingegangen. Anschließend wird die Kategorienbildung noch genauer erläutert.

4.3.1 DIE QUALITATIVE INHALTSANALYSE

Die Methode der Datenauswertung orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Der Vorteil dieser Methode gegenüber anderen Verfahren ist darin zu finden, dass das Analyseverfahren schrittweise erfolgt. „Dadurch wird sie für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar“ (Mayring 2008, S. 53). Der Prozess der qualitativen Inhaltsanalyse ist durch ihr systematisches Vorgehen gekennzeichnet. Die Analyse des Materials verläuft nach expliziten Regeln und „will durch Aussagen über dass zu analysierende Material *Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation ziehen*“ (Mayring 2008, S.12, Format. wie im Orig.).

Da in der vorliegenden Arbeit das Material anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse analysiert wurde, wird folgend auf diese genauer eingegangen:

Ziel der strukturierenden Inhaltsanalyse ist es, eine bestimmte Struktur aus dem vorliegenden Material herauszufiltern, indem ein Kategoriensystem herangetragen wird. Die Kategorien müssen aus der Fragestellung abgeleitet werden und theoretisch fundiert sein. Die Kategorien werden folgend noch weiter differenziert und in Hauptkategorie (Dimension) und Subkategorie (Ausprägung) unterteilt. Die Kategorienbildung der vorliegenden Untersuchung wird im nächsten Kapitel noch eingehender erläutert.

Je nachdem welches Ziel mit der Inhaltsanalyse verfolgt wird, können verschiedene Formen der strukturierenden Inhaltsanalyse unterschieden werden. Folgend muss zwischen *einer formalen, inhaltlichen, typisierenden und skalierenden* Strukturierung gewählt werden. Da in der vorliegenden Forschung das vorhandene Material zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahiert und zusammengefasst werden soll, eignet sich die inhaltliche Strukturierung zur Datenauswertung. (Mayring 2008, S. 82f)

4.3.2 KATEGORIENBILDUNG

Wie bereits erwähnt, weisen empirischen Ergebnisse (Kühnlein & Mutz 1996, 2002) darauf hin, dass es durch eine Psychotherapie vor allem zu Veränderungen im kognitiven und emotionalen Bereich kommt. (Kühnlein 2002, S. 29 ff., 134 f.) Auch im Brockhaus Psychologie (2009) werden das soziale als auch das emotionale Selbstkonzept als zwei der wichtigsten Facetten des Selbstkonzepts genannt. (S. 675)

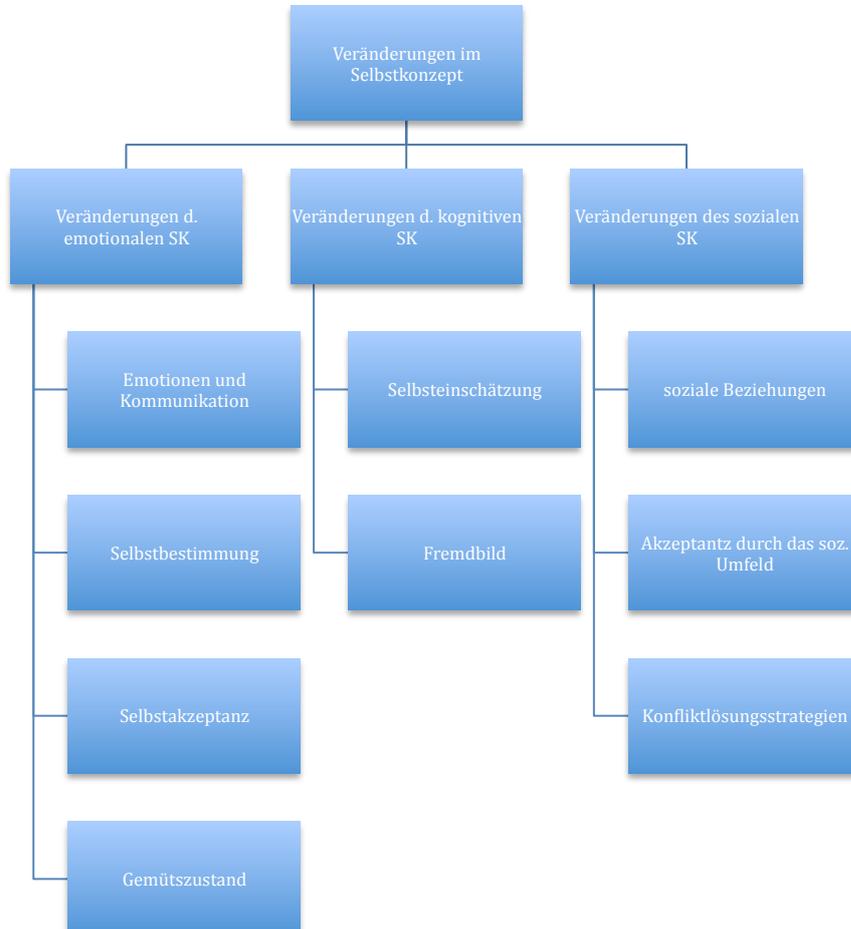
Anhand der Fragestellung lassen sich somit drei Selbstkonzeptbereiche ableiten, die besonders aufschlussreich für die Beantwortung der Fragestellung sind. Die Kategorien

*Veränderung des emotionalen Selbstkonzepts,
Veränderung des kognitiven Selbstkonzepts, sowie die
Veränderung des sozialen Selbstkonzepts*

stellen unter anderen die Hauptkategorien in der Auswertung dar.

Alle Kategorien bestehen wiederum aus *Subkategorien* auf welche im Kapitel „Darstellung der Ergebnisse“ noch näher eingegangen wird. Diese drei Hauptkategorien, sowie die dazugehörigen Subkategorien wurden durch eine Orientierung an bereits standardisierten Testverfahren, wie beispielsweise die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger 1986) oder die Selbstkonzeptskalen für Menschen mit geistiger Behinderung (SMGB, Schuppener 2005) gebildet.

Die Struktur der Kategorien, welche sich auf die Veränderungsbereiche des Selbstkonzepts beziehen, wird adäquat zur hierarchischen Selbstkonzeptstruktur (Mummendey 2006) gebildet.



Diese drei Hauptkategorien müssen jedoch um zwei weitere Kategorien erweitert werden, da auch diese für die Beantwortung der Fragestellung nötig sind: die *Relevanz der Veränderungen* in den verschiedenen Bereichen und die *Therapiemotivation in Zusammenhang mit Veränderung*.

Durch die Kategorie *Relevanz der Veränderungen* sollte eine differenzierte Betrachtung der Ergebnisse möglich werden – die Veränderungen werden von den Probandinnen gewichtet und somit sollte herausgefunden werden welche Relevanz eine Veränderung in welchen Bereichen für die Person darstellt. (siehe Grawe 1997)

Die Kategorie *Therapiemotivation in Zusammenhang mit Veränderung* sollte Aufschluss darüber geben, inwiefern Veränderungen während der Therapie abhängig von der Therapiemotivation sind. Hier kann auf empirische Ergebnisse verwiesen werden, die besagen, dass sich eine extrinsische Motivation negativ auf die Veränderungsbereitschaft auswirkt (siehe Buchner 2005). Weiters sollte herausgefunden werden, welche Veränderungen sich zuerst manifestiert haben – dabei wird auf Studien von Howard et al (1992) verwiesen, welcher herausfand, dass Besserungen meist schon bereits kurz nach Beginn der Therapie auftreten.

Um die Kategorien untereinander abgrenzen zu können, müssen drei Schritte vorgenommen werden. Zuerst sollten die *Kategorien* genau *definiert* werden, indem beschrieben wird, welche Textbestandteile welcher Kategorie zugeordnet werden können. Als zweiter Schritt werden *Ankerbeispiele* aufgestellt, indem konkrete Textstellen angeführt werden, die als Beispiel für die Kategorie gelten könnten. *Kodierregeln* dienen zur Überwindung von Abgrenzungsproblemen. D.h. es werden Regeln formuliert, die eine eindeutige Zuordnung ermöglichen. (Kodierleitfaden siehe Anhang) (Mayring 2008, S. 83)

5. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der durchgeführten Studie dargestellt. Basierend auf den aufgestellten Forschungsannahmen wurden Kategorien entwickelt die der Beantwortung der Fragestellung dienen sollten. Auf die Ergebnisse der Hauptkategorien „Veränderung des emotionalen Selbstkonzepts“, „Veränderung des kognitiven Selbstkonzepts“, „Veränderung des sozialen Selbstkonzepts“, „Therapiemotivation in Zusammenhang mit Veränderung“ und „Relevanz der Veränderung“ wird zunächst pro Subkategorie eingegangen und abschließend pro Hauptkategorie zusammengefasst.

5.1 VERÄNDERUNG DES EMOTIONALEN SELBSTKONZEPTS

Im Folgendem wird nun näher auf die Ergebnisse in den einzelnen Subkategorien „Emotionen und Kommunikation“, „Selbstbestimmung“, „Selbstakzeptanz“ und des „Gemütszustands“ eingegangen. Zum Abschluss werden die Ergebnisse der Kategorie „Veränderung des emotionalen Selbstkonzepts“ noch kurz zusammengefasst.

Emotionen und Kommunikation

Als zentrales Element der Psychotherapie wird die Kommunikation von Emotionen betrachtet - um Aufschluss über diesen Aspekt zu gewinnen, wurden Fragen zum Umgang mit Gefühlen gestellt. Im Mittelpunkt stand dabei, inwiefern sich das Verhalten bezüglich der Kommunikation von Emotionen im Laufe der Therapie verändert hat.

Bei allen Probandinnen konnte festgestellt werden, dass sich der verbale Umgang mit Gefühlen stark verändert hat. Alle gaben an, dass ein „über-Gefühle-Reden“ heute kein Problem mehr darstellt und sie generell offener geworden sind. Einige konnten eine starke Veränderung in diesem Bereich bemerken, da sie vor Therapiebeginn oftmals nicht oder sehr selten über ihre Gefühle gesprochen haben. Stattdessen haben sie eine Abwehrhaltung eingenommen, indem sie sich „zurückgezogen“ und „alles hinuntergeschluckt“ haben:

*„B: Ja, des (2sec) ich ich nehm die Sachen leichter. (I:aha) Und nicht so schwierig mehr. (I:ok) Früher hab ich das ziemlich runter geschluckt und so und hab nicht darüber geredet und so. Und hab mich immer zurück gezogen und so (I:aha). Das tu ich jetzt nicht mehr. (I:ok) Jetzt bin ich viel offener geworden und red darüber.“
(Frau B., Z 29-33)*

*„C: (zeigt auf lachendes Gesicht) Es ist leichter. I: Es ist besser geworden? C: Jetzt besser.I: Also, Sie können jetzt besser über Ihre Gefühle reden? C:jajajaja.“
(Herr C., Z 100-102)*

„I: (...) Ist es dann irgendwie anders geworden, dass Sie über Ihre Gefühle reden können? E: Ja, das schon. Ist schon besser geworden.“ (Frau E., Z 118-120)

Das „über-Gefühle-Reden“ beschränkte sich bei einigen nicht nur auf die Therapiesitzungen, sondern konnte auch auf Beziehungen im Alltag übertragen werden. Folgende Zitate geben Aufschluss darüber in welchen Situationen oder bei welchen Personen ein „über-Gefühle-Reden“ möglich wurde:

„I: Mitn Psychologen. Und so mit anderen Leuten? (A nickt mit Kopf) I: Ja. Also insgesamt würdens sagen, dass das jetzt besser geworden ist? A: Ja.“ (Herr A, Z 49-51)

„I: Und wann ist das zum Beispiel? Ist das nur mit deiner Psychotherapeutin oder auch in anderen Situationen? B: Nein so auch, in anderen Situationen auch. Also, mit Betreuerinnen oder Betreuer tu (unverständlich) und besprich das (I:aha) und wenn ich mit ihr Probleme besprech ich das auch, ja. I: Aha, also du redest auch direkt Probleme mit anderen Leuten an? B: Ja Ja.“ (Frau B, Z 58-65)

Selbstbestimmung

Im Folgendem soll dargestellt werden, ob in Bezug auf die eigenen Gestaltungs- und Handlungskompetenzen eine Veränderung im Leben der Befragten stattgefunden hat.

Auch hier ist ein homogenes Bild zu finden – alle Interviewpartnerinnen geben an im Bereich der Selbstbestimmung im Laufe der Therapie eine Veränderung wahrgenommen zu haben. Manche konnten nur eine geringe Veränderung bemerken, bei anderen wiederum hat die erhöhte Selbstbestimmung geradewegs zu einem Wandel der Lebensführung geführt. Herr D., als Beispiel für eine geringfügige Veränderung, hat das Gefühl sich jetzt leichter durchsetzen zu können, wobei er bereits vor der Therapie ein relativ selbstbestimmtes Leben führte:

„D: (3sec) Ich hab sowieso schon immer gesagt, was des des, ich mein ich war schon immer ein direkter Mensch, aber. Es ist ist, ich mein wenn du mich so fragst, kann es schon sein, dass ich mich vielleicht auch besser durchsetzen kann.“ (Herr D., Z 132-135)

Frau B. und Frau E. hingegen haben im Zuge der Therapie sehr viele Veränderungen im Bereich der Selbstbestimmung durchlaufen. Beide geben an, jetzt mehr über sich selbst zu bestimmen, „sich-wehren“ und „nein-sagen“ gelernt zu haben. Die neue Selbstbestimmtheit zeigt sich beispielsweise darin, dass am Arbeitsplatz eigenständig Aufgaben gesucht bzw. nicht gewollte Arbeiten verweigert werden und allgemein ein selbstständigeres Leben ermöglicht wurde. Als Grund für die Veränderung wurde von Frau E. das Besprechen von Problemen und die gemeinsame Erarbeitung von Strategien in der Therapie genannt:

„E: Und ich hab sehr viel viel geredet und ich hab viel von ihm (Therapeut) gelernt. (I:aha) Mich wehren, nein- sagen, wenn ich was nicht will, dann kann ich das jetzt sagen. Das hab ich früher nicht getan. (I:aha,ok) Da war ich ganz schüchtern und verängstigt und und (3sec) fremd. (Frau E., Z 199-205)

„I: Ok. Und in welchen Situationen zeigt sich das zum Beispiel? B: Das siehst du meistens in der Arbeit und so. Wenn ich eine Arbeit nicht will oder wenn ich wenn ich sag, ‚des schlagst dir jetzt aus, weil ich mag das nicht‘. Dann (I:aha) dann bestimm ich schon alleine was ich tue.“ (Frau B., Z 338-342)

Selbstakzeptanz

Selbstakzeptanz spielt für das individuelle Selbstkonzept eine große Rolle - Ausgehend von einer gelungenen Selbstakzeptanz können weitere Schritte in der Psychotherapie vorgenommen werden. Von den Probandinnen wurden Fragen beantwortet, welche die Zufriedenheit mit sich selbst und deren Veränderung im Laufe des Therapieprozesses betreffen.

Vier der Befragten konnten eine Veränderung im Bereich der Selbstakzeptanz feststellen. All jene die eine Veränderung bemerkten, hatten vor der Therapie große Probleme sich selbst so zu akzeptieren wie sie sind. Heute können sie sich zumindest mittelmäßig bis teilweise sehr gut akzeptieren:

„A: (zeigt auf das mittlere Gesicht) I: Das mittlere? A: (A nickt) I: Und wenn Sie jetzt an das bevor Sie in Therapie gekommen sind. Wie war es da?

A: Schlecht. (zeigt auf das traurige Gesicht) I: Da wars schlecht? A: (A nickt)

I: Und jetzt ists mittel? A: Ja. I: Also es is a bissl, es is besser geworden? Sie können jetzt mit sich selbst besser zurechtkommen? A: (A nickt)“ (Herr A., Z 170-176)

C: Meistens so (zeigt auf mittleres Gesicht) I: Also, das mittlere Gesicht. C: Ja, das mittlere. I: Aha, ok, und wenn Sie jetzt wieder zurückdenken, an vor der Therapie, bevor Sie den Herrn XA (Name Therapeut) kennengelernt haben. Wie wars denn da von den Gesichtern? C: Vor. (Zeigt auf trauriges Gesicht) Trau I: Traurig C: Trau (nickt) I: Aha, das heißt Sie waren vorher nicht zufrieden mit sich selbst. C: Nicht zufrieden. I: Und jetzt ist es aber besser geworden. C: Jajajaja, jetzt ist es. (Herr C, Z 193-204)

Frau B. führt die positive Veränderung im Bereich der Selbstakzeptanz auf die Therapie zurück. Sie meint, dass sie durch die Therapie gelernt hat, mit Problemen umzugehen und sich im Alltag durchzusetzen:

I: Ok. Und und weißt du was was sich da verändert hat, oder was da jetzt anders ist? Wieso dass es dir jetzt leichter fällt? B: Naja, ganz einfach. Weil ichs gelernt

hab (2sec) damit umzugehen. (I:mhh) Ich war jetzt in XY (Ort) und in XY (Ort) lernst du viel. Also (I:mhh) da lernst du auch "Nein-sagen" und so (I:Mhh). Nicht überall ja sagen, gleich und so. (Frau B., Z 105-109)

Von den anderen Befragten konnte kein Grund für die Veränderung erörtert werden.

Gemütszustand

Fragen dazu, bezogen sich vor allem auf Stimmungen bzw. das „emotional well-being“. Wie sich eine Person fühlt hängt stark mit dem vorhandenen Selbstkonzept zusammen und stellt einen wichtigen Teil des emotionalen Selbstkonzepts dar.

In diesem Bereich ergibt sich ein relativ differenziertes Bild von Veränderungen – zwar ist bei vier der Befragten eine positive Veränderung bezüglich des Gemütszustands zu bemerken, dennoch wirkt sich diese Veränderung individuell unterschiedlich aus. Wie folgende Zitate zeigen, war bei denjenigen die eine Veränderung bemerkt haben, die Stimmung vor Therapiebeginn meist „*traurig*“:

„B: Da war ich öfter traurig.“ (Frau B., Z 132)

„C: Naja, (5sec) Naja, da war ich eigentlich sehr traurig. I: Da waren Sie sehr traurig? C: Ja.“ (Herr C., Z 72)

Bei der Art und Weise der Veränderung kristallisierten sich zwei verschiedene Wege heraus. Bei einigen konnte eine konstante Veränderung festgestellt werden, die sich zu einer allgemeinen Verbesserung der Stimmung zusammenfassen lässt:

„I: Also würden Sie sagen, dass Sie jetzt nimmer ganz so oft traurig sind wie früher? A: Ja I: Aha. (2sec) Es geht Ihnen. Sie merken, dass es einfach ein bisschen besser geworden ist? A: (nickt)“ (Herr A., Z 117-119)

Bei zwei der Probandinnen hingegen konnte eine Veränderung von einer beständig niedergeschlagenen Stimmung zu einer sehr wechselhaften Gefühlslage bemerkt werden. Eine der Befragten gibt an zwischen den Extremen „sehr gut drauf“ und „sehr schlecht drauf“ zu wandern:

„B: Es wechselt sich, ja. Einmal bin ich glücklich, dann bin ich wieder traurig. I: Aha. Und gibts das Gesicht in der Mitte auch manchmal, oder ist das eher selten? B: Das ist selten. I: Aha, also es ist immer sehr extrem.“ (Frau B., Z 135-140)

Zusammenfassung:

Durch die Untersuchung kann festgestellt werden, dass im Laufe der Therapie bei allen Probandinnen eine positive Veränderung im emotionalen Selbstkonzept stattgefunden hat. Zwar gestalten sich die Auswirkungen bei jedem Individuum auf seine eigene Art und Weise, aber dennoch wurde bis auf eine Person in allen Bereichen, die das emotionale Selbstkonzept beinhaltet, eine positive Veränderung wahrgenommen. Wie bereits erwähnt, gibt es vor allem in den Bereichen „Gemütszustand“, sowie dem Bereich der „Selbstbestimmung“ unterschiedliche Wirkungsgrade und Wirkungsmöglichkeiten. Teilweise können starke Veränderungen, teilweise nur leichte Veränderungen wahrgenommen werden. Im Großen und Ganzen kann jedoch behauptet werden, dass im emotionalem Selbstkonzept für jedes Individuum eine mehr oder minder einflussreiche Veränderung stattgefunden hat. Weiters konnte auch festgestellt werden, dass sich die Bereiche des emotionalen Selbstkonzepts untereinander stark beeinflussen. So wurde beispielsweise eine erhöhte Selbstbestimmung auf die erhöhte Kommunikationsfähigkeit zurückgeführt. Bei vier von den fünf Befragten konnte in allen Bereichen eine positive Veränderung festgestellt werden.

5.2 VERÄNDERUNG DES KOGNITIVEN SELBSTKONZEPTS

Folgend werden die Ergebnisse der Subkategorien „Selbsteinschätzung“ und „Fremdbild“ dargestellt und abschließend wird eine kurze Zusammenfassung der Kategorie „Veränderung des kognitiven Selbstkonzepts“ erstellt.

Selbsteinschätzung

Bei der Subkategorie „Selbsteinschätzung“ sollte herausgefunden werden, wie sich die Probandin selbst einschätzt. Die Person gibt an, ob sie das Gefühl hat sich selbst zu kennen und wie sich dieser Aspekt seit Therapiebeginn verändert hat.

Beim Thema Selbsteinschätzung konnte bei der Mehrheit der Probandinnen eine positive Veränderung bemerkt werden. Vier der Befragten konnten feststellen, dass sie sich nun besser einschätzen können als vor der Therapie:

„I: Was würdest denn da zeigen? A: (zeigt auf lachendes Gesicht) I: Und bevor Sie in Therapie gegangen sind, wie wars da? A: (zeigt auf mittleres Gesicht)“ (Herr A., Z 249-250)

„I: Ok. Und was würdest du da jetzt für ein Gesicht nehmen, wie gut du dich kennst. B: (zeigt auf lachendes Gesicht) I: Ok. ok. Und wenn du jetzt wieder zurückdenkst, vor der Therapie. Was würdest du da sagen, wie das war, das B: Schlecht. Eher schlecht (zeigt auf trauriges Gesicht)“ (Frau B., Z 323 – 328)

Als Gründe für die Veränderung wurde von zwei Probandinnen erwähnt, dass sie dies in der Psychotherapie durch die Bearbeitung ihrer Probleme, das Erlernen von Strategien und das Ansprechen von Gefühlen gelernt haben:

„D: (...) Und ich hab schon immer den Eindruck gehabt und und den hab ich jetzt auch noch, ah, dass schon die Therapeuten mir gute Tipps geben, was kann man besser machen und und was soll ich nicht machen.

I: Und dadurch würden Sie sagen, fällt es Ihnen jetzt leichter, dass Sie sich einschätzen können, durch die Gespräche mit den Therapeuten? E:Ja.“ (Herr D., Z 375-380)

Ein anderer Proband gibt an, dass eine Veränderung in diesem Bereich eventuell mit der Psychotherapie allgemein in Verbindung gebracht werden könnte.

Nur ein Proband gibt an keine Veränderung der Selbsteinschätzung bemerkt zu haben:

„I: Und wenn Sie jetzt wieder an vor (betont) denken, mitn Herrn XA (Name Therapeut), was würden Sie sagen, wie wars da von den drei Gesichtern? Ist das gleich geblieben (C unterbricht) C: Gleich gleich“ (Herr C., Z 370-373)

Fremdbild

Bei dieser Subkategorie wurden Fragen dazu gestellt, ob die Befragten der Meinung sind, dass Menschen aus ihrem Umfeld an ihnen eine Veränderung seit Therapiebeginn aufgefallen ist. Weiters wurde erfragt, ob die Probandinnen glauben in der Lage zu sein, einschätzen zu können, was andere Personen über sie denken.

Vier Befragte geben an, dass anderen Personen zumindest teilweise eine Veränderung an Ihnen aufgefallen ist:

„I: In der Mitte würden Sie sagen, die Leute haben das schon ein bisschen bemerkt. C: Bisschen be I: Ein bisschen bemerkt, aber nicht ganz. C: Ja.Ja.“ (Herr C., 403-405)

Bei dreien davon, hat sich die Veränderung im Großteil des sozialen Umfelds bemerkbar gemacht:

„I: Uund glaubst du, dass die Leute dich jetzt anders sehen also vor der Therapie? B: Auf jeden Fall, ja.“ (Frau B., Z 365-367)

Zwei der Probandinnen geben an, dass sie bezüglich ihrer Weiterentwicklung ein positives verbales Feedback aus ihrem sozialen Umfeld bekommen haben und sich somit sicher sein können, dass eine positive Veränderung auch anderen Menschen aufgefallen ist:

„B: Na, ich ich glaub des, weil weil sie es mir gesagt haben.“ (Frau B., Z 375)

„E: Das glaub ich nicht, das weiß ich, das weiß ich, weil auch schon oft die Betreuer gekommen sind und haben mir gesagt, dass ich mich in den letzten Jahren sehr gut verbessert hab.“ (Herr D., Z 395-399)

Auf die Frage, ob die Probandinnen glauben gut einschätzen zu können, was andere Menschen über sie denken, ergibt sich ein relativ inhomogenes Bild. Drei der Probandinnen sind sich bezüglich dieses Aspekts sehr unsicher. Auch auf eine Veränderung seit Therapiebeginn kann nicht geschlossen werden:

„I: Was glauben Sie wie andere Leute Sie sehen? A: Weiß ich nicht.“ (Herr A., Z 392)

Zwei der Probandinnen hingegen glauben, dass sie heute sehr gut einschätzen können was andere Menschen von ihnen denken.

„I: Dass du es ungefähr einschätzen kannst? B: Ja, das schon, ja. I: Ja, was würdest du da für ein Gesicht nehmen? B: Das da. (zeigt auf das lachende Gesicht).“ (Frau B., Z 365-370)

Es ist anzumerken, dass nur ein Proband angibt vor Therapiebeginn Probleme in diesem Bereich gehabt zu haben:

„ C: (zeigt auf das lachende Gesicht) I: Das lachende Gesicht? C: (nickt) I: Ja? Das Sie das gut einschätzen können? C: Ja.Ja. I: Und, ahm, wie war das vor der Therapie? Haben Sie das auch schon gewusst? C: Nein. Nein. (Beginnt zu Husten) (zeigt auf das mittlere Gesicht)“ (Herr C., Z 384-390)

Zusammenfassung:

Vier der Probandinnen konnten eine Veränderung im Bereich der Selbsteinschätzung wahrnehmen. Den meisten davon fiel es vor der Therapie relativ schwer ihr eigenes Verhalten und Denken nachvollziehen zu können. Heute hingegen haben sie das Gefühl sich selbst gut zu kennen. Die Veränderungen in diesem Bereich wurden von allen auf die Psychotherapie zurückgeführt – sie

geben an, durch die gemeinsam erarbeiteten Strategien, das Reden über Probleme und die guten Ratschläge und Tipps von Seiten der Therapeutinnen sich nun selbst besser einschätzen zu können. Die Veränderungen die im Laufe der Therapie stattgefunden haben, wurden bei vier Probandinnen auch vom sozialen Umfeld bemerkt. Einige bekamen zusätzlich von anderen Personen in ihrem Umfeld positive verbale Rückmeldungen bezüglich der stattgefundenen Veränderungen.

Auf die Frage, ob die Interviewpartnerinnen in der Lage sind, auch andere Menschen einschätzen zu können, kamen unterschiedliche Ansichten zum Vorschein. Drei Probandinnen können dazu keine Einschätzung geben, zwei hingegen geben an, andere Personen größtenteils gut einschätzen zu können. Nur bei einem Probanden jedoch kann dahingehend eine Veränderung verzeichnet werden.

5.3 VERÄNDERUNG DES SOZIALEN SELBSTKONZEPTS

Die Interviewpartnerinnen gaben Auskünfte darüber, ob sich seit Therapiebeginn „soziale Beziehungen“ verändert haben und sie Veränderungen in Bezug auf die „Akzeptanz im sozialen Umfeld“ bemerkt haben. Einen weiteren wichtigen Aspekt stellen Veränderungen im Bereich der „Konfliktlösungsstrategien“ dar. Im Anschluss wird eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Hauptkategorie „Veränderung des sozialen Selbstkonzepts“ dargestellt.

Soziale Beziehungen

In dieser Subkategorie finden sich Ergebnisse darüber, inwiefern sich die sozialen Beziehungen im Leben der Interviewpartnerinnen im Laufe der Therapie verändert haben.

Hier lassen sich relativ unterschiedliche Ergebnisse finden. Drei der Befragten konnten eine Veränderung feststellen. Keine Veränderung konnte bei zwei Probanden festgestellt werden.

Zwei Interviewpartnerinnen konnten seit Therapiebeginn eine starke Veränderung in diesem Bereich wahrnehmen. Beiden ist es gelungen durch die Psychotherapie aus einengenden und unbefriedigenden partnerschaftlichen und teilweise auch freundschaftlichen Beziehungen zu entkommen und gleichzeitig neue positive Kontakte zu knüpfen. Sie geben an, dass ein „*Schluss-machen*“ nur aufgrund des Therapiebesuchs möglich wurde. Die Veränderungen in diesem Bereich haben das Leben der Probandinnen allgemein stark verändert:

„I: Hat sich vielleicht auch in der Zeit seit du jetzt seits du in Psychotherapie bist, auch irgendwelche Beziehungen geändert, vielleicht auch Partnerschaften oder Freundinnen oder so? B: Ja, das hat sich geändert. Ich hab meinen Freund jetzt stehen lassen, meinen vorigen. (I:Aha) Und hab jetzt einen neuen Freund.“ (Frau B., Z 176-180)

„E: Ja, ich hab neue Freunde kennen gelernt. Die Yoga-Gruppe (I:aha) vom XA. (Name Therapeut)“ (Frau E., Z 298)

Zwei der Befragten konnten bezüglich der sozialen Beziehungen, keine Veränderung wahrnehmen. Beide geben an, dass sie auch vor der Therapie keine Probleme in diesen Bereich hatten:

„I: Also, so Beziehungen das hat sich bei Ihnen jetzt nicht wirklich verändert, falls ich das richtig verstanden hab? A: Nein.“ (Herr A., Z 209)

„I: Ok, aber jetzt so direkt Veränderungen oder vielleicht auch Partnerschaften oder so was, dass sich da etwas verändert hätte, oder zu Ihren Eltern vielleicht, das da irgendetwas anders geworden ist in den letzten paar Jahren? E: Nein, glaub ich nicht.“ (Herr D., Z 343-345)

Ein Interviewpartner konnte ausschließlich einen veränderten Umgang mit seinen Betreuern feststellen:

„C: Ja, mit meinem Betreuer. I: Aha, ok. Und was ist da besser? C: (4sec) Naja, (6sec) der Umgang.“ (Herr C. Z 290-291)

Akzeptanz durch soziales Umfeld

Es sollte Aufschluss darüber gewonnen werden, ob sich die Probandinnen im sozialen Umfeld akzeptiert fühlen und ob bzw. wie sich dies seit Therapiebeginn verändert hat.

Drei der Probandinnen haben eine Veränderung in diesem Bereich wahrgenommen – sie fühlen sich heute von ihrem sozialen Umfeld mittelmäßig bis gut akzeptiert. Vor Therapiebeginn hatten sie hingegen großteils das Gefühl von anderen Personen nicht tatsächlich so angenommen zu werden wie sie sind:

„E: Mir gehts auch gut, bei der Yoga- Gruppe, ich fühl mich so (zeigt auf lachende Gesicht), manchmal so (zeigt auf das mittlere Gesicht), diese zwei. I: Manchmal so das mittlere und manchmal das lachende. E: Ja. Ja.“ (Frau E., Z 370-375)

„I: Und wenn du jetzt wieder zurückdenkst an vor der Therapie, wie war das damals? (...) B: Schlecht (zeigt auf das traurige Gesicht) I: Also du hast dich überhaupt nicht akzeptiert (B:nein) gefühlt (B:nein).“ (Frau B., Z 284-288)

Gründe für die Veränderung werden von zwei Probandinnen erwähnt:

Frau B. meint, dass sie nun offener auf die Leute zugehen kann, und sich dies wiederum positiv auf das Verhalten von anderen Menschen ihr gegenüber auswirkt. Sie hat das Gefühl, dass andere Personen sie jetzt besser verstehen als vor der Therapie:

„B: Naja, weil (2sec) weil ich erstens einmal, da mehr akzeptiert werde jetzt, als wie früher (...) In der Arbeit und in der Wohngemeinschaft. Uund und (2sec) weil die Leute mit mir mehr reden tun.“ (Frau B., Z 290-295)

Frau E. führt die Veränderung in diesem Bereich auf die Veränderung der sozialen Beziehungen zurück, da sie durch die Therapie sehr viele neue Freunde dazu gewonnen hat. Diese begegnen ihr mit mehr Respekt und Rücksicht:

„E: (3sec) Weil, (3sec) die baut mich auf die Yoga-Gruppe auch. Und bin mit ihnen immer in Ausland gefahren, bin ich mitgefahren (I:aha). Die haben mehr Rücksicht genommen.“ (Frau E. Z 390-394)

Zwei der Befragten antworten nur spärlich oder gar nicht auf die Frage, ob sie sich von ihrem sozialen Umfeld akzeptiert fühlen. Eine Veränderung ist hier nicht erkennbar.

Konfliktlösungsstrategien

Fragen dazu bezogen sich auf den Umgang mit Konfliktsituationen – es sollte herausgefunden werden, ob sich dieser seit Therapiebeginn verändert hat und auf welche Motive diese Veränderungen zurückzuführen sind.

In diesem Bereich konnten viele Veränderungen bei den Probandinnen festgestellt werden. Die ursprünglich erlernten Konfliktlösungsstrategien stellen zwei gegensätzliche Verhaltensweisen dar:

Zwei der Befragten reagierten in Problemsituationen vor allem mit *„hinunterschlucken und zurückziehen“*. Eine Probandin meinte, dass ihr Verhalten in Konfliktsituationen auch als Auslöser von physischen Beschwerden betrachtet werden kann. Ihre Strategien dienten vor allem dazu Aufmerksamkeit zu bekommen. Heute hat sie dieses Verhalten so gut wie möglich abgelegt:

„I: Ok. Und wenn du jetzt zurückdenkst, bevor du hald in Therapie warst, wie hast du da auf Konflikte reagiert? B: Na, nicht sehr gut, nicht. Ich hab mich dann zurückgezogen, hab zum weinen begonnen (I:aha) uund hab hab Anfälle produziert, nicht. (I:aha,ok) Hab Aufmerksamkeit wollen, nicht, und so (I:aha). Das ist jetzt nicht mehr so der Fall, nicht.“ (Frau B. Z 650-656)

Eine andere Probandin gibt an, vor der Therapie überhaupt nie mit jemandem gesprochen zu haben. Heute zieht sie sich bei Problemen zwar teilweise auch noch zurück, aber sie konnte dennoch eine wichtige positive Veränderung in diesem Bereich wahrnehmen:

„E: Noch schlimmer. Ich hab auch mit niemanden reden können so wie mit Ihnen oder wie mitn XA (Name des Therapeuten).“ (Frau E., Z 577-578)

Ein Proband hingegen reagierte vorwiegend mit Gewaltausbrüchen gegenüber anderen Personen. Das gewaltfreie Lösen von Problemen im Alltag und vor allem am Arbeitsplatz war für ihn von ganz besonderer Bedeutung. Die gemeinsam erarbeiteten Konfliktlösungsstrategien erlebte er als besonders hilfreich. Anstatt seine Wut an anderen auszulassen, wendet er sich heute in Konfliktsituationen meist an einen Betreuer. Früher hat er hingegen oft Gewalt angewendet um seine Probleme zu lösen:

„E: Vor zwanzig Jahren ungefähr, hat mich einer blöd angedet auf der Straße und der hat mich provoziert gehabt und ich bin hingegangen und hab ihn links und rechts eine reingehauen, ja (...) Und so was kommt natürlich nicht mehr vor.“ (Herr D., Z 267-272)

Bei zwei der Befragten konnte nur herausgefunden werden, wie sie heute bei Konfliktsituationen reagieren. Ein Vergleich zu der Zeit vor Therapiebeginn konnte nicht aufgestellt werden und somit wird eine Veränderung in diesem Bereich ausgeschlossen.

Zusammenfassung:

Bezüglich der sozialen Beziehungen konnten drei Probandinnen seit Therapiebeginn Veränderungen in diesem Bereich feststellen. Bei zwei davon wirkte sich diese Veränderung stark auf das alltägliche Leben und das eigene Wohlbefinden aus. Beide geben an, dass sie erst durch die Therapie in der Lage sind ungewollte Beziehungen zu beenden. Hier ist ein starker Zusammenhang zu der Erweiterung ihrer Konfliktlösungsstrategien zu erkennen – vor Therapiebeginn geben beide an sich bei Problemen zurückgezogen zu haben und sich von anderen Menschen „ausnutzen“ haben zu lassen. Eine Veränderung des Bereichs der Konfliktlösungsstrategien ist bei ihnen mit einer Veränderung der sozialen Beziehungen einhergegangen. Bei zwei der Probandinnen konnte keine Veränderung im Bereich der sozialen Beziehungen festgestellt werden.

Im Bereich „Akzeptanz durch das soziale Umfeld“ konnten wiederum drei der Probandinnen Veränderungen wahrnehmen. Bei zwei der Probandinnen werden diese Veränderungen als Konsequenzen von Veränderungen in anderen Bereichen (soziale Beziehungen, Selbstakzeptanz) gedeutet. Zwei Probanden können keine Auskunft über Veränderungen in diesem Bereich geben.

Wie bereits angedeutet, sind vor allem im Bereich der Konfliktlösungsstrategien starke Veränderungen aufgetreten. Durch die Therapie ist es drei der Probandinnen gelungen alte Handlungsmuster bei Konflikten abzulegen und neue gemeinsam erarbeitete Strategien anzuwenden.

5.4 THERAPIEMOTIVATION IN ZUSAMMENHANG MIT VERÄNDERUNG

Die Ergebnisse der Subkategorien „Intrinsische – Extrinsische Motivation“ und „Ablauf der Veränderung“ werden anschließend dargestellt und abschließend werden die Ergebnisse der Kategorie „Therapiemotivation in Zusammenhang mit Veränderung“ zusammengefasst.

Intrinsische – Extrinsische Motivation:

Die Probandinnen beantworten Fragen dazu, ob eine Psychotherapie aus eigenem Antrieb begonnen wurde, oder ob keine eigene Therapiemotivation dahinter stand.

Alle Befragten bekamen von ihren Betreuerinnen den ersten Therapiebesuch vorgeschlagen. Sie alle waren aber nach ein paar Sitzungen davon überzeugt, die Therapie fortsetzen zu wollen. Es wurde deutlich, dass die ursprünglich extrinsische Motivation schnell in eine intrinsische Motivation umgewandelt werden konnte, da jedes Individuum einen Nutzen für sich erkennen konnte:

„E: Die Betreuerin von Jugend am Werk hat das gemacht. I: Aha, ok, und dann haben Sie das einfach mal ausprobiert, oder. E: Ausprobiert und dann bin ich irgendwie geblieben, weil wir haben gearbeitet.“ (Frau E., Z 36 – 38)

„B: Und ich hab dann darauf bestanden, dass ich in Therapie geh, für längere Zeit, einmal.“ (Frau B., Z 428)

Drei der Probandinnen haben bereits mehrere Therapeutinnen besucht. Bei zwei Probanden wurden die weiteren Therapien immer von Betreuerinnen vorgeschlagen und die Organisation des Therapieplatzes wurde ebenso von Betreuerinnen durchgeführt.

Eine der Befragten, entschied sich in den letzten Jahren einige Male selbst für eine Therapie und machte sich selbstständig auf die Suche nach einem Therapieplatz:

„B: Uuund, ja, und dann, hab ich müssen ausmachen Termin und dann hab ich selber noch angerufen ein paar mal, nicht, (l:mhh). Dass sie wissen, dass ich mich interessier für die Therapie, net.“ (Frau B., Z 442-447)

Bei keiner der Probandinnen konnte eine extrinsische Motivation nachgewiesen werden. Zwar war der erste Therapiebesuch bei einem Probanden mit einer Bedingung verbunden, aber dennoch stellte auch dieser nach einiger Zeit fest, dass ihm ein Therapiebesuch mit seinen Problemen weiterhelfen würde.

Ablauf der Veränderung

Es wurde erfragt, in welchem Tempo Veränderungen stattgefunden haben und worauf dieses Tempo zurückzuführen sei. Weiters wurde herausgefunden welche Veränderungen zuerst bemerkt wurden.

Bei allen Probandinnen hat sich eine Veränderung erst nach „einiger Zeit“ eingestellt. Eine genau Zeitangabe von cirka einem halben Jahr wurde von zwei Befragten angegeben:

„D: (...) ich glaub das hat schon ein bisschen länger gedauert, also, vielleicht ein halbes Jahr, bis sich etwas verändert hat. (Herr D., Z 395)

Die restlichen haben bei der Frage nach dem Tempo der Veränderung mittels der Gesichtsskala den Wert „mittelschnell“ gewählt:

„C: So. (zeigt auf das mittlere Gesicht) I: So mittel schnell. C: Mittel.“ (Herr C., Z 430-431)

Als Grund dafür, dass die Veränderungen erst nach einiger Zeit eingetreten sind, wurden unterschiedliche Gründe genannt. Bei einer Probandin war dies auf die Bearbeitung der Kindheit zu Beginn der Therapie und der damit einhergehenden Verschlechterung kurz nach Therapiebeginn zurückzuführen:

„B: Weil die ganzen Sachen die ich da sagen hab müssen, von meiner Kindheit und alles erzählen hab müssen. Ists mir ziemlich ziemlich ans Herz gegangen.“ (Frau B., Z 402-404)

Ein anderer Proband führte die Anfangsschwierigkeiten darauf zurück, dass er die Therapeutin erst kennenlernen musste, damit er sich ihr gegenüber auch öffnen konnte:

„D: Weil man sich da erst hat kennenlernen müssen (I:aha), damit man dann wirklich offener wird, sag ich jetzt einmal.“ (Herr D., Z 398)

Bei vier Probandinnen kann ein genereller Rückgang des psychischen Leidensdrucks und eine Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens festgestellt werden. Zwei der Probandinnen beschrieben diese ersten Veränderungen noch eingehender:

„B: Ich hab angefangen zu zum Reden. Ich war nicht mehr so still und so ruhig. (...) B: Ja, des, das ich besser mit den Leuten zurecht kommen bin.“ (Frau B., Z 417-423)

„E: Anders bin ich geworden. Freier, freier und lustiger und (I:aha) einer hört mir zu.“ (Frau E., Z 520)

Ein Proband kann keine Auskunft über die ersten Veränderungen geben, da seine erste Therapie bereits 20 Jahre zurückliegt.

Zusammenfassung:

Alle Probandinnen bekamen die erste Psychotherapie von Betreuerinnen vorgeschlagen – durch die Untersuchung wurde jedoch deutlich, dass in allen Fällen die vorerst extrinsische Motivation bereits nach kurzer Zeit in eine intrinsische Motivation umgewandelt wurde.

Bei der Organisation des Therapieplatzes wurde in allen Fällen eine Betreuerin zumindest in den Findungsprozess integriert, meist wurde die gesamte Organisation von dieser übernommen. Nur in einem Fall entschied sich eine Interviewpartnerin selbst für eine Therapie und kümmerte sich größtenteils selbst um den Therapieplatz. Eine extrinsische Motivation konnte bei keiner der Probandinnen festgestellt werden und daher bleibt es unmöglich einen Zusammenhang zwischen Veränderungsablauf und Therapiemotivation zu erkennen.

Beim Ablauf der Veränderung konnte herausgefunden werden, dass alle Probandinnen erst nach einiger Zeit (ca. halbes Jahr) nach Therapiebeginn Veränderungen wahrnehmen konnten. Eine Probandin meldete zusätzlich eine Verschlechterung ihres psychischen Zustands kurz nach Therapiebeginn – diese wurde auf die anfängliche Verarbeitung ihrer Kindheit zurückgeführt.

Die ersten Veränderungen die von den Befragten bemerkt wurden, lassen sich zu einer Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und dem Rückgang des psychischen Leidensdrucks zusammenfassen.

5.5 RELEVANZ DER VERÄNDERUNG

Im Folgendem wird nun näher auf die Ergebnisse in den einzelnen Subkategorien „Gründe für die Psychotherapie“ und „ Verbesserung der Problematik“ eingegangen und zum Abschluss werden die Ergebnisse der Kategorie „Relevanz der Veränderung“ noch kurz zusammengefasst.

Gründe für die Psychotherapie

Die Probandinnen beantworten die Frage nach dem Motiv für die Psychotherapie. Es werden hier nur jene Aussagen als Ergebnisse dargestellt, welche die Person als Antwort auf die Frage nach den Gründen der Psychotherapie gibt. Eine Vernachlässigung des subjektiven Empfindens der Person sollte dadurch vermieden werden.

Die Gründe für den Beginn einer Psychotherapie waren bei den Interviewpartnerinnen relativ unterschiedlicher Natur.

Bei zwei der Probandinnen wurden auf die Frage nach dem Motiv für die Psychotherapie physische Beschwerden angegeben. Ein Proband meinte, dass er große Schmerzen in den Füßen gehabt hätte und deswegen in Therapie ging:

„A: Weil ich Schmerzen auf die Füße (sic!) ghabt.“ (Herr A., Z 16)

Eine weitere Probandin gab an, dass sie bereits seit längerer Zeit unter funktionellen Anfällen litt. Diese Anfälle wurden durch Stresssituationen ausgelöst und begannen mit Schwindelgefühl bzw. endeten mit einem Zusammenbruch:

„B: Na, meistens fühl ich mich nicht wohl, nicht. (I:aha) Und dann wird mir schwindlig und dann fall ich schon zusammen (...) Also ich hab Angstzustände, wenn ich in einer vollen Straßenbahn einsteigen muss oder in eine U-Bahn. Da krieg ich die Panik, also.“ (Frau B., Z 42-50)

Auch Probleme im sozialen Umfeld wurden von drei der Probandinnen als Gründe für die Psychotherapie genannt. Die Palette an Problemen zieht sich von gewalttätigen Ausbrüchen gegenüber anderen Menschen bis hin zu Schwierigkeiten bei Trennungen:

„D: Ja, ja, der Grund warum ich überhaupt jetzt zu meinem Therapeuten geh, ist, ist der, ich hab einmal, ich hab einmal in der Arbeit Probleme gehabt, also eine Rauferei.“ (Herr D., 4-5)

„E: Und, ich bin, der hat mich immer ausgenutzt und seit dem bin ich immer zum XA (Name des Therapeuten) (I:aha) wegen den Auseinander-Gehen. Weil ich konnt nicht von ihm weg.“ (Frau E., Z 25-26)

Ein Proband gibt als Grund für die Therapie die Erwartung auf eine Verbesserung des psychischen Zustands an – ein Therapiebesuch ist hier mit der Hoffnung auf einen generellen Rückgang des psychischen Leidensdrucks verbunden:

„C: Naja, damits mir besser nachher. I: Ah, damits Ihnen nachher besser geht? C: Ja. I: Weil es ist Ihnen nicht so gut gegangen, oder wie? C: Ja, mir ist nicht (I:aha) mir ists nicht so gut gegangen.“ (Herr C., Z 43-45)

Verbesserung der Problematik

Auch hier wird die subjektive Ansicht der Probandinnen im Mittelpunkt stehen, indem tatsächlich nur jene Aussagen als Verbesserung der Problematik gewertet werden, die direkt auf die Frage danach getätigt wurden. Es ist anzumerken, dass hier eventuell Überschneidungen mit anderen Kategorien möglich sind. Dies ist jedoch unvermeidbar, damit eine Erforschung der Relevanz der Veränderungsbereiche ermöglicht werden kann. Es ist davon auszugehen, dass eine Veränderung in einem Bereich, der von einem Individuum als positiv verändert beschrieben wird, größere Auswirkungen auf die Veränderung des globalen Selbstkonzepts hat, als eine Veränderung in einem Bereich, der auf die Frage nach einer Verbesserung nicht genannt wurde.

Bei allen Probandinnen konnte ein deutlicher Rückgang des psychischen Leidensdrucks und eine allgemeine Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens wahrgenommen werden. Zwei der Probanden geben keine genaueren Auskünfte darüber, in welchen Bereichen sie eine Verbesserung bemerkt haben, sondern sprechen von einer „allgemeinen Verbesserung“:

„I: Und was ist besser geworden? A: Alles. I: Alles ist besser geworden? A: Ja. I: Aha. (2sec) Und was zum Beispiel? Können Sie mir da irgendetwas sagen, was besser geworden ist? A: Alles.“ (Herr A., Z 25-30)

Die restlichen drei Probandinnen beschreiben eine Verbesserung in verschiedenen Bereichen. Alle drei Probandinnen haben vor allem im emotionalen, sowie im sozialen Bereich große Veränderungen wahrgenommen. Frau B. und Frau E. haben ziemlich ähnliche Veränderungen durchgemacht. Beiden fällt auf, dass sie durch die Therapie eine Erleichterung verspürt haben und dass ihnen ein „darüber reden“ leichter fällt:

„B: Ja, des (2sec) ich ich nehm die Sachen leichter. (I:aha) Und nicht so schwierig mehr. (I:ok) Früher hab ich das ziemlich runter geschluckt und so und hab nicht darüber geredet und so. Und hab mich immer zurück gezogen und so (I:aha). Das tu ich jetzt nicht mehr. (I:ok) Jetzt bin ich viel offener geworden und red darüber.“ (Frau B., Z 27-32)

„E: Ja sehr, das ich mich selber, reden kann (I:aha). Bissi mich wehren kann. Früher hab ich überhaupt nichts geredet. I: Früher haben Sie nicht geredet? D: Ich hab geweint.“ (Frau E., Z 375-377)

„E: Ja, das ich mit weg, weg gegangen bin. I: Aha, dass Sie sich getrennt haben von dem Menschen. E: Und dann (2sec) neue Menschen kennengelernt habe (I:aha). Und für mich ist das (3sec) Erleichterung.“ (Frau E., Z 67-70)

Herr D. hat vor allem gemerkt, dass er ruhiger geworden ist und dadurch Wutausbrüche vermeiden kann:

„D: Jaja, es kommt mir schon vor, dass es weniger geworden sind. (I:aha) Das ich dadurch, dadurch ruhiger geworden bin, irgendwie. Sag ich jetzt einmal. (I:aha) Weil er (Therapeut) versucht dann auch, mit mir ein Ventil zu suchen, was man machen kann.“ (Herr D., Z 63-66)

Warum es zu einer Verbesserung der diversen Bereiche gekommen ist, wurde in der vorherigen Aussage bereits angedeutet. Bei allen drei Interviewpartnerinnen die Gründe für eine Verbesserung angeben, wird diese vor allem mit Bezug auf die Therapie erklärt. Ein Proband beispielsweise gibt an mit seinem Therapeuten

gemeinsam nach Möglichkeiten zu suchen, wie man mit Konfliktsituationen umgehen könnte.

„D: Ja, ausschlagend ist sicher der, der dass der Magister (Therapeut) oft gesagt hat zum Beispiel, 'es ist besser du gehst zum Betreuer und sagst, heast, der gibt keine Ruhe, bitte rede mit dem, weil es geht nichts mehr' als du haust hin und der zeigt dich dann an und dann gehst in den Bau und was, nicht. Jetzt a bissl übertrieben ausgedrückt, ja. Und deshalb suchen wir gemeinsam nach Möglichkeiten und und wir reden über alles.“ (Herr D., Z 420-426)

Eine andere Probandin gibt an, dass sie durch die Spiele und Übungen in der Therapie ruhiger geworden zu sein:

„E: Ja, wir haben Spiele gemacht, wie man sich wehren tut (I:aha) und dann haben wir oft geübt und dadurch bin ich irgendwie ruhiger geworden.“ (Frau E., Z 50-52)

Zusammenfassung:

Als Grund für die Psychotherapie wird bei zwei der Probandinnen auf physische Beschwerden verwiesen, wobei diese bei einer Interviewpartnerin auf Angstzustände und Panik zurückgeführt werden können. Bei drei Probandinnen werden Probleme im sozialen Umfeld als Gründe für die Psychotherapie genannt. Diese beziehen sich auf soziale Beziehungen und Konfliktlösungsverhalten. Ein Proband gibt an, mit der Erwartung nach einer allgemeinen Verbesserung seines psychischen Wohlbefindens in Therapie gegangen zu sein.

Im Laufe der Therapie konnte bei allen Interviewpartnerinnen eine positive Veränderung bemerkt werden. Zwei der Probanden konnten allgemein einen generellen Rückgang des psychischen Leidendrucks und ein gestiegenes Wohlbefinden wahrnehmen.

Drei der Befragten gingen noch näher auf die Veränderungen ein und es kann festgestellt werden, dass sich diese vor allem im Bereich des emotionalen, sowie des sozialen Selbstkonzepts manifestiert haben. Vor allem das „Reden“ über Gefühle und Probleme wurde von zwei Probandinnen als sehr hilfreich betrachtet.

Zwei Probandinnen profitierten ebenfalls von der Erarbeitung neuer Konfliktlösungsstrategien im Umgang mit Problemen im sozialen Umfeld.

Als Motiv für die Verbesserung der diversen Bereiche wurde von allen drei Probandinnen die Auskunft über darüber gaben, die Therapie bzw. das Verhalten der Therapeutin genannt. Hier werden Rollenspiele und die gemeinsame Suche nach Lösungen und Ventilen genannt.

6. ZENTRALE ERGEBNISSE UND DISKUSSION

Anhand von problemzentrierten Interviews sollte geprüft werden, wie sich Veränderungen des Selbstkonzepts während des Therapieverlaufs bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gestalten.

Die Forschung hat die These Rogers (1985), sowie Schuppners (2005) bestätigt, dass jeder Mensch imstande ist ein Selbstkonzept zu entwickeln und dieses gezielt ins Bewusstsein zu rufen. Um autobiographisches Erinnern möglich zu machen, wurde bei manchen Klientinnen der Einsatz einer visuellen Analog-Skala (siehe 4.2.3) als sehr vorteilhaft betrachtet. Durch den Vergleich zwischen aktuellem Selbstkonzept und vergangenem Selbstkonzept („past selves“, Markus & Wurf) konnte auf die Veränderungen während des Therapieprozesses geschlossen werden, welche vorerst anhand der Überprüfung der Hypothesen dargestellt und folgend in einem theoretischen Kontext genauer erläutert und interpretiert werden.

Eine Veränderung im emotionalen Selbstkonzept konnte bei allen Probandinnen festgestellt werden. Eine wesentliche Steigerung konnte bei der Kommunikation von Gefühlen wahrgenommen werden – so fällt es den Befragten heute leichter über ihre Anliegen und Probleme zu sprechen als vor Therapiebeginn. Die Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen kann bei allen Interviewpartnerinnen als Ausgangsfunktion für weitere Veränderungen in den verschiedenen Selbstkonzeptbereichen betrachtet werden. Dazu wird im Verlauf der Diskussion noch näher eingegangen. Bei den Veränderungen der

Selbstbestimmung ergibt sich ein relativ homogenes Bild – alle Interviewpartnerinnen die eine Modifikation wahrnehmen konnten, hatten zuvor Probleme in diesem Bereich und konnten im Therapieverlauf eine Steigerung der Handlungs- und Gestaltungskompetenzen bemerken.

Bei der Domäne „Selbstakzeptanz“ als auch des „Gemütszustands“ wurde deutlich, dass vor Therapiebeginn die durchwegs negative Einstellung der Interviewpartnerinnen zu sich selbst, von einer schlechten Stimmung im Alltag begleitet wurde. Im Laufe des Therapieprozesses konnten beide Faktoren eine Verbesserung erfahren.

Aufgrund dieser Ergebnisse kann die erste Forschungsannahme (H1), welche besagt, dass während der Therapie Veränderungen im *emotionalen Selbstkonzept* stattfinden, bestätigt werden.

Weiters zeigt die Auswertung, dass es den Teilnehmerinnen vor Therapiebeginn relativ schwer gefallen ist, sich selbst einzuschätzen bzw. das eigene Handeln und Denken nachvollziehen zu können. Im Laufe der Therapie haben die Probandinnen Veränderungen darin wahrnehmen können und haben diese teilweise auf den therapeutischen Prozess zurückgeführt. Diese Veränderungen wurden nicht nur von den Interviewpartnerinnen selbst, sondern auch vom sozialen Umfeld wahrgenommen. Aufschluss darüber gaben ihnen positive verbale Rückmeldungen von Mitmenschen.

Die zweite Forschungsannahme (H2), die eine Veränderung des *kognitiven Selbstkonzepts* während des Therapieprozesses bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung voraussagt, kann dadurch ebenfalls als bestätigt betrachtet werden.

Bezüglich des sozialen Selbstkonzepts hat sich gezeigt, dass sich die verschiedenen Subbereiche untereinander stark beeinflussen. So ging beispielsweise bei manchen eine Veränderung der Konfliktlösungsstrategie mit einer Veränderung der sozialen Beziehungen einher. Bei einigen Probandinnen wirkten sich die Veränderungen in den unterschiedlichen Bereichen des sozialen Selbstkonzepts sehr stark auf das alltägliche Leben und das generelle

Wohlbefinden aus. Diese Verbesserung könnte auch in Verbindung mit einer steigenden Akzeptanz durch das soziale Umfeld in Verbindung gebracht werden. Die Veränderungen der Konfliktlösungsstrategien wurden vorwiegend mit therapeutischen Ratschlägen und der gemeinsamen Erarbeitung von Problemlösungsmöglichkeiten, welche zumeist mit einer Steigerung der kommunikativen Fähigkeiten zusammenhängen, in Verbindung gebracht. Der veränderte Umgang mit Konflikten wurde von den Probandinnen als wesentliches Ergebnis der Psychotherapie eingeschätzt.

Dadurch gilt auch die dritte Forschungsannahme (H3), welche eine Veränderung des *sozialen Selbstkonzepts* während des Therapieprozesses bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung besagt, als bestätigt.

Zur *Therapiemotivation* kann aufgrund der Daten herausgefunden werden, dass allen Probandinnen die erste Psychotherapie von Außenstehenden vorgeschlagen wurde. Durch eine weitere Ausführung des Themas wurde jedoch deutlich, dass die vorerst extrinsische Motivation, durch Erkennen des Nutzens der Therapie, bald nach Beginn, meist nach dem Erstgespräch, in eine intrinsische Motivation umgewandelt wurde. Eine definitiv extrinsische Motivation konnte somit bei keiner der Befragten festgestellt werden und daher bleibt es unmöglich die vierte Forschungsannahme (H4), welche besagt, dass es zu keiner oder zu einer negativen Veränderung im (emotionalen/sozialen/kognitiven) Selbstkonzept kommt, wenn die Psychotherapie nicht aus intrinsischer Motivation begonnen wurde, zu bestätigen.

Die fünfte Forschungsannahme (H5) lautet: „Kommt es zu Veränderungen in einem Bereich des Selbstkonzepts, welcher für die Betroffene besonders wichtig erscheint, dann kommt es zu einer Veränderung des globalen Selbstkonzepts“.

Anhand des vorliegenden Materials kann diese Aussage nicht bestätigt werden, da Veränderungen vor allem in jenen Bereichen bemerkbar wurden, in welchen auch die Gründe für die Therapie beheimatet sind. Es konnte also festgestellt werden, dass eine Veränderung in einem Bereich, welcher für die befragte Person als besonders wichtig erachtet wurde, zwar stattgefunden hat, diese aber *nicht* mit einer *Veränderung des globalen Selbstkonzepts einhergegangen* ist. Das globale Selbstkonzept würde als verändert gelten, wenn sich bei den Probandinnen alle

Bereiche (emotionales/kognitives/soziales) des Selbstkonzepts während des Therapieverlaufs verändert hätten.

Zu beachten ist jedoch, dass eine Nicht-Veränderung in einem Bereich des Selbstkonzepts nicht mit einem Misserfolg der Therapie gleichzusetzen ist. Kommt eine Klientin aufgrund von Problemen im emotionalen Bereich in eine Psychotherapie, muss dies nicht auch gleichzeitig bedeuten, dass ebenso Probleme im kognitiven Bereich bestehen. Eine Nicht-Veränderung des kognitiven Bereichs hätte in diesem Fall keine Auswirkung auf das subjektive Wohlbefinden.

Auffällig bei der Untersuchung war aber dennoch, dass eine Verbesserung in einem Bereich des Selbstkonzepts bei vielen Probandinnen von Veränderungen in anderen Bereichen ausgelöst wurde. So ging beispielsweise eine Verbesserung des emotionalen Selbstkonzepts mit einer Veränderung im sozialen Selbstkonzept einher. Ebenfalls konnte auch festgestellt werden, dass eine Verbesserung in einem Subbereich (zB. Selbstakzeptanz) sich positiv auf weitere Aspekte des Bereichs (zB. Selbstbestimmung) auswirkte. *Die unterschiedlichen Selbstkonzeptbereiche sind demnach nicht als unabhängig voneinander zu betrachten, sondern als gegenseitig stark beeinflussbar.* Erklärt könnte diese Art „Dominoeffekt“ durch den von Grawe (1997) erwähnten Rückkoppelungsprozess werden. Dieser besteht in der Wechselwirkung zwischen Klientin und Therapeutin und wird durch Erfolgserlebnisse in der Therapie immer wieder reaktiviert.

In den meisten Fällen kann auch davon ausgegangen werden, dass sich eine *psychische Störung meist auf mehrere Bereiche des Selbstkonzepts auswirkt* und sich dadurch Veränderungen einzelner Bereiche untereinander beeinflussen.

Das „Phänomen schneller Besserungen zu Beginn einer Therapie“ (Grawe 1998, S. 19), welches rasche Verbesserung gleich nach den ersten Sitzungen vorhersagt, kann durch die vorliegenden Forschungsergebnisse nicht bestätigt werden. Alle Befragten gaben an, dass sie erst nach einiger Zeit, ca. ein halbes Jahr später, Verbesserungen bemerken konnten. Howard et. al (1986) führte Untersuchungen durch, die zu dem Ergebnis kamen, dass die meisten Menschen bereits in der ersten Therapiestunde Verbesserungen wahrnehmen konnten. Die Verbesserungskurve stieg am Anfang der Therapie sehr steil an und wurde erst mit der Zeit flacher.

Diese Ergebnisse können laut Daten der vorliegenden Untersuchung nicht auf die Gruppe bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung übertragen werden. Wie bereits erwähnt, wurden bei allen Befragten die *Veränderungen erst später bemerkt*. Gründe für diese Tatsache konnten die Probandinnen beispielsweise darin finden, dass vorerst ein „besser-kennen-lernen“ zwischen Therapeutin und Probandin bzw. die Aufarbeitung der Kindheit stattfinden musste.

Warum die Veränderungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nicht, wie aus Studien bei Menschen ohne intellektueller Beeinträchtigung festgestellt wurde, gleich zu Beginn der Therapie eintraten, könnte auf die *problematischen Sozialisationsbedingungen* (siehe Jantzen 2002, Feuser 1981, usw.), unter denen viele Menschen dieser Zielgruppe aufwachsen, zurückgeführt werden. Wie im Kapitel Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen erwähnt wurde, führt meist schon die Geburt eines beeinträchtigten Kindes zu *negativen Auswirkungen auf den Aufbau von primären Beziehungen und Bindungen*. Doch gerade diese nehmen einen wichtigen Stellenwert für die weitere psycho-soziale Entwicklung des Kindes ein – so könnte davon ausgegangen werden, dass sich diese, bereits in jungen Jahren manifestierte Schwierigkeit im Aufbau von primären Beziehungen, sich auf das weitere Beziehungsverhalten des Individuums auswirkt. Da laut Grawe (1997) die *Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin als einer der wichtigsten Wirkfaktoren* dargestellt wird, könnten *Probleme im Beziehungsaufbau*, die gerade auch bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung aufgrund der erschwerten Entwicklungsbedingungen zu finden sind, die verspäteten Veränderungen erklären. Die Aussage eines Probanden, welcher die verspäteten Modifikationen auf die längere Dauer des Vertrauensaufbaus zwischen Therapeutin und Klient zurückführte, könnte als weiterer Beleg für diese Vermutung gelten.

Fragen zum Fremdbild, aber auch zur Akzeptanz im sozialen Umfeld gaben Aufschluss über die *Quellen des selbstbezogenen Wissens*. Auffallend war, dass die Probandinnen vor allem über die *„direkte Merkmalszuschreibung“* (Fillip & Mayer 2005) zu Informationen über sich selbst kamen. So konnten die Probandinnen vor allem durch ein verbales positives Feedback durch andere Personen darauf schließen, dass auch im Umfeld eine Veränderung des Selbstkonzepts im Laufe des Therapieprozesses bemerkt wurde.

Aber auch die „*indirekte Merkmalszuschreibung*“ (Fillip & Mayer 2005) wurde im Zusammenhang mit dem Wissen über sich selbst genannt. So konnte eine Probandin einen verbesserten Umgang im sozialen Umfeld wahrnehmen, indem sich andere Personen ihr gegenüber offener verhielten und sie das Gefühl hatte, dass sie diese nun besser verstehen würden. Die Wissensaneignung erfolgte also darüber, dass die Person vom Verhalten des Gegenübers darauf schließt, was diese über sie denkt.

Durch große Veränderungen im sozialen Umfeld konnten einige Probandinnen vor allem durch die neu erworbene soziale Zugehörigkeit zu mehr Wissen über sich selbst gelangen. Das Wissen über die eigene Person konstituierte sich also durch ein reflexives Bewusstsein („*reflexive Quelle*“, Fillip & Mayer 2005).

Eine Orientierung an diesen Ergebnissen könnte wirksam für den Prozess der Selbstkonzeptveränderung im therapeutischen Rahmen sein. Da laut Fillip & Mayer (2005) das Selbstkonzept über das Wissen über sich selbst definiert ist, wäre es wichtig die „*individuellen Quellen*“ einer jeden Person *ausfindig zu machen* und damit zu arbeiten. Wird im therapeutischen Prozess beispielsweise klar, dass eine Person vor allem über die „*indirekte Merkmalszuschreibung*“ Wissen über sich selbst bezieht, sollte die Therapie demnach ausgerichtet sein und versuchen das Wissen auf jene Art und Weise zu vermitteln.

Schlussfolgernd daraus kann behauptet werden, dass Menschen ihr Wissen über sich selbst, bzw. ihr Wissen über ihre Veränderungen im Selbstkonzept, aus einer *Wechselwirkung zwischen der Umwelt und der eigenen Person* beziehen.

So ergab auch eine Untersuchung Gregens (1984), dass Selbstkonzeptveränderungen vor allem dann eintreten, wenn eine *situative Veränderung* (zB. Trennung, Umzug, Berufswechsel, usw.) stattgefunden hat.

Auch Fillip & Aymanns (2010) vertreten die These Gregens (1984) und legen diese auf kritische Lebensereignisse aus. So stellt eine weitere Möglichkeit der Veränderung des Selbstkonzepts, das *Erleben und Bearbeiten von kritischen Lebensereignissen* dar. Diese sind gekennzeichnet dadurch, dass sie „weit außerhalb des normalen Erwartungs- und Erfahrungshorizonts und jenseits des

Alltags von Menschen liegen“ (S. 16) und heftige Emotionsausbrüche mit sich bringen.

Aus den vorliegenden Daten kann festgestellt werden, dass bei den Probandinnen als Therapiegrund oftmals ein vorhergehendes „kritisches Lebensereignis“ (Fillip & Aymann 2010) bzw. zumindest eine situative Veränderung (Gregens 1984) genannt wurde. Als Beispiele können hier Trennungssituationen oder gewalttätige Zusammenstöße genannt werden. Die Probandinnen gaben an, zwar vorher durch eigene Bewältigungsstrategien versucht zu haben, ihre Konflikte zu lösen, dabei aber keinen Erfolg hatten. Erst *durch die Erarbeitung von neuen Konfliktlösungsstrategien und angewandten Praktiken im Zuge der Therapie* (zB. Boxen gehen, Rollenspiele) konnten die *Probleme gemindert, wenn nicht sogar gelöst* werden. Fillip & Aymann (2010) geben an, dass sich die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen positiv auf das Selbstkonzept auswirken kann, da *der Handlungsspielraum vergrößert und die Wahrnehmung der eigenen Kompetenz erhöht* wird. So spiegeln auch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung wider, dass alle Betroffenen die kritischen Lebensereignisse überwunden haben und es zu einer Veränderung der betroffenen Selbstkonzeptbereiche kam. Auf eine gewisse Art und Weise konnte durch die *Konfrontation mit den eigenen Problemen ein Entwicklungsfortschritt* beobachtet werden. Aussagen der Probandinnen, dass sie sich heute als reifer und offener betrachten als vor der Therapie bestätigen diese Aussage ebenfalls.

Als besonders hilfreich in der Bewältigung der kritischen Ereignisse kann die *Steigerung der verbalen Fähigkeiten* (emotionales Selbstkonzept) und die *dadurch veränderten Konfliktlösungsstrategien* betrachtet werden. Durch die Verbalisierung von teilweise lange unterdrückten Gefühlen werden diese ins Bewusstsein gerufen und somit für die Bearbeitung im therapeutischen Prozess verfügbar. Die emotionale Abfuhr von Gefühlen, genannt *Katharsis*, ist über mehrere Kanäle möglich. In den Interviews wurden dazu beispielsweise Rollenspiele, körperliche Tätigkeiten wie Boxen und vor allem das Kommunizieren von Emotionen genannt. Reagiert dabei die Therapeutin mit Akzeptanz wird die Klientin zur Affektäußerung ermutigt und fühlt sich dabei angenommen und akzeptiert. Für viele Menschen, vor allem jene mit intellektueller Beeinträchtigung (aufgrund der erschwerten Sozialisationsbedingungen), kann dies ein komplett neues Erlebnis darstellen. Hat

die Klientin das Gefühl, von der Therapeutin akzeptiert zu werden, erzeugt dies wiederum eine Steigerung der Selbstakzeptanz (kognitives Selbstkonzept). (Tiefenbrunner 2003)

Die Veränderung des Aspekts „Emotionen und Kommunikation“ kann quasi als Auslöser für die weiteren Veränderungen im Selbstkonzept betrachtet werden. So führte die beschriebene Veränderung der Kommunikation von Gefühlen bei den Interviewpartnerinnen zu einer Steigerung der Selbstakzeptanz und damit verbunden unter anderem zu Veränderungen im Umgang mit Problemen.

7. PÄDAGOGISCHE RELEVANZ UND AUSBLICK

Folgend sollten zuerst die pädagogische Relevanz der vorliegenden Untersuchung geklärt werden. Anschließend folgt ein Blick in die Zukunft – es wird erörtert wie mit dem Thema „Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“ in Zukunft umgegangen werden sollte/kann und welcher wissenschaftlicher Beitrag dazu geleistet werden könnte.

Da bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung von einer erhöhten Vulnerabilität ausgegangen werden kann, ist es die Aufgabe der Pädagogik gerade in der Prävention von psychischen Störungen wirksam zu werden. Die erschwerten Lebensbedingungen die mit einer intellektuellen Beeinträchtigung einhergehen, erscheinen im Kontext der Entstehung von psychischen Störungen als sehr wichtiger und veränderungswürdiger Aspekt. Die Aufgabe der Pädagogik ist es, gerade diese durch zahlreiche Maßnahmen zu optimieren oder zumindest zu verbessern:

Emotionales Selbstkonzept

Bei der Untersuchung konnte festgestellt werden, dass besonders der Ausdruck von Gefühlen einen wichtigen Stellenwert für die Veränderung des Selbstkonzepts im Laufe der Psychotherapie eingenommen hat. Für die pädagogische Praxis lässt sich aus diesem Ergebnis ableiten, dass eine Befriedigung dieses Bedürfnisses auch im alltäglichen Leben ermöglicht werden sollte. Dies könnte beispielsweise durch das zur-Verfügung-stellen einer internen und unabhängigen

„Ansprechperson“ in den Wohnstätten oder Arbeitsplatz gefördert werden. Im Unterschied zum bereits vorhandenen Bezugsbetreuerkonzept sollte es sich hierbei um eine Person handeln, welche über psychotherapeutisches Wissen verfügt, um auf diese Weise gezielt therapeutisch arbeiten zu können. Diese könnte bei Bedarf oder in regelmäßigen Abständen aufgesucht werden und eine Emotionsabfuhr ermöglichen und gleichzeitig die Kommunikationsfähigkeit fördern.

Da die Kommunikation von Emotionen für viele weitere Veränderungen in den verschiedenen Selbstkonzeptbereichen verantwortlich war, wäre ebenfalls eine spezielle Schulung der Betreuerinnen, die diesen Aspekt besonders in den Augenschein nimmt, denkbar. Die Vermittlung einer vertrauensvollen Atmosphäre in welcher jede Mitbewohnerin frei über seine Gefühle sprechen kann, könnte somit einen präventiven Charakter einnehmen und mit einer Steigerung des emotionalen Wohlbefindens einhergehen.

Soziales Selbstkonzept

Bei den Konfliktlösungsstrategien wurde durch die Forschung deutlich, dass diese vor Therapiebeginn als kontraproduktiv eingestuft werden können und sich im Laufe der Therapie bei den meisten Probandinnen positiv verändert haben. Durch eine Veränderung dieser, wurden auch allgemein im sozialem Selbstkonzept zahlreiche Verbesserungen wahrgenommen. Eine Probandin bestätigt zusätzlich die Aussage, dass diese Strategien angewendet wurden, um dadurch Aufmerksamkeit zu gewinnen. Die Frage wie auf negative Problemlösungsstrategien reagiert werden sollte, ist besonders schwierig zu beantworten. Meist entstehen diese im Laufe einer belastenden Lebensgeschichte eines Individuums. Um dieser Entstehung entgegenzuwirken, müssten die Eltern so gut wie möglich aufgeklärt werden. Wie bereits im Theorieteil erwähnt wurde, hat bereits die Geburt eines Kindes, welches ein Risiko für eine intellektuelle Beeinträchtigung aufweist, negative Auswirkungen auf die Entstehung von primären Beziehungen. Es sollte die Aufgabe der Pädagogik sein, den Eltern in diesen Situationen beizustehen und sie über die durch Behinderung entstehenden isolierenden Bedingungen aufzuklären. Dadurch könnten die Bedürfnisse der Kinder besser wahrgenommen und infolge befriedigt werden. Eine Anwendung negativer Konfliktlösungsstrategien zur Befriedigung von Bedürfnissen wäre somit

nicht mehr nötig. Wie durch die Ergebnisse sichtbar wurde, wirkt sich die Veränderung von negativen Problemlösungsstrategien auf das gesamte soziale Selbstkonzept aus. Eine soziale Akzeptanz sowie positive soziale Beziehungen könnten durch die Vermeidung der Entstehung von negativen Konfliktlösungsstrategien eher wahrscheinlich sein.

Aufklärung über Psychotherapie

Eine weitere Dringlichkeit, die durch die Forschung an Wichtigkeit gewonnen hat, ist die Aufklärung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung über die Existenz einer Psychotherapie und deren Nutzen. Die Probandinnen sollten nicht erst in akuten Fällen darüber informiert werden, welche Möglichkeiten zur Problembehandlung zur Verfügung stehen. Besonders die starke Verbreitung von psychischen Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, lassen die Notwendigkeit einer Aufklärung im Vorfeld unabdingbar erscheinen. Diese Aufgabe kann entweder von Betreuerinnen, Familienmitgliedern aber auch von Psychotherapeutinnen, die einen Besuch in der Wohnstätte vornehmen, übernommen werden. Dabei sollte über den Sinn und Zweck einer Therapie informiert werden.

Besonders wichtig wäre, dieses Thema mit großer Sensibilität zu behandeln und den Betroffenen genügend Zeit einzuräumen, um eine persönliche Entscheidung treffen zu können.

Ein weiterer bedeutsamer Punkt ist ebenso die Wahl einer Psychotherapeutin. Bei den Probandinnen wurde dies zumeist von einer Betreuerin übernommen. Es sollte den Betroffenen selbst jedoch die Möglichkeit gegeben werden, wenigstens aus einer Reihe von zur Verfügung stehenden Psychotherapeutinnen wählen zu können.

Die erwähnten Verbesserungsvorschläge betreffen vor allem den Aspekt „Selbstbestimmung“.

Aufklärung und Offenheit fördern die Integration – dementsprechend könnten sich Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung durch Maßnahmen dieser Art als Teil der Gesellschaft wahrnehmen und dies wiederum würde sich auf die Erhöhung der Selbstbestimmung sowie allgemein auf die Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts auswirken.

All die genannten pädagogischen Implikationen können im Grunde als präventive Maßnahmen bezüglich der Entstehung von psychischen Störungen und gleichzeitig als Verbesserung der Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen verstanden werden. Würden Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung im Sinne des Normalisierungsprinzips, welches in allen erwähnten Vorschläge beinhaltet ist, behandelt werden, könnte dies zu einem Rückgang der Dual Diagnosis führen. Durch gezielte Maßnahmen könnte ein oft beschriebenes, negatives Selbstkonzept bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung, vermieden werden, indem aktiv die drei wichtigen Selbstkonzeptbereiche (emotionales, kognitives und soziales) gefördert werden würden.

Wie in Zukunft mit dem Thema „Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“ umgegangen werden kann/soll, wird nun genauer erörtert:

Ausbildung und Zugang - Ein Ausblick

Zahlreiche Forschungsergebnisse beziehen sich auf die Übertragbarkeit von einzelnen Therapieschulen auf die Anwendbarkeit bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. All diese verschiedenen Konzepte stellen meiner Ansicht nach eine große Unklarheit in der Vorgehensweise bei der Psychotherapie mit dieser Zielgruppe dar. Meiner Meinung nach könnte eine schulenübergreifende Ausbildung für die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung dieses Problem relativieren. Bis dato gibt es in Österreich kaum Ausbildungsmöglichkeiten, die in diese Richtung gehen. Großteils wird das Thema „Behinderung“ in der Ausbildung zur Psychotherapeutin nur dann erwähnt, wenn jemand im Seminar direkt davon betroffen ist. Wie aus der psychotherapeutischen Versorgungssituation (siehe 2.1.5) ersichtlich ist, gibt es zur Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nur wenige Informationen. Bis auf eine Liste von Psychotherapeutinnen die dazu bereit sind, mit dieser Personengruppe zu arbeiten, gibt es kaum Anlaufstellen an die sich Betroffene wenden könnten. Wie bereits erwähnt, ist gerade der Zugang zur Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, aufgrund mangelnder Aufklärung, sehr schwierig.

Um diese traurige Realität verändern zu können, bedürfte es zu allererst einer Reformierung im Ausbildungsbereich. Angelehnt an das englische Modell (siehe zB: <http://www.herts.ac.uk/courses/Psychotherapy-Disability.cfm>), sollte eine eigene Ausbildung für Psychotherapeutinnen die mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung arbeiten möchten zur Verfügung stehen. Diese sollte sich an empirischen Ergebnissen orientieren und schulenübergreifend sein. Durch die Zusammenarbeit vieler verschiedener Helfernetze (Familie, Medizin, Pädagogik) könnte dadurch die therapeutische Versorgung auch für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung möglich und zugänglich gemacht werden.

Eine Forschung die einen Erkenntnisgewinn zum Themenfeld „Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“ darstellen könnte, wäre beispielsweise eine Untersuchung der selben Fragestellung, die sich jedoch auf die einzelnen Therapieschulen bezieht. Dadurch könnte herausgefunden werden, ob eine Selbstkonzeptveränderung von der Therapieschule abhängig gemacht werden kann und welche Unterschiede dabei auftreten.

Voraussichtlich könnte dadurch auch die Hypothese bestätigt werden, dass die unterschiedlichen Therapieschulen keinen Einfluss auf die Veränderungen des Selbstkonzepts haben. Daraus ergibt sich ein weiteres Argument für eine therapieschulenübergreifende Herangehensweise.

LITERATURVERZEICHNIS

Badelt, I. (1994): Die klientenzentrierte Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In: Lotz et al (Hrsg.). Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. (S141- -152) Bern: Huber

Berger, E. (1996). Die psychiatrische Betreuung (geistig) behinderter Menschen. <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-betreuung.html#id3203219> (Stand: 26.01.11)

Berger, E. (2006). Die Reintegration behinderter Menschen durch Ausgliederung aus Psychiatrischen Einrichtungen - Das Wiener Deinstitutionalisierungsprojekt. <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-deinstitutionalisierung.html> (Stand 26.11.10)

Berger, E. (2006a). Psychiatrische Hilfe für Menschen mit intellektueller Behinderung - Diagnostik, Therapie und strukturelle Bedingungen. <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-psychiatrisch.html> (Stand 26.11.10)

Berger, Ernst (2007). Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Behinderung. Med. f. Mensch. Behind.(4), (S. 10 -16)

Berger, E. (2007a). Psychosen nach schwerer Traumatisierung - Das Ophelia-Syndrom. <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-psychosen.html#id3436615> (Stand 26.11.10)

BGBI. (1990): 361. Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz). Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich

Biermann-Ratjen, E. (1996). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In: Böck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. und Monden-Engelhardt, C.(Hrsg). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1: Grundlagen und Konzepte. Göttingen: Hogrefe

Biermann-Ratjen, E. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In: Eckert, J., Biermann-Ratjen, E., Höger, D. (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer

Biewer, G., Luciak, M., Schwinge, M. (Hrsg.) Begegnung und Differenz: Menschen – Länder – Kulturen. Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Bonfranchi, R. (1995). Psychotherapie und geistige Behinderung. In: Geistige Behinderung (1) (S. 62-67)

Breuer, J. & Freud, S. (1895). Studien über Hysterie. Wien: Deuticke

Buchner, T. (2006): „...dass du alles sagen kannst, was du denkst, und dass du dich nicht zurückhalten sollst und so...“. Psychotherapie aus der Sicht von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Hennische, K. (Hrsg.). Psychologie und geistige Behinderung (S. 73 – 86). Berlin: Eigenverlag der DGSGB

Buchner, T. (2008). Das qualitative Interview mit Menschen mit so genannter geistiger Behinderung – Ethische, methodologische und praktische Aspekte. In: Biewer, G., Luciak, M., Schwinge, M (Hrsg.). Begegnung und Differenz. Menschen, Länder, Kulturen ; Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Bühler, C. & Allen, M. (1983). Einführung in die humanistische Psychologie.

Busch, L. & Mannhaupt, G. (1994). Reflexion: Notwendigkeiten und Möglichkeiten entwicklungsorientierter Teamarbeit in der Betreuung Geistigbehinderter. In: Behindertenpädagogik, 33. Jg. H. 3, (S. 252-269)

Caritas (2007). Tagungsbericht „Die Institution Geistige Behinderung aus psychotherapeutischer Sicht“.

Cicchetti, D & Pogge-Hesse, P. (1982). Possible contributions of the study of

organically retarded persons to developmental theory. In: Zigler, E. & Balla, C. (Hrsg.). Mental retardation. The Developmental-Difference Controversy (S.277-318). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Cloerkes, G. (2007): Soziologie der Behinderten. Heidelberg: Verlag Winter

Cook, C.J (1976). Self-concept of the myocardial infarction patient. Canadian Nurse (72) (S. 37-38)

Cummins, R. (2003): Personal Wellbeing Index -Intellectual Disability. Published by the School of Psychology, Deakin University [http://acqol.deakin.edu.au/instruments/Personal Wellbeing IndexIntellectual%20Disability27-5-03.doc](http://acqol.deakin.edu.au/instruments/Personal_Wellbeing_IndexIntellectual%20Disability27-5-03.doc) (Stand 26.11.10)

Der Brockhaus. (2009). Psychologie. Menschliches Fühlen, Denken und Verhalten verstehen. Mannheim: Bibliographisches Institut.

Deusinger, I. (1987). Selbstkonzept und Selbstwertgefühl bei psychischen Störungen. In: Frey, H-P & Haußer, K. (Hrsg.): Identität. Der Mensch als soziales und personales Wesen. Stuttgart: Enke (S. 258-271)

DIMDI (2005). ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.

Došen, A. (1997). Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Stuttgart: G. Fischer

Eberwein, F (1996). Sozialpsychologische Untersuchungen zur Stigmatisierung und Diskriminierung, sowie zum Selbstkonzept sogenannter Lernbehinderter. In: Eberwein, H. (Hrsg.). Handbuch Lernen und Lern-Behinderungen. Aneignungsprobleme – Neues Verständnis von Lernen – Integrationspädagogische Lösungsansätze. Weinheim: Beltz

Epstein, S. (1984). Entwurf einer Integrativen Persönlichkeit. In: Filipp, S.-H.

(Hrsg): Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven. Stuttgart: Klett-Cotta

Evans, D. W. (1998). Development of the self-concept in children with mental retardation: Organismic and contextual factors. In: Burac, J., Hodapp, R., Zigler, E. (Hrsg.). Handbook of Mental Retardation and Development. (S.462-489). Cambridge: University Press

Filipp, S.-H. (1984). Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven. Stuttgart: Klett-Cotta

Filipp, S.H (1980). Entwicklung von Selbstkonzepten. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie (12) (S. 105-125)

Filipp, S.H & Aymanns, P. (2010). Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart: Kohlhammer

Filipp, S.H & Mayer A. (2005). Selbst und Selbstkonzept. In: Weber (Hrsg.). Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie. Göttingen: Hogrefe (S.266 – S.276)

Fine, M.J & Caldwell, T.E (1967). Self-evaluation of school related behavior of educable mentally tetared children: A preliminary report. In: Exceptional Children (33) S. 324

Fingerle, M. (2000). Zur Prävention von Behinderungen unter psychologischen Aspekten. In: Borchert (Hrsg.). Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe

Flick, U. (2002): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.- Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag

Flick, U. (2009). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Frankfurt: Klett-Cotta

Frey, H.-P. & Hausser, K. (1987). Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung. Stuttgart: Enke

Gaedt, C. (1994). Aspekte eines psychoanalytisch orientierten Konzepts zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: Lotz, W., Koch, U., Stahl, B. (Hrsg.). Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. (S124- -140) Bern: Huber

Gaedt, C. (2000). Der Beitrag eines psychodynamischen Konzepts zum Verständnis und zur Therapie von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Häßler F & Fegert J. M. (Hrsg.). Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. (S. 43 – 77)

Gaedt, C. et al. (1989). Psychotherapie bei geistig Behinderten. In: Geistige Behinderung. (1) (S. 4 – 14)

Gergen, K.J. (1984). Selbsterkenntnis und die wissenschaftliche Erkenntnis des sozialen Handelns. In: S.-H. Filipp (Hrsg.): Selbstkonzeptforschung. Probleme, Befunde, Perspektiven. Stuttgart: Klett-Cotta (S. 75 – 95)

Grawe (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe

Grawe, K. (1987). Schema-Theorie und heuristische Psychotherapie. Forschungsberichte aus dem psychologischen Institut der Universität Bern. Bern: Universität Bern

Grawe, K. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe

Greve, W. (Hrsg.) (2000). Psychologie des Selbst. Weinheim: Beltz

Griffin, T., Baldin, S. (2004): Ethical Research Involving People with Intellectual Disabilities. In: Emerson, E., Hatton, C., Thompson, T., Parmenter T. (2004) The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. London, (S. 61-82)

Hannover, B. (1997). Das dynamische Selbst. Bern: Huber

Hansen, G. (1996). Gestalttherapeutische Arbeit bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Harter, S. & Pike, R. (1984). Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children. Child Development (55), (S. 1969-1982)

Hausser, K. (1995). Identitätspsychologie. Berlin: Springer

Heckhausen, H. (1980). Motivation und Handel. Lehrbuch der Motivationspsychologie. Berlin: Springer

Hennicke K. & Rotthaus W. (1993). Psychotherapie und Geistige Behinderung. Dortmund: Vml

Hennicke, K. (2005). Psychiatrische Diagnostik. In: Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen: Hogrefe

Hodapp, R.M. (1996). New issues in the developmental approach to mental retardation. In: MacLean, W.E (Hrsg.): Ellis Handbook of mental defieiccecy, psychological theory an research. New York: McGraw Hill

Hofmann, C. (2001). Selbstkonzept und geistige Behinderung: Zum Stand der Forschung. In: Zeitschrift für Heilpädagogik (8) (S. 317-326)

Hofmann, C., Kunisch, M., Stadler, B. (1996). „Ich spiel jetzt in Zukunft den Depp!“ - Geistige Behinderung und Selbstbild. Geistige Behinderung 35 (1), (S. 26 – 41)

ICD-10 (2006).

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm>

(Stand: 21.01.2011)

James, W. (1890). Principles of Psychology. Vol 1. New York: Henry Holt

Jantzen, W. (1992). Allgemeine Behindertenpädagogik Bd. 1. Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen. Weinheim: Beltz

Jantzen, W., Lanwer-Koppelin, W. (Hrsg.) (1996): Diagnostik als Rehistorisierung – Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen. Berlin: Edition Marhold

Julius, W. (2000). Identität und Selbstkonzept von Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: Behindertenpädagogik (2). (S. 175-194)

Keith, L. & Bracken, B. (1996). Self-concept instrumentation. A historical and evaluative review. In: Bracken, B. (Hrsg). Handbook of self-concept. Development, social, and clinical considerations. New York: Wiley

Kühnlein, I. (2002). Wie Psychotherapie verändert. Eine Langzeitstudie über Bedeutung und Auswirkungen psychotherapeutischer Behandlung im Lebenslauf. München: Juventa

Laskowski, A. (2000). Was den Menschen antreibt. Entstehung und Beeinflussung des Selbstkonzepts. Frankfurt: Campus

Lazarus, R. S. (1981). Streß und Streßbewältigung – ein Paradigma. In: S.-H. Filipp (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. München: Kohlhammer (S. 198-232)

Lieb, K., Brunnhuber, S., Frauenknecht, S. (2008). Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier GmbH

Lingg, A. (1997). Psychische Störungen bei geistig Behinderten. Erscheinungsformen, Ursachen und Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer

Lotz W.& Koch U. (1994). Zum Vorkommen psychischer Störungen bei Personen mit geistiger Behinderung. In: Lotz W., Koch, U., Stahl, B. (Hrsg.). Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte. (S. 13 – 40) Bern: Huber

Margraf, J. (2000). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Heidelberg: Springer

Markus, H. (1977). Self-Schemata and Processing Information about the self. In: Journal of Personality and Social Psychology (35) (S. 63-78)

Mayring, P. (2008). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz

Moser, U. (1986). Das Selbstkonzept des lernbehinderten Schülers – Untersuchungen in Hilfsklassen, Regelklassen und Regelklassen mit heilpädagogischer Schülerhilfe. In: Vierteljahreszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 55, (S.151 – 160)

Mühl, H. (2006). Merkmale und Schweregrade geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, E. & Theunissen, G. (Hrsg.). Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer

Mummendey, H. D. (1981). Selbstkonzept-Änderungen nach kritischen Lebensereignissen. In: S.-H. Filipp (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. München: Kohlhammer (S. 252-269)

Mummendey, H.D (1999). Die Fragebogen-Methode. Grundlagen und Anwendungen in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung. Göttingen: Hogrefe

Mummendey, H.D (2000). Psychologie der Selbstschädigung. Göttingen: Hogrefe

Mummendey, H.D (2006). Psychologie des `Selbst`. Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung. Göttingen: Hogrefe

Perls F., Hefferline, R., Goodman, P. (2006). Gestalttherapie. Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. Stuttgart: Klett-Cotta

Piaget, J. (1976). Die Äquilibration der kognitiven Strukturen. Weinsberg: Klett Verlag

Pior, R. (1998). Selbstkonzepte von Vorschulkindern. Empirische Untersuchungen zum Selbstkonzept soziale Integration. Münster: Waxmann Verlag

Pörtner, M. (2001). Klientenzentrierte Psychotherapie in Verbindung mit Prä-Therapie. In: Geistige Behinderung (4) (S. 304 – 312)

Pörtner, M. (2003) Brücken bauen. Stuttgart: Klett-Cotta

Primig-Eisner, B. (1998). Menschen mit geistiger Behinderung in Österreich. Lebenshilfe Österreich. Dachverb. für Menschen mit Geistiger und Mehrfacher Behinderung

Prouty, G. (1998). Prä-Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta

Prouty, G. & Cornwall, M. (1990): Psychotherapy with a depressed mentally retarded adult: An application of Pre-Therapy. In: Dosen A. & Menolascino F. (Hrsg.). Depression in Mentally Retarded Children and Adults (S. 281 – 293) Leiden: Logon Publications

Prouty, G. et al (1998): Prä-Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta

Rauchberger, M., Körbler, R., Gritsch, U. (2005): Sichtweise einer Selbstvertreterin, eines Selbstvertreters. In: Die Zeitschrift der Lebenshilfe Österreich: Dokumentation zum Workshop der Lebenshilfe Österreich. (S. 12-13)

Redlin, W. (1992): Der Verhaltenstherapeutische Ansatz in der Arbeit mit geistig Behinderten. In: Görres, S., Hansen, G. (Hrsg.). Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. (S. 152 - 162) Bad Heilbrunn: Klinkhardt
retardation. Cambridge: Cambridge University Press (S.3 – 17)

Rogers, C. (1973). Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München: Kindler

Rogers, C.R (1985). Therapeut und Klient. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch

Rudolph, A., Schröder-Abé, M. & Schütz, A. (2008). Selbstkonzept, Selbstwert und Selbstwertregulation. In: Herpertz, S., Caspar, F., Mundt C. H. (Hrsg.). Störungsorientierte Psychotherapie. München: Urban & Fischer

Sarimski, K. (1986). Interaktion mit behinderten Kleinkindern: Entwicklung und Störung früher Interaktionsprozesse. München: Reinhardt

Schaub H. & Zenke K.G. (2002): Wörterbuch Pädagogik. München: Deutscher

Schmid, P. (2001). Personenzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In: Frenzl, P., Keil, W., Schmid, P., Stölzl, N. (Hrsg.). Klienten-/ Personenzentrierte Psychotherapie: Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien: Facultas (S. 57-95)

Schneider, W. (1990). Indikationen zur Psychotherapie. Anwendungsbereiche und Forschungsprobleme. Basel: Beltz

Schuppener, S. (2005). Selbstkonzept und Kreativität von Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Seidel, M. (2005). Grundlagen medizinischer Diagnostik. In: Stahl, B., Irblich, D. (Hrsg.). Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Göttingen: Hogrefe (S. 298 – 317)

Seidenstücker, G. & Baumann, U. (1979). Zur Situation der Indikationsforschung. Bericht über den 31. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen: Hogrefe

Senckel, B.(1998). Du bist ein weiter Baum – Entwicklungschancen für gesittig behinderte Menschen durch Beziehung. München: Beck

Shavelson, Huber & Stanton (1976). Self-Concept. Validation of Construct Interpretations. In: Review of Educational Research, Band 46 (Heft 3), S.407-441

Speck, O. (2005): Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung. München: E. Reinhard Verlag

Stiles, W.B (1999). Signs and voices in psychotherapy. In: Psychotherapy Research 9 (19), (S. 1-21)

Strotzka, H. (1978). Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Wien: U & S

Stumm, G. & Pritz, A. (2000). Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer

Sturmey, P. (1999). Classification: concepts, progress and future. In: Bouras, E. (Ed.). Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental
Taschenbuch Verlag

Theiß, D. (2005). Selbstwahrgenommene Kompetenz und soziale Akzeptanz bei Menschen mit geistiger Behinderung. Kempten: Klinkhardt

Theunissen, G. (2000). Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Tiefenbrunner, H. (2003). Die Bedeutung der Katharsis in der Psychotherapie – Analyse eines therapeutischen Gesprächs. (Diplomarbeit)

und psychiatrischer Sicht. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Van Werde, D. (1990). Psychotherapy with a retarded schizo-affective women: An application of Prouty's pre-therapy. In: Dosen, A. (Hrsg.). Treatment of Mental Illness and Behavioral Disorders in the Mentally Retarded (S. 469 – 477) Leiden: Logon Publications

Veith, A. (1997). Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen. Opladen: Westdeutscher Verlag

Vester, F. (1976). Phänomen Stress. wo liegt sein Ursprung, warum ist er lebenswichtig, wodurch ist er entartet? Stuttgart: Dt. Verl.-Anst.

Walmsley, J. & Johnson, K. (2003): Inclusive Research with People with Learning Disabilities. Past, Present and Future. London/ New York: Jessica Kingsley

Weber, G.; Rojahn, J. (2009). Intellektuelle Beeinträchtigung. In: Schneider, S., Margraf, J. (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Störungen im Kindes- und Jugendalters. Heidelberg: Springer

Widaman, K. F., MacMillan, D., Hemsley, R. (1992). Differences in adolescents self-concept as a function of academic level, ethnicity and gender. American Journal of Mental Retardation 96 (4), (S.387-404)

Witzel, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt: Campus

Wocken, H. (1983). Am Rande der Normalität. Untersuchungen zum Selbst- und Gesellschaftsbild von Sonderschülern. Heidelberg: Winter, Edition Schindele

Wocken, H. (1983). Am Rande der Normalität. Untersuchungen zum Selbst- und Gesellschaftsbild von Sonderschülern. Heidelberg: Winter, Edition Schindele

Wolberg, L. (1967): The Technique of Psychotherapy. New York: Grune & Stratton

Zigler, E & Balla D.A. (1982). Mental retardation. The developmental-difference controversy. London: Lawrence Erlbaum

Zigler, E. (1973). The retarded child as a whole person. In: Routh, D.K (Hrsg.): The experimental psychology of mental retardation. Chicago: Illinois Press

ANHANG

- a. Interviewleitfaden
- b. Kodierleitfaden
- c. Einverständniserklärung
- d. Information Drop
- e. Beispiel: Ergebnisse Frau B. „Leichte Sprache“
- f. Ergebnisse Allgemein „Leichte Sprache“
- g. Curriculum Vitae

a. INTERVIEWLEITFADEN

Fragestellung: Wie gestalten sich Veränderungen des Selbstkonzepts bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung während des Therapieprozesses?

Einstiegsfrage:

Wie ist es Ihnen bei der Psychotherapie ergangen?

Oder

Was können Sie mir über Ihre Psychotherapie erzählen?

Allgemein

- Wie sind Sie zur Therapie gekommen? Wollten Sie das selbst oder hat Ihnen jemand gesagt, dass Sie das jetzt tun sollten? (Eigeninitiative vs. Fremdbestimmung)

- Warum sind Sie in Psychotherapie gegangen? Was hatten Sie für Probleme oder was würden Sie als Gründe für die Psychotherapie nennen? (Therapiemotivation)

- Haben Sie diese Probleme noch immer? Hat sich etwas verändert seit Sie in Therapie sind? (Hier dann anschließen an verschiedene Facetten) Keine Antwort: Oder gab es gar keine Veränderungen?

- Wenn Sie sich jetzt zurückerinnern an die ersten paar Therapiesitzungen/stunden. Würden Sie sagen, dass Sie bereits nach wenigen Sitzungen schon eine Veränderung bemerkt haben, oder ist diese erst später gekommen? Welche Veränderungen haben Sie zuerst wahrgenommen? (Veränderungen in den ersten Sitzungen)

Veränderung des emotionalen Selbstkonzepts

- Fällt es Ihnen jetzt leichter oder schwerer über Ihre Gefühle zu sprechen als vor der Therapie? (Gesichter zeigen) Wann kann das nützlich sein? In welchen Situationen ist das so? (Offenheit, sich über Gefühle bewusst sein)

- Stellen Sie sich vor, Sie gehen mit Ihrer Bezugsbetreuerin neue Kleidung einkaufen. Entscheiden Sie selbst was Sie sich kaufen möchten oder sucht das die Betreuerin aus? Und wie würden Sie sagen war das vor der Therapie? Wer hat da eher die Kleidung ausgesucht?

- Sind Sie mit sich so wie Sie sind zufrieden und würden Sie lieber anders sein? (Gesichter zeigen) Wie war das vor der Therapie? (Gesichter zeigen) Falls Verbesserung: Was mögen Sie jetzt lieber an Ihnen? Falls Verschlechterung: Was mögen Sie jetzt weniger an Ihnen? (Selbstwertschätzung/Selbstakzeptanz)

- Würden Sie sagen, Sie sind öfter glücklich oder öfter traurig? (Gesichter zeigen) Und wie würden Sie sagen, dass das vor der Therapie war? (Gesichter zeigen) Was sind/waren Gründe dafür, dass sie traurig sind/waren? Was ist daran jetzt besser/schlechter? (Zufriedenheit)

Veränderung des sozialen Selbstkonzepts

- Hat sich die Beziehung zu Ihren Eltern/Freundinnen/Betreuern/Arbeitskolleginnen/Vorgesetzten seit Therapiebeginn verändert? (Gesichter zeigen) Was hat sich verändert? (soziale Beziehungen)

- Glauben Sie, dass Sie die Leute so mögen wie Sie sind? (Gesichter zeigen) Und wie war das vor der Therapie? (Gesichter zeigen) Falls Veränderung: Warum glauben Sie hat sich das verändert? (Akzeptanz durch soziales Umfeld)

- Stellen Sie sich vor, beim Mittagessen in der Arbeit möchte Ihnen ein Arbeitskollege ihr Dessert wegnehmen. Wie würden Sie darauf reagieren? Wie glauben Sie, hätten Sie vor der Therapie darauf reagiert?

Veränderungen des kognitiven Selbstkonzepts

- Haben Sie das Gefühl sich selbst gut zu kennen? (Gesichter zeigen) Wie war das vor der Therapie? (Gesichter zeigen) Falls Veränderung: Warum glauben Sie, dass das jetzt anders ist? (Reflexionsfähigkeit)

- Wissen Sie wie Sie auf andere wirken/was andere von Ihnen halten? (Gesichter zeigen) Was glauben Sie denken die Menschen über Sie? Glauben Sie, dass andere Menschen Sie jetzt anders sehen als vor der Therapie, also, dass ihnen da Veränderungen an Ihnen aufgefallen sind? (Gesichter zeigen) (Fremdbild)

b. KODIERLEITFADEN

Variable	Ausprägung	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
K1) emotionales Selbst= konzept	K1a) persönliche Entwicklung	Die Person äußert sich über Veränderungen (bzw. nicht-Veränderungen) von Eigenschaften der Persönlichkeit. Im Mittelpunkt stehen dabei Veränderungen die das Besprechen von Problemen betreffen. Gründe und Beschreibungen der Veränderungen (bzw. nicht Veränderungen) werden dieser Kategorie zugeordnet.	„ B: Ja, des (2sec) ich ich nehm die Sachen leichter. (I:aha) Und nicht so schwierig mehr. (I:ok) Früher hab ich das ziemlich runter geschluckt und so und hab nicht darüber geredet und so. Und hab mich immer zurück gezogen und so (I:aha). Das tu ich jetzt nicht mehr. (I:ok) Jetzt bin ich viel offener geworden und red darüber.“ (Z 30-33)	Dieser Kategorie werden Aussagen zugeordnet, die sich auf persönliche Eigenschaften wie offener reden können, selbstsicherer sein, ruhiger sein, ausgeglichener sein usw. beziehen. Es handelt sich um Veränderungen die weder der Selbstbestimmung, noch der Selbstakzeptanz oder den Gemütszuständen zuzuordnen sind.
	K1b) Selbst= bestimmung	Die Person äußert sich über Gestaltungs- und Handlungskompetenzen des alltäglichen Lebens. Sie gibt an wie sich diese im Laufe der Therapie verändert bzw. nicht verändert haben. Äußerungen über die Gründe und die Beschreibungen des Veränderungsprozesses der Selbstbestimmung sind hier zu finden.	„I: Sie suchens selber aus? C: Jaja. I: Und wie war das vorher, bevor Sie in Therapie gegangen sind? (6sec) Haben Sies da auch schon selbst ausgesucht, oder, oder wars da eher der Betreuer der das ausgesucht hat? C: Na, eher der Betreuer.“ (Z 425-433)	Dieser Kategorie werden Aussagen über die Selbstbestimmung im Alltag zugeordnet. Begründungen und Beschreibungen des Veränderungsprozesses der Selbstbestimmung werden dieser Kategorie zugeordnet.
	K1c) Selbst= akzeptanz	Die Person gibt an, inwiefern sie sich selbst so akzeptieren kann wie sie ist. Sie vergleicht den heutigen Zustand mit der Zeit vor der Therapie und kann dadurch auf Veränderungen (bzw. keine Veränderungen) schließen. Begründungen und Beschreibungen dieses Veränderungsprozesses finden sie hier.	„I: (...) ok. Uuund (2sec) ähm, bist du jetzt, also, bist du mit dir selbst zufrieden oder würdest du sagen, dass du lieber ein bisschen anders sein möchtest, oder (unterbricht) B: Naja, manchmal bin. (lacht) Das kann ich da zeigen (zeigt auf das mittlere Gesicht der Gesichtsskala) I: Also, das mittlere Gesicht würdest eher sagen. B: Eher ja. ja. I: Uuund wenn du jetzt an vor der Therapie denkst. Wie wars da, wie wars da, mit dir selber zufrieden? B: Na, eigentlich gar nicht. (lacht) (zeigt auf das traurige Gesicht der der Gesichtsskala)“ (Z 92-102)	Dieser Kategorie werden Aussagen zugeordnet, die Aufschluss über die Selbstakzeptanz der Person geben. Auch Begründungen und Beschreibungen des Veränderungsprozesses der Selbstakzeptanz sind dieser Kategorie zuzuordnen.
	K1d) Gemüts= zustand	Die Person äußert sich über die Veränderungen (bzw. nicht-Veränderungen) ihres Gemütszustands. Auch Beschreibungen und Begründungen dieses Veränderungsprozesses finden sich hier.	„I: Ok, also, dass Sie manchmal glücklich und manchmal traurig sind. C: Manchmal glücklich und manchmal traurig. I: (...) Uuund wenn Sie sich jetzt daran zurück erinnern, bevor Sie in Therapie gegangen sind. Wie wars denn da? (3sec) Also wenn	Dieser Kategorie werden Aussagen zugeordnet, die sich auf Äußerungen über den Gemütszustand der Person beziehen. Auch Begründungen und Beschreibungen des Veränderungsprozesses des Gemütszustands werden dieser Kategorie zugeordnet.

			<p>Sie wieder die Gesichter anschauen, vielleicht gehts dann leichter.</p> <p>C: Naja, (5sec) Naja, da war ich eigentlich sehr traurig.“ (113-122)</p>	
K2) Veränderung des kognitiven Selbst= konzepts	K2a) Selbst= einschätzung	<p>Die Person gibt Auskunft darüber, wie sie sich selbst einschätzt. Es geht hierbei darum, ob die Person das Gefühl hat sich selbst zu kennen und wie sich dieser Aspekt im Laufe der Therapie verändert hat (Vergleich heute vs. früher). Beschreibt und/oder begründet die Person den Veränderungsprozess der Selbsteinschätzung werden jene Aussagen ebenso dieser Kategorie zugeordnet.</p>	<p>„I: Ok. Und was würdest du da jetzt für ein Gesicht nehmen, wie gut du dich kennst. B: (zeigt auf lachendes Gesicht) I: Ok. ok. Und wenn du jetzt wieder zurückdenkst, vor der Therapie. Was würdest du da sagen, wie das war? B: Schlecht. Eher schlecht (zeigt auf trauriges Gesicht) I: Schlecht. Aha. Also das Schelchte. Also, das hat sich wieder verändert einfach durch die, was du eh schon beschrieben hast, oder? B: Ja, genau. (3sec) Durch das Reden und so, na. Hat es sich wieder geändert.“ (Z 324-331)</p>	<p>In dieser Kategorie finden sich Aussagen über die Selbsteinschätzung der Person. Aussagen die Aufschluss darüber geben, inwiefern die Person das Gefühl hat, sich selbst zu kennen, finden sich in dieser Kategorie. Auch Begründungen und Beschreibungen des Veränderungsprozesses der Selbsteinschätzung werden dieser Kategorie zugeordnet.</p>
	K2b) Fremd= bild	<p>Die Person gibt Auskunft darüber, wie sie andere Menschen einschätzen. Es geht hierbei darum, ob die Person wisse was andere von ihr denken und ob ihr Umfeld eine Veränderung im Laufe der Therapie bei der Person feststellen konnte. Beschreibt bzw. begründet die Person den Veränderungsprozess der Fremdeinschätzung werden jene Aussagen ebenso dieser Kategorie zugeordnet.</p>	<p>„I: (...) Und würden Sie sagen, dass das auch die anderen Leute bemerkt haben bei Ihnen? Also ist Ihnen (E unterbricht) E: Das glaub ich nicht, das weiß ich, das weiß ich, weil auch schon oft die Betreuer gekommen sind und haben mir gesagt, dass ich mich in den letzten Jahren sehr gut verbessert hab (...)“ (Z 390-394)</p>	<p>In dieser Kategorie finden sich Aussagen über die Fremdeinschätzung der Person. Aussagen die Aufschluss darüber geben, inwiefern das soziale Umfeld der Person Veränderungen im Laufe der Therapie wahrgenommen hat und ob die Person das Gefühl hat zu wissen, was anderen Menschen von ihr denken, finden sich in dieser Kategorie. Auch Begründungen und Beschreibungen des Veränderungsprozesses der Fremdeinschätzung werden dieser Kategorie zugeordnet.</p>
K3) Veränderung des sozialen Selbst= konzepts	K3a) soziale Beziehungen	<p>Die Person gibt an, inwiefern sie sich die sozialen Beziehungen verändert haben. Sie vergleicht den heutigen Zustand mit der Zeit vor der Therapie und kann dadurch auf Veränderungen (bzw. keine Veränderungen) schließen. Begründungen und Beschreibungen dieses Veränderungsprozesses finden sich hier.</p>	<p>„I: Ok, und vielleicht zu irgendwelchen Betreuern oder so ist das anders geworden? Also irgendwelche Beziehungen zu Betreuern, das das Sie vielleicht mit manchen jetzt besser zurecht kommen oder schlechter zurecht kommen. C: Ja, es ist besser. I: Es ist besser. Mit den Betreuern? C: Ja, mit meinem Betreuer. I: Aha, ok. Und was ist da besser? C: (4sec) Naja, (6sec) der Umgang.“ (Z 499-511)</p>	<p>Die Aussagen beziehen sich auf Veränderungen der Beziehungen im Arbeitsumfeld, der Familie oder wenn gegeben in den Wohngemeinschaften. Auch Begründungen und Beschreibungen des Veränderungsprozesses der sozialen Beziehungen werden dieser Kategorie zugeordnet.</p>
	K3b) Akzeptanz durch soz. Umfeld	<p>Die Person gibt an, inwiefern sie sich durch das soziale Umfeld akzeptiert fühlt. Sie vergleicht den heutigen Zustand mit der Zeit vor der Therapie und kann</p>	<p>„I: Und was würden Sie denn sagen, wenn Sie, also wenn Sie die Gesichter da jetzt wieder anschauen. Würden Sie sagen, dass Sie sich von den ganzen Leute, die ich gerade genannt hab, würde Sie sagen, dass Sie</p>	<p>Die Aussagen beziehen sich auf Veränderungen der Akzeptanz durch das soziale Umfeld. Auch Begründungen und Beschreibungen des Veränderungsprozesses der sozialen Beziehungen werden</p>

dadurch auf Veränderungen (bzw. keine Veränderungen) schließen. Begründungen und Beschreibungen dieses Veränderungsprozesses finden sich hier.

sich von denen ganz akzeptiert (zeigt auf lachendes Gesicht) fühlen, so wie Sie sind. Wissen Sie was das heißt akzeptiert fühlen? Dass sie Sie so nehmen wie Sie sind. (C:ja) Oder würden sie eher sagen, dass ist eher so (zeigt auf mittleres Gesicht) Naja, ich bin mir nicht ganz sicher, ob mich die wirklich so mögen, wie ich bin. (C unterbricht)
 C: Ganz akzeptiert. (zeigt auf lachendes Gesicht)
 I: Ganz akzeptiert fühlen Sie sich?
 C: Ja.
 I: Und wenn Sie jetzt wieder zurückdenken, an vor der Therapie. Wie war das da? (C:mhh) Vor der Therapie, bevor Sie in Therapie gegangen sind, haben Sie sich da auch schon so gefühlt (zeigt auf lachendes Gesicht) von den anderen? Oder war das eher
 C: Eher so. (zeigt auf das mittlere Gesicht)“ (Z 563-582)

dieser Kategorie zugeordnet.

K3c) Konflikt= lösungs= strategien

Die Person gibt an, wie sie in Konfliktsituationen in einem sozialen Gefüge reagiert. Sie vergleicht den heutigen Zustand mit der Zeit vor der Therapie und kann dadurch auf Veränderungen (bzw. keine Veränderungen) schließen. Begründungen und Beschreibungen dieses Veränderungsprozesses finden sich hier.

„I: (...). Wenn Sie jetzt einen Konflikt haben oder so, wie reagieren Sie denn da? Wenn irgendwer anfängt zum Streiten mit Ihnen, wie reagieren Sie denn da?
 D: Da fang ich zum (3sec) zum (macht eine Handbewegung)
 I: Zum? (3sec) Zum zumachen? zurückziehen?
 D: Ja, dann schau ich so aus (zeigt auf das traurige Gesicht) (I:aha). Was ich Ihnen da vorher erzählt. Da fang ich zum, weil ich bin kein streitsüchtiger und ich weiß nicht auf was hinaus will, er. (I:aha) Und und drum drum zumachen.
 I: Dann machen Sie zu, ok. Und ahm, war das früher auch schon so, dass Sie bei so Konfliktsituationen einfach (D unterbricht)
 D: Da hab ich mehr gehabt, da bin ich ja, da hab ich mich versteckt, sogar, im Kasten.“

Die Aussagen beziehen sich auf Veränderungen im Umgang mit Konfliktsituationen. Auch Begründungen und Beschreibungen des Veränderungsprozesses der sozialen Beziehungen werden dieser Kategorie zugeordnet.

K4) Therapie= motivation in Zusammen= hang mit Veränderung

K4a) intrinsische Motivation

Die Person gibt an, dass die Therapie aus eigenem Ermessen begonnen wurde. Auch der Ablauf der Therapieanbahnung findet sich hier.

„B: (...)Und ich hab dann darauf bestanden, dass ich in Therapie geh, für längere Zeit, einmal.
 I: Ok.ok. Uuund ahm (2sec) du hast das eh gerade selber angesprochen, hast du das selbst für dich beschlossen, dass du da in Therapie gehst, oder ist zu dir wer gekommen und hat gesagt (B unterbricht)
 B: Nein, das das hab ich selber beschlossen.
 I: Aha. Und wie ist das, wie war das, hast du das dann einfach

Die Aussagen geben Aufschluss darüber, dass die Therapie aus freien Stücken begonnen wurde. Wird eine Therapie empfohlen und die Person begibt sich daraufhin aus eigenem Willen in Therapie, wird dies der intrinsischen Motivation zugeordnet.

irgendjemanden gesagt, oder?

B: Ich hab das dann gesagt, dass ich auf Therapie gehen möchte und so. Dann hat meine Betreuerin angerufen und hat mich angemeldet, na, mit der Therapie. Die hab ich dann Gott sei Dank auch bewilligt bekommen von der Krankenkasse.“(Z 428-438)

K4b) extrinsische Motivation

Die Person gibt an, dass die Therapie durch Druck von außen begonnen wurde. Auch Begründungen für den Druck von außen werden dieser Kategorie zugeordnet.

„E: Na, der Grund war, fällt mir grad ein, war der, der hat mich damals zwar angezeigt, aber ich glaub das war, war irgendwie, eine Bedingung, dass das da irgendwie, weggelegt wird.

I: Das es was?

E: Das die Therapie da angeschlossen ist, sag ich mal.

I: Die Bedingung war, dass dass du in Therapie gehst?

E: Ich geh in Therapie und dafür gibts keine strafrechtlichen Folgen. (I:aha) “ (Z 520-527)

Die Aussagen geben Aufschluss darüber, dass die Therapie aufgrund des Drucks von außen begonnen wurde. Die Therapie wäre ohne Druck nicht zustande gekommen.

K4c) Ablauf der Veränderung

Die Person gibt an in welchem Tempo Veränderungen stattgefunden haben. Sie gibt Auskunft darüber, ob sich die Veränderungen nach Therapiebeginn schnell oder langsam manifestiert haben. Weiters erläutert die Person welche Veränderungen zuerst stattgefunden haben und welche erst später eingetreten sind. Auch die Begründungen und Beschreibungen des Tempos des Veränderungsprozesses lassen sich in dieser Kategorie finden.

I: (...) Und wenn Sie jetzt zurückdenken, ich mein, das ist jetzt wirklich lang her bei Ihnen, aber die ersten paar Therapiesitzungen was Sie so gehabt haben, würden Sie sagen, dass sich da sehr schnell etwas verändert hat? (...)

E: (...) ich glaub das hat schon ein bisschen länger gedauert, also, vielleicht ein halbes Jahr, bis sich etwas verändert hat. Weil man sich da erst hat kennenlernen müssen (I:aha), damit man dann wirklich offener wird, sag ich jetzt einmal. (Z 399-409)

Die Aussagen geben Aufschluss darüber, wie schnell und welche Veränderungen sich nach Therapiebeginn eingestellt haben. Begründungen und Beschreibungen des Tempos des Veränderungsprozesses werden dieser Kategorie zugeordnet.

K5) Relevanz der Veränderungs bereiche

K5a) Gründe für die Psychotherapie

Die Person äußert sich über die Gründe für die Psychotherapie. Es werden nur jene Probleme als Gründe für die Therapie gehalten, die die Person explizit als Antwort auf die Frage nach den Gründen gibt. (Dadurch sollte eine Vernachlässigung des subjektiven Empfinden der Person vermieden werden)

„ I: (...) Was waren da so die Probleme, wieso du in Psychotherapie gegangen bist?

B: Also, ich bin hauptsächlich in Psychotherapie gegangen, weil ich funktionelle Anfälle hab, ja. (I:Aha) Uund uund und weil ich so Probleme auch gehabt habe, nicht. (I:Aha) In meiner Umgebung und so, nicht.“ (Z 16-19)

Kodierregeln: Aussagen die Aufschluss darüber geben, warum die Person in Psychotherapie gegangen ist, werden dieser Kategorie zugeordnet. Nur Probleme die als Antwort auf die Frage nach den Gründen genannt wurden, werden dieser Kategorie zugeteilt, um das subjektive Empfinden der Person nicht zu vernachlässigen.

K5b) Verbesserung der

Die Person äußert sich darüber, ob sich die Probleme welche bei den

„I: Aha, ok. Und ist davon jetzt irgendetwas anders geworden, also hat sich (gleichzeitig) da jetzt

Aussagen die sich auf die Verbesserung (bzw. nicht-Verbesserung) der Probleme

Problematik	Gründen für die Psychotherapie genannt wurden, im Laufe der Therapie verbessert haben oder nicht.	was verändert? B: (gleichzeitig) Jaaa, das hat sich sehr verändert. I: Aha (B:ja) und was genau hat sich da verändert? B: Ja, des (2sec) ich ich nehm die Sachen leichter. (I:aha) Und nicht so schwierig mehr. (I:ok) Früher hab ich das ziemlich runter geschluckt und so und hab nicht darüber geredet und so. Und hab mich immer zurück gezogen und so (I:aha). Das tu ich jetzt nicht mehr. (I:ok) Jetzt bin ich viel offener geworden und red darüber.“ (Z 26-33)	die als Gründe für die Therapie genannt wurden, beziehen, werden dieser Kategorie zugeordnet. Es handelt sich dabei aber ausschließlich um die Verbesserung (bzw. nicht-Verbesserung) die auch bei den Gründen für die Therapie genannt wurden. (Hier kann es zwar zu Überschneidungen mit den Selbstkonzeptbereichen kommen, dies ist aber nicht vermeidbar, da es sonst nicht möglich wäre die Relevanz der Veränderungsbereiche zu erforschen)
-------------	---	--	---

c. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

**Liebe Forschungsteilnehmerinnen, liebe
Forschungsteilnehmer!**

Informationen zur Forschung

Ich, Sabine Tiefenthaler, arbeite an einem Forschungsprojekt zum Thema Psychotherapie.

Es geht für mich vor allem um die Sichtweisen von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung, die in der Psychotherapie Erfahrungen machen oder gemacht haben.

Ich interessiere mich besonders dafür, was sich durch die Psychotherapie bei Ihnen verändert hat.

Ich führe dazu Interviews durch. Die Daten werden vertraulich behandelt und anonymisiert. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen.

Informiertes Einverständnis

- Bei der Teilnahme am Forschungsprozess wird mir völlige Anonymität zugesichert. Das bedeutet, dass mein Name und meine persönlichen Daten geschützt werden.
- Wenn ich Bedenken bekomme, kann ich während des Interviews jederzeit sagen, dass ich aufhören möchte.

- Nach der Teilnahme am Interview kann ich mich jederzeit über die Ergebnisse der Forschung informieren.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über das Forschungsprojekt, die Vorgehensweise und meine Rechte aufgeklärt wurde. Außerdem erkläre ich mich mit meiner Unterschrift dazu bereit, an dem Interview teilzunehmen.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

d. INFORMATION DROP

Haben Sie Interesse mit mir über Ihre persönlichen Erfahrungen zu sprechen?

Ich schreibe gerade meine Diplomarbeit über Psychotherapie. Deshalb suche ich Personen die mit mir ein Gespräch führen wollen. Sie sollten seit mindestens 10 Monaten in Therapie sein. Über die Therapie würde ich dann gerne mit Ihnen sprechen. Genauer gesagt über die persönlichen Veränderungen in der Therapie.

Es geht darum, was Sie sich vor der Therapie über sich selbst gedacht haben. Und wie sich das verändert hat. Oder was für ein Bild Sie von sich selbst hatten. Oder auch von anderen Menschen. Wie hat sich das verändert?

Was Sie mir sagen ist natürlich vertraulich und anonym. Ich werde es niemanden weitersagen. Die Forschung ist wichtig für Sie, da somit gezeigt werden kann, dass Psychotherapie hilft. Damit kann vielen Menschen geholfen werden. Wenn Sie Interesse haben, können Sie mich jederzeit anrufen. Sie können mir auch eine e-mail schreiben. Ich würde mich sehr darüber freuen. Wo das Gespräch ist, können Sie sich natürlich selbst aussuchen. Beim ersten Treffen werde ich Ihnen dann alles natürlich noch genauer erklären. Über die Ergebnisse die bei der Forschung rauskommen erfahren Sie natürlich auch.

Liebe Grüße

Sabine Tiefenthaler,
Telefonnummer: 0660/ 68 40 329,
e-mail: sabine89@gmx.at

E. BEISPIEL: ERGEBNISSE „LEICHTE SPRACHE“

Frau B.

K1a) Persönliche Entwicklung:

- offener über Gefühle sprechen
- nimmt Sachen leichter
- früher alles runtergeschluckt

K1b) Selbstbestimmung:

- kann jetzt über sich selbst bestimmen
- sucht sich in der Arbeit eigenständig Aufgaben
- macht nur das, was sie auch wirklich machen will
- vor der Therapie konnte sie das alles nicht

K1c) Selbstakzeptanz:

- kann sich relativ gut selbst akzeptieren
- Grund: hat gelernt auch Nein zu sagen
- früher konnte sie sich nicht akzeptieren

K1d) Gemütszustand:

- wechselt zwischen Extremen
- kaum mittelmäßig gut gelaunt
- vor Therapiebeginn meistens sehr traurig

K2a) Selbsteinschätzung:

- kann sich heute sehr gut selbst einschätzen
- hat Gefühl sich gut zu kennen
- vor Therapie: konnte sich gar nicht gut selbst einschätzen
- Grund für Veränderung: Besprechen der Gefühle und Probleme

K2b) Fremdbild:

- kann sehr gut einschätzen was andere von ihr denken
- Veränderungen an Frau B. wurden durch Umfeld wahrgenommen
- bekommt oft positives Feedback bezogen auf Veränderungen

K3a) Soziale Beziehungen:

- Partnerwechsel -> wäre ihr vor Therapie noch schwerer gefallen
- hat Betreuerin um Hilfe gebeten um Konflikt mit Ex-Freund zu regeln
- hatte noch nie Probleme Arbeitskolleginnen
- Freundin sieht sie jetzt seltener

K3b) Akzeptanz durch soziales Umfeld:

- ist offener gegenüber anderen Menschen, deshalb sind diese auch offener gegenüber ihr
- hat Gefühl andere verstehen sie jetzt besser
- kann zb mit Mitbewohnerin über ihre Probleme reden und auch diese spricht mit Frau B. über ihre Probleme
- fühlt sich relativ akzeptiert
- vor der Therapie: überhaupt nicht akzeptiert

K3c) Konfliktlösungsstrategie:

- vorerst wütend, dann redet über Problem, wieder alles ok
- früher: zurückgezogen und geweint
- hat dadurch Anfälle produziert, wollte Aufmerksamkeit

K4a) Intrinsische Motivation

- selbst beschlossen in Therapie zu gehen
- einige Anrufe bei Krankenkasse
- danach bewilligt
- Hilfe von Betreuerin erhalten

K4c) Ablauf der Veränderung

- zu Beginn Therapie: Verschlechterung
- da Aufarbeitung der Kindheit sehr schwer
- ging mit Hoffnung auf Verbesserung in Therapie
- hatte Angst, dass es nicht mehr besser werden würde
- erste Veränderungen: kam mit Leuten in Umgebung besser zurecht, wurde offener, nicht mehr so still und ruhig
- Veränderungen eher langsam

K5a) Gründe für Psychotherapie

- funktionelle Anfälle + Probleme im sozialen Umfeld
- Anfälle: wird schwindlig, fällt zusammen
- hängen auch mit Angstzuständen zusammen

K5b) Verbesserung der Problematik

- ist offener geworden, nimmt Sachen leichter, redet mehr über Probleme
- früher: zurückgezogen, nicht über Probleme gesprochen
- Anfälle sind gleich geblieben – nur zeitweise Verbesserung

**ERGEBNISSE zur Untersuchung:
Psychotherapie bei Menschen mit einer intellektuellen
Beeinträchtigung**

Allen Befragten wurde die erste Therapie von Betreuerinnen vorgeschlagen. Sie sind dann aber gerne in Therapie gegangen.

Gründe für die Therapie waren körperliche Beschwerden und Probleme mit anderen Menschen.

Die Meisten konnten eine Veränderung nach ca. einem halb Jahr merken.

Allen Befragten geht es heute besser als vor der Therapie.

Sie können besser über Gefühle reden.

Sie können sich selbst besser einschätzen.

Sie haben nicht mehr so viele Probleme mit anderen Menschen.

Emotionales Selbstkonzept:

Alle Befragten können heute besser über ihre Gefühle sprechen als vor der Therapie.

Alle Interviewpartnerinnen können heute sagen was sie wollen. Vor der Therapie ist ihnen das manchmal schwer gefallen. Sie können heute selbstbestimmter leben.

Vier der Befragten können sich heute besser selbst akzeptieren. Sie mögen sich selbst lieber. Vor der Therapie waren sie nicht zufrieden mit sich.

Vier der Befragten sind heute öfter gut drauf. Vor der Therapie waren sie oft traurig.

Kognitives Selbstkonzept:

Vier der Befragten können sich heute besser selbst einschätzen. Sie wissen warum sie bestimmte Sachen machen.

Vier der Befragten sagen, dass anderen Menschen eine Veränderung an ihnen aufgefallen ist.

Eine Befragte kann andere Menschen jetzt besser einschätzen.

Soziales Selbstkonzept:

Drei der Befragten sagen, dass sich die Beziehung zu anderen Menschen verändert hat.

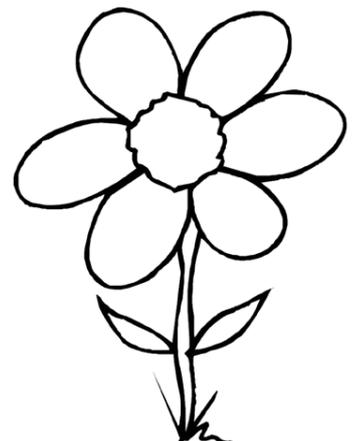
Drei der Befragten fühlen sich heute mehr akzeptiert.

Drei der Befragten gehen heute anders mit Problemen um.

VIELEN DANK FÜR IHRE HILFE!

Für weitere Fragen zum Thema können Sie mich gerne anrufen:

0660 / 68 40 329



g. CURRICULUM VITAE

Persönliche Angaben:

Name: Sabine Tiefenthaler

Geburtsdatum: 09.03.1986

Geburtsort: Ried im Innkreis

Adresse: Breitenfelder Gasse 14/8, 1080 Wien

Telefonnummer: 0660 / 68 40 329

E-mail: sabine89@gmx.at

Familienstand: ledig

Bildungsgang:

1992 - 1996 Volksschule, Gurten

1996 - 2000 Vitalhauptschule, Geinberg (Integrationsklasse)

2000 - 2005 Handelsakademie, Ried

2005 - 2010 Pädagogikstudium

Studium der Erziehungswissenschaften an der Universität Wien mit den Schwerpunkten Heil- und Integrative Pädagogik und Psychoanalytische Pädagogik

Praktika und Berufserfahrung:

2004/05 - Spielebusbetreuung Kinderfreunde Innviertel

Sommer 2006 – Au-pair in Italien

2005 - 2007 – Kinderbetreuung

2006/07 – Lernbegleitung einer Schülerin

Sommer 2007- Urlaubsbetreuung von Menschen mit Beeinträchtigungen (Praktikum)

2007/08 - ÖHTB Werkstättenbetreuung, Braunhubergasse (Praktikum)

2009 - Begleitung des Volkshochschulekurses für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung „Ich spiel mich frei!“

2009/10 - Freizeitassistentin einer Frau mit intellektueller Beeinträchtigung

2010 – freie Dienstnehmerin bei wienXtra: Spielebox;

Leitung von Brettspielworkshops, Assistenz Fachtagungsbetreuung, Mitarbeit bei Veranstaltungen, usw.

Sonstiges

2005 – Maturaprojektarbeit zum Thema "Öffentlichkeitsarbeit in einer Social Profit Organisation am Beispiel Frauenhaus Innviertel"

2007/08 - Erasmus Italien